

*”Missä Eurooppa menee?”*

TERVEYSALAN PÄÄTTÄJIEN KOKEMUKSIA  
EUROOPAN UNIONIN VAIKUTUKSISTA TERVEYSALAAN

Tampereen yliopisto  
Terveystieteiden yksikkö  
Hoitotiede  
Hoitotyön johtamisen  
koulutusohjelma  
Pro gradu  
Niina Kivelä  
2011

## TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö

KIVELÄ NIINA

### **”Missä Eurooppa menee?” Terveysalan päättäjien kokemuksia Euroopan unionin vaikutuksista terveysalaan**

Pro-gradu –tutkimus, 54 sivua, 1 liite

Ohjaajat: Marja Kaunonen TtT, yliassistentti ja Anja Rantanen TtT, assistentti

Hoitotiede

Toukokuu 2011

---

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveysalan päättäjien kokemuksia Euroopan unionin vaikutuksista terveysalaan. Tarkoituksena on saada myös tietoa siitä, millaisista asioista päättäjät tarvitsevat tietoa EU tasolta ja mistä tietoa saadaan. Tavoitteena on terveysalan päättäjien EU toiminnan tuntemuksen parantaminen ja heidän vaikutusmahdollisuutensa lisääminen omassa työssään.

Tutkimuksen aineisto on kerätty eteläsuomalaisen kaupungin terveyspalvelutuotannon päättäjiltä. He edustavat terveysalan eri sisältöalueita. Tiedonkeruumenetelmänä on teemahaastattelu. Teemat liittyvät kansalaisten suojaamiseen terveysuhilta ja turvallisuuden parantamiseen, terveyden edistämiseen ja terveystiedon tuottamiseen sekä terveysteknologiaan.

Päättäjien kokemukset EU:n vaikutuksista terveysalalle vaihtelevat. He kokivat, että EU:n myötä on tullut toimintojen standardointia ja ohjeita yhtenäisten käytäntöjen luomiseksi. EU on myös valvonut terveysalan toimintaa ja mahdollistanut projekteja. Päättäjät kokivat EU:n olevan resurssi. EU:lla koettiin myös olevan vähän vaikutusta ja päättäjien oli vaikea arvioida sitä. EU oli vaikuttanut tiedonsaantiin ja teknologiaan lisäävästi. Sen seurauksena hyvien käytäntöjen laajentaminen koettiin mahdolliseksi. Päättäjät tarvitsivat tietoa terveyden edistämisestä ja EU kansalaisen oikeuksista. He tarvitsivat työssään näyttöön perustuvaa uutta tietoa.

Terveysalan päättäjillä oli laaja kokemus EU:n vaikutuksista yhteiskuntaan. Näin ollen EU oli vaikuttanut sekä suoraan että välillisesti terveysalaan ja päättäjien työhön. Päättäjät tarvitsevat lisää tietoa yhteistyöstä EU:n kanssa. Jatkossa olisi tutkittava sitä, miten terveysteknologiaa kehitetään vastaamaan päättäjien tarpeeseen ja sitä, mitkä ovat ne keinot miten he voivat vaikutusmahdollisuuksiaan parantaa.

Avainsanat: Terveys, Euroopan unioni, turvallisuus, terveysteknologia

## **ABSTRACT**

Tampere University, Unit of Health Sciences

KIVELÄ NIINA

### **"Where is Europe going?" Health sector decision-makers experience of European Union impacts on health sector**

Master's thesis, 54 pages, 1 appendix

Supervisor: Marja Kaunonen PhD, Adjunct Professor, Anja Rantanen, PhD, Assistant Nursing Science

May 2011

---

The purpose of this study is to describe the health sector decision-makers experience of the impacts on the European Union in the health sector. The purpose is to get the information about the types of things decision-makers need information on the EU level, and where the data is obtained. The purpose also is to improve EU awareness and impact on their work.

The data was collected from the southern Finnish town of health service decision-makers. They represent different health content areas. The data collection method was a focused interview. Themes related to the protection of citizens against health threats and improving the safety, health promotion and producing health information, as well as health technology.

Decision-makers experience of the EU impact on health sector will vary. They felt that the EU contributed with normative functions and instructions to create uniform practices. The EU has also monitored the health activities, and enabled projects. Decision-makers felt that the EU is a resource. EU was also considered to have little impact on decision-makers, and it was difficult to evaluate it. EU had affected access to information and technology leads to increased. As a result, good practice was considered a possible extension. Decision-makers needed information on health promotion and the EU citizen's rights. They needed to work on evidence based knowledge.

Health sector decision-makers had extensive experience in the EU's impact on society. Consequently, EU had affected both directly and indirectly in health sector and decision-makers work. Decision-makers need more information on co-work with EU. In the future, it should be important to research how health technologies will be developed to meet the need for decision-makers and what are the ways how they can leverage to improve impacts in their own work.

Keywords: Health, European Union, the safety, health technology

## SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
2. EUROOPAN UNIONIN KUVAUS	2
3. TERVEYSPOLITIikka EUROOPAN UNIONISSA	3
3.1 Terveyden määrittelyminen ja EU:n terveysstrategia	6
3.2 Kansainvälinen yhteistyö	8
3.3 Kansalaisten suojaaminen terveysuhilta ja turvallisuuden parantaminen terveydenhuollossa	9
3.4 Terveyden edistäminen	11
3.5 Terveystiedon tuottaminen ja jakaminen sekä terveysteknologia	14
4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	18
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	
5.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu	18
5.2 Aineiston analyysi	20
6. TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
6.1 Päättäjien kokemukset EU:n vaikutuksista terveysalalle	24
6.2 Terveysalan päättäjien tarvitsema tieto EU tasolta	32
7. POHDINTA	
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua	37
7.2 Tutkimuksen etiikka	42
7.3 Tutkimuksen luotettavuus	44
7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	46
LÄHTEET	49
Liite	

## 1. JOHDANTO

Terveysalan päätöksentekijät tarvitsevat työssään tietoa laeista ja suosituksista, jotta he osaavat toimia uusimman tiedon mukaisesti. Euroopan unioni sisältää toimielimiä, joiden tehtäväkenttä on hyvä tuntee päätöksenteon perusteeksi. Toimielimet ovat Euroopan parlamentti, Euroopan unionin neuvosto ja Euroopan komissio. Tavoitteenasetteluun ja strategian luomiseen päättäjän tarvii tietää mihin ja miksi resursoidaan. Tässä tutkimuksessa tavoitteena on lisätä tietoa ja ymmärrystä aiheesta ja se on yhteiskunnallisesti merkittävää. Tutkimustietoa tarvitsevat työntekijät omassa työssään ja päättäjät päätöksentekonsa tueksi.

EU:ssa on luotu terveysstrategia. Strategian painopisteitä ovat terveyden arvolähtökohdat, terveyden ja talouden välinen yhteys, terveyspolitiikan sisällyttäminen kaikkiin poliittisiin linjauksiin ja EU:n vaikutusvallan laajentaminen maailmanlaajuisesti terveyttä edistävänä. Strategian teemat sisältävät terveyden säilyttämisen ikääntyvässä Euroopassa, kansalaisten suojaamisen terveysuhilta ja dynaamiset terveysjärjestelmät sekä teknologiat. (European Commission 2004.)

Vuonna 2004 julkaistujen tutkimustulosten mukaan suomalaiset tuntevat EU – jäsenyyteen liittyviä asioita melko tai erittäin huonosti. Vaikka EU – asiat ovat olleet paljon julkisuudessa ja niistä on saatavissa paljon tietoa, niiden monitasoisuus ja vaikeaselkoisuus on saattanut johtaa tunteeseen, ettei sittenkään hallitse asioita kovin hyvin. (Torvi 2004.) Kansainvälinen yhteistyö on oleellinen osa EU:n toimintaa. Tutkimustieto on tärkeää, koska terveydenhuollossa voidaan hyödyntää olemassa olevaa tietoa ja luoda uusia toimintamalleja. Tiedon jakaminen on tärkeää kansallisesti ja kansainvälisesti. Suomen terveydenhuoltojärjestelmä hyötyy EU:n tuottamasta tiedosta. EU hyötyy myös Suomen tuottamasta tiedosta. Hyvät käytännöt eivät kuitenkaan itsestään leviä käytännöiksi. Vertaisarvioinnin (*benchmarking*) aiheuttamaa vertaispainetta (*peer pressure*) on EU:ssa pyritty kasvattamaan monin keinoin, kuten tulosten avoimella arvioinnilla, tulostaululla ja shaming – menettelyllä. (Antola 2004.)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveysalan päätöksentekijöiden kokemuksia EU:n vaikutuksista terveydenhuoltoon. Tarkoituksena on myös saada tietoa siitä, millaisista asioista terveysalan päätöksentekijät tarvitsevat tietoa EU tasolta ja mistä tieto saadaan. Tutkimus on laadullinen, jossa sisällön analyysillä etsitään vastausta tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen

tiedonantajina haastateltiin terveysalan päätöksentekijöitä vastausten löytymiseksi. Tässä tutkimuksessa etsitään vastausta näihin teemoihin liittyen; miten terveys säilytetään väestön ikääntyessä, terveysuhat ja niiltä suojaaminen ja muuttuvat terveysjärjestelmät sekä teknologiat. Tutkimusaihe on sopiva hoitotieteelle tuoden sille ajankohtaista tietoa. Se tarjoaa lisäksi tiedon väylän hoitotieteen vaikutusmahdollisuuden lisäämiseksi.

## 2.EUROOPAN UNIONIN KUVAUS

Euroopan unioni (EU) koostuu demokraattisista valtioista. Vuonna 2010 EU:n jäsenmaita on 27 ja ihmisiä asuu alueella 490 miljoonaa. Jäsenvaltiot ovat sitoutuneet työskentelemään hyvinvoinnin saavuttamiseksi. EU ei ole valtio, mutta se on enemmän kuin yhteistyöjärjestö. Jäsenvaltiot ovat perustaneet yhteisiä toimielimiä. Näiden tarkoituksena on tehdä demokraattisia päätöksiä Euroopan kannalta merkittävistä asioista. (Europa 2008; Lehtonen 2010.)

EU:ssa on tavoitteena oikeudenmukainen ja jäsenistään huolehtiva yhteiskunta. EU:n kaikki toiminta on alkanut perussopimuksista. Perussopimuksia ovat Euroopan hiili- ja teräsyhteisön perustamissopimus (1951), Rooman sopimus (1957: kaikkeen tavarakauppaan, työvoiman, pääoman ja palvelujen vapaaseen liikkumiseen perustuvat yhteismarkkinat), Sulautumissopimus (1965), Euroopan yhtenäisasiakirja (1987), Sopimus Euroopan unionista (1992), Amsterdamin sopimus (1997) ja Nizzan sopimus (2001). Perussopimusten nojalla EU:n toimielimet voivat antaa uusia säädöksiä, jotka on pantava täytäntöön jäsenvaltioissa. Täten sopimukset ovat osaltaan lähtökohta myös terveydenhuollon toiminnalle Euroopan unionissa. (Europa 2008.)

Euroopan unionin päätöksentekoprosessissa on mukana kolme toimielintä. Ne ovat Euroopan parlamentti, Euroopan unionin neuvosto ja Euroopan komissio. Tämä kolmen toimielimen muodostama järjestelmä laatii politiikat ja säädökset, joita sovelletaan koko EU:ssa. Komissio ehdottaa uusia säädöksiä, mutta parlamentti ja neuvosto antavat ne. Komissio valvoo lainsäädännön toteutumista ja edustaa EU:a kansainvälisissä yhteyksissä ja sopimuksissa EU:n ja muiden valtioiden välillä. Euroopan parlamentti edustaa kansalaisia. Edustajat on valittu vaaleilla. Euroopan unionin neuvosto edustaa yksittäisiä jäsenvaltioita. Neuvostoon osallistuu yksi edustaja kunkin jäsenvaltion hallituksesta. Neuvostossa on yhdeksän jaostoa,

joista yksi kokonaisuus on työllisyys, sosiaalipolitiikka, terveys ja kuluttaja-asiat. Neuvosto ja parlamentti tuottavat yhdessä suurimman osan lainsäädännöstä. Valta lainsäädännöstä EU:ssa on edelleen selkeästi jäsenvaltioiden hallituksilla (Viertiö 2008). Euroopan komissio ajaa koko unionin etuja. EU:lla on toimielinten lisäksi laitoksia ja erillisvirastoja, joilla on jokaisella omat tehtävänsä. (SuVL 2002; Europa 2008.)

Euroopan unionia voidaan pitää instituutiona. Institutionaalinen hyvinvointivaltio on haaste. Jokaisen valtion paikallinen hyvinvointi sijoitetaan osaksi laajempaa kontekstia. Paikallisen hyvinvointiyhteiskunnan osalta lainsäädäntö ohjaa toimintaa somassa maassa, jossa on kansainvälisen lainsäädännön julkinen tila. Ilman lain suomaa oikeutta toimia ei toimenpiteillä ole kestävä pohjaa. EU:n peruseriaatteita ovat Maastrichtin sopimuksessa vuonna 1992 määritellyt asiat, joiden tavoitteena on talouden sopusointuinen kehitys koko EU alueella ja siihen liittyen taloudellinen vakaus, läheiset suhteet jäsenvaltioiden välillä, ympäristön arvostus, työllisyyden ja sosiaalisen arvostuksen korkea taso sekä yhteisvastuullisuus. Peruseriaatteeseen sisältyy yhä läheisempi Euroopan kansojen liitto ja päätösten tekeminen mahdollisimman lähellä kansalaista. (Kempainen 2002; Tanskanen 2005).

### 3. TERVEYSPOLITIIKKA EUROOPAN UNIONISSA

Sosiaali- ja terveyspolitiikka kytkeytyy EU:n alueella useaan eri politiikkalohkoon<sup>1</sup>. Tavoitteena EU:lla on ollut Euroopan sosiaalisen mallin rakentaminen, jossa talous-, työllisyys-, sosiaali- ja terveys sekä ympäristöpolitiikat tukevat toisiaan. Unionin vastuu terveyspolitiikan osalta on alkanut jakautua useammille komission pääosastoille. Myös Euroopan parlamentti saa tästä vastuusta osansa yhteispäätösmenettelyn myötä. EU:n sisämarkkinoiden laajeneminen ja sosiaalisen suojelun järjestelmien seuranta eli avoimen koordinaation menetelmän soveltaminen sosiaalipolitiikassa ovat kaksi hyvin merkittävää vaikutuskanavaa EU:n sosiaali- ja terveyspolitiikassa. Euroopan sosiaalisen mallin kehittämisen haasteita ovat väestön ikääntyminen, hyvinvointivaltioiden rahoituksen kestävyys ja sosiaalipoliittisten järjestelmien suunta. Euroopan yhteisöjen tuomioistuimessa

---

<sup>1</sup> Kari, Kattelus & Saari (2008) käyttävät termiä sosiaalipolitiikka, joka sisältää terveyspolitiikan. Jos on syytä korostaa erityisesti terveyspolitiikkaa on asia esitelty sillä nimellä.

on 2000 – luvulla ollut esillä korostetusti terveystaloudelliset ja siihen liittyvät teemat. (Kari, Kattelus & Saari 2008; Raunio & Saari 2009.)

EU:n terveystaloudelliseen sisältyy neljä eri lohkoa; ensiksi sisämarkkinoiden toimivuuteen liittyvät henkilöiden, palveluiden ja tavaroiden vapaaseen liikkuvuuteen perustuva sääntely, toiseksi kansanterveyteen kohdistuvat toimenpiteet ja sääntely, kolmanneksi terveyden suojeleminen (esimerkiksi terveydelle vaaralliset aineet ja ympäristöterveyden ja elintarvikehygienian kysymykset, Nizzan sopimus artikkelit 174–176). Neljäs lohko sisältää terveystaloudellisiin ja potilaiden liikkuvuuteen liittyvän EY – tuomioistuimen oikeuskäytännön. Terveystaloudelliseen liittyy esimerkiksi tupakan televisiomainontaa, tervapitoisuutta ja pakkausmerkintöjä koskevat direktiivit (2003/33/EY)<sup>2</sup>. Tavaroiden liikkuvuuteen liittyen lääkkeiden myyntilupia, valvontaa ja turvallisuutta on säädetty EU:ssa (Amsterdamin sopimus artikkeli 95). Liikkuvuuden edistämistä koskevat tutkimusten tunnustamiseen liittyvät direktiivit. Jos toiseen jäsenmaahan siirtyy esimerkiksi lääkäri tai sairaanhoitaja, pätevyys tunnustetaan automaattisesti (2005/36/EY). Maastrichtin sopimuksessa hyväksyttiin kansanterveyttä koskeva artikkeli 129. Se antoi toimivaltaa kansanterveyden edistämistoimiin. Tällä tarkoitettiin kansanterveyden edistämishankkeita ja määränemistön antamia suosituksia. Vuosille 2003 – 2008 tehtiin laaja kansanterveysohjelma. Tämä ohjelma painottui terveystaloudelliseen, nopeaan reagointiin terveystaloudellisiin ja terveyden taustatekijöihin vaikuttamiseen. Toinen terveystalouden toimintaohjelma vuosille 2008 – 2013 sisältää kansalaisten terveystalouden parantamisen, terveyden edistämisen ja terveystiedon tuottamisen ja levittämisen. Terveystalouden hankkeita rahoitetaan myös tutkimuksen puiteohjelmista. Terveyden horisontaalista huomioimista kaikessa politiikassa korostettiin Amsterdamin sopimuksen artikkelissa 152. (Kari, Kattelus & Saari 2008.)

EU:n toimivalta on eritelty yksinomaiseen, jaettuun sekä kansallista toimintaa tukevaan, yhteensovittavaan tai täydentävään toimivaltaan. Sosiaalipolitiikka kuuluu jaettuun toimivaltaan ja terveystaloudellisuus on osittain jaettua ja osittain tukitoimia. EU:n lainsäädäntöelin on neuvosto. Jäsenmaiden hallitusten edustajat valmistelevat lainsäädännön komission ehdotusten pohjalta. Euroopan parlamentti osallistuu yhteispäätösmenettelyn puitteissa neuvoston rinnalla lainsäädännön hyväksymiseen. Sosiaali- ja terveystalouden lainsäädäntö tehdään määränemistöpäätöksin. Määränemistön löytyminen on helpompaa

---

<sup>2</sup> Direktiivi on lainsäädäntöohje. Se velvoittaa jäsenmaita panemaan sen täytäntöön kansallisessa lainsäädännössä tietyssä ajassa. (Ruonala 2008.)



muutaman suuren kuin usean pienen jäsenmaan kesken, koska siinä huomioidaan suhteelliset painoarvot eri maille. Näin ollen Suomen vaikutusmahdollisuus on pienempi. Tämänkaltainen menettely on väistämätöntä, koska kyseessä ovat koko Euroopan yhteiset intressit. Haasteita riittää esimerkiksi kansallisten monopolien suhteen, jotka voivat olla yksittäiselle maalle tärkeitä, mutta kokonaisuutta ajatellen monimutkaistavia yksityiskohtia. (Kari, Kattelus & Saari 2008.)

Suomessa suurin osa kansallisesta lainsäädännöstä perustuu EU – tason päätöksiin. Terveyspolitiikka voidaan nähdä laajemmassa merkityksessä kaikessa politiikassa, mikä vaikuttaa olennaisesti terveyteen. Tässä yhteydessä EU:n merkitys on suuri. Monet asiat kuten sisämarkkinoihin, kilpailuun, verotukseen ja talouspolitiikkaan liittyvät vaikuttavat terveyspalvelujärjestelmäämme. (Ollila 2004.) Terveyspolitiikassa EY – oikeus on tehnyt joitakin päätöksiä, jotka vaikuttavat valtioiden itsemääräämisoikeuteen. Vuodelta 1998 olevat päätökset Decker ja Kohll (C 120/95 ja 158/96) koskevat tavaroiden ja palveluiden vapaata liikkuvuutta. Siinä tuomioistuin toteaa sosiaaliturvan kuuluvan näiden määräysten soveltamisalaan vaikka sosiaaliturva sinänsä kuuluu kansalliseen toimivaltaan. Euroopan unionin sosiaalinen kilpailu, verokilpailu ja Euroopan unionissa määritelty talous- ja rahaliitto (EMU) koskettavat ensisijaisesti hyvinvointijärjestelmien rahoitusperustaa. (Kosonen & Saari 2000.)

