

Tampereen yliopisto  
Terveystieteiden yksikkö

**Kun kulttuurit kohtaavat**  
– Terveyspalvelujen monikulttuurisuus ja laatu  
terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kokemana

Pro gradu -tutkielma  
Emilia Airola  
Tampereen yliopisto  
Terveystieteiden yksikkö  
Huhtikuu 2013

# TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

AIROLA, EMILIA: Kun kulttuurit kohtaavat – Terveyspalvelujen monikulttuurisuus ja laatu terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kokemana

Pro gradu -tutkielma, 87 s., 2 liitesivua

Ohjaaja: Yliopistonlehtori Pirjo Lindfors

Kansanterveystiede

Huhtikuu 2013

---

Kasvavan maahanmuuton myötä monikulttuurisuus Suomessa lisääntyy tai ainakin muuttaa muotoaan, kun erilaiset kulttuurit kohtaavat toisensa yhä useammin yhteiskunnan eri osa-alueilla. Tämä aiheuttaa omat haasteensa myös maamme terveydenhuoltojärjestelmälle. Lähtökohtaisesti tasa-arvoiseenkaan järjestelmään ei välttämättä kohtele eri kulttuuritaustoista tulevia asiakkaitaan tasapuolisesti, sillä esimerkiksi maahanmuuttajilla terveyskäsitteet ja -tarpeet sekä terveyspalveluihin kohdistuvat toiveet ja odotukset voivat poiketa valtaväestöstä.

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on tutkia maahanmuuttaja-asiakkaiden ja heitä hoitavan ammattihenkilöstön näkemyksiä terveyspalvelujen monikulttuurisuudesta ja laadusta. Tutkimus on laadullinen ja se on toteutettu haastattelemalla opiskeluterveydenhuollossa työskenteleviä terveydenhoitajia ja maahanmuuttajia, jotka ovat oikeutettuja käyttämään näitä palveluja. Tutkimusaineisto koostuu neljän terveydenhoitajan ja 12 maahanmuuttajan ryhmähaastatteluista. Aineisto on analysoitu teema- ja sisällönanalyysin keinoin.

Tässä tutkimuksessa kokemukset terveydenhuollon kulttuurienvälisistä kohtaamisista tiivistyivät kolmeen luokkaan, jotka ovat 1) maahanmuuttajien erityisaseman huomioiminen, 2) yhteisymmärryksen rakentaminen sekä 3) käytäntöjen toimivuus. Kokemukset laadusta määrittyivät sekä maahanmuuttajien erityisaseman (maahanmuuttoon ja kulttuuritaustaan liittyvät tekijät) huomioimisen kautta että tavoista rakentaa näitä jäsenyyksiä ja yhteisymmärrystä terveydenhuollon ammattihenkilöstön ja asiakkaan välisissä kohtaamisissa. Myös terveydenhuollon käytännöt ja toimintamallit vaikuttivat siihen, millainen käsitys haastateltavilla palvelujen nykytilasta oli.

Tutkimustulokset osoittavat, että maahanmuuttajien ja terveydenhoitajien käsitykset palvelujen nykytilasta ovat melko yhteneväiset. Kohtaamisille ominaista on ystävällinen ilmapiiri ja pyrkimys yhteisymmärrykseen. Haasteita kuitenkin asettavat näkemys-, kieli- ja kulttuurierot ja joiltain osin käytäntöjen joustamattomuus. Maahanmuuttajien ja terveydenhuollon ammattilaisten kohtaamisissa avointa ja ymmärtäväistä suhtautumista kulttuurisia eroja kohtaan pidetään tärkeänä. Maahanmuuttajille suunnattujen palvelujen laadun varmistuksessa voidaan hyödyntää kulttuurienvälisen osaamisen viitekehyksiä, kuten kulttuurista kompetenssia ja transnationaalista osaamista.

Molempien osapuolten huomioiminen palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä on tärkeää, sillä yhteisymmärryksen saavuttaminen mahdollistaa yhteiseen hoitonaikemukseen ja hyviin käytäntöihin pääsemisen. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa terveyspalvelujen tulee vastata mahdollisimman hyvin niin valtaväestön kuin myös maahanmuuttajien palvelutarpeita.