Lissabonin sopimuksella vuonna 2007 terveyspolitiikassa tapahtui periaatteellisia muutoksia. EU:n toimivalta lisääntyi lääkkeissä ja lääkinnällisissä laitteissa. Näitä koskeva yhteisölainsäädäntö on aikaisemmin perustunut yksin oman maan sisämarkkina-artikloihin. Sisämarkkina- ja kansanterveysperusteisia toimia on voitu perustella harmonisoinnilla, joita EU kutsuu nimellä kaksoisoikeusperuste. EU:n toimivalta on sopimuksen seurauksena lisääntynyt ei-harmonisointitapauksissa, joita on rajat ylittävät terveysuhkien seurannat, niistä hälyyttämiset ja torjunnat. Tästä ovat esimerkkinä tartuntataudit. EU voi säätää myös välittömiä kansanterveyden suojelemiseksi tarkoitettuja asioita, kuten tupakoinnin ehkäiseminen ja alkoholin väärinkäytön rajoittaminen. Unionin toiminnassa otetaan huomioon jäsenvaltioiden velvollisuudet terveyspalveluiden järjestämisessä ja terveyspolitiikan määrittämisessä. Jäsenvaltioiden tehtävänä on terveyspalveluiden ja sairaanhoidon hallinnointi ja niiden voimavarojen kohdentaminen. Euroopan neuvoston sosiaalinen peruskirja voimaantuu jäsenmaiden toiminnan tiukalla valvonnalla. Euroopan yhteisöjen tuomioistuin

määrittää myös EU-kansalaisten sosiaalisten oikeuksien sisällön, jos se ei toteudu jäsenvaltioissa riittävän selkeästi. (Kari, Kattelus & Saari 2008.)

Pohjoismaissa on laaja julkinen sosiaali- ja terveyspalvelusektori. Useimmissa EU jäsenmaissa on vakuutuksiin perustuva terveyspalvelujärjestelmä. Usein nämä vakuutusjärjestelmät ovat työssäkäyvien perheiden etuoikeuksia, mutta monissa jäsenmaissa myös työttömät kuuluvat vakuutuksen piiriin. Suomessa julkista terveyspalvelujärjestelmää käytetään laajasti ja suurin osa väestöstä käyttää julkisia palveluja. Muissa EU maissa julkisten terveyspalvelujen markkinaosuus on vähäinen. Vanhuspalvelut on muissa EU maissa organisoitu yksityisten palveluntuottajien avulla esimerkiksi verovähennyksin. Kolmannen sektorin palvelut ovat muissa EU maissa merkittävä palvelun tuottaja. Terveyspalvelujen hankkimista koskevien päätösten merkitys tulee kasvamaan. Sairaanhoidopiireillä ei ole vakiintuneita yhteistyötahoja eri maissa. Kysynnän vähäisyys johtuu myös siitä, etteivät potilaat tiedä mahdollisuudesta saada hoitoa muissa maissa. Ulkomailta ostettavien terveyspalvelujen määrään Suomessa vaikuttaa myös hoitotakuu. Se tuli voimaan vuonna 2005. Siinä perusterveydenhuollon ensiarvio tulee saada kolmessa päivässä, erikoissairaanhoidon polikliininen hoito kolmen viikon kuluessa lähetteen kirjoittamisesta ja pääsy lääketieteelliseen hoitoon kohtuullisessa ajassa (3-6 kuukautta). Mikäli hoitoa ei voida määrääjässä antaa, kunnan on hankittava se muilta palveluntuottajilta, myös toisesta jäsenmaasta. (Saari & Kari 2006; Kosonen & Saari 2000.)

### 3.1 Terveiden määrittelemisen ja EU:n terveysstrategia

Terveiden määrittelemiseksi EU:n terveysstrategiassa tehty kategorioita. Kategoriat ovat henkilökohtainen käyttäytyminen ja elämäntyyli, yhteisöjen sisällä toimiminen, elin- ja työolosuhteet, terveydenhuoltopalvelujen saatavuus sekä yleiset sosio-ekonomiset, kulttuuriset ja ympäristötekijät. (Public Health 2008.) Euroopan maissa on erilaisia käsityksiä terveydestä, laeista, työ- ja perhepolitiikasta. Pidentyneet kouluttautumisaajat, työelämän koventunut kilpailu ja epävarmuus vaikuttavat osaltaan ihmisen koko elämän kulkuun ja näin ollen yhteiskuntaan. (Oinonen 2004).

Jokaisella jäsenvaltiolla on omat terveydenhuollon strategiansa, mutta lisäksi on asioita, joita on käsiteltävä yleiseurooppalaisesti. Tällaisia ovat esimerkiksi influenssa, työntekijöiden liikkuvuus ja potilaiden hoito. Näitä asioita käsitellään yleisesti, koska ne vaikuttavat koko

EU:n alueeseen. Jokaisella maalla on vastuu laadukkaasta terveydenhuollosta. Euroopan unionin alueella on olemassa tiettyjä arvoja, kuten turvallinen kasvuympäristö lapsille, turvallisuus työpaikoilla, terveyden edistäminen ja Euroopan unionin alueella matkustavien terveysturva. (EHPF 2005.) EU:lla on terveysstrategia. Se on nimeltään ”Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013”. Strategia on Euroopan komission esittämässä Valkoisessa kirjassa (*White Paper*<sup>3</sup>). Strategia keskittyy neljään painopisteeseen ja kolmeen teemaan. Painopisteet sisältävät arvolähtökohdat terveydelle, yhteyden terveyden ja talouden välillä, terveyden sisällyttäminen kaikkiin politiikkoihin ja EU:n vaikutusvallan vahvistaminen maailmanlaajuisissa terveysasioissa. Strategian teemat sisältävät terveyden säilyttämisen ikääntyvässä Euroopassa, kansalaisten suojaamisen terveysuhilta ja terveyden edistämisen sekä terveysteknologiat. (Duncan 2002; European Commission 2004b; White Paper 2007.) EU:n terveysstrategia on tämän tutkimuksen lähtökohta-asiakirja.

Valkoisen kirjan terveysstrategian lähtökohtana oli kokemus terveyden tärkeydestä. Terveyttä täytyy tukea vaikuttavilla suuntalinjoilla EU:n alueella ja maailmanlaajuisesti. Terveys on keskeistä jokaisen ihmisen elämässä. Vuonna 2004 komissio esitti avoimen koordinaation periaatteella kysymyksen mitä toimia kansalaisten terveyden edistämiseksi tarvitaan. Tämä strategia on sen ansiosta syntynyt. Strategian tarkoituksena ei ole tuplata työmäärää vaan selkeyttää yhteistyön merkitystä ja auttaa kaikkia jäsenmaita pyrkimyksessä kansalaisten parempaan terveyteen. Strategiassa esitetään terveyden olevan tärkein pääomamme. Yhteistyö on erityisen tärkeää valtioiden rajat ylittävissä asioissa kuten pandemioissa, sairauksien ennaltaehkäisyssä, elintarvike- ja lääketurvallisuudessa, tupakoinnin vähentämisessä, verituotteita ja kudoksia koskevassa lainsäädännössä ja veden ja ilman laadussa. (Valkoinen kirja 2007.)

Painopisteitä ovat Euroopan neuvoston päätöslauselmat koskien EU:n terveysjärjestelmien arvoja ja tavoitteita. Niihin sisältyvät kansainvälisyys ja pääsy korkealaatuiseen ja tasapuoliseen hoitoon. Painopisteenä on potilaskeskeinen hoitotyö. Siinä on tärkeää potilaan voimaantuminen (*empowerment*) aktiiviseen vastuuseen ja yhteistyöhön omasta terveydestään. Terveyserojen vähentäminen (*reducing inequities*) koetaan merkittäväksi tavoitteeksi. Esimerkiksi miesten ja naisten elinajan ennuste (*life expectancy*) on Euroopassa

---

<sup>3</sup> White Paper eli Valkoinen kirja on Komission asiakirja. Siinä esitetään toimenpiteitä tietystä asiasta ja se johtaa usein lainsäädäntöehdotukseen. (Ruonala 2008.)

hyvinkin erilainen. Naisilla se vaihtelee 9 vuoden ja miehillä 13 vuoden pituisena. Myös vastasyntyneiden kuolleisuus (*mortality rate*) vaihtelee jopa kuusinkertaisesti jäsenmaiden kesken. Kaiken terveyteen liittyvän toiminnan on perustuttava tieteelliseen näyttöön (*scientific evidence*). Tämä tieteellinen näyttö sisältää tietojen keräämistä ja jakamista sekä läpinäkyvää terveyspolitiikkaa, joka on kaikkien saatavilla. Komissiolla on hyvä mahdollisuus kerätä jäsenmaista tietoa ja vertailla niitä. (Valkoinen kirja 2007.)

Terveysstrategian budjetti on 321.5 miljoonaa euroa. Suurimmaksi osaksi sillä rahoitetaan terveyden edistämiseen tähtäviä projekteja. Strategiaa hallinnoi terveyskomissio ja Public Health Executive Agency (PHEA). Tarkoituksena on tukea jokaisen EU maan omaa terveyspolitiikkaa ja lisätä siihen eurooppalaista arvoa ja yhteisymmärrystä. Tämä tarkoittaa yhteistyön tekemistä Euroopan maiden kesken, jotta ymmärrys toisen maan keinoista ja tavoitteesta lisääntyy. Strategian avulla pyritään myös löytämään keinoja, joita voi hyödyntää koko Euroopassa. (European Commission 2007.)

### 3.2 Kansainvälinen yhteistyö

White Paper sisältää yhtenä päämääränä EU:n vaikutusmahdollisuuden globaalien terveyden edistäjänä. Oman panoksensa EU voi antaa jakamalla tietoa hyvistä käytännöistä ja kokemuksista toisille. Köyhyyden ja kolmansien maiden ongelmien yksi ratkaiseva tekijä saattaa olla terveyden edistämässä. EU voi kannustaa toisia kansainvälisissä terveyteen liittyvissä suosituksissa, joita tulee esimerkiksi WHO:lta (*World Health Organisation*), FCTC:ltä (*Framework Convention on Tobacco Control*) ja IHR:ltä (*International Health Regulations*). Terveyden edistäminen vaatii yhteistyötä monen eri tahon kanssa. Yhteistyötahojat ovat muun muassa YK (Yhdistyneet kansakunnat), ILO (Kansainvälinen työjärjestö), Maailman Pankki ja OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development*). (White Paper 2007.)

Kansainvälinen yhteistyö ja yhteistyö kolmansien maiden kanssa tuovat uusia haasteita EU:lle. Kansainvälinen yhteistyö jakaantuu kolmeen osa-alueeseen. Nämä ovat EEC/EFTA maiden yhteistyö, yhteistyö kolmansien maiden kanssa ja yhteistyö kansainvälisten organisaatioiden, kuten WHO:n kanssa. (Public Health 2008.) EU:n 5. tutkimuksen ja kehityksen puiteohjelma sisältää hankkeen ”Inhimilliset voimavarat ja sosioekonominen

tietopohja”. Siinä tavoitteena on edistää Euroopan tutkimusalueen luomista tutkijoiden liikkumista lisäämällä, tutkimushakkeiden verkostoitumista edistämällä sekä kohentamalla heikommassa asemassa olevien alueiden tieteellisiä ja teknisiä valmiuksia. EU:n 7. puiteohjelmassa yhtenä tavoitteena on nimenomaan uusien lääkkeiden ja hoitojen kehittäminen lyhyemmässä ajassa kansainvälisen yhteistyön avulla (Seitsemäs puiteohjelma). EU:n puiteohjelma sisältää myös ”Elämänlaatu ja luonnonvarojen hallinta” – ohjelman. Ohjelman tarkoituksena on tukea biotieteelliseen tutkimus- ja yritystoimintaan perustuvien innovaatioiden syntymistä ja sen myötä parantaa kansalaisten elämänlaatua. Tähän liittyvät avaintoiminnot ovat muun muassa turvallisen, terveellisen ja monipuolisen ravinnon tuotanto koko ravintoketjussa sekä tartuntatautien hallinta. (Viides puiteohjelma 1999.)

Maahanmuutto ja EU:n kansalaisten rajat ylittävä liikkuvuus lisääntyvät tulevaisuudessa. Tämä lisää osaltaan kansainvälistä yhteistyötä. Kansallinen sosiaali- ja terveystoiminta kohtaa uudet haasteet eurooppalaisessa päätöksenteossa. EU on osa kansallista politiikkaamme ja me olemme osa kehittyvää Eurooppaa. Nämä molemmat prosessit kulkevat rinnakkain ja vahvistavat toinen toisiaan. (Hyssälä 2008.)

### 3.3 Kansalaisten suojaaminen terveysuhilta ja turvallisuuden parantaminen terveydenhuollossa

Terveysuhat ja turvallisuuden parantaminen ovat keskeisiä aiheita koko Euroopassa. Euroopan unionin riskienhallinnan terveystoimintaa käsitellään kolmessa tieteellisessä komiteassa. Nämä ovat kulutustuotteiden tieteellinen komitea, terveys- ja ympäristöriskien tieteellinen komitea ja tulevaisuuden ja äskettäin ilmenneiden terveysriskien komitea. (Public Health 2008.) WHO, Euroopan neuvosto ja monet potilasjärjestöt ovat yhteistyössä parantamassa potilasturvallisuutta. Organisaatiot haluavat taata korkeatasoisen terveydenhuollon riippumatta siitä, hakeutuvatko potilaat oman vai toisen maan hoitojärjestelmään. (Europa 2008). The European Health Care Training and Accreditation Network (EHTAN 2005) – projekti tutkii terveydenhuoltoalan koulutusta ja työvoiman liikkumista Euroopan sisällä. Projektissa selvitetään maahanmuuttajahoitajien käsityksiä työosaamisestaan verrattuna alkuperäishoitajien näkemyksiin. (Cowan 2007.)

EU:ssa henkilöiden oikeus terveydenhoitoon on säädetty asetuksissa 1408/71 ja 574/72. EU kansalainen on oikeutettu toisessa EU maassa oleskelun aikana välttämättömäksi katsottuun

lääketieteelliseen hoitoon. Oikeus osoitetaan eurooppalaisella sairaanhoitokortilla. Kortin myöntää Suomessa Kansaneläkelaitos. Asetuksen 1408/71 mukaan potilas voi hakea hakeutumisvaltuutusta siltä sairaanhoitopiiriltä tai sairaalakuntayhtymältä, jossa hän asuu. Myönteisen luvan saatuaan sairaanhoitopiiri sitoutuu korvaamaan toisessa EU maassa hoidosta aiheutuneet kustannukset. Ennakkoluvan antaminen on joko harkinnanvaraista tai pakollista. Lupa on annettava aina silloin, kun potilas voisi saada vastaavaa hoitoa kotimaassa, mutta sitä ei ole voitu tarjota ”siinä ajassa kuin on tavallisesti välttämätöntä kyseisen hoidon saamiseksi potilaan kotimaassa, ottaen huomioon hänen senhetkinen terveydentilansa ja todennäköinen taudinkulku”. Erikoissairaanhoitolaki 31 a § sanoo, että sairaanhoitopiirin on potilaan pyynnöstä annettava ennakkolupa, jos hänen terveydentilansa edellyttämää hoitoa ei voi kotimaassa järjestää hoitotakuulainsäädännön ajassa. (Hyvärinen 2005.) Tätä voi verrata Suomessa 1.5.2011 voimaan tulevaan terveydenhuoltolakiin, jossa kansalaisella on oikeus valita esimerkiksi käyttämänsä terveysasema.

Terveyden uhkatekijöitä ovat tartuntataudit. Näitä ovat HIV/AIDS, influenssa ja tuberkuloosi. Myös zoonoosi on terveyden uhkatekijä, esimerkkinä siitä mainitaan Creutzfeldt- Jacobin tauti (CJD). Näiden epidemiologinen seuranta on tärkeää ja auttaa sairastuvuuden pienemiseen ja kuolleisuuden vähenemiseen. Fysikaaliset, kemialliset ja biologiset uhat sekä ympäristöstä tulevat riskitekijät kuten säteily ja terrorismi ovat myös terveysuhkia. EU panostaa epidemioiden tutkimukseen seitsemännessä puiteohjelmassaan (Seitsemäs puiteohjelma 2007). Yhteistyöllä saavutetaan parempia tuloksia näiden asioiden ehkäisemiseksi. Kriisin- ja katastrofin varalle on oltava suunnitelma. (European Commission 2007; Valkoinen kirja 2007; Public Health 2008.) Viidennen EU:n puiteohjelman tavoitteena on ollut myös terveyden säilyttäminen huomioiden perinnölliset, fysiologiset, ympäristöön liittyvät ja sosiaaliset tekijät. (Viides puiteohjelma 1999.) Uhkia terveydelle ovat myös kansansairaudet, kuten mielenterveys sairaudet, sydän- ja verisuonitaudit, syöpä, diabetes ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet. (Health – EU 2009). Näiden sairauksien tutkimukseen ja hoitoon myös EU:n seitsemäs puiteohjelma suuntaa tutkimusta (Seitsemäs puiteohjelma 2007).

Epidemioilla on kansainvälistä poliittista merkitystä, koska ne voivat avata uudenlaisia konteksteja. Hullun lehmän tauti (BSE) tuli osaksi EU:n politiikkaa 1996, jolloin EU asetti rajoituksia Iso-Britannian lihan viennille. Iso-Britannia noudatti rajoituksia omien intressiensä vastaisesti, koska aluksi epidemiasta nousi niin suuri kohu. Koko EU pelkäsi epidemian laajenemista ja se vaikutti EU:n terveyspolitiikkaan. Tämän jälkeen Iso-Britannia boikotoi

EU:n päätöksentekoelementtejä ja lomaannutti tällä tavalla EU:n toimintaa. Hullun lehmän taudille sinänsä vieras käsite kuten kansainvälinen konferenssi oli mukana EU:ssa yhtä aikaa epidemian vaiheiden kanssa. Tällöin kriisi oli olennainen osa kansainvälistä politiikkaa ja sen perusteella luotiin ohjausjärjestelmää tulevaisuuden varalle. (Aaltola 1999.) EU:n puiteohjelman yhtenä tavoitteena on edistää tartuntatautien tutkimusta. Noin kolmannes kuolemista johtuu tartuntataudeista. Ilmastonmuutos, muuttoliike ja matkustelu suosivat tartuntatautien leviämistä. Terveysuhkia ovat myös lisääntyvä vastustuskyky lääkkeille ja zoonoosit. Kansanterveyttä pyritään lisäämään uusilla interventioilla, diagnosointia parantamalla ja epidemiologisia keinoja tehostamalla. Kansanterveyteen, terveydenhoitoon ja hoitojärjestelmiin liittyviä painopisteitä ovat näiden järjestelmien organisaatio- ja talousnäkökulmat, valvonta-, seuranta- ja arviointimenetelmät ennaltaehkäisyä ja hoitoa varten ja tuotteiden turvallisuuteen liittyvä valvonta. (Viides puiteohjelma 1999.) Mikrobilääkeresistenssille on seurantaverkosto ja julkaisu, jonka tarkoituksena on tiedottaa ja ehkäistä tartuntatauteja. Terveystieteiden turvallisuutta lisätään lääkkeiden arvioinnilla. Sitä varten on oma virastonsa, joka vastaa lääkkeiden koordinoinnista, arvioinnista ja valvonnasta kaikkialla EU:ssa. (Europa 2008).

Potilasturvallisuutta parannetaan hoitotyön korkealla laadulla, tieteellisellä näytöllä ja riskien hallinnalla. Laadunvalvontajärjestelmä on mahdollista saada toimivaksi ja asiakaslähtöiseksi (Kujala 2003). Laadunvalvontaa tarvitaan elintenluovutusprosessissa ja verivalmisteiden käytössä. Terveysstrategian tavoitteena on tunnistaa näihin liittyviä terveysuhkia ja ennaltaehkäistä virheitä Euroopassa. (European Commission 2007.) EU voi parantaa seurantaa muun muassa tartuntatautirekisterien tehokkaalla käytöllä. Yllättävää kyllä, potilaan hoidosta voi seurata ei – toivottuja vaikutuksia. Kymmenellä prosentilla potilaista hoito tuottaa päinvastaisen vaikutuksen ja terveydentila ei parane vaan huononee. Strategian tavoitteena on saada riskitekijät hallintaan. (Health in Europe 2008.) EU:n seitsemännen puiteohjelman yhtenä tavoitteena on luoda uudella tavalla toimivia terveydenhuoltojärjestelmiä. Kansalaiset hyötyvät näistä uusista järjestelmistä jos niiden turvallisuutta ja tehokkuutta voidaan parantaa. (Seitsemäs puiteohjelma 2007.)

### 3.4 Terveysten edistäminen

EU:n terveysstrategian tavoitteena on terveyden edistäminen ja terveyserojen pienentäminen. Suomessa valtiovalan yhtenä tavoitteena on ollut terveyspalvelujen tarjonnan alueellisten

erojen vähentäminen (Tahvanainen 2004). Terveyden edistämisessä kiinnitetään huomio ravitsemukseen ja päihteiden käyttöön. Terveyttä edistetään sosiaalisella hyvinvoinnilla ja ympäristöterveydenhuollolla. Kansansairauksien ehkäisyyn pyritään entistä tehokkaammin. Terveiden elinvuosien lisääminen on tärkeää ihmisen ikääntyessä. Jokaisella on vastuu omasta terveydestään. (Kujala 2003; European Commission 2007.) Terveyttä edistetään muun muassa seulonnoilla. Rintasyöpää seulotaan järjestelmällisesti. EU on asettanut väestöseulontaa varten laatuvaatimukset. Seulontaan kutsuttujen naisten rintasyöpäkuolleisuus 50–69 – vuotiaana oli viidenneksen alhaisempi kuin seulomattomilla. (Sarkeala 2008.)

EU:ssa on perustettu työryhmiä paneutumaan kansanterveyttä edistäviin asioihin. Näitä työryhmiä ovat terveystalvot ja sairaanhoitoa käsittelevä korkean tason ryhmä, terveydenhuoltojärjestelmää käsittelevä ryhmä, lääkkeitä ja lääkinnällisiä laitteita käsittelevä tiedekomitea ja terveys- ja kuluttajansuojajohjelma. EU tutkii myös biologisten hoitomuotojen käyttöä. EU:lla on ohjeita veren, kudosten ja elinten käytölle hoidossa. EU:lla on seurantaverkosto tartuntatautien ehkäisemiseksi. Siinä paneudutaan rokotteilla estettävien tartuntatautien tutkimiseen ja tehdään epidemiologisia tutkimuksia sekä toteutetaan hallinnointimenetelmiä näihin liittyen. (Europa 2008.) Terveyden edistämisen menetelmiä ja terveysseurannan indikaattoreita on kehitettävä tulevaisuudessa. Tietoja terveydestä positiivisena ilmiönä on niukasti, koska terveydentilan seuranta ohjaa negatiivinen preventioperustainen terveyskäsitelmä. Yhteistyö on terveyden edistämisessä keskeinen väline. Kehittämistyössä on huomioitava yhteistyön välineiden mahdollistaminen. Keskeistä terveydenhuollon toimintajärjestelmien kehittämisessä on palautteen kerääminen. (Hyvönen 2004.)

EU pyrkii parantamaan lasten terveyttä joko suorilla toimenpiteillä tai tukemalla kansallisia terveyden edistämishjelmia. EU pyrkii parantamaan lasten oikeuksia ja taistelee väkivaltaa ja lasten hyväksikäyttöä vastaan. Lasten ja perheen terveyttä parannetaan tukemalla vanhemmuutta esimerkiksi joustavilla työolosuhteilla ja huolehtimalla raskaana olevien ja imettävien äitien työsuojelusta. Päihteiden käytön vähentäminen ja ehkäisy on tärkeä osa EU:n lastensuojelua. EU tukee lasten lääkkeiden kehitystyötä ja edistää työtä tartuntatautien ehkäisemiseksi muun muassa rokotustoimintaa kannustavasti. Lasten mielenterveyteen olisi kiinnitettävä erityistä huomiota. Lasten ravitsemusta on kartoitettava ja edistettävä terveellisen ravinnon saantia ja ravintotottumuksia. EU pyrkii lasten ja nuorten tapaturmien vähentämiseen. EU:ssa pyritään luomaan standardit ja lait turvalliselle ruoalle, leluille ja kaikelle lapsille tarkoitetulle. Suomessa pyritään nuorten tapaturmaiseen tai väkivaltaiseen



kuoleman alentamiseen ja lasten turvallisuuden tunteen, terveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseen. (Terveys 2015 2001; Health – EU 2009.)

Nuorten terveys EU:ssa on parempi kuin koskaan aikaisemmin. Kuitenkin, on olemassa monia asioita, jotka heikentävät nuorten terveyttä. Näitä ovat henkinen stressi, päihteet, huono ravitsemustaso ja liikkumisen vähyys, tapaturmat ja sukupuolitaudit. Terveyttä heikentävät köyhyys ja kehitysvammaisuus sekä ympäristön huonot olosuhteet. EU toimii aktiivisesti nuorten terveyden edistämiseksi ehkäisemällä päihteiden käyttöä ja toimimalla yhdessä eri organisaatioiden kanssa, kuten Euroopan Nuorten Foorumi ja Euroopan Terveet Koulut – verkosto. Suomessa on tavoitteena nuorten päihteiden käytön vähentäminen tai ennallaan pysyminen sekä päihdeongelmaisten asiantunteva hoito. (Terveys 2015 2001; Health – EU 2009.) Pohjoismainen yhteistyö on tuottanut tulosta esimerkiksi alkoholipolitiikan suhteen. Suomi ja Ruotsi ovat hakeneet EU:lta lupaa saada pitää alkoholitoiminta entisellään ja siihen EU on antanut myönteisen päätöksen. Yhteistyötä tehdään myös ottamalla oppia toisten valtioiden toimintatavoista. Suomessa laskettiin alkoholin verotusta yhdessä yössä, ja Ruotsissa seurattiin mitä vaikutusta tällä toimenpiteellä Suomelle oli. Suomi menetti verotuloja ja alkoholin kulutus lisääntyi tuoden mukanaan useita seuraamuksia. (Brander 2004.)

Vuoteen 2050 mennessä 65 – vuotiaiden määrä nousee 70 prosenttia EU:n alueella. 80 - vuotiaiden lukumäärä nousee 170 prosenttia. Tämä asettaa terveydenhuollolle muuttuvia haasteita. Terveys- ja hyvinvoinnin resursseja vaaditaan enemmän, koska ikääntyvät tarvitsevat enemmän terveydenhuoltoa. Terveys- ja hyvinvoinnin on vastattava juuri heidän tarpeisiinsa. Lisäksi on kannustettava ikääntyviä pysymään toimintakykyisinä omassa ympäristössään. (White Paper 2007.) Terveys- ja hyvinvoinnilla on vähemmän työvoimaa kohdata ikääntyvät. 2000 – luvulla on keskusteltu siitä, että vähenevillä voimavaroilla on saatava aikaan enemmän. Tuottavuus ei aina mittaa hyvinvointia. Kun ihmiset pysyvät terveempinä, he myös jaksavat tehdä töitä paremmin ja sairaudesta johtuvat poissaolot ja ennenaikaiset eläköitymiset vähenevät. Tämä vaikuttaa Euroopan talouteen positiivisesti. Terveys- ja hyvinvoinnin edistämiseen on panostettava lapsesta lähtien koko elämän ajan. Suomessa pyritään yli 75– vuotiaiden toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen. Työikäisten hyvinvointiin kiinnitetään erityistä huomiota. (Terveys 2015 2001; Laamanen 2007; Health – EU 2009.) EU tähtää ikääntyvän väestön elämänlaatua parantavien toimenpiteiden kehittämiseen. Tämä toteutetaan monitieteisesti demografisesta, yhteiskunnallisesta ja taloudellisesta näkökulmasta, terveys- ja sosiaalipalvelujen tehokkuutta tarkastellen. Päämäärä on itsenäisen toimintakyvyn säilyminen ja pitkäaikaishoidon

väheneminen terveysongelmien ennaltaehkäisyllä, biologiset, psykologiset ja sosioekonomiset tekijät huomioiden, toimintakyvyn rajoituksiin sopeutuminen ikääntymisen demografiaan ja epidemiologiaan liittyvä tutkimus. (Viides puiteohjelma 1999.)

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena on ollut jo pitkään asiakkaiden osallisuuden lisääminen. Ammattilaisten ja organisaatioiden on tehtävä enemmän yhteistyötä ja käytäntöjä on selkiinnyttävä. Palveluiden on oltava joustavia. Palvelupäätösten aikaansaamiseksi tarvitaan neuvotteluja monen eri tahon kanssa. Eri osapuolien oikeudet eivät aina ole ristiriidattomia. Merkityksellistä on, kenen tarpeet huomioidaan, millaisiin tarpeisiin vastataan ja millaisin ehdoin päätöksiä tehdään. (Ala-Nikkola 2003). Suomessa elinkeinopolitiikan yhtenä tavoitteena on edistää asukkaiden hyvinvointia. Kunnan on otettava huomioon yhä enemmän oikeudellisia reunaehtoja palveluja järjestäessään. Kuntalain lisäksi on otettava huomioon perustuslaki, hallintolaki, yhdenvertaisuuslaki, hankintasäännökset, kilpailunrajoitussäännökset ja valtioneuvoston asetuslaki. EU:n myötä hankintasäännökset, valtioneuvoston asetuslaki ja kilpailunrajoitussäännökset ovat tulleet osaksi oikeusjärjestystämme. EU:n sijoittautumisoikeuden myötä kunta ei voi syrjiä muiden jäsenmaiden elinkeinonharjoittajia omassa kunnassa. Kunta voi toimia liikelaitos- ja yhtiömuotoisessa toiminnassa kilpailunrajoitussäännösten mukaisena elinkeinonharjoittajana. Näin kunnan on toimittava markkinoilla yksityisten yritysten tavoin. Kunnan toiminnalle on löydettävä motiivi asukkaiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Markkinoilla toimimisen edellytyksenä voi olla, että kunta asettaa toimintansa liiketaloudellisesti kannattavaksi. Kunta voi saada kohtuullista voittoa liiketoimestaan vaikka perimmäisenä motiivina on asukkaiden hyvinvointi. Kestävän kehityksen mukaisesti toiminnan on oltava myös taloudellisesti kestävä. (Sallinen 2007.)

### 3. 5 Terveystiedon tuottaminen ja jakaminen sekä terveysteknologia

Terveysstrategian tavoitteena on hyvä ja nopea tiedon vaihto EU:n sisällä. Käypä hoito eli best practice – käytännöt ovat tärkeitä tiedon lähteitä terveystieteissä. Terveystiedon keräämisen, analysoimisen ja tiedon jakamisen käytäntöjen selvittäminen on strategian yksi päämäärä. Tiedon jakaminen ja käytäntöön ottaminen on haaste. Strategiassa kannustetaan terveysportaalin käyttöön luotettavasta lähteestä, tiedon jakamiseen konferensseissa ja säännölliseen terveystiedon keräämiseen ja raportointiin. (Health – EU 2009.) Tiedon tuottamiseen ja jakamiseen EU käyttää avoimen koordinaation menetelmää. Se perustuu tiedon vaihtoon, joka ei velvoita jäsenvaltioita. Tätä avoimen koordinaation menetelmää kutsutaan

myös ”toinen toiselta oppimiseksi”. Kaiken ei tarvitse tapahtua EU päätöksellä vaan jäsenvaltiot voivat laatia kansallisia toimintalinjoja ja jakaa keskenään tietoja parhaista käytänteistä. (Ruonala 2008.)

Haasteena EU:lle ovat uudet terveysteknologiat, uusi informaatiotekniikka ja EU:n laajentumisesta johtuvat haasteet. (Public Health 2008). EU tutkii ikääntymistä esimerkiksi terveen ikääntymisen geenitutkimuksella. Projektiin ”Genetics of healthy aging: the EU integrated project GEHA” osallistuu 25 Euroopan yhteistyötahoa ja Beijingin geeni-instituutti. Tutkimuksen tarkoituksena on muun muassa kartoittaa pitkään terveeseen ikään liittyviä yhteyksiä. (Franceschi 2007.)

Uusia haasteita EU:n tavoitteiden saavuttamiseen teknologian kehittymisen ja terveydenhuollon kustannustehokkuuden suhteen tuovat uudet EU maat (Gulacsi 2007). EU:n tavoitteena on turvata kansalaisille laadukkaat tiedonlähteet terveydenhuollossa. Internet – sivustojen luotettavuuden parantaminen ja kansalaisten tiedottaminen luotettavista tiedonsaantilähteistä ovat EU:n tärkeitä tehtäviä. Potilaskeskeinen hoito parantuu tietotekniikan avulla. Tietotekniikan integroimisen haasteena EU:ssa on järjestelmien yhteensopivuus ja vertailukelpoisen tiedon saaminen. Tiedonsiirron mahdollisuudet ovat merkittävä voimavara ja kustannuksia pienentävä tekijä. Monitieteisen tiedon hyödyntäminen on yksi EU:n tulevaisuuden haaste tietotekniikan ja teknologian kehittämisessä. Tavoitteena on luoda älykkäitä järjestelmiä, joissa saavutetaan eri tieteenalojen yhteensovittamisen parhaat hyödyt. Tekniikka voi tarjota ikääntyvälle ja sairaalle mahdollisuuden asua pidempään kotona ja viettää parempaa elämää. Tekniikan avulla voidaan saavuttaa kustannussäästöjä terveydenhuoltobudjetteihin. Tietotekniikkaan käytetään EU:ssa vain yksi prosentti kaikista terveydenhuoltoalan menoista, kun esimerkiksi Yhdysvalloissa niihin käytetään 23 prosenttia. (Liikanen 2008.)

Tietotekniikan avulla on tehostettu merkittävästi tiedon keräämisen laatua ja tehokkuutta, varastointia, hakemista ja käsittelyä. Hoitotyön kirjaamisen apuväline, hoidonsuunnitteluohjelmisto, luo edellytykset parempaan potilasturvallisuuteen, hoidon jatkuvuuteen, hoitotyön laatuun ja jopa vapauttavat hoitajat välittömään hoitotyöhön. Hoitotyön kirjaaminen perustuu ajatteluprosessiin, jonka taustalla ovat erilaiset päätöksentekoteoriat. Tietotekniikan avulla mahdollistuu potilaan tiedonhallinta. Tietotekniikan hyötynä voidaan pitää sitä, että hallinto, sairaalaympäristö, kotihoito,

psykososiaalinen hoito, perusterveydenhuolto ja mahdolliset muut tahot ovat tiedollisesti keskenään samassa lähteessä. Hoitajat ovat avainasemassa tietotekniikan käyttäjinä. Heillä on mahdollisuus kerätä, tuottaa, tallentaa ja lähettää paljon tietoa potilaasta. Tätä tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön tutkimuksessa. Uutta kokeilevaa tietotekniikkaa hoitotyössä tutkitaan esimerkiksi Saksassa, missä kansalaisilla on sähköinen terveystietokortti sisältäen heidän terveystietonsa mikrosirulla. (Kokkonen 1999; Berger 2004; Hyppönen, Saalasti-Koskinen, Perälä & Saarikalle 2005; Hardiker 2006.)

Käyttäjätystävällinen tekniikka ja erilaiset yksilölliset ja organisaatiotekijät mahdollistavat tietotekniikan käyttöä tulevaisuuden hoitotyössä. Tietotekniikkaa käytetään inhimillisen toiminnan tukena hoitotyön toteuttamisessa ja kehittämisessä. Tietotekniikka tarjoaa vaihtoehtoja perinteisille hoitotyön menetelmille ja palveluille. Potilas voi hyödyntää tietoverkkoja itsehoidossaan esimerkiksi sairauden seurannassa. Whiteheadin (2007) mukaan tiedonlähteen luotettavuutta on kuitenkin tutkittu vielä vähän. Toiminta ei muutu kuitenkaan itsestään, vaan terveydenhuollossa tarvitaan uusia tietojärjestelmiä ja ohjelmia sekä osaamisen ja toimintojen kehittämistä. Hoitotyöntekijän toiminta perustuu tutkittuun tietoon. Hoitotyöntekijä hyödyntää potilaan hoitamisessa parhaat käytännöt -tietopankkeja ja päätöksenteko-ohjelmia. (Jauhiainen 2004; Strople & Ottani 2006.) Eri ammattiryhmien kesken tarvitaan yhteistä suunnittelua entistä enemmän. Tavoitteena ei voi olla paremmat tietojärjestelmät vaan paremmat toimintatavat. Eettinen pohdinta tietotekniikan hyödyntämisessä on ratkaisevan tärkeää. (Haahtela 2006.) Oblak (2005) kannustaa hoitajia tutkimaan mahdollisuuksia ja ottamaan rohkeasti kantaa tietotekniikan käyttöön hoitotyössä.

Doupi (2005) toteaa, että verkossa olevan terveystiedon laadun varmistaminen on haasteellinen tehtävä. Terveysalan ammattilaisten on käytävä läpi materiaali ennen kuin se annetaan potilaan käyttöön. Hyysalon (2005) ja Metsämuurosen (2001) mukaan välttämätön kehitystyö jatkuu pitkään teknologian tuotantokäyttöön ottamisen jälkeen. Tiedonhallinta on yhä keskeisemmässä asemassa terveydenhuollossa. Oleellisen ja luotettavan tiedon suodattaminen on yhä tärkeämpää. Sähköinen sairauskertomus on terveydenhuollon suurin yksittäinen muutos. Muutos parantaa hoidon laatua ja alueellista tasa-arvoa. Tietotekniset järjestelmät voidaan valjastaa seurantaan, valvomaan, ohjaamaan. Terveysteen liittyen tietoyhteiskunnan kehittäminen kohdentuu tietokoneistettuihin kliinisiin järjestelmiin ja terveydenhuollon verkkosovelluksiin, jotka tukevat ammattilaisia, hoidon jatkuvuutta ja terveystietopalvelujen hallintoa. Terveystietoyhteiskunnan lähitulevaisuutta ohjaa toimintojen keskittyminen, ohjailu ja

valvonta, tuotantotaloudelliset asiat ja oikeudelliset tekijät. EU:n yhtenä tavoitteena on käyttäjäystävällinen tietoyhteiskunta, jossa on maailmanlaajuinen tietämys-, media- ja tietokoneympäristö, johon kaikki voivat päästä keskenään toimivien kohtuuhintaisten tuotteiden ja palvelujen avulla. Tämä sisältää uudet työtavat, kansalaisten palvelut ja tutkimustoiminnan. (Viides puiteohjelma 1999.)

Informaatioteknologia sisältää tietotekniikan arkkitehtuurin, tietoliikenteen, tietoverkot, tiedonhallinnan, ohjelmistotuotannon, systeemianalyysin ja -suunnittelun sekä käytettävyyden. Rekrytoinnin yhteydessä tietokantaosaaminen ja käyttöliittymäosaaminen nousivat Surakan (2001) tutkimuksen mukaan tärkeiksi osattaviksi alueiksi. Tietotekniikkayhteistyötä tutkitaan ja kehitetään tavoitteena potilaiden turvallisuuden parantaminen. Tieto- ja viestintätekniikkaa vahvistetaan, jotta ennaltaehkäisy, diagnosointi, hoito, seuranta ja tiedonhallinta EU:ssa kehittyvät. Teknologian kehitys on nopeaa ja se luo paremmat edellytykset terveyden ylläpitämiselle muun muassa seurantajärjestelmien avulla. Teknologian kehittyminen voi kuitenkin johtaa syrjäytymiseen tiedollisessa mielessä, jolloin se vaikuttaa terveyteenkin. Tämän takia on tehtävä laajaa yhteistyötä. Uuden tieto- ja viestintätekniikan lisääntyminen työpaikoilla tuo haasteita koulutusjärjestelmälle (Ruonala 2008).

Eurooppa on painottanut 2000 – luvulla talouskasvun ohella kilpailukykyä ja työllisyyttä sekä tutkimus- ja kehitystyötä. Yhtenä EU tavoitteena on ollut nousta yhdeksi maailman kilpailukykyisemmäksi talousalueeksi. EU:n valtionpäämiehet kokoontuvat joka vuosi suunnittelemaan tämän tavoitteen saavuttamista. Tärkeimpiä keinoja sen toteuttamiseksi ovat uuteen teknologiaan nojautuva tietoyhteiskunta ja innovaatiot, joita erityisesti Suomi on ajanut. Innovaatiot auttavat esimerkiksi vanhusten elämistä helpottavia apuvälineitä. Tutkimuksen edistämiseen liittyy Euroopan innovaatio- ja teknologiainstituutti (EIT). Se toimii Budapestissä. Sen toiminta nojautuu osaamis- ja innovointiyhteisöihin, joissa on osallistujia korkeakouluista, tutkimusorganisaatioista ja yrityksistä. (Ruonala 2008.)

#### 4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata terveysalan päättäjien kokemuksia EU:n vaikutuksista terveysalaan. Tarkoituksena on myös saada tietoa siitä, millaisista asioista päättäjät tarvitsevat tietoa EU tasolta ja mistä tietoa saadaan.