Asiasanat: terveyspalvelut, maahanmuuttajat, monikulttuurisuus, laatu

## ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

AIROLA, EMILIA: Meeting of cultures – Health care quality and multiculturalism experienced by health care professionals and immigrants

Master's Thesis, 87 p, 2 annexes

Supervisor: University lecturer Pirjo Lindfors

Public Health

April 2013

---

A growing number of immigrants moving to Finland also means that multiculturalism and interaction between diverse cultural groups in our society are increasing and getting new forms. This brings new challenges to the Finnish health care system as well. Not even an equitable system can guarantee that health related needs and desires of immigrants are fully considered in a health care system which has mainly been built to serve the needs of the majority population.

The purpose of this Master's thesis is to study immigrants' and health care professionals' experiences and thoughts of the quality and multiculturalism of the Finnish health care system. The data of this qualitative study is collected by group interviews and this sample includes a four-membered group of nurses working in student health care and the total number of 12 immigrants entitled to use these services. This data was then analyzed using elements of thematic and content analysis.

In this research the experiences of the quality and multiculturalism in health care and intercultural encounters can be divided into three groups which are 1) observing immigrants' social status and cultural differences, 2) consensus building and 3) creating and maintaining good practices in health care. These all seem to have an impact when perceiving the quality of health care services.

This study indicates that there are not big differences between the views of the immigrants and nurses when it comes to assessing the quality and the current state of health care services. Both nurses and immigrants felt that friendliness and seeking for consensus were characteristic for these intercultural encounters. In turn, cultural barriers such as language and inflexibility of some practices are setting the biggest challenges. Cultural desire and understanding of cultural differences were considered important in these health care encounters. Cultural and transnational competence can be seen as key elements of quality assurance.

By taking account of both health care professionals' and immigrants' points of view health care services can be planned and developed to better guarantee mutual understanding, and thereby, it will be easier to achieve good practices and treatment satisfaction. In a multicultural society it is important that health care needs of all the patients regardless their ethnic and cultural differences will be met.

keywords: health care (services), immigrants, multiculturalism, quality

# Sisältö

---

1 Monikulttuuristuva Suomi ja terveydenhuolto	4
2 Opiskeluterveydenhuolto palvelujen tarjoajana	6
3 Maahanmuuttajana Suomessa	9
3.1 Maahanmuuttaja käsitteinä	9
3.2 Maahanmuutto ilmiönä	10
3.3 Maahanmuuttajien koulutustilanne	13
3.4 Maahanmuuttajien terveysolot – Mitä tiedetään?	16
4 Kulttuuri ja lähikäsitteet maahanmuuton ja terveyden tutkimuksessa	21
4.1 Kulttuuri	21
4.2 Akkulturaatio	23
4.3 Diaspora	25
4.4 Monikulttuurisuus ja kulttuurienvälisyys	26
4.5 Transkulttuurisuus ja transnationaalisuus	28
5 Kulttuurienväliset kohtaamiset ja laatu terveydenhuollossa	28
5.1 Mitä terveydenhuollon laatu on?	28
5.1.1 Laatu maahanmuuttajien näkökulmasta	31
5.2. Kulttuurinen kompetenssi	34
5.3 Transnationaalinen osaaminen	37
6 Tutkimuksen toteutus	40
6.1 Tutkimustehtävä	40
6.2 Tutkimusaineisto	40
6.3 Laadullinen tutkimus	43
6.4 Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä	44
6.5 Temaattinen sisällönanalyysi	49
7 Tutkimustulokset	51
7.1 Maahanmuuttajien erityisaseman huomioiminen	51
7.1.1 Transition ja maahanmuuton vaikutus	51
7.1.2 Kulttuurierojen ymmärtäminen	55
7.2 Yhteisymmärryksen rakentaminen	61
7.3 Käytäntöjen toimivuus	64
7.5 Yhteenveto tuloksista	68
8 Johtopäätökset ja pohdinta	70
9 Lähteet	79
10 Liitteet	
Liite 1. Haastattelurunko	
Liite 2. Myönnetty tutkimuslupa	