Tutkimuskysymykset

1. Millaisia kokemuksia terveysalan päättäjillä on EU:n vaikutuksista terveydenhuoltoon?
2. Millaisista asioista terveysalan päättäjät tarvitsevat tietoa EU tasolta ja mistä tieto saadaan?

Tutkimuksen tavoitteena on terveysalan päättäjien EU:n toiminnan tuntemuksen parantaminen ja terveysalan päättäjien vaikutusmahdollisuuden lisääminen työssään.

#### 5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

##### 5.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija valitsee kohderyhmäksi tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisimmat osallistujat. Aineisto kerätään sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. (Nieminen 1997.) Tässä tutkimuksessa kohderyhmä muodostui erään eteläsuomalaisen kaupungin terveyspalvelutuotannon päättäjistä. Työntekijät osallistuivat vapaaehtoisesti haastatteluun. Mahdollisimman edustavan kohderyhmän saamiseksi tutkimukseen osallistuvat valittiin terveyspalvelutuotannon eri sisältöalueilta. Sisältöalueet kattoivat lapsista vanhuksiin. Haastateltavia oli kuusi. Tutkimus rajattiin siten, että haastateltavat vastasivat kysymyksiin omaa työtään koskevan tiedon osalta. Haastateltavien taustatietoja ei ole liitetty tutkimusraporttiin tunnistettavuuden takia.

Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu on avoimen ja strukturoidun haastattelun välimuoto. Teema-alueet on määritelty etukäteen ja ne käydään haastattelussa läpi tilannekohtaisesti ja joustavasti. Teemahaastattelu sopii menetelmäksi silloin, kun aihepiiri on tuttu, mutta haastateltavien vastauksia ei voi ennustaa.

Teemahaastattelussa oletetaan, että haastateltavat tuntevat tutkittavan ilmiön. Tämä menetelmä varmistaa tutkijalle riittävän tiedonsaannin ja antaa haastateltavan vastata vapaasti ja havainnollistaa käsitteitä. (Hirsjärvi & Hurme 1995.) Avoimet kysymykset antavat yleensä rikkaampaa tietoa kuin suljetut. Ne ovat kutsuja käyttäjälle puhua tietystä aiheesta. Yleiskysymys on hyvä tapa avata keskustelu. Tarkennetulla kysymyksellä saadaan lisää tietoa ja käyttäjä pysyy keskustelun aiheessa. Haastateltavat kokevat yleensä helpompana vastata tosiasiallisiin kuin olettamuksellisiin kysymyksiin. Käyttökelpoisia vastauksia saadaan pitämällä kysymykset tarkkoina. Subjektiivisista asioista kysyttäessä on tärkeää kysyä neutraaleja kysymyksiä, jotta saadaan käyttäjän oikea mielipide asiasta eikä se, mitä hän olettaa kysyjän haluavan kuulla. (Välimäki & Holopainen 2000.) Tässä tutkimuksessa kaikki haastateltavat olivat terveysalan ammattilaisia.

Tutkija anoi tutkimusluvan ennen tiedonkeruuta erään eteläsuomalaisen kaupungin palvelutuotantojohtajalta. Tutkimusluvan saamisen jälkeen tutkija otti yhteyttä haastateltaviin puhelimitse tai sähköpostilla. Tutkija tavoitti tutkittavat Internetin avulla selvittäen organisaation henkilöstöä. Tutkija sopi haastateltavien kanssa haastatteluajankohdat. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina tutkittavien työpaikalla. Haastattelut kestivät 30–50 minuuttia ja ne suoritettiin kesäkuun 2009 ja tammikuun 2010 välisenä aikana.

Haastattelun pääteemat kerrottiin samalla lyhyesti kun tutkija sopi haastatteluajat. Haastattelun teemat lähetettiin paperisena postitse tutkittaville etukäteen. Tiedonantajien suostumuksella haastattelut nauhoitettiin. Tutkimuksen teemat ja haastattelurunko syntyivät tutkijan ensin perehdyttyä aihepiirin aikaisempiin tutkimuksiin ja muuhun kirjallisuuteen. Tutkija teki yhden esihaastattelun terveysalan koulutuksen ja pitkän työkokemuksen omaavalle ihmiselle. Esihaastattelussa ilmeni, että haastattelun teemat ja tarkentavat kysymykset olivat ymmärrettäviä ja niihin oli helppo vastata oman työn ja tietämyksensä perusteella. Esihaastattelu ei antanut aihetta muotoilla kysymyksiä uudelleen. Esihaastattelua ei otettu mukaan varsinaiseen tutkimukseen.

Tutkija antoi haastateltaville kaiken ajan käytettäväkseen, mikä oli haastattelutilanteissa mahdollista. Tämä ilmeni muun muassa niin, että tutkija antoi tutkittavan rauhassa pohtia pääkysymystä eikä kiirehtinyt apukysymyksiä esittämällä. Jokaisen haastattelun aluksi tutkija kertoi tutkittavalle tutkimuksen tarkoituksen sekä haastattelun pääteemat. Haastattelujen nauhoittaminen ei aiheuttanut häiriöitä haastatteluun. Nauhoittamisessa ei tarvinnut kasettia

tai levyä eikä näin ollen niiden kääntämisestä tullut ongelmaa. Kaikissa haastatteluissa ilmapiiri oli avoin. Jokainen haastattelu käynnistyi lyhyellä vapaamuotoisella keskustelulla luottamuksen ja välittömän ilmapiirin syntymiseksi. Joidenkin haastattelujen aluksi tutkittavat olivat huolissaan siitä, osaavatko he vastata asiantuntevasti kysymyksiin. Tämä tilanne korjaantui aina lyhyen alkukeskustelun aikana ja haastattelun edetessä. Haastattelutilanteet olivat rauhallisia. Haastattelun aikaisen häiriön aiheutti ainoastaan kerran tutkittavan puhelimen soiminen, jolloin haastattelu keskeytyi puhelun ajaksi. Teknisesti haastattelut onnistuivat hyvin. Haastateltavien äänet kuuluivat hyvin nauhoituksista. Tutkija kirjoitti haastattelut välittömästi, jolloin haastattelu oli hyvässä muistissa. Aineistoa kertyi 59 sivua A4 kokoiselle paperille. Tutkija teki haastatteluista myös muistiinpanoja.

Tutkija kirjoitti tutkimuspäiväkirjaa. Jokaisen haastattelun jälkeen tutkija teki merkintöjä haastattelun yleisestä kulusta ja mahdollisista häiriöistä, ilmapiiristä ja tutkittavan mahdollisista ennakkoluuloista haastattelun suhteen. Merkintöjä tuli myös tutkijan omista tuntemuksista. Päiväkirjan avulla tutkijan on helpompi palauttaa mieleen haastattelutilanteet. Aineiston analyysiä ajatellen päiväkirja auttaa mahdollisesti tietojen tarkentamisessa sekä siinä kun tutkija pohtii oman tulkintansa oikeellisuutta.

## 5.2 Aineiston analyysi

Kvalitatiivinen tutkimusote on erityisen käyttökelpoinen jos ilmiötä tarkastellaan sisältäpäin. Tämä tarkoittaa tarkastelua sellaisena kuin asianomaiset sen itse näkevät ja kokevat. Kvalitatiivista menetelmää voi parhaiten käyttää silloin, kun aluetta on vain vähän tutkittu. Sen käyttö on perusteltua myös kun halutaan tutkia ihmisten kokemuksia. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keruu ja analyysi kietoutuvat toisiinsa. Tutkimuksessa käytettiin aineiston analyysimenetelmänä sisällön analyysiä. Sisällön analyysillä ilmiötä voidaan järjestää ja kuvailla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kyse on ihmisen subjektiivisesta kokemuksesta, joita pyritään kuvaamaan mahdollisimman syvällisesti ja monipuolisesti juuri niin kuin asianomaiset sen itse näkevät. (Hirsjärvi ym. 1997; Eskola & Suoranta 1998.)

Analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä, jonka tarkoituksena oli aineiston tiivistäminen siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistettävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Analyysin tuloksena saatiin



ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekartta tai malli. Analyysiyksikkö on aineiston yksikkö, esimerkiksi sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkö oli ajatuskokonaisuus. Tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan analyysin kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa tehdään tulkintoja, jotka ovat tutkijan omia persoonallisia ymmärryksiä asiasta. Niissä ovat mukana tutkijan esiymmärrys, tunteet ja intuitiot. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1998.) Tässä tutkimuksessa tutkijan kiinnostuksen kohteena olivat aineistosta selvästi ilmi käyvät sisällöt. Tutkija ei tulkinnut mahdollisia piiloviestejä.

Tutkimuskohdetta tarkastellaan suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Aineistolähtöisen analyysiprosessin vaiheet ovat pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Pelkistämässä nostetaan esiin tutkimustehtävää vastaavia pelkistettyjä ilmaisuja. Tämän jälkeen seuraa aineiston ryhmittely, jossa samaa tarkoittavat ilmaisut ryhmitellään. Abstrahoinnissa yhdistetään samansisältöisiä luokkia kuvaavia yläluokkia. Näin saadaan kuvaus tutkimuskohteesta Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruu ja analyysi tehdään usein yhtä aikaa eli kerättyä aineistoa pyritään analysoimaan sitä mukaa kun sitä kertyy. Aineiston analyysi kuvataan tarkkaan, jotta lukija voi seurata tutkimuksen etenemistä (nauhoitusten kirjoitus, lukeminen, pelkistäminen, teemojen alleviivaus, ryhmittely, alakategorioiden muodostaminen ja niiden yhdistäminen kategorioiksi ja edelleen yläkategorioiksi). Nauhoitetut haastattelut kirjoitetaan tekstiksi. Aineistoa pelkistetään etsimällä olennaisia ilmauksia, jotka listataan, aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja tai erilaisuuksia. Tuloksissa kuvataan luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet ja kategoriat ja niiden sisällöt. Sisällön analyysin avulla kerätty aineisto saadaan järjestetyksi johtopäätösten tekoa varten. Johtopäätöksissä pyritään ymmärtämään, mitä asiat merkitsevät. (Hirsjärvi ym.1997; Kyngäs & Vanhanen 1999; Välimäki & Holopainen 2000; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Tässä tutkimuksessa tutkittavat kertoivat ilmiöstä sellaisena kuin he itse sen näkivät ja kokivat. Haastattelun teemat ovat liitteenä (Liite 1). Tämän tutkimuksen aiheesta ei tutkija löytänyt aikaisempia tutkimuksia hoitotieteen alalta. Tässä tutkimuksessa on pyritty kuvaamaan ilmiötä mahdollisimman syvällisesti ja monipuolisesti. Tutkimuksessa aineiston keruu ja analyysi ovat muodostuneet osittain samanaikaisesti toinen toistaan tukien. Tutkija aloitti aineiston analyysin heti nauhoitusten purkamisen jälkeen. Haastattelut kirjoitettiin nauhalta sanatarkasti. Analyysivaihe ajoittui kuitenkin pidemmälle aikavälille, jolloin tutkija kuunteli nauhoitukset uudestaan.

Tutkimuspäiväkirjasta ja muistiinpanoista oli tässä vaiheessa myös apua tilanteiden mieleen palauttamiseksi.

Tässä tutkimuksessa analyysi eteni alla kuvatun mukaisena. Esimerkki on taulukossa 1.

### **Analyysin ensimmäinen vaihe**

Analyysin aluksi tutkija luki aineiston läpi huolellisesti ja kokonaiskäsityksen muodostaen. Tutkija määritteli analyysiyksikön, jotka muodostuivat tutkimuskysymysten perusteella. Analyysiyksikkö oli ajatuskokonaisuus.

### **Analyysin toinen vaihe**

Analyysin toisessa vaiheessa tutkija yrittää ymmärtää aineiston varsinaisen sisältömerkityksen. Tässä vaiheessa tutkija saa käsityksen haastateltavien kertomuksista ja tarkoituksista. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tässä tutkimuksessa tutkija teki omia alustavia merkintöjään aineistoon ja muodosti aineistosta taulukkomuotoisen analyysiyksiköt mielessä pitäen.

### **Analyysin kolmas vaihe**

Analyysin kolmannessa vaiheessa tutkija muodosti aineistosta pelkistetyt ilmaisut. Pelkistetyt ilmaisut laadittiin alkuperäisilmaisuista pyrkimällä säilyttämään ilmaisun ydinasia. Tätä vaihetta kutsutaan pelkistämiseksi. Se on luokituksen muodostamisen ensimmäinen vaihe (Kyngäs & Vanhanen 1999). Pelkistettyjen ilmaisujen muodostamisessa tutkijan piti olla tarkka, ettei alkuperäisilmauksia pelkistetty liikaa vaan kaikki oleellinen tuli mukaan otetuksi.

### **Analyysin neljäs vaihe**

Analyysin neljännessä vaiheessa tutkija muodosti pelkistetyistä ilmaisuista yhtäläisyyksiä ja ryhmitteli ne. Ryhmitellyt ilmaisut jaettiin yhteisten asiasisältöjen mukaisesti alaluokiksi. (Hirsjärvi ym. 1997.) Alaluokkien erotteluun tutkija käytti värikoodeja.

### **Analyysin viides vaihe**

Analyysin viidennessä vaiheessa tutkija muodosti alaluokista yläluokkia ja pääluokkia edelleen värikoodeja apuna käyttäen. Pääluokat muodostuivat analyysiyksiköistä suhteessa tutkimuskysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 1997.)

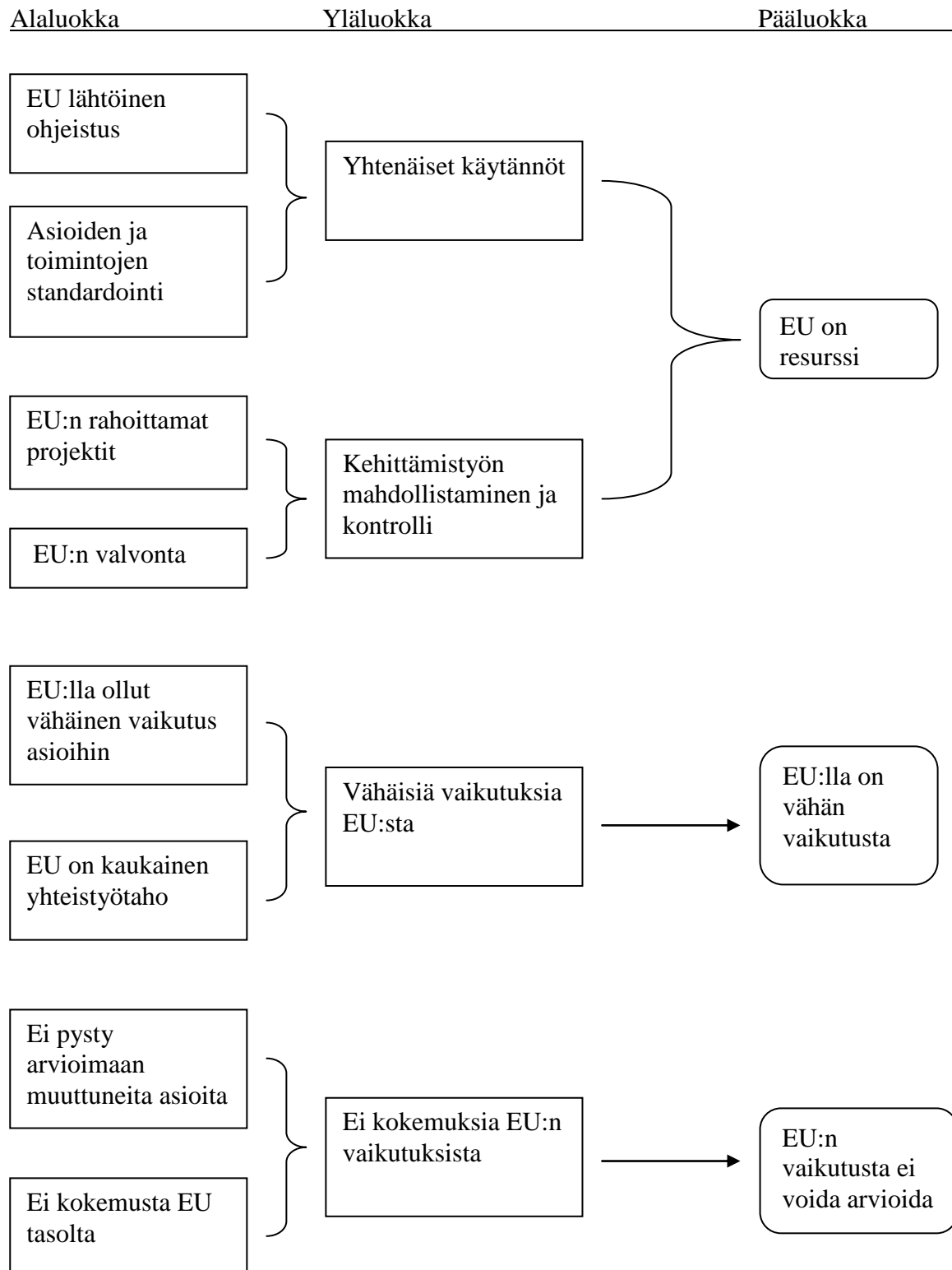
Vaihe 1	Vaihe 2	Vaihe 3	Vaihe 4	Vaihe5
Kokonaiskäsitys aineistosta ja analyysiyksikön muodostus ajatuskokonaisuudeksi:	Taulukon muodostus ja aineistolähtöinen esimerkki:	Pelkistettyjen ilmaisujen muodostus	Ryhmittelyt ja alaluokan muodostus	Yläluokan ja pääluokan muodostus
Kokemukset EU:sta saduista ohjeista akuuttiin tilanteeseen	<i>”...näissä isoissa tilanteissa kuten hullun lehmän taudissa, tämä EU ohjeistus näyttelee huomattavaa osaa.”</i>	Akuutti EU ohjeistus laajalla alueella	EU lähtöinen ohjeistus	
Kokemukset EU:sta saaduista ohjeista kansansairauksiin	<i>”...se on EU lähteestä tullut, että miten hoidetaan kansansairauksia ...”</i>	EU ohjeistaa ja koskettaa monia ihmisiä pitkään		Yläluokka: Yhtenäiset käytännöt
Laatuun vaikuttava asia	<i>”EU:ssa on palvelun laatuun vaikuttavia asioita.”</i>	Palvelun laatuun vaikuttavat asiat	Asioiden ja toimintojen standardointi	(Pääluokka: EU on resurssi)
Soveltuu useille toiminta-alueille	<i>”...voidaan käyttää ennaltaehkäisyssä ja varhaisessa puuttumisessa kuin myös...”</i>	Voi käyttää saman alan useilla alueilla		

Taulukko 1. Esimerkki analyysin etenemisestä

## 6. TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 6.1 Päättäjien kokemukset EU:n vaikutuksista terveysalalle

Tiedonantajat kokivat, että EU on vaikuttanut resurssin tavoin. Resurssi muodostui yhtenäisistä käytännöistä, jotka pitivät sisällään EU lähtöisen ohjeistuksen ja asioiden ja toimintojen standardoinnin. Kehittämistyön mahdollistaminen ja kontrolli muodostivat myös resurssin. Kehittämistyötä EU mahdollisti rahoittamalla projekteja ja kontrolli muodostui EU:n valvonnasta. Joissakin tapauksissa EU:lla koettiin olevan vähäisiä vaikutuksia asioihin tai EU koettiin kaukaiseksi yhteistyökumppaniksi. Tiedonantajat kuvasivat, ettei heillä ollut kokemusta EU tasolta tai etteivät he pystyneet arvioimaan EU:n vaikutuksia. (Kuvio 1).



KUVIO 1. Päättäjien kokemukset EU:n vaikutuksista terveysalalle.

### ***Yhtenäiset käytännöt***

Haastateltavat kertoivat *EU:sta tulleen ohjeita* ”...vilahtaa niin katsottu EU:n maininta, et on lähtenyt EU:sta”. Jos he olivat saaneet toimeenpantavaksi jonkin tehtävän, he kertoivat, että oli tullut tieto EU:sta. Haastateltavat kertoivat, että **ohje** oli tullut **EU tasolta** ja se oli tarkoitettu sovellettavaksi Suomessa ”...maininta, mistä lähteestä se on tullut ja miten Suomi on oman ohjeistuksensa laatimassa”.

*”Meidän ohjeet perustuu koko EU:n laajuisiin suunnitelmiin.”*

*”Se on muuttunu et kansallisesti ei voi kaikesta päättää. Toisinaan ihan hyväkin asia et EU:sta tulee selkärankaa näille päätöksille.”*

Haastateltavat kokivat ohjeistuksen auttavan laadunhallinnassa **asioiden ja toimintojen standardoinnin** muodossa. EU:sta tullut ohje standardeista vaikutti palvelun laatuun *”EU:ssa on näitä palvelun laatuun liittyviä asioita esimerkiksi standardit*”. Standardit myös yhtenäistävät käytäntöjä EU alueella. Ohjeiden koettiin soveltuvan useille hoitotyön toiminta-alueille *”...näin ohjeistetaan myös ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista”*.

EU ohjeistus koettiin tärkeänä erityisesti kun se kosketti suuria ihmismääriä *”...näissä isoissa tilanteissa...tämä EU:n ohjeistus näyttelee huomattavaa osaa*”. Myös akuuttitilanteissa EU ohjeistuksen kerrottiin olevan toimivaa ja tarvittavaa. Haastateltavat kokivat velvollisuudentuntoa jos jokin keskeinen asia oli tarkkaan säädetty *”...se ahdistaa et keskeinen elementti on tarkkaan säädetty; tuo lisävelvoitteita*”. Tarpeiden ja resurssien vastaavuus ilmeni siis säädetyn asian noudattamisessa.

*”...vaikka hullun lehmän tautia niin silloin EU reagoi aika nopeastikin ja sieltä alkoi tulla ohjeita.”*

*”Kyllä tällaisissa isommissa linjoissa mennään ja ne tulevat sieltä (EU) tänne alatasolle ja asiakkaan konkreettiseen hoitamiseen.”*

### ***Kehittämistyön mahdollistaminen ja kontrolli***

Haastateltavat kokivat EU:n vaikuttaneen **projekteihin rahoittamalla** niitä. Rahoittamalla hankkeita EU oli vaikuttanut moneen asiaan, kuten toimintamallien luomiseen ja sitä kautta välillisesti yksittäisen ihmisen terveyteen. Koko Eurooppaan liittyvä asia, kuten väestön ikääntyminen, koettiin tärkeäksi mietinnän kohteeksi EU:n alueella. Tähän laajaan kysymykseen toivottiin EU rahoitusta tukemaan uusia ratkaisuja. EU kuvailtiin käytännön näkökulmasta siten, että pohdittiin EU vaikutusta käytännössä ja sitä miten jokin asia implementoidaan.

*”Ikääntyminen koskee koko Eurooppaa ja myös innovatiiviset ratkaisut pitäis tulla EU rahoituksen tukemana.”*

*”...saattaa olla EU vaikutusta kun pohditaan sitten miten joku asetus näkyy käytännössä ja miten se toteutetaan.”*

Haastattelut toivat esille EU:n valvonnan ja myös sen, että kansalliset ja EU:n normit vaihtelevat *”Suomi voi suhtautua moniin asioihin tiukemmin kuin mitä EU suhtautuu”*. Tämä ilmeni esimerkiksi elintarvikkeiden lisä- ja väriaineohjeissa tai elintarvikkeiden tuonnissa. Haastattelussa koettiin **EU:n valvonnan** ilmenevän selvityspyynnön muodossa.

*”...tämä selvityspyyntö voi olla ihan EU tasolta alun perin”.*

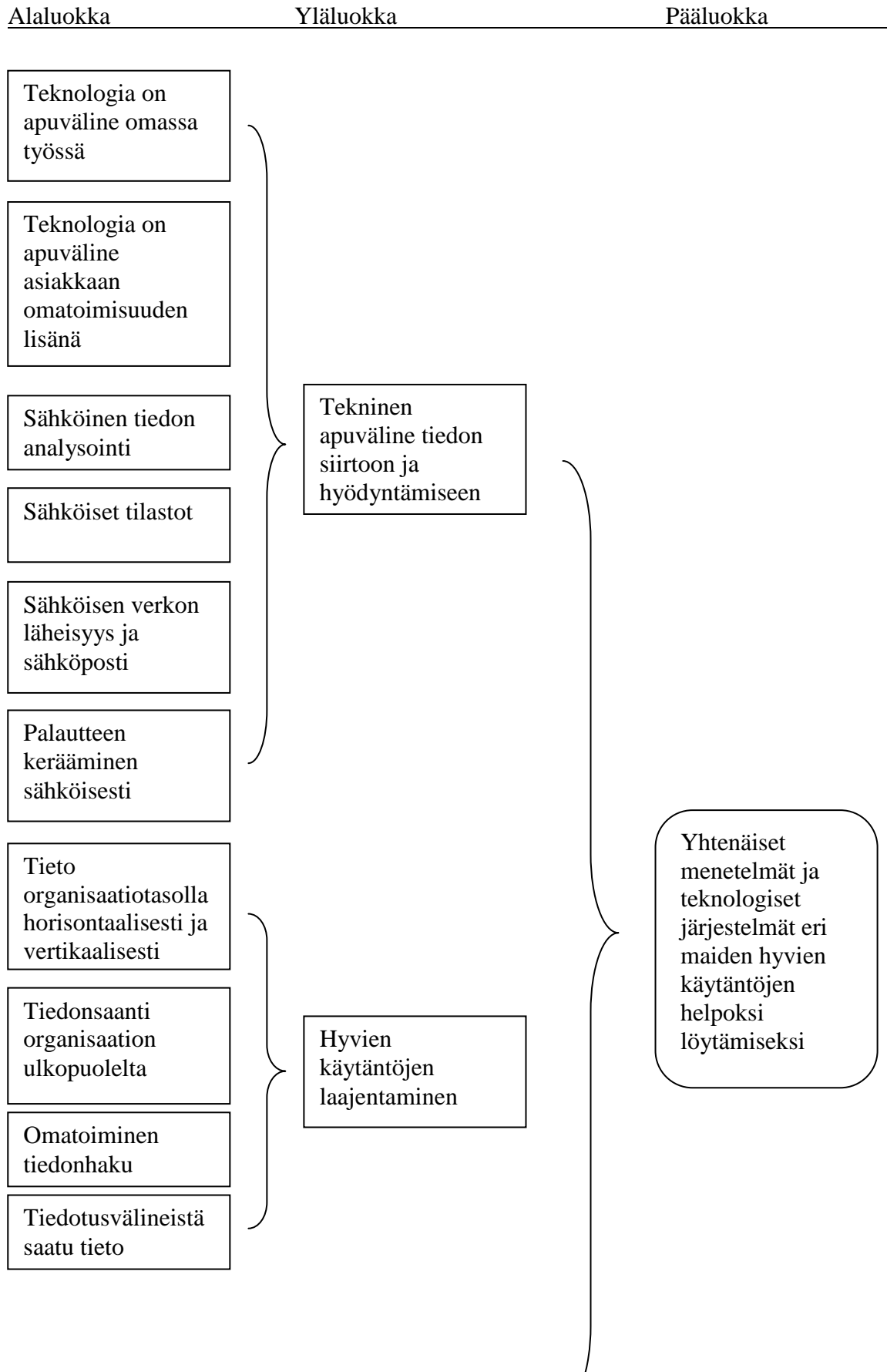
### ***Vähäisiä vaikutuksia EU:sta tai ei kokemuksia EU:n vaikutuksista***

Haastatteluista ilmeni, että EU oli **vaikuttanut työhön vain vähän** *”EU tällä hetkellä näkyy työssä aika vähän”*. Ilmeni myös, ettei työssä välttämättä ollut tullut yhtään asiakirjaa esille EU tasolta *”Ei mulla ole tullut vastaan yhtään asiakirjaa, joka olisi tullut EU tasolta”*. EU:n vaikutuksista tai EU:n seurauksena tapahtuneista muutoksista **ei** myöskään aina **osattu sanoa** *”Tuohon asiaan en osaa sanoa mitään et mitkä asiat on muuttuneet EU:n myötä”*.

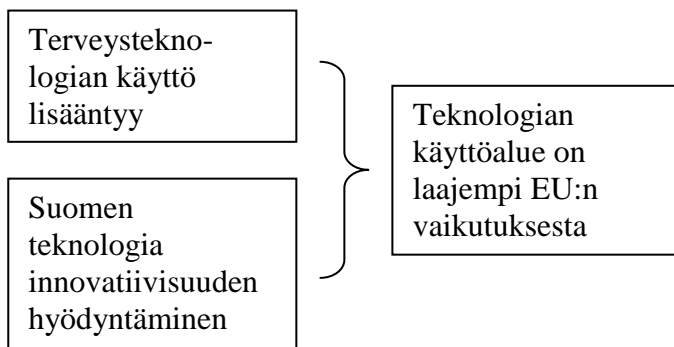
Haastattelu herätti pohtimaan EU asioita yhteistyön merkityksessä. EU yhteistyötoimijana koettiin **kaukaiseksi tai ei ollut kokemusta EU tasolta** *”...herätti*

*ajattelemaan, että EU on meillä yksi yhteistyötoimija, jota tulee pidettyä jotenkin kaukaisena eikä meidän toimintaan vaikuttavana”.*

## Tiedonsaanti ja teknologia







KUVIO 2. Tiedonsaanti ja teknologia

### Tekninen apuväline tiedon siirtoon ja hyödyntämiseen

Teknisten apuvälineiden käytön lisäämiseen oltiin valmiita sekä omassa työssä että asiakkaan omatoimisen käytön suhteen. Näin ollen **teknologia koettiin apuvälineenä asiakkaan omatoimisuuden lisänä**. He kokivat, että **tietoa siirretään sähköisesti** esimerkiksi **sähköpostin** avulla. **Sähköinen tiedonvälitys** koettiin tärkeäksi ”*Sähköisesti analysoidaan kyselyjä ja kaikki tapahtuu sähköisesti tämä (tiedonsiirto)*”. Tässä yhteydessä esille tuli johtamisen apuvälineenä käytetyt kyselyt, jotka olivat kaikki sähköisessä muodossa ja ne **analysoitiin myös sähköisesti**. **Palautteen keräämisellä** voisi kohdentaa palveluita oikein ja parantaa palvelun laatua. Näin saataisiin myös oikeanlaista tietoa työn sisällön suhteen ”*Sisällöstä tavoitteena et pystyttäis laajemmin siihen et mitä oikeesti tarvitaan*”.

*”Palautetta kerätään ihan systemaattisesti ja aina kun on tilaisuus ja voidaan. Näin voitais parantaa palvelun laatua ja suunnata palvelua ehkä eri tavalla.”*

Haastateltavilla oli kokemusta siitä, että kaikki asiat pitäisi raportoida niin että niitä pystyy helposti seuraamaan. Raporteista pitää saada tarvittava tieto juuri omaan työhön ja perustelu sille miksi se sopii juuri siihen. Tällä tavoin tuotettua tietoa on helppo käyttää laajemmaltikin ”*Kaikki pitäisi raportoida läpinäkyvästi*”. Tietoa siis tuotetaan raportteihin ja raporttien tietoja käytetään työssä. Tietoa tuotetaan ja niistä tehdään

**tilastoja.** Tietoa saadaan monista eri tilastoista, joita tuotetaan Suomessa ja EU:n alueella ”EU:n vaikutuksesta terveystiedon tuottamiseen puhuttaessa, se menee tilastopuolelle”.

Haastateltavat tarvitsivat **tilastotietoa.** Tietoa siirretään tilastojen muodossa. Tilastoja tuotetaan ja analysoidaan sähköisesti tietotekniikan avulla. Haastateltavat kokivat, että EU oli vaikuttanut terveystiedon tuottamiseen tilastojen muodossa. Näin koettiin olevan helpompi vertailla eri alueita keskenään sekä sitä, mistä jotkut erot esimerkiksi terveyserot johtuivat. Haastatteluissa ilmeni, että Skandinavian **tilastotiedot** olivat Suomessa käyttökelpoisempia.

*”EU:n vaikutuksesta terveystiedon tuottamiseen puhuttaessa, se menee tilastopuolelle.”*

### **Hyvien käytäntöjen laajentaminen**

Haastateltavat tarvitsivat tietoja **Suomen ja muun Euroopan** käytännöistä. Tietoja tarkastellaan enemmän Skandinavian kesken kuin Euroopan tai koko maailman kesken. Tietoa tarvittiin väestön riskikäyttäytymisestä, jotta siihen osataan puuttua ja ennakoida sen seurauksia. Teknologian koettiin auttavat siinä, että **hyvät käytännöt** voidaan helpommin levittää toisten käyttöön. Haastateltavat kertoivat tarvitsevänsä tietoja toisten maiden hyvistä käytännöistä. Tähän toivottiin EU:n sisällä yhtenäistä menetelmää, joka olisi kaikkien tiedossa.

*”Tilastot on hyvä pohja...katsotaan missä Eurooppa menee ja missä me mennään.”*

*”Niitä tilastoja tarkastellaan Suomessa, Euroopassa ja maailmanlaajuisesti vaikka niitä tarvitaan enempi Skandinavian kesken.”*

Haastateltavat kokivat saavansa paljon tietoa **tiedotusvälineistä** ”Tietoa tulee tiedotusvälineistä”. Tällä tavalla saadaan vertailtua tietoa Euroopan muiden maiden kesken. Tietoa tuli **ylemmältä taholta organisaatiosta, kollegoilta ja sen ulkopuolelta.** Haastatteluissa tietoa kerrottiin tarvittavan **alaisilta.** Tietoa myös **haettiin itse** alan **kirjallisuudesta, lehdistä ja sähköisen median** kautta.

*”Tutkimustietoa on syytä seurata ja kuunnella tarkalla korvalla mitä alaiset kertoo esimerkiksi väestön riskikäyttäytymisestä.”*

Haastateltavat kokivat, että tietoa on hyvin saatavilla. He kertoivat, että **tietoa tulee paljon** ja he tarvitsivat tiedon siitä, mistä **hakea oikeaa tietoa** eli juuri siihen tarkoitukseen sopivaa mitä tarvitaan *”Tietoa on hyvin saatavilla ja et osais hakea oikeaa tietoa koska tietoa tulee paljon.”* He kertoivat tarvitsevansa nimenomaan **tutkittua tietoa** jota he itsekin kokivat tarpeen tuottaa. Haastateltavat kokivat **tiedon seuraamisen tiedotusvälineistä** tärkeänä *”Tutkimustietoa on syytä seurata ja tuottaa”*.

*”Sähköinen verkko on sellainen tärkeä ja tavoittaa kaikki ja on tärkeä kanava.”*

Tiedon myötä haastateltavat kokivat tärkeäksi sen, että hyväksi havaittu toiminta laajennetaan kaikkialle EU:n alueella. Jos Suomessa jokin asia oli jo hyvin, he olivat valmiita toimimaan esimerkkinä toisille *”Hyvät asiat meillä etenevät muualle sinnepäin. Esimerkiksi Suomessa ollaan pitkällä tupakka-asiassa ja Tanska on ottanut meistä oppia”*.

### **Teknologian käyttöalue on laajempi EU:n vaikutuksesta**

Haastateltavat kertoivat EU:n vaikuttaneen terveysteknologiaan laajentavasti. Teknologialla he tarkoittivat sekä teknisiä apuvälineitä että tietotekniikkaa. He kokivat, että EU:n vaikutuksesta teknologian käyttöalue on laajempi kuin mitä se olisi ilman EU:a *”Terveysteknologiaan se (EU) on vaikuttanut niin et on laajempi taso kun mitä muuten kansallisesti”*. Heidän kokemuksensa mukaan **terveysteknologia tulee lisääntymään** yhä enemmän *”Terveysteknologia tulee lisääntymään koko ajan”*. Haastateltavat kokivat, että teknologiatietoa pitäisi kerätä vielä enemmän ja hyödyntää sitä laajemmin. Tällä he tarkoittivat sitä, että esimerkiksi tietotekniikan avulla saatavaa tietoa olisi kerättävä ja hyödynnettävä laajemmin esimerkiksi koko Euroopan kesken. He kokivat myös, että **Suomen innovatiivisuutta pitäisi hyödyntää** enemmän EU:n alueella vaikka teknologian käytössä.

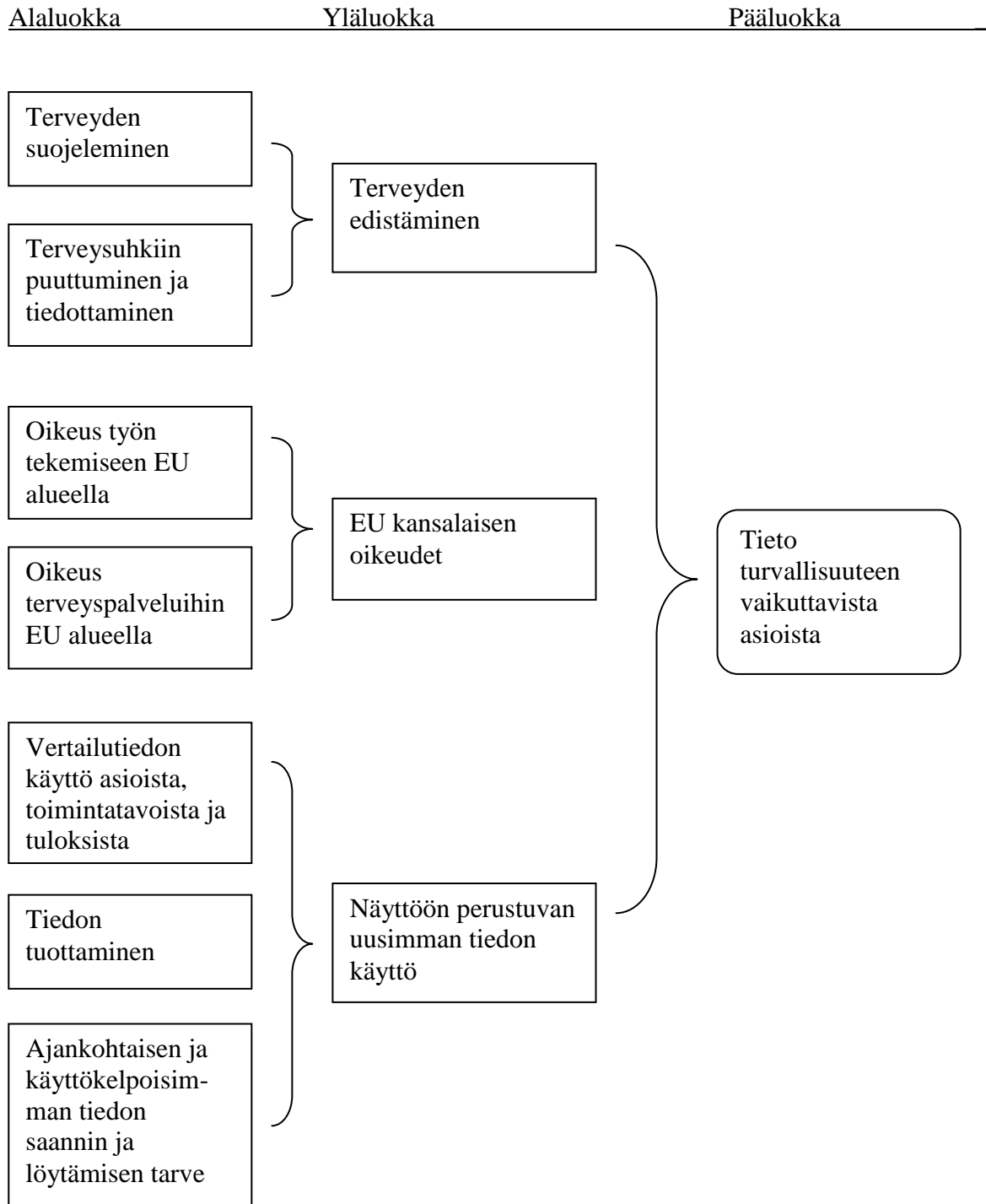
*”Teknologiatietoa tulisi enemmän kerätä ja hyödyntää niitä.”*

*”...jos Suomesta sanotaan, että on innovatiivinen maa niin EU:n pitäisi hyödyntää tämä vaikka teknologiassa. ”*

*”Joku hyväksi havaittu tekniikka voitaisiin EU:n sisällä levittää helpommin käyttöön teknologian avulla.”*

## **6.2 Terveysalan päättäjien tarvitsema tieto EU tasolta**

Terveysalan päättäjät tarvitsevat tietoa turvallisuuteen vaikuttavista asioista. Tietoa tarvitaan terveyden edistämiseen liittyvistä asioista kuten terveyden suojelemisesta ja asioista jotka uhkaavat terveyttä. Haastattelussa ilmeni, että tietoa tarvitaan EU kansalaisen oikeuksista. Nämä sisältävät työn tekemisen oikeuden toisessa EU maassa ja oikeuden terveystalouteen EU:n alueella. Tiedon tarve tuli esille näyttöön perustuvan uusimman tiedon käytössä ja ajankohtaisissa asioissa. Tietoa tarvitaan erilaisista toimintatavoista ja syntyneistä tuloksista. Tietoa tarvittiin vertailtavaksi, jotta selviää, mikä tieto on käyttökelpoisinta juuri heidän työhönsä ja tiedon tuottamiseen eteenpäin. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Terveystalvi alan päättäjien tarvitsema tieto EU tasolta

### ***Terveyden edistäminen***

Haastateltavat kertoivat EU:n suojelevan kansalaisten terveyttä. Välillisesti EU vaikuttaa monen säädöksen kautta Suomen kansalliseen terveyspolitiikkaan. Vaikka terveyspolitiikka on kansallisessa päätäntävällässä EU:n direktiivit ohjaavat sen toteuttamisessa ”...*turvallisuus on mukana näissä EU asioissa ja välillisesti kaikissa säädöksissä*”. EU:lla koettiin olevan merkitystä kansan **terveyden suojelemisessa**. Kansan terveyden suojeleminen koettiin hyvin merkitykselliseksi asiaksi. Haastateltavat kertoivat kokevansa turvallisuutta, jota lisäävät yhteneväiset standardit ”*Mulla on se käsitys et on turvallista ja standardit aika yhteneväisiä*”. Standardeista ja säädöksistä löytyi terveyttä edistäviä asioita ”...*et vaikka lisäaineita vaan tietty määrä. Sillä tavalla EU pyrkii edistämään terveyttä*”.