## 1 Monikulttuuristuva Suomi ja terveydenhuolto

Suomea voidaan pitää tuoreena maahanmuuttomaana, sillä vielä toisen maailmansodan jälkeen rajat pidettiin suljettuina aina 1980-luvulle saakka. Tämän jälkeen Suomeen alkoi vähitellen tulla pakolaisia ja suomensukuisia inkerinsuomalaisia. (Paananen 2005.) Edelleen suomalaista maahanmuuttoa leimaa se, että suurimmat maahanmuuttajaryhmät tulevat entisen Neuvostoliiton tai Venäjän alueelta (Venäjän ja Viron suomensukuiset muuttajat). Toisen merkittävän ryhmän muodostavat nykyään somalialais- ja irakilaisestaustaiset pakolaiset. (Tilastokeskus 2012a.)

Maahanmuuttajien määrä vaihtelee hieman sen mukaan, arvioidaanko ulkomaalaisten määrää kansalaisuuden, äidinkielen vai syntymämaan perusteella vai näiden yhdistelmänä. Tilastokeskuksen väestörakennetilaston mukaan Suomessa asui vakituisesti vuoden 2011 lopussa 257 248 ulkomaista syntyperää olevaa henkilöä, mikä on 4,8 prosenttia väestöstä. Ulkomailla syntyneitä eli ensimmäisen polven ulkomaista syntyperää olevia oli kaikkiaan 219 702 henkilöä ja Suomessa syntyneitä eli toisen polven ulkomaista syntyperää olevia 37 546. (Tilastokeskus 2012a.)

Suomeen saapuneiden maahanmuuttajien määrä on kaksinkertaistunut kymmenen viime vuoden aikana ja muuttovoitto ulkomailta on viime vuosina kasvattanut maamme väestöä enemmän kuin luonnollinen väestönlisäys eli syntyneiden määrä suhteessa kuolleisiin (Sisäasiainministeriö 2013; Rapo 2011). Samaan aikaan myös maahan- ja maastamuuton luonne on muuttunut, ja sekä kansallinen että kulttuurinen monimuotoisuus on lisääntynyt, mikä on merkki globalisaatiosta. Erilaiset kulttuurit kohtaavat toisensa yhä useammin ja yhä tiiviimmin, ja kulttuurien perinteiset tavat saavat kohtaamisissa uusia muotoja. (Sainola-Rodriguez 2009: 11.) Maahanmuutto muuttaa sekä lähtö- että tulomaita kulttuurisesti ja yhteiskunnallisesti mutta myös muuttajia ja heitä vastaanottavien maiden ihmisiä (Malin 2011). Kasvaessaan maahanmuutto merkitsee niin määrällisesti kuin laadullisestikin monikulttuuristuvaa Suomea, mikä asettaa omat haasteensa myös maan terveydenhuollolle (Pakaslahti 2007).

Vaikka maahanmuuttoa sen nykymuodossa voidaan pitää suhteellisen tuoreena ilmiönä, niin Suomi on jo kauan ollut monikulttuurinen maa: täällä on jo vuosisatojen

ajan elänyt monien eri kulttuureiden edustajia. Esimerkiksi 1800-luvulla kulttuurisen sivistyneistön Suomessa muodostivat lähinnä ruotsinkieliset ja venäläiset, mutta ainakin suurimmissa kaupungeissa kulttuurien kirjo oli suurempi, ja vaikutteita saatiin esimerkiksi Saksasta, Ranskasta ja Englannista. Suomessa vähemmistökulttuureita ovat edustaneet romanit mutta myös saamelaiset sekä pienet juutalais- ja tataariyhteisöt. Lisäksi talvi- ja jatkosodan jälkeen Suomeen sijoitettiin lähes puoli miljoonaa karjalaista, jotka olivat suomalaisia, mutta joista monet edustivat kuitenkin eri uskontokuntaa ja erilaisia arkipäivän tapoja. (ETENE 2004.) Monikulttuurisuus on ehkä muuttanut muotoaan 1990-luvulta lähtien, mutta itsessään se ei ole lisääntyneen maahanmuuton suora seuraus.