*”EU:n rooli on kansan suojaaminen ja ne on isoja asioita.”*

*”EU on määrännyt et millaisia antibiootteja voidaan laittaa karjan rehuun.*

*Ne liittyy myös kansalliseen terveyteen ja turvallisuuteen.”*

Terveyden edistämisen asia ilmaistiin olleen esillä EU tasolla epäkohtien osalta. EU:n koettiin olevan laajasti mukana terveyden edistämisessä vaikka siltä toivottiinkin vielä suurempaa huomiota terveysasioihin ”*Jotenkin toivois, et tällaisiin terveysasioihin kiinnitettäis vielä enemmän huomiota EU:ssa*”.

*”Terveyden edistäminen on EU tasolla tuotu epäkohtien osalta esille.”*

Haastatteluissa tuli esille **terveysuhat** joihin EU:lta toivottiin kantaa. Koska terveys oli uhattuna ajankohtaisen pandemian takia, EU:n suojeleva merkitys korostui ”*Terveysuhat on ajankohtainen asia kun on tää pandemia*”. Pandemian kyseessä ollessa ilmeni myös vertailutiedon tarpeellisuus. Haastateltavat kokivat tarvitsevansa tietoa terveyteen vaikuttavista asioista ja terveysuhista sekä niiltä suojautumisesta. EU:n vaikutuksesta kansalaisten koettiin suojautuvan terveysuhilta paremmin. EU:n **kannanottoa** ja **tiedottamista** toivottiin terveysuhkien osalta koska ne koskettavat kaikkia ihmisiä ”...*jotka koskettaa kaikkia vaikka tarttuvien tautien kautta*”. Tartuntatauteihin varautuminen on ollut esillä EU tasolla ja sieltä se on tullut kokemuksena myös haastateltaville ”*Varautuminen tartuntatauteihin on ollut esillä sieltä EU tasolta*”.

*”...tietoa tarvitsee lasten ja nuorten terveyteen vaikuttavista asioista ja terveysuhista. ”*

*”EU:n vaikutuksesta kansalaiset suojautuvat terveysuhilta ehkä jonkin verran paremmin. ”*

### ***EU kansalaisen oikeudet***

EU kansalaisella on **oikeus** hakeutua **töihin** toiseen EU maahan. EU:n alueelta tulevan työntekijän osaamisen varmistaminen koettiin tärkeäksi. Osaamisen varmistamisella haluttiin turvata työn vaatimukseen vastaaminen Suomessa. Haastateltavat kertoivat, että työntekijällä pitää olla tutkinto ja sen vastaavuus Suomessa pitää selvittää. Terveysalalla tutkinnon vastaavuus selvitetään Valvira:ssa. Haastateltavat pitivät kuitenkin tärkeänä työn sisällön mukaisen osaamisen varmistamisen. Siihen liittyi oleellisesti työntekijän kielitaito. Terveysalalla koettiin, että on tärkeää osata kieltä hyvin, jotta voi toimia täysipainoisesti töissä. Haastattelussa ilmeni myös, että työntekijän taustan varmennus on tärkeä asia.

*”EU:n alueelta saapuvan työvoiman osaaminen varmistetaan...käsitys, että heillä täytyy olla jonkun tasonen tutkinto ja selvittää miten se vastaa meidän tutkintoa ja täytyy osata kieltä ja se on terveydenhuollossa aika tärkeä osa se kielen osaaminen ja taustan varmennus, että on sopiva. ”*

Haastatteluisissa ilmeni, että toiminta pohjautuu lakiin ”... toimintahan on säädetty lailla aika pitkälle”. EU kansalainen on **oikeutettu saamaan terveyspalveluja** toisesta EU maasta. Haastatteluisissa tämä koettiin tarpeellisena, koska väestön liikkuvuus on suuri.

*”Kansa liikkuu ja on oikeutettua saamaan palvelua toisesta EU maasta. ”*

### ***Näyttöön perustuvan uusimman tiedon käyttö***

Haastateltavat tarvitsivat tietoa monista terveyteen vaikuttavista asioista. **Tietoa** tarvitaan ennaltaehkäisystä, sairauksien hoidosta ja **toimintatavoista**. Tietoa tarvitaan myös siitä

**mistä ajankohtainen tieto haetaan.** Haastatteluissa ilmeni, että tietoa tarvitaan potilasvahingoista ja resursseista. He tarvitsivat **tietoa EU:n alueelta**, jotta he voivat **verrata asioiden ja toimintatapojen hyviä ja huonoja vaikutuksia** ”Vertaillaan eri järjestelmien vaikutusta ja sitä miten terveys kehittyy eri maailmankolkissa”.

*”Tulee ajankohtaista tietoa meille, joka on varmaankin EU lähtöistä, jotta toimitaan samanlailla koko alueella.”*

*”...mielenkiintoista katsoa, miten toimitaan muualla EU:ssa esimerkiksi Ranskassa ...hoito ja Englannissa eli sillä tasolla EU kiinnostaa. Varsinkin Skandinavia...eli käydä katsomassa miten Tanskassa hoidetaan kansansairauksia.”*

He tarvitsivat tietoa, jotta toiminta olisi mahdollisimman tasalaatuista. Haastatteluissa ilmeni myös, että he tarvitsivat **ajankohtaista tietoa**, jotta osaisivat toimia perustellusti. Haastattelussa kerrottiin toiminnan perustuvan **tutkittuun tietoon** ja siten he tekevät näyttöön perustuvaa työtä ”*Hoitotyön toiminta perustuu meillä näyttöön*”. He kertoivat olevansa kiinnostuneita siitä, miten toiminta on järjestetty muualla EU:n alueella. Haastateltavilla esiin nousi tiedon tarve jo valmiin tiedon suhteen. Tätä tietoa oltiin valmiita käyttämään hyväksi omassa työssä ”...riippuu siitä, onko jo olemassa valmiita tietoa”. He tarvitsevat tietoa kansansairauksien hoidosta, sairastavuudesta, terveyspalvelujen käytöstä, suoritteista ja kustannuksista, jotta voivat **tuottaa uutta tietoa** itse.

*”EU:n sisällä jos yhdessä paikassa otetaan joku hyvä asia käyttöön niin sitä voi helpommin laajentaa toisille.”*

*EU tasolla on huomioitu, et pyrittäis siel mis on tosi alhaalla palvelut ja kansa voi huonosti niin pyritään nostamaan sitä tasoa ja miten siihen tarvis vaikuttaa.”*

*”Sairastavuudesta kerätään tilastoa ja terveyspalvelujen käytöstä, suoritteista, kustannuksista, potilasvahingoista...”*



## 7. POHDINTA

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

#### **Terveysalan päättäjien kokemukset EU:n vaikutuksista alalle**

Päättäjät kokivat, että EU on vaikuttanut resurssin tavoin. Tällä he tarkoittivat sitä, että EU on vaikuttanut yhtenäisten käytäntöjen muodostumiseen. Yhtenäiset käytännöt muodostuivat EU:n ohjeista. EU on pyrkinyt standardoimaan asioita ja toimintoja, joten myös se on vaikuttanut kokemukseen yhtenäisten käytäntöjen muodostumisesta ja EU:n kokemisesta resurssina. He kokivat EU:n vaikuttaneen oikeuskäytäntöihin juuri ohjeilla ja standardeilla. Päättäjät toivat esille muu muassa hankintoihin liittyviä toimintamalleja, joihin liittyy kilpailutus. Hyvinvoinnin edistämiseen liittyviin säännöksiin koettiin tarvittavan vielä lisää selvyyttä ja tietoa esimerkiksi kilpailunrajoitussäännösten suhteen tai elinkeinonharjoitukseen liittyvään toimintaan. Tähän viittaa Sallinen (2007) kuntalain, perustuslain, hallintolain, yhdenvertaisuuslain ja valtioneuvoston päätösten muodossa.

EU on mahdollistanut kehittämistyötä ja kontrolloinut toimintaa. Kehittämistyötä on edesauttanut EU:n rahoittamat projektit. EU:n on koettu toimivan valvovana tahona kehittämissuhteissa. Tässä tutkimuksessa koettiin EU:n projektit osana terveyden edistämistyötä. Terveys 2015 (2001) ja Health – EU (2009) asiakirjat kertovat näistä projekteista kuten Euroopan Terveet Koulut – verkoston kehittäminen ja Euroopan Nuorten Foorumin käynnistäminen. EU toimii aktiivisesti verkostuen esimerkiksi näiden edellä mainittujen kanssa terveyden edistämiseksi. Myös ikääntymiseen liittyvää tutkimusta on tehty EU:n avulla (Franceschi 2007). Tietotekniikan avulla pyritään potilaskeskeisen hoidon parantamiseen. Tietotekniikan integroimisessa on paljon haasteita. Yksi EU:n haaste on monitieteisen tiedon hyödyntäminen. Tavoitteena on luoda järjestelmä jolla saadaan eri tieteenalojen yhteen sovitettua hyödyt. (Liikanen 2008). Kehittämistyötä tarvitaan toimintojen ja osaamisen hyödyntämiseen (Jauhiainen 2004; Strople & Ottani 2006). Päättäjät tässä tutkimuksessa kokivat, että nämä asiat vaikuttavat suuresti kehittämistyön suuntaamiseen.

Päättäjät kokivat EU:n vaikuttaneen tiedonsaantiin ja teknologiaan. He tarvitsivat tietoa yhtenäisistä menetelmistä ja teknologisista järjestelmistä, jotta eri maiden hyvät käytännöt löytyvät helposti. Teknologia koettiin kokonaisuudessaan tekniseksi apuvälineeksi tiedon

siirtoon ja hyödyntämiseen. Päättäjät kokivat teknologian apuvälineenä omassa työssään ja asiakkaan omatoimisuuden lisääjänä (ks. Ala-Nikkola 2003). Tässä tutkimuksessa tietoa koettiin voitavan analysoida hyvin sähköisesti ja sitä kautta saatiin hyviä tilastoja. EU:n terveysstrategian yhtenä tavoitteena on luoda seurantajärjestelmä potilasturvallisuuden parantamiseen. Tähän pyritään muun muassa riskitekijöiden kartoituksella laadunhallinnassa. (Health in Europe 2008.) Tässä tutkimuksessa päättäjät tarvitsivat tietoa seurantajärjestelmistä ja niiden tuottamasta tiedosta omaa työtään varten. Potilasturvallisuuden parantaminen on osa terveyden edistämistä, jota teknologia lisää (ks. Ruonala 2008). Teknologia auttoi nopeassa tiedonvälityksessä sähköpostilla ja tämän lisäksi sähköinen verkko oli aina lähellä. Doupin (2005) tutkimus osoittaa, että verkossa olevan terveystiedon laadun varmistaminen on haasteellinen tehtävä. Tämän tutkimuksen päättäjät kertoivat, että sähköisesti voitiin kerätä palautetta ja sitä kautta tietoa voitiin hyödyntää omassa työssä. Teknologian käyttöalue koettiin laajempaan EU:n vaikutuksesta. EU:n koettiin edesauttavan terveysteknologian käytön lisääntymisenä. EU koettiin myös mahdollisuutena esimerkiksi Suomen teknologisen innovatiivisuuden hyödyntämisessä. EU:n terveysstrategia (Health – EU 2009) kannustaa luotettavan lähteen käyttämiseen terveystietokannan käyttöön. Sen mukaan tietoa voi jakaa konferensseissa. Terveystiedon keräämisen, analysoinnin ja jakamisen käytäntöjen selvittäminen on tärkeää. Strategian tavoitteena on myös nopea ja ajankohtainen parhaan mahdollisen tiedon vaihto EU:n sisällä. Teknologian kehitystyö on jatkuvaa myös käyttöönoton jälkeen (Hyysalo 2005; Metsämuuronen 2001; Surakka 2001). Tässä tutkimuksessa päättäjätkin kokivat saman asian esimerkiksi tilastojen keräämisen hyödyntämiseen liittyen.

EU:n tasolta tarvittiin tietoa hyvien käytäntöjen laajentamiseksi omassa työssä. Saalasti – Koskinen ym. (2005) ja Hardiker (2006) kertovat, että tietotekniikka ja teknologia on tehostanut tiedon keräämisen laatua, varastointia, hakemista ja käsittelyä. Uutta soveltavaa teknologiatietoa kokeillaan esimerkiksi Saksassa, jossa kansalaisilla on sähköinen terveystietokortti. Tässä tutkimuksessa päättäjät saivat tietoa organisaatiossa vertaisiltaan ja alaisiltaan sekä omilta esimiehiltään. He saivat tietoa myös organisaation ulkopuolelta. Tästä oli esimerkkinä tiedotusvälineistä saatu tieto. Päättäjät olivat valmiita hakemaan omatoimisesti tietoa. Oblak (2005) kannustaa hoitajia rohkeuteen tietotekniikasta saatavien kokemusten jakamisen myötä. Ala-Nikkolan (2003) mukaan erilaisten päätösten aikaansaamiseksi tarvitaan neuvotteluja monen eri tahon kanssa. Siinä tilanteessa eri

osapuolten oikeudet ovat joskus ristiriidassa keskenään. Tarpeisiin vastaaminen vaatii neuvotteluja siitä, millaisin ehdoin päätöksiä tehdään.

Päätäjät kokivat myös, että EU:lla on vähän vaikutusta tai sen vaikutusta ei voida arvioida. EU koettiin kaukaisena yhteistyötahona, jolloin oli vaikea arvioida muuttuneita asioita tai ylipäänsä ei ollut ollenkaan kokemusta EU tasolta. Toisaalta tiedettiin EU:n olemassaolo ja sieltä tulleita ohjeita, mutta kokemus vaikutuksista puuttui. Päätäjät pohtivat myös EU:n vaikutusta omaan työhönsä ja laajemmin yhteiskuntaan. Tämän tutkimuksen myötä päättäjien mielenkiinto asiaa kohtaan heräsi ja he kokivat, että EU on yksi yhteistyötoimija.

### **Terveysalan päättäjien tarvitsema tieto EU tasolta ja mistä tieto saadaan**

Tieto turvallisuuteen vaikuttavista asioista koettiin tässä tutkimuksessa tärkeänä ja tarpeellisena. Turvallisuuteen vaikuttavia asioita olivat terveyden edistäminen, EU kansalaisen oikeudet ja näyttöön perustuvan uusimman tiedon käyttö. Terveyden edistäminen vaatii yhteistyötä usean eri tahon kanssa (7. puiteohjelma). EU voi myös kannustaa toisia kansainvälisissä terveyteen liittyvissä suosituksissa. EU:n terveysstrategia (European Commission 2004; Valkoinen kirja 2007) sisältää EU:n vaikutusvallan laajentamisen globaalisti terveyttä edistäväksi. Tässä tutkimuksessa päättäjät tarvitsivat tietoa suojellakseen väestön terveyttä. He tarvitsivat tietoa, jotta voivat puuttua mahdollisiin terveyttä uhkaaviin asioihin ja tiedottaa niistä. Myös edellä mainitussa EU:n terveysstrategiassa painopisteenä on kansalaisten suojaaminen terveysuhilta. Kari, Kattelus & Saari (2008) kertovat, että EU:n toimivalta on Lissabonin sopimuksen seurauksena lisääntynyt muun muassa rajat ylittävissä terveysuhissa. Esimerkkinä siitä käytetään tartuntatauteja kuten HIV, influenssa ja tuberkuloosi. Zonoosi on myös terveyden uhkatekijä. Käytännössä tämä todennettiin vuonna 1996 jolloin EU asetti rajoituksia lihan viennille Iso-Britanniasta hullun lehmän taudin takia (Aaltola 1999). EU voi ohjata myös kansanterveyden suojelemiseksi tarkoitetuista asioista kuten tupakoinnin ehkäiseminen ja alkoholin väärinkäytön rajoittaminen. (Seitsemäs puiteohjelma 2007; Valkoinen kirja 2007.) Tässä tutkimuksessa terveysuhat koettiin myös ympäristöön liittyen kuten säteily ja lentoturvallisuus. Seitsemännessä EU:n puiteohjelmassa (2007) terveyden uhaksi luetaan ympäristöstä tulevat riskitekijät kuten säteily, kemiallinen tekijä ja terrorismi.

EU:n terveysstrategian tavoitteena on terveyden edistäminen ja terveyserojen pienentäminen. Tämä on tavoitteena myös Suomessa (ks. Tahvanainen 2004). Kujala (2003) ja Euroopan komissio (2007) esittävät sosiaalisen hyvinvoinnin ja ympäristöterveydenhuollon myös vaikuttavan merkittävästi terveyden edistämiseen. Näin myös ravitsemus ja päihteiden käyttö. Tässä tutkimuksessa ympäristö koettiin osana ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä. Tämän tutkimuksen päättäjät tarvitsivat tietoa ympäristön turvallisuudesta terveyden edistämiseksi. Tieto turvallisuuteen vaikuttavista asioista nousi tutkimuksen yhdeksi pääluokaksi. EU:sta haluttiin vaikuttavuutta tiedon suhteen turvallisuuteen liittyvissä asioissa kuten ravitsemus ja päihteet. Päättäjät tarvitsivat tietoa siitä miten ympäristötekijät vaikuttavat terveyteen esimerkiksi välillisesti ravintoon joutuneista aineista kuten karjan rehusta ja antibiooteista. Tässä tutkimuksessa päättäjät tarvitsivat tietoa EU tasolta oman ohjeistuksen laatimiseksi. Päättäjien käyttämä tieto oli joissain tapauksissa tullut EU tasolta ja sitä oli sovellettu omaan työhön sopivaksi. Viides puiteohjelma (1999) korosti seuranta- ja arviointimenetelmien käyttöä kansanterveyden parantamiseen liittyen sekä tuotteiden turvallisuuteen liittyvää valvontaa. Tämän tutkimuksen päättäjät tarvitsivat tietoa yhtenäisistä standardeista ja suosituksista oman työnsä tueksi. He kokivat EU:n yhtenä roolina valvonnan suositusten noudattamisesta. Laamanen (2007) esittää, että terveyden edistämiseen on panostettava lapsesta lähtien. Myös tämän tutkimuksen päättäjät olivat koko elämänsä ajan vaikuttavan terveyden edistämisen kannalla. Päättäjät tarvitsivat tietoa myös siitä miten tähän edellä mainittuun asiaan voi vaikuttaa elämän eri alueilla.

Tässä tutkimuksessa päättäjät kertoivat tarvitsevänsä tietoa EU kansalaisen oikeuksista kuten työn tekemisen mahdollisuudesta EU alueella. Tämän tutkimuksen tiedonantajat voisivat hyötyä Cowanin (2007) tutkimuksen tuloksista, jossa tutkitaan terveydenhuoltoalan koulutusta ja työvoiman liikkumista Euroopan sisällä. Joitakin asioita on käsiteltävä yleiseurooppalaisesti kuten influenssa, työntekijöiden liikkuvuus ja potilaiden oikeus hoitoon toisessa maassa (EHPF 2005). Tässä tutkimuksessa EU:n alueella matkustavien terveysturva tuli esille. Päättäjät kokivat tarvitsevänsä tietoa siitä, millainen oikeus EU alueella on terveysturvan palveluiden käyttöön. Tiedon tarve liittyi siihen, että sitä tarvittiin työssä tiedon jakamisen muodossa.