Vaikka maahanmuuttajien määrä on viime vuosina kasvanut Suomessa nopeasti, niin muihin Euroopan maihin verrattuna ulkomaalaisten määrä on Suomessa suhteellisesti ja myös absoluuttisesti pieni. Lisäksi koulutus monikulttuuriseen työhön on ollut toistaiseksi melko vähäistä. Osittain näiden seikkojen vuoksi suomalaiset ovat vielä alkutaipaleella monikulttuurisuuteen totuttautumisessa ja kokemukset monikulttuurisesta yhteistoiminnasta ovat melko vähäisiä samoin kuin suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön valmiudet kohdata maahanmuuttaja-asiakkaitaan. (Sainola-Rodriguez 2009: 19; Pakaslahti 2007.) Kulttuurisesti pätevässä terveydenhuollossa terveysneuvonnan tulisi olla niin joustavaa, että se kykenee ottamaan huomioon kulttuuriset erot ja käyttämään hyödyksi eri kulttuurien niitä ominaisuuksia, jotka tukevat yksilön terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä (Vartti 2001).

Terveydenhuoltojärjestelmät ovat aina kulttuurinsa tuotteita. Kulttuuri määrittää tapamme olla vuorovaikutuksessa ja se vaikuttaa esimerkiksi käsityksiimme ammattilaisen ja potilaan rooleista sekä terveyden ja sairauden määritelmistä. Sen vuoksi monikulttuurisessa työssä työntekijän on tärkeää nähdä ja tiedostaa oma kulttuurisidonnaisuus. Näennäisesti tasavertainen järjestelmäkään ei välttämättä kohtele asiakkaita eri kulttuuritaustoista tasapuolisesti, sillä se on pääsääntöisesti rakentunut vastaamaan valtaväestön tarpeita. (Malin 2011.)

Suomessa on viime vuosina kohdistettu enenevässä määrin huomiota maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin, mutta toistaiseksi meillä on vielä vähän

tutkimusta esimerkiksi suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kohtaamisista (Sainola-Rodriguez 2009: 3). Aikaisemmissa aiheeseen liittyvissä tutkimuksissa ja kartoituksissa näkökulmaksi on otettu maahanmuuttajatyön kokemukset yleensä joko työntekijöiden tai asiakkaiden näkökulmasta. Etenkin laadullisissa tutkimuksissa huomio on yleensä kohdistunut vain jonkin tietyn etnisen ryhmän kokemuksiin ja kulttuurisiin terveys- ja hoitokäsityksiin tai vaihtoehtoisesti terveydenhuollon ammattilaisten kulttuurienväliseen osaamiseen ja taitoihin kohdata maahanmuuttaja-asiakkaita (Häkkinen 2009: 16–17).

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoitus on selvittää, millaisia kokemuksia terveydenhuollon henkilöstöllä ja maahanmuuttajilla on terveystalvelujen monikulttuurisuudesta ja laadusta. Tutkimuksessani kartoitan myös, millaisista elementeistä terveydenhuollon laatu näiden kokemusten perusteella rakentuu. Tällainen tutkimustieto on tärkeää, jotta monikulttuurisessa yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa onnistuttaisiin tarjoamaan tarpeenmukaista hoitoa valtaväestön lisäksi maahanmuuttaja-asiakkaille. Lisäksi molempien – henkilöstön ja asiakkaan – näkökulmien huomioiminen on perusteltua, sillä esimerkiksi Sainola-Rodriguezin (2009: 134) mukaan synteessin etsiminen on oleellinen asia yhteiseen hoitotäkemukseen ja sitä kautta hyviin käytäntöihin pääsemisessä.

## 2 Opiskeluterveydenhuolto palvelujen tarjoajana

Toteutin tutkimukseni haastatteleamalla Tampereen opiskeluterveydenhuollon henkilöstöä ja Suomessa asuvia maahanmuuttajia, jotka ovat oikeutettuja käyttämään näitä palveluja. Tutkimukseni kohteena on siis opiskeluterveydenhuollon toimintaympäristö, jonka arkisessa toiminnassa – osana sen perustoimintaa (hoitotyö) – tapahtuu kohtaamisia erilaisten ihmisten ja kulttuurien välillä.

Suomessa opiskeluterveydenhuollon järjestäminen kuuluu perusterveydenhuollon tehtäviin. Opiskeluterveydenhuollon palvelut on järjestettävä kunnan alueella sijaitsevien oppilaitosten opiskelijoille. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2012a.) Oikeusopillisesti opiskeluterveydenhuolto perustuu valtioneuvoston asetukseen (338/2011) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja

nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Lisäksi terveydenhuoltolaissa (1326/2012) on opiskeluterveydenhuoltoa koskevia suosituksia ja säännöksiä. Opiskeluterveydenhuoltoa ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveysministeriö (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012a).

Tampereella opiskeluterveydenhuolto huolehtii kokonaisvaltaisesti kaupungissa sijaitsevien oppilaitoksien opiskelijoiden terveydestä. Opiskeluterveydenhuollon palveluihin ovat oikeutettuja he, jotka opiskelevat vähintään kaksi kuukautta päätoimisesti ammattikorkeakoulussa, toisen asteen ammatillisessa oppilaitoksessa, ammatillisessa aikuiskoulutuksessa tai lukiossa. Opiskeluterveydenhuollon palvelut eivät koske oppisopimus- eivätkä iltaopiskelijoita. (Tampereen opiskeluterveydenhuolto 2012.) Lisäksi Suomen yliopistoissa perustutkintoon opiskelevilla on oma terveydenhoitosäätiönsä (YTHS), joka tarjoaa heille yleis-, mielen- ja suunterveyden palveluja ([www.yths.fi/yths](http://www.yths.fi/yths)). Tampereella opiskeluterveydenhuolto huolehtii noin 25 000 opiskelijan terveydestä (Tampereen opiskeluterveydenhuolto 2012).

Sosiaali- ja terveysministeriön (2012a) määritelmän mukaan opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvät opiskelijoiden terveyden ja opiskelukyvyn edistäminen, opiskeluyhteisön ja -ympäristön terveellisyys ja turvallisuuden edistäminen, terveyden- ja sairaanhoitopalvelut (joihin sisältyvät mahdollisten mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus), suun terveydenhuollon palvelut sekä seksuaaliterveyttä edistävät palvelut. Lisäksi opiskelijoille suunnatun terveysneuvonnan on tuettava ja edistettävä itsenäistymistä, opiskelukykyä, terveellisiä elämäntapoja, hyvää kuntoa ja mielenterveyttä sekä ehkäistävä koulukiusaamista. Tavoitteena on edistää ja ylläpitää sekä opiskelijoissa että vallitsevissa olosuhteissa olevia suojaavia tekijöitä ja toisaalta vähentää olosuhteissa olevia altistavia ja laukaisevia riskitekijöitä sekä yksilökohtaista haavoittuvuutta (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006). Tampereella opiskeluterveydenhuolto korostaa tavoitteinaan opiskelijan hyvinvoinnin, opiskeluterveyden ja tulevan työkyvyn edistämistä (Tampereen opiskeluterveydenhuolto 2012).



Suomessa sijaitsevaan oppilaitokseen myönnetään ulkomaalaisille opiskelijoille ulkomaalaislain (301/2004) 45 §:n mukainen tilapäinen oleskelulupa tutkintoon tai ammattiin johtaviin opintoihin tai perustellusta syystä myös muihin opintoihin. Ulkomailta tuleva opiskelija on kansanterveyslain mukaan järjestettävän opiskelijaterveydenhuollon piirissä. Samoin kiireellinen sairaanhoito tulee antaa kaikille sitä tarvitseville asuinpaikasta ja kansalaisuudesta riippumatta. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006.)

Vaikka opiskelijaikäiset ovat fyysisesti terveimmillään, tarvitsee valtaosa heistä terveyspalveluja, kuten silmälaseja ja hammashoitoa. Opiskelijat myös oireilevat paljon, mutta silti mielikuva huolettomasta ja hyvinvoivasta opiskelijasta elää sitkeänä. Oireilun taustalta löytyy usein elämänvaiheen ja opiskelun aiheuttamaa stressiä ja epäterveellisiä elintapoja, mutta myös fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006.) Esimerkiksi vuonna 2010 toteutetussa tutkimuksessa korkeakouluopiskelijoista hieman yli puolet ilmoitti potevansa terveydellisiä ongelmia, joista on haittaa opintojen edistymiselle (Saarenmaa, Saari & Virtanen 2010).