Tietoa tarvittiin näyttöön perustuvan uusimman tiedon käytöstä. Siihen liittyen haluttiin tietoa myös ajankohtaisista asioista ja siitä mikä on juuri heille käyttökelpoisinta. Antola (2004) esittää vertaisarvioinnin olevan yksi keino lisätä EU alueen tietämystä hyvistä käytänteistä. Tässä tutkimuksessa päättäjät kokivat tarvitsevänsä tietoa vertaillakseen asioita eri

toimintatavoista ja tuloksista. He tarvitsivat tietoa siitä, miten tietoa tuotetaan ja millaista tietoa tarvitaan. Eli heillä oli tarve löytää näitä tietoja käyttääkseen niitä työssään. Esimerkiksi vastasyntyneiden kuolleisuuden vaihtelu on konkreettinen esimerkki EU maiden välisistä terveyseroista (Valkoinen Kirja 2007). Päättäjät olivat kiinnostuneita tietämään mistä tällainen johtuu ja mitä asialle on tehtävissä. He halusivat omaan työhönsä konkreettisia työkaluja asioiden eteenpäin viemiseksi. He olivat kiinnostuneita myös siitä, miten Suomen hyviä käytäntöjä voi levittää muualle EU alueella. Ruonala (2008) kertoo Suomen ajaneen tietoyhteiskunnan innovatiivista asiaa Euroopan innovaatio- ja teknologiainstituutin tutkimuksissa esimerkiksi vanhusten hoidossa käytettävien apuvälineiden osalta. Tässä tutkimuksessa päättäjät kokivat tarpeelliseksi tietää mitä uhkia terveydelle juuri nyt oli erityisesti sellaisilla terveyden alueilla joita omassa työssä koettiin tarpeellisena. Tästä käytän esimerkkinä vanhusten hoidossa käytettäviä apuvälineitä. EU:n seitsemäs puiteohjelma suuntaa tutkimusta mielenterveys-, sydän- ja verisuonisairauksiin, syöpään, diabetekseen ja TULES – sairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. (Seitsemäs puiteohjelma 2007; Health – EU 2009)

Päättäjät tarvitsivat tietoa terveyden suojelemisesta. He käyttivät vertailutietoa toisista EU maista. Erityisesti pohjoismaista tietoa tarvittiin päätöksenteon tueksi. Terveyden edistämiseen liittyen vertailutietoa tarvittiin esimerkiksi alkoholipolitiikan suhteen. Brander (2004) esittää pohjoismaisen yhteistyön tuottaneen tuloksia: Ruotsi ja Suomi hakivat EU:lta lupaa alkoholitoiminnan säilyttämiseen entisellään esimerkiksi myynnin suhteen. Siihen tuli myönteinen päätös. Vertailutietoa tarvittiin toisen valtion toimintavasta. Brander (2004) kertoo Ruotsin seuranneen Suomen alkoholin verotuksen seurauksia, jossa verotuloja menetettiin ja kulutuksen lisääntyminen toi useita seuraamuksia. Tässä tutkimuksessa päättäjät tarvitsivat tietoa konkreettisista asioista; toimintamallien muutosten vaikutuksista ja käyttökelpoisimmasta tiedosta.

Tässä tutkimuksessa tiedon tarve esiintyi ikääntyvien hoitoon liittyvistä asioista. Valkoinen Kirja (2007) ja jo EU:n viides puiteohjelma (1999) sisältävät erityisen kohdan ikääntyvien tarpeisiin vastaamiseen terveysalalla. Seuraavan neljänkymmenen vuoden sisällä 80 – vuotiaiden lukumäärä nousee 170 prosenttia. Terveydenhuollon resurssit, toiminnallinen muutos ja tarpeisiin vastaaminen puhuttavat päättäjiä myös tässä tutkimuksessa. He tarvitsevat tietoa ikääntyvien hoidosta ja toimintamalleista usealta eri taholta ja EU alueelta.

Päättäjien tarvitsemaa tietoa EU tasolta tuottaa ja jakaa muun muassa EU:n avoimen koordinaation menetelmä. Siinä valtiot oppivat toinen toiseltaan (ks. Ruonala 2008). Avoimen koordinaation menetelmä ei velvoita jäsenmaita vaan ne voivat laatia omia kansallisia toimintamalleja ja jakaa tietoja keskenään parhaista käytänteistä.

Tiedonsaannin turvaamiseksi tarvitaan EU maiden yhtenäisiä menetelmiä ja teknologisia ratkaisuja hyvien käytäntöjen muodostamiseksi ja niiden helpoksi löytämiseksi. Teknologialla käsitettiin teknisiä apuvälineitä ja tietotekniikkaa. Tiedonsiirtoon ja tiedon hyödyntämiseen tarvitaan tekniikkaa. Sitä käytetään omassa työssä työvälineenä ja asiakkaiden omatoimisuutta lisäävänä tekijänä. Tilastoja tuotetaan sähköisesti ja tietoa analysoidaan samoin. Haastatteluissa ilmeni, että sähköinen verkko on lähellä työntekijöitä ja sähköposti on tärkeä tiedonsiirrossa. Myös palautetta kerätään sähköisessä muodossa tekniikkaa hyödyntäen.

Hyvien käytäntöjen laajentamiseksi tieto kulkee organisaatiossa horisontaalisesti ja vertikaalisesti. Haastateltavat kertoivat saavansa tietoa myös tiedotusvälineistä. He toimivat aktiivisesti hakien itsekkin tietoa organisaatiosta ja sen ulkopuolelta. Haastatteluissa ilmeni, että teknologian käyttöalue on EU:n vaikutuksesta laajempi. Tällä he tarkoittivat, että tietoa saa paremmin; laajemmalta ja runsaasti. Teknologiset ratkaisut esimerkiksi apuvälineiden osalta olivat paremmin saatavilla. He arvioivat terveysteknologian käytön lisääntyvän tulevaisuudessa. Haastateltavat toivoivat Suomen innovatiivisuutta hyödynnettävän teknologian suhteen. (Kuvio 2.)

## 7.2 Tutkimuksen etiikka

Tutkimuksen eettinen hyväksyttävyys edellyttää, että tutkimustoiminta noudattaa hyviä tieteellisiä käytäntöjä (*good scientific practice*). Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää huolellisuutta, tarkkuutta ja tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Tutkijan on noudatettava eettisesti hyväksyttäviä tutkimuksen tekoon soveltuvia menetelmiä ja kunnioitettava toisten tutkijoiden työtä. Tutkijan on toimittava toisten tutkimusten kanssa asianmukaisella tavalla. Tutkimus pitää olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle sopivalla tavalla. (TENK 2002.) Tässä tutkimuksessa tutkija on pyrkinyt huolellisuuteen ja tarkkuuteen sekä noudattamaan tiedeyhteisön hyväksymiä toimintatapoja. Tutkija on käyttänyt eettisesti hyväksyttäviä tutkimukseen liittyviä toimintatapoja. Tutkija on

kunnioittanut toisten tutkijoiden työtä ja osoittanut lähdeviittein käyttävänsä toisen tutkijan aineistoa. Tutkimus on raportoitu tieteelliselle tiedolle sopivalla tavalla. Laadullisessa tutkimuksessa, jossa tutkitaan syvällisiä kysymyksiä ja käytetään suppeita aineistoja, eettiset kysymykset saavat omat erityispiirteensä (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001).

Tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu ja tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu on selvitystä vaativa tehtävä. Tutkimusaiheen valinnassa mietitään aiheen yhteiskunnallista merkittävyyttä ja sosiaalieettistä vastuuta. Yhteiskunta ja tiede kietoutuvat kiinteästi toisiinsa. Oikeassa ympäristössä tutkimuksen toteuttamisella on omat haasteensa. (Hirsjärvi ym. 1997; Anderson 2006; Endacott 2007.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaiheen ja tutkimuskohteen valinnat olivat osa tutkijan eettistä päätöksentekoa. Tutkija on tutkimusaiheen valinnassa miettinyt aiheen yhteiskunnallista merkittävyyttä ja sosiaalieettistä vastuuta. Sosiaalieettinen vastuu ilmenee esimerkiksi niin, että tutkimusaihe on valittu ajatellen sekä hoitotiedettä että sen yhteiskunnallista vaikuttavuutta. Aiheessa ilmenee hoitotiede, yhteiskuntatiede ja hallintotiede. Näiden asioiden takia myös sosiaalieettinen vastuu tutkimuksen teossa on huomioitu ja kuten Hirsjärvi ym. (1997), Anderson (2006) ja Endacott (2007) kertovat, yhteiskunta ja tiede nivoutuvat toisiinsa. Tutkimus on toteutettu haastateltavien oikeassa ympäristössä, missä tutkija kunnioitti haastateltavien autenttista ilmapiiriä. Tutkimusaihe on yhteiskunnallisesti merkittävä. EU:n välillinen vaikutus sosiaali- ja terveydenhuoltoon koskettaa jokaista suomalaista. EU on Suomen rajat ylittävä instituutio, joka siksi on sosiaalieettisesti merkittävän laaja kenttä. Tutkija perehtyi aiheeseen tutkimusten ja kirjallisuuden avulla. Tutkija keskusteli Suomen Eurooppatiedotuksen kanssa ja paransi omaa ymmärrystään asiasta myös tällä tavoin.

Tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä edellytetään tietoista suostumusta (*informed consent*). Tietoisuudella (*informed*) tarkoitetaan sitä, että tärkeät näkökohdat tutkimuksen tapahtumista paljastetaan tutkimushenkilölle ja hänen tulee ymmärtää informaatio. Suostumuksella tarkoitetaan henkilön olevan pätevä rationaalisten arviointien tekemiseen ja suostumaan vapaaehtoisena osallistumaan tutkimustyöhön. (Biswas & Ahmad 2006.) Tutkimusta tehdessä on pohdittava tutkimuksen haittoja suhteessa tutkimuksen hyötyyn. Viranomaiselta on pyydettävä lupa tutkimuksen tekemiseen. (Eskola & Suoranta 1998.) Tutkimus lähti tutkimussuunnitelmasta ja sen jälkeen tutkimusluvan hakemisesta. Tutkimusluvan saamisen jälkeen tutkija otti yhteyttä haastateltaviin. Tutkija informoi tutkittavia tutkimuksen tarkoituksesta, luonteesta ja tavoitteista. Haastateltavat suostuivat vapaaehtoisesti

tutkimukseen. Kaikilla oli oikeus kieltäytyä osallistumasta, jos näin olisivat halunneet. Kaikki pyydetyt halusivat osallistua tutkimukseen. Kukaan ei halunnut lopettaa haastattelua kesken. Tutkittavilla oli tutkijan yhteystiedot jos he halusivat jälkikäteen ottaa yhteyttä tutkijaan.

Tutkimustyössä toisen tekstiä lainattaessa lainaus on osoitettava lähdemerkinnöin. Tutkimuksen tuloksia ei keksitä eikä kaunistella eikä niitä yleistetä kritiikittömästi. Käytetyt tutkimusmenetelmät on selostettava huolellisesti ja mahdolliset puutteet on tuotava julki. Tutkimuksen raportoinnin on oltava täsmällistä. Tutkimusta pyritään tekemään niin luotettavasti kuin mahdollista. (Laine, Goodman, Griswold & Sox 2007.) Tutkimusetiikkaa on pohdittava tiedon hankintaan, tutkittavien fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen suojaan ja tiedon käyttöön liittyen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa, missä tutkittavien määrä on pieni, korostuu tutkittavien anonymiteetti. (Vehviläinen – Julkunen 1997). Tässä tutkimuksessa tulokset esitetään niin, ettei tutkittavia voi tunnistaa. Tutkimuksen tulokset raportoidaan avoimesti ja rehellisesti. Tutkija on miettinyt etiikkaa kaikissa tutkimuksen teon vaiheissa. Tutkija on myös miettinyt omaa objektiivisuutta ja subjektiivisuutta tutkimusta tehdessään.

### 7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkittavan ilmiön perusrakenteen ja tutkimusmenetelmän vastaavuutta voidaan kuvata. Luotettavuuden lähtökohtana on tutkittavan ilmiön tematisointi. (Hirsjärvi ym. 1997.) Tässä tutkimuksessa ilmiö jaettiin kolmeen teemaan. Teemojen avulla pyrittiin saamaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Tutkija päätyi kvalitatiiviseen tutkimuksen tekoon, koska se sopi paremmin tutkittavaan ilmiöön. Ilmiöstä oli saatavissa niukasti aikaisempaa tutkimustietoa ja tutkija halusi saada siitä syvällistä ja uutta tietoa. Tutkimusmenetelmänä kvalitatiivinen tutkimus vastaa tähän tarkoitukseen. Lukkarinen (2001) ja Mullings (2007) esittävät, että tutkijan vastuullisuus ja subjektiivisuus vaikuttavat luotettavuuden arviointiin. Heidän mukaansa tutkija voi johtopäätöksissä osoittaa, mitä yleistyksiä ilmiöstä voi tehdä peilaten tuloksia teoreettiseen viitekehykseen.

Tutkimusaineiston luotettavuuden arvioinnissa arvioidaan haastatteluaineiston luotettavuutta, laadullisen aineiston analyysin luotettavuutta ja raportoinnin luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuus saattaa kärsiä siitä, että tutkimusaineisto ei anna vastausta



tutkimuskysymykseen, aineiston keräämisessä on puutteita tai tutkimusaineisto ei ole edustava. (Eskola & Suoranta 2008.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida näillä kriteereillä. Haastatteluaineiston luotettavuutta tutkija paransi keräämällä aineiston sieltä mistä sen parhaiten oletti saavansa. Haastatteluprosessi on kuvattu tarkasti tämän aineiston keruu osiossa. Analyysiä tehdessä tutkija toimi kvalitatiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. Analyysivaiheessa tutkija kävi ohjauskeskusteluja ohjaajien kanssa. Tutkimusaineisto antoi vastaukset tutkimuskysymyksiin. Lukkarinen (2001) ja Mullings (2007) esittävät luotettavuuden arvioimiseksi kontekstisidonnaisuutta ja tutkimusprosessin johdonmukaisuutta. Tutkimusprosessissa tutkija pyrkii löytämään ilmiöstä olennaisia ulottuvuuksia ja jäsentämään niitä. Mäen (2004) esittämä tulkinta tutkijan persoonallisena näkemyksenä on tässä tutkimuksessa paikkansa pitävä. Tutkija on pyrkinyt löytämään ilmiöstä olennaiset ulottuvuudet jäsentäen niitä.

Aineiston koko liittyy tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimuksen luotettavuutta aineiston koon suhteen voi tarkastella saturaatiolla eli kylläntymisellä. Tällöin aineiston koon kasvaessa aineisto alkaa toistaa itseään. Tässä tutkimuksessa tutkija tiesi teemojen, tarkentavien kysymysten ja oman esioletuksensa perusteella mitä aineistosta ollaan hakemassa. Myös analyysiyksikköjen hahmottuessa ajatuskokonaisuuksiksi tutkijalle tuli kuva aineiston kylläntymisestä. Saturaation käsite voidaan yhdistää tulosten yleistettävyyteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009). Tutkimustulosten siirrettävyys on mahdollista tietyin ehdoin huomioon ottaen sosiaalisen todellisuuden monimuotoisuuden (Eskola & Suoranta 2008). Tutkimustuloksia voi yleistää kokeilemalla niitä muihin elämänalueisiin tai viittaamalla muihin tutkimuksiin ja tilastotietoihin. Jos tutkijan tulkinnat saavat vahvistusta toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista, tulokset vahvistuvat. (Lukkarinen 2001; Mullings 2007.) Tässä tutkimuksessa luotettavuutta parantaa se, että tutkittavilla henkilöillä oli kokemusta tutkittavasta asiasta eli heidät valittiin sieltä missä tutkimuskohteena oleva ilmiö esiintyy (ks. Mäki 2004). Heidät valittiin harkitusti ja tarkoitukseen sopien. Tämän tutkimuksen aihe oli verrattain abstrakti. Kuitenkin haastatteluissa saatiin hyvin vahvistusta teoriaosuuteen. Abstraktin aiheen valintaa rajasivat teemat. Teemat antoivat haastateltaville viitekehysten. Tämän tutkimuksen yleistettävyyttä voidaan perustella saturaatiolla.

Luotettavuutta lisää vielä se, että tutkimusaineistoon valitaan niitä ihmisiä, jotka haluavat osallistua ja kykenevät hyvin ilmaisemaan itseään. Joskus tutkittavat ovat tyytymättömiä

tilanteeseen ja haluavat haastattelussa valittaa yrityksistä, tuotteista, dokumenteista ja jopa ihmisistä. Useimmat tutkittavat haluavat miellyttää. Kysyttäessä he haluavat antaa sen vastauksen minkä kuvittelevat kysyjän haluavan kuulla. Jos kysymykseen sisältyy arvosanoja, vastaajat valitsevat nämä sanat ja vastaavat valitsemansa arvon suuntaan. Johdattelevia kysymyksiä on vältettävä. (Mäki 2004.) Tämän tutkimuksen haastateltavat osallistuiivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Suostumuskäytäntö oli eettisten periaatteiden mukainen. Avoimet kysymykset antoivat luotettavuutta lisäävästi objektiivisempaa tietoa. Kysymyksissä ei ollut arvosanoja.

Tässä tutkimuksessa empiiriset perustelut tulkitaan tutkijan toimesta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston analyysivaihetta ja luotettavuuden arviointia ei voida erottaa toisistaan jyrkästi. Tutkimuksen analyysivaiheet pitää kuvata tarkasti luotettavuuden parantamiseksi. Tutkimuksen luotettavuuden kokemukseen vaikuttaa lukijan omakohtainen kokemus tutkittavasta asiasta. Lukija voi kokea asian olevan luotettavasti kerrottu tai hän voi epäillä oliko asia sittenkään niin miten tutkija sen esitti. (Eskola & Suoranta 2008.)

Luotettavuuden kokemukseen vaikuttaa myös tutkimuksen raportointi. Tässä tutkimuksessa on pyritty kuvaamaan tutkittava ilmiö selkeästi kuten Tuomi & Sarajärvi (2009) kehottavat. Heidän mukaansa tutkimusprosessi kerrotaan tarkasti ja lukijalle on pyritty antamaan kaikki tarvittava tieto, jotta hän voi arvioida tutkimuksen tuloksia. Näin on tutkija tässä tutkimuksessa tehnyt. Tutkija on käyttänyt raportissa selkeitä ja ymmärrettäviä ilmaisuja ja joitakin sanoja tai sanontoja on selitetty alaviittauksin. Raportoinnissa on pitäydytty tieteellisessä raportointitavassa. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009; tieteellinen raportointi vs. tarina).

#### 7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

EU:sta saatu resurssikokemus antoi päättäjille ohjeet ja asioiden ja toimintojen standardoinnin yhtenäisten käytäntöjen tueksi. Tiedon analysointia tapahtui sähköisesti ja sen seurauksena tietoa voitiin jakaa nopeasti ja näyttöön perustuen. Päättäjien kokemus EU:sta oli myös EU:n valvonta. Kaiken kaikkiaan EU kokemusta oli kertynyt laajasti yhteiskunnasta. Johtopäätöksenä tästä EU:n voi sano vaikuttavan välillisesti hyvin moneen asiaan. Vaikka päättäjä olisi ollut sitä mieltä, että EU oli kaukainen yhteistyötoimija tai sen vaikutusta oli

vaikea arvioida, oli se enemmän kiinni siitä katsoiko vastaaja asiaa oman työnsä näkökulmasta vai yhteiskunnallisesti.

Päättäjien kokemus EU:n vaikutuksesta kehittämisessä oli vakuuttava. He toivat esille EU:n rahoittamia projekteja. Nämä projektit olivat mahdollisia EU rahoituksen turvin. Päättäjien kokemus kehittämisestä oli myös EU:n suunnalta tuleva. Koska päättäjät kokivat myös, että EU on kaukainen yhteistyötoimija tai ettei heillä ollut kokemusta EU:n vaikutuksista, olisi asiaa lähestyttävä monitieteisestä näkökulmasta. Johtopäätöksensä tähän asiaan voi herättää kysymyksen EU:n vaikuttavuudesta ja EU:n mahdollisuuksista. Myös vaikuttavuuden ja mahdollisuuksien tutkiminen ja selventäminen päättäjiltä EU:n suuntaan on keino terveysalan kompetenssin lisäämiseen.