Valtakunnallista opiskelijoiden terveysseurantaa on kehitetty vuodesta 2008 lähtien sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta Opiskelijoiden terveysseurannan kehittämishankkeessa (OPTE-hanke). Hankkeen tavoitteena on opiskelijoiden terveysseurannan kehittämisen lisäksi selvittää, millaisia mahdollisuuksia opiskeluterveydenhuollossa on terveysseurantatiedon keruuseen, ja kuinka tietoa voidaan hyödyntää opiskelijoiden terveydenedistämistyön kehittämisessä. Tähän saakka tietoa opiskelijoiden terveydestä ja hyvinvoinnista on Suomessa kerätty eri kyselytutkimuksilla kuten lukiolaisten ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien osalta *Kouluterveyskyselyllä*. Ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyttä ja hyvinvointia on selvitty melko vähän ja tietoa aiheesta on suppeasti. Ylioppilaiden terveydenhuoltosätiössä, YTHS:ssä, on toteutettu vuosina 2000, 2004, 2008 ja 2012 valtakunnalliset opiskelijoiden terveystutkimukset, joiden kohteina ovat olleet vuosina 2000 ja 2004 alle 35-vuotiaat suomalaiset yliopiston perustutkinto-opiskelijat sekä vuonna 2008 ja 2012 heidän lisäksi myös ammattikorkeakouluopiskelijat. (Kääriä, Mäki, Leinonen, Hakulinen-Viitanen & Laatikainen 2011; Konttu & Pesonen 2012.)

Tätä tutkimustani varten haastatteleman maahanmuuttajat opiskelevat Tampereen aikuiskoulutuskeskuksessa (TAKK) ja ovat näin ollen oikeutettuja käyttämään opiskeluterveydenhuollon palveluja. Tämän yksikön palvelujen käyttö ei kuitenkaan ollut edellytys tutkimukseen osallistumiselle, mutta kaikilla haastateltavilla oli jossakin muodossa kokemusta terveystalvelujen käytöstä Suomessa.

### 3 Maahanmuuttajana Suomessa

#### 3.1 Maahanmuuttaja käsitteinä

*Maahanmuuttajalla* tarkoitetaan hyvin yleisellä tasolla maasta toiseen muuttavaa henkilöä (Maahanmuuttovirasto 2012). Käsite ei kuitenkaan ole täysin yksiselitteinen ja sitä voidaan tarkentaa esimerkiksi jaotteleamalla ihmiset ryhmiin maahantulon syyn mukaan; työperäisiin maahanmuuttajiin, paluumuuttajiin, pakolaisiin, turvapaikanhakijoihin ja avioliiton myötä Suomeen muuttaneisiin (Räty 2002: 11).

*Ensimmäisen polven maahanmuuttajilla* tarkoitetaan henkilöitä, jotka ovat itse muuttaneet maahan, mutta toisaalta puhutaan myös hieman harhaanjohtavasti toisen polven maahanmuuttajista, joilla itsellään ei kuitenkaan ole takanaan maahanmuuttoa, vaan heidän vanhempansa ovat tulleet maahan jostain muualta (Sisäasiainministeriö 2012). Maahanmuuttajastatus ei kerro sitä, kuinka kauan henkilö on asunut maassa tai onko hänellä Suomen kansalaisuus. Puhekielessä käsite onkin vakiintunut tarkoittamaan kaikkia ulkomaalaisia henkilöitä, jotka asuvat pysyvästi Suomessa. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2012.) Muun muassa Kansainvälinen siirtolaisjärjestö (IOM 2012) määrittelee maahanmuuttajan henkilöksi, joka on asunut ulkomailla kauemmin kuin yhden vuoden syystä riippumatta.

Maahanmuuttaja-sanalla käytölle on ehdotettu vaihtoehdoksi useita termejä, joista yksikään ei ole kuitenkaan lyönyt itseään kunnolla läpi. Käsitteitä *maahanmuuttajataustainen / maahanmuuttotaustainen henkilö* voidaan käyttää tilanteesta riippuen joitakin vuosia maahanmuutosta eteenpäin, mutta käsite ei kuitenkaan poista maahanmuuttaja-sanaan liittyviä puutteita. (Mannerheimin

lastensuojeluliitto 2012.) Sama koskee myös käsitettä *ulkomaalaistaustainen* ja usein näillä termeillä viitataan toisen polven maahanmuuttajiin (Rapo 2001).