Tiedon saanti sekä horisontaalisesti että vertikaalisesti organisaation sisällä ja sen ulkopuolella on edellytys hyvien käytäntöjen laajentamisessa. Terveysturvaamiseksi on mahdollista tehdä yhteistyötä usean eri tieteenalan kanssa. Tämä vahvistaa tai muuttaa myös terveysalan päättäjien toimintamalleja. Tässä tutkimuksessa yhtenä osana tutkittiin päättäjien kokemuksia teknologiasta. Huomattavaa oli, että esille ei tullut niin sanotut tekniset ongelmat tietotekniikan käytössä. Tutkittavien kokemus ei osoittanut tietotekniikkaan liittyvän teknisen puolen olevan keskeisessä roolissa työssään. Kokemusta sen hidastavasta tai mutkistavasta vaikutuksesta ei tullut esille. Myöskään kokemusta siitä, että tietotekniikka tai teknologia vaikeuttaa rekrytointia, ei ollut. (Vrt. Ruonala 2008.) Tiedonantajien mukaan teknologia on apuväline asiakkaan omatoimisuudessa. Teknologian hyödyntämistä voisi olla enemmänkin, mutta erityinen huomio on kiinnitettävä sen käyttäjätutkimukseen. Näyttöön perustuvan uusimman tiedon tarve tuli selvästi esille. Päättäjät tarvitsivat tietoa vertailtavaksi oman työn organisoimisen takia ja pystyäkseen jakamaan tietoa kollegoille. Tietoa oli pyydetty myös EU tasolta välillisesti. Joskus EU tasolta saatu tieto oli annettu kansallisesti muokattavaksi. Varsinainen tiedontarve oli löytää oikeanlainen tietolähde erityisesti sen takia, koska EU:n vaikutuksesta teknologian käyttöalue koettiin laajemmaksi.

Päättäjät ilmaisivat, että EU oli antanut selkärunkaa päätöksentekoon ja jotain mihin voi tukeutua omassa työssään. Tässä asiassa päättäjät olivat mukana ajantasaisen tiedon tarvitsijana ja kerääjänä. Päättäjien tarvitsema tieto käytettiin terveyden edistämiseen. EU:sta tarvittiin tietoa terveyden vaikuttavista uhista ja keinoista suojella terveyttä. Päättäjät tarvitsivat siis tietoa turvallisuuteen vaikuttavista asioista. Työssään he tarvitsivat sellaista

tietoa kuten työn tekeminen toisessa EU maassa ja matkustajan oikeus terveystietoihin EU:ssa. Nämä asiat olivat konkreettista tietoa EU tasolta. Näiden asioiden suora yhteys saattaa olla terveystietoihin käytön lisääntyminen monikansallisella tasolla sekä työvoiman liikkumisen lisääntyminen. Tiedonkulun paraneminen osaltaan lisää tiedon tarvetta. Terveystietoihin vaikuttavat uhat ovat mediassa nopeasti kaikkien tietoisuudessa. Päättäjien odotetaan kykenevän vastaamaan moniin terveystietoihin vaikuttaviin asioihin. Lisäksi heiltä odotetaan laajaa yhteiskunnallista tietämystä terveystietoihin vaikuttavista asioista.

Jatkotutkimus terveystietoihin liittyen on monitieteinen. Terveystietoihin päättäjien kokemukset EU:n vaikutuksista liittyvät sekä suoraan potilashoittoon että laajemmin yhteiskunnallisiin kysymyksiin. Päättäjät tarvitsevat luotettavan teknologiaa hyväksikäyttävän tietolähteen, josta he saavat helposti uusimman ja omaan työhönsä käyttökelpoisimman tiedon. Jatkotutkimusaiheena on millainen portaali vastaa päättäjien tarpeeseen. Tällaisen tietolähteen kehittäminen voi syntyä usean toimijan yhteistyönä EU:n sisällä. Päättäjät haluavat myös jakaa omaa arvokasta tietoaan. Tätäkin voi hyödyntää teknologian avulla sovitusti. Se vaatii yhteistyötä usean tahon kanssa, mutta tuloksena olisi globaalisti sen vaikutuksesta nauttiva työntekijäkunta sekä tietenkin terveystietoihin asiakkaat.

Lisäksi tässä tutkimuksessa nousi esille päättäjien kokemus EU:sta yhteistyötoimijana. Tässä suhteessa ei ollut ihan selvää miten EU:n kanssa tehdään yhteistyötä ja mitkä ovat ne keinot miten yhteistyöhön voi vaikuttaa. Avoimen koordinaation menetelmää ei noussut esille ja jatkossa olisikin tutkittava sitä, millainen yhteistyömenetelmä ja vaikutuskanava EU:n kanssa on käyttökelpoisin terveystietoihin päättäjille.

## 8. LÄHTEET

Aaltola, M. 1999. The Rhythm, Exception and Rule in International Relations: The case of Mad Cow Disease. *Studia Politica Tamperensis* 5. Väitöskirjatyö.

Ala-Nikkola, M. 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. *Acta Universitatis Tamperensis* 972. Tampere University Press. Väitöskirjatyö.

Anderson, James A. The ethics and science of placebo-controlled trials: assay sensitivity and Duhem-Quine thesis. *Journal of Medicine & Philosophy*. 31(1):65-81, 2006.

Antola, E. 2004. Suomi EU:n etujoukkoon. Eurooppa – politiikan uudet haasteet. EVA raportti. Yliopistopaino.

Anttila, P. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Taito-, taide- ja muotoilualojen työvälineet. *Artefakta* 2. 3. painos. Hamina. Aikatiimi Oy. 2000.

Berger, AM. 2004. Data mining as a tool for research and knowledge development in nursing. *Computers, Informatics, nursing*. 22(3) 123-131.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?dbd&cmd>. (Luettu 1.12.2010.)

Biswas, B. & Ahmad, R. 2006. Critical evaluation of research articles in relation to informed consent. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*. 32(3):92-7.

Brander, R. 2004. Finland och Sverige i EU. Tio år av medlemskap. Schildts Förlags Ab. Helsingfors. 115-125.

Cowan, DT. Wilson-Barnett, J. Norman, IJ. 2007. A European survey of general nurses' self assessment of competence *Nurse Education Today*. 27(5):452-8.

Doupi, P. 2005. Personalized Patient Education and the Internet: Linking Health information to the Electronic Patient Record - STEPPS in Burn Care. *Stakes Tutkimuksia* 152. Helsinki.

Duncan, B. Health Policy in the European Union: how it's made and how to influence it. *BMJ* 2002;324(7344). 1027-30.

EHPF. 2005. EU Health Policy Forum. Recommendations on Health Services and the Internal Market. Brussels.

Endacott, R. 2007. Clinical research 2: Legal and Ethical Issues in research. *Accident & Emergency Nursing*. 15(3):166-9.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Vastapaino. Tampere. 19, 52-53, 208 – 229.

Europa 2008.

[http://ec.europa.eu/europedirect/index\\_fi.htm](http://ec.europa.eu/europedirect/index_fi.htm)

Luettu 1.12.2010.

European Commission. 2004. Communication from the Commission. Follow up to the high-level reflection process on patient motility and healthcare developments in the European Union. COM(2004)301 final. Brussels 20.4.2004.

[http://europa.eu/eurlex/en/com/cnc/2004/com2004\\_0301en01.pdf](http://europa.eu/eurlex/en/com/cnc/2004/com2004_0301en01.pdf)

Luettu 1.12.2010.

European Commission. 2007. Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013.

Franceschi, C., Bezrukov, V., Blanche, H., Bolund, L., Christensen, K., de Benedictis, G., Deiana, L., Gonos, E., Hervonen, A., Yang, H., Jeune, B., Kirkwood, T B L., Kristensen, P., Leon, A., Pelicci, P., Peltonen, L., Poulain, M., Rea, I., Remacle, J., Robine, J., Schreiber, S., Sikora, E., Slagboom, P., Spazzafumo, L., Stazi, M., Toussaint, O., Vaupel, J., 2007. Genetics of healthy aging in Europe: the EU-integrated project GEHA (Genetics of Healthy Aging). *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1100:21-45.

Gulacsi, L. The time for cost-effectiveness in the new European Union member states: the development and role of health economics and technology assessment in the mirror of the Hungarian experience. *European Journal of Health Economics*. 8(2):83-8, 2007 Jun. The European journal of health economics : HEPAC : Health Economics in Prevention and Care

Haahtela, T. 2006. Tieto, tietotekniikka ja lääkärintyön murros. *Duodecim*. 122(1):9-11.

Hardiker, N. 2006. More focus on research needed in NPfIT. The official journal of the Nursing Specialist Group. BCS. The British Computer Society. Newsletter. (18) Issue 1. ITIN. pp. 7-10.

Health – EU. The Public health portal of the European Union. [http://ec.europa.eu/health-eu/my\\_health/elderly/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/index_en.htm)

Luettu 15.2.2009.

Health in Europe. Health and Consumer protection Directorate – General, European Commission. Summary Report of the response to Health in Europe: A strategic Approach Discussion Document for a health Strategy. 2008.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hyppönen, H., Saalasti-Koskinen, U., Perälä, M-L., Saarikalle, K. 2005. Knowledge Intensive Service Activities (KISA) in Health and Social Care Innovation Process: Towards Seamless care for older people in Kuopio Home Care. Final report. Osaavien keskusten verkoston julkaisu. 2/2005. Helsinki: Stakesin monistamo.

Hyssälä, L. 2008. Teoksessa Kari, M., Kattelus, M., & Saari, J. Sosiaalinen Eurooppa murroksessa. Euroopan unionin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki.

Hyvärinen, A. 2005. Hoitoon toiseen maahan.

<http://www.eurooppa-tiedotus.fi/public/download.aspx?ID=21725&GUID={2FB6D854-440E-4F78-A38E-F8C7768DAEC4}>

Luettu 1.12.2010.

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä – tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveydestä. Acta Universitatis Tamperensis 1028. Tampere University Press. Väitöskirjatyö.

Hyysalo, S. 2005. Terveystieteiden teknologian käyttöönoton jälkeiset oppimishaasteet. Teoksessa Lehenkari, J., Häyrinen, K. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon tietotekniikan ja tiedonhallinnan tutkimuspäivät. Tutkimuspäivät. Osaavien keskustusten julkaisuja 4/2005. Helsinki. Kuntaliitto. 15-19.

Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintäteknikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja koulutustarpeista vuonna 2010. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Kuopio. Väitöskirjatyö.

Kari, M., Kattelus, M. & Saari, J. 2008. Sosiaalinen Eurooppa murroksessa. Euroopan unionin sosiaali- ja terveyspolitiikka. No 191/2008. Eurooppatiedotus. Helsinki. 7-9, 17-19, 39-41, 46-55.

Kemppinen, R. 2002. Suomi Euroopan unionissa. Perusteos. Eurooppa-tiedotus. Edita. Helsinki. 12-17.

Kokkonen, P. 1999. Hoitotyön ydin esiin dokumentointia parantamalla. Teoksessa Munnukka, T. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 1999. Dokumentointi hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy. 79-87.

Kosonen, P. & Saari, J. 2000. Hyvinvointipolitiikka. EU:n sosiaalisen ulottuvuuden rajalliset vaikutukset. Teoksessa Raunio, T. & Wiberg, M. (toim.) EU ja Suomi. Unionijäsenyyden vaikutukset suomalaisen yhteiskuntaan. Edita. Helsinki. 243-260.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessinohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Acta Universitatis Tamperensis 914. Tampere University Press. Väitöskirjatyö.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1 (11), 3 - 12.

Laamanen, E. 2007. Vapaaehtoiset pakkoliitokset? Diskurssianalyttinen tutkimus kuntarakennetta koskevasta julkisesta keskustelusta. Acta Universitatis Tamperensis 632. Kuntatalon paino. Helsinki. Väitöskirjatyö.

Laine, C., Goodman, SN., Griswold, ME. & Sox HC.: Reproducible research: Moving toward research the public can rally trust. Annals of Internal Medicine. 146(6):450-3, 2007.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Mikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki, 21 - 43.

Lehtonen, A. 2010. Eurooppatiedotus. Keskustelu 25.11.2010..

Liikanen, E. 2008.

<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=SPEECH/01/248&format=HTML&aged=0&language=FI&guiLanguage=en>

Luettu 1.12.2010.

Lukkarinen, H. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmionä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY. 2001.

Metsämuuronen, J. 2001. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä. Methelp Ky. Helsinki.

Mullings, AM. Research ethics committees: Preserving research integrity and the public trust. West Indian Medical Journal. 56(2):105-7, 2007.

Mäki, T. 2004. Laadun informaatio-ohjauksen haasteet - hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 109. Kuopio. Väitöskirjatyö.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Helsinki, 215 - 221.

Oblak, M. 2005. Nursing Information Systems. Division of Nursing. The Cleveland Clinic. News and World Report 2005. [Http://cms.clevelandclinic.org/nursing](http://cms.clevelandclinic.org/nursing). Luettu 12.9.2006.

Oinonen, E. 2004. Finnish and Spanish Families in Converging Europe. Acta Electronica Universitatis tamperensis 381. Tampere University Press. Väitöskirjatyö.

Ollila, E. 2004. Terveys politiikkojen ristiaallokossa. Teoksessa Rimpelä, M. & Ollila, E. (toim.) Näkökulmia 2000 – luvun terveystalouteen. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Aiheita 8/2004. Stakesin monistamo. Helsinki. 11-17.

Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen, K. 1998. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva. 14-24.

Public health 2008.

[http://ec.europa.eu/health/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/index_en.htm)

Luettu 1.12.2010.

Raunio, T. & Saari, J. 2009. Euroopan unionin jännitteet. Nro 194/2009. Eurooppatiedotus. Edita Prima Oy. Helsinki. 70.

Ruonala, M. 2008. EU-perusteos. Eurooppatiedotus. Ulkoasiainministeriö. Vammalan Kirjapaino. Sastamala. 61, 113-114, 146, 159.



- Saari, J. & Kari, M. 2006. Sosiaali- ja terveystaloudellinen politiikka: nopeasti muuttunut politiikkalohko. Teoksessa Raunio, T. & Saari, J. (toim.) Eurooppalaistuminen. Suomen sopeutuminen Euroopan integraatioon. Yliopistokustannus. Helsinki. 140-143, 168-176.
- Sallinen, S. 2007. Kunnan itselleen ottamat tehtävät ja niiden oikeudelliset reunaehdot. Acta Universitatis Tamperensis 1212. Tampere University Press. Väitöskirjatyö.
- Sarkeala, T. 2008. Performance and effectiveness of organised breast cancer screening in Finland. Acta Universitatis Tamperensis 1309. Tampere University Press. Väitöskirjatyö.
- Seitsemäs puiteohjelma. 2007-2013. Suomen EU – T&K – sihteeristö. <http://www.tekes.fi/eu/fi/community/Aihealueet/872/Terveys/1875>  
Luettu 29.11.2010.
- Strople, B. & Ottani, P. 2006. Can technology improve intershift report? What the research reveals. Journal of Professional Nursing. May-June;22(3) 197-204.
- Surakka, S. 2001. Tutkintovaatimusten määrittely. Tapausesimerkkinä TKK:n tietotekniikan koulutusohjelman 1. ja 2. vuosiluokan opetus. Licensiaattityö. Helsinki.
- SuVL 1/2002 vp. Suuren valiokunnan lausunto. Valtioneuvoston selitys komission valkoisesta kirjasta ”eurooppalainen hallintotapa”. <http://www.eduskunta.fi/>.
- Tahvanainen, A. 2004. Terveystaloudellista Helsingissä ja Uudellamaalla. Acta Universitatis Tamperensis 1040. Tampere University press. Väitöskirjatyö.
- Tanskanen, L. 2005. Paikallisen hyvinvointiyhteiskunnan haaste. Acta Universitatis Tamperensis; 1120. Tampereen yliopistopaino. Väitöskirjatyö.
- Terveys 2015. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – ohjelmasta. Helsinki 2001. STM julkaisuja 2001:4.
- TENK. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen.
- Torvi, K. 2004. Turvassa EU:ssa. Kaukana katala maailma. EVA:n Suomi, EU ja maailma – asennetutkimus. EVA raportti. Yliopistopaino. 10-11, 22.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Latvia. 134-143.

Valkoinen kirja. 2007. European Commission. Brussels.

Vehviläinen- Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Helsinki. 26-34.

Viertiö, J. 2008. Hallitusti vai ajautuen? Tutkimus Euroopan unionin päätöksenteosta. Acta Universitatis Tamperensis 1282. Tampere University Press. Väitöskirjatyö.

Viides puiteohjelma. 1999. EU:n viidennen tutkimuksen ja kehityksen puiteohjelman yleisesite. Suomen EU – T&K –sihteeristö/Tekes. Paino-Center Oy. Sipoo. 9-11, 20-35, 67-69.

Välimäki, M. & Holopainen, A. 2000. Tutkimus ja psykiatrinen hoitotyö. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. (toim.) Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WS Bookwell Oy, Juva, 152 - 180.

Whitehead, LC. 2007. Methodological and ethical issues in Internet-mediated research in the field of health: an integrated review of the literature. *Social Science & Medicine*. 65(4):782-91.

Haastattelun teemat ja tarkentavat kysymykset (haastateltava kertoo niistä asioista, mistä tietää oman työnsä osalta)

*Teema 1. Kansalaisten suojaaminen terveysuhilta ja turvallisuuden parantaminen terveydenhuollossa*

- Millaisia kokemuksia teillä on EU:n vaikutuksesta kansalaisten suojaamiseen terveysuhilta?
- Millaisia kokemuksia teillä on EU:n vaikutuksesta turvallisuuden parantamiseen terveydenhuollossa?
- Miten EU näkyy työssänne?
- Millaisia esimerkkejä voitte antaa EU:n ohjeistuksesta?
- Mitkä asiat ovat muuttuneet EU:n myötä?
- Minkälaista tietoa terveysuhista tarvitsette?
- Ketkä voivat saada teiltä hoitoa/palveluita?
- Miten EU:n alueelta saapuvan työvoiman osaaminen varmistetaan?
- Miten olette varautuneet tartuntatauteihin kuten influenssa, tuberkuloosi tai HIV? Mistä ohjeistus tulee? Mistä saatte ajankohtaista tietoa näistä tartuntataudeista?
- Mistä saatte tietoa siitä, mitä poikkeusolosuunnitelmassa (kriisi- tai katastrofisuunnitelmassa) on otettava huomioon?
- Miten teillä seurataan ja arvioidaan turvallisuutta terveydenhuollossa?
- Kansansairaudet (mielenterveysairaudet, sydän- ja verisuonitaudit, syöpä, diabetes ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet) ovat myös terveysuhkia, mitä tavoitteita/ohjeistuksia teillä on kansansairauksien suhteen?

*Teema 2. Terveyden edistäminen*

- Millaisia kokemuksia teillä on EU:n vaikutuksesta terveyden edistämiseen?
- Millaisia esimerkkejä voitte antaa EU:n ohjeistuksesta terveyden edistämiseen?
- Mitkä asiat ovat muuttuneet terveyden edistämässä EU:n myötä?
- Millaisia ohjeita teillä on terveyden edistämisen suuntalinjoista/tavoitteista omassa organisaatiossanne?
- Millaisista asioista tarvitsette tietoa, jotta voitte edistää terveyttä väestötasolla? Mistä tieto tulee teille?
- Millaisia terveyden edistämisen tavoitteita teillä on eri ikäryhmille?
- Mihin terveyden edistämishjelmat perustuvat?

*Teema 3. Terveystiedon tuottaminen ja jakaminen sekä terveysteknologia*

- Millaisia kokemuksia teillä on EU:n vaikutuksesta terveystiedon tuottamiseen ja jakamiseen sekä terveysteknologiaan?
- Millaisia esimerkkejä voitte antaa EU:n ohjeistuksesta?
- Mitkä asiat ovat muuttuneet EU:n myötä?
- Millaisista asioista kerätään palautetta ja tilastoa?
- Mistä tieto saadaan uusista ohjeista?
- Mihin perustatte hoitotyön toiminnan?
- Miten saatu tieto jaetaan eteenpäin ja varmistetaan sen mukainen toiminta?
- Millaisia terveysteknologisia apuvälineitä käytätte?
- Millaista apua teknologiasta on ollut terveystiedon keräämiseen ja tuottamiseen?