Sana *uussuomalainen* taas tarkoittaa vakituisesti Suomessa asuvaa maahanmuuttajaa tai maahanmuuttajataustaista henkilöä. Uussuomalaiseksi voidaan kutsua henkilöä, joka on muuttanut ulkomailta suhteellisen pysyvästi Suomeen toisin kuin väliaikaisesti maassa oleskelevat ulkomaalaiset. (Mannerheimin lastensuojeluliitto 2012.) Löytyn (2012) mukaan maahanmuuttaja on sinänsä melko neutraali ilmaus, sillä se kertoo vain sen, että ihminen on muuttanut Suomeen jostakin muualta, kun taas uussuomalaisuus voi sisältää hyvinkin erilaisia ryhmäidentiteettejä.

Nykyajan maahanmuuttajista käytetään myös termiä *transmigrant* (Koehn & Rosenau 2002; Sainola-Rodriguez 2009: 31). Nämä kehittävät ja ylläpitävät hyvin moninaisia suhteitaan (perhe- ja sukulaisuussuhteet, taloudelliset, sosiaaliset, poliittiset ja uskonnolliset suhteet) yli rajojen ja liittyvät samanaikaisesti kahteen tai useampaan yhteiskuntaan.

Tässä tutkimuksessa käytän käsitettä maahanmuuttaja, sillä näen sen kuvaavan hyvin sitä terveydenhuollon asiakasjoukkoa, jota haastattelin tutkimustani varten. Jokainen heistä on asunut Suomessa jo vähintään puoli vuotta ja he ovat kaikki esimerkiksi opiskelleet suomen kieltä ja ilmaisseet kiinnostuksensa asettua maahan ainakin toistaiseksi.

### 3.2 Maahanmuutto ilmiönä

Suomessa maahanmuuttoa voidaan pitää suhteellisen tuoreena ilmiönä ja sotien jälkeen siirtolaisuutta määrittä pääsääntöisesti Suomen ja Ruotsin välinen muuttoliikenne. Suomi on ollut perinteisesti maastamuuttomaa, josta on lähdetty töihin ulkomaille, kuten Ruotsiin, Australiaan ja Pohjois-Amerikkaan – 1960- ja 70-luvuilla erityisesti Ruotsin suuret teollisuuslaitokset houkuttelivat Suomesta runsaasti vähän koulutettua työvoimaa. (Rapo 2011; Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma 2006.) Samaan aikaan maahanmuutto Suomeen oli yksittäistä ja liittyi työhön, opiskeluun tai perhesuhteisiin, mutta osittain siihen vaikutti myös kansainvälisesti lisääntynyt

matkailu. Ensimmäisen kerran 1970-luvulla Suomi otti muiden maiden tavoin vastaan suuremman pakolaismäärän Chilen vallankaappauksen jälkeen (ETENE 2004).

Suomi sai muutamina vuosina 1990-luvulla muuttovoittoa reilummin, kun pakolaisia saapui etenkin Somaliasta ja sen lisäksi poliittisella päätöksellä myönnettiin inkeriläisille mahdollisuus muuttaa Suomeen. Vuosituhannen vaihdetta lähestyttäessä vähän koulutetun työvoiman maastamuutto väheni ja korvautui pienemmässä mittakaavassa tapahtuvana koulutetumman työvoiman maastamuutolla. Tämän jälkeen siirtolaisuus ja muuttovoitto ulkomailta hiipuivat kymmenen vuoden ajaksi takaisin sille vaatimattomalle tasolle, jolla se lähes koko itsenäisyytemme ajan on ollut. (Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma 2006; Rapo 2011.)

Todellinen maahanmuuton lisäys on tapahtunut vasta EU:n laajentumisen myötä viime vuosikymmenen loppupuolella. Kun ihmisten liikkuvuutta on helpotettu, on uusista jäsenmaista, etenkin Virosta, tullut lisää muuttajia Suomeen. Myös Aasiasta on ollut yhä enemmän tulijoita. Vuosina 2007–2009 muuttovoitto ulkomailta onkin kasvattanut maamme väestöä enemmän kuin luonnollinen väestönlisäys eli syntyneiden määrä suhteessa kuolleisiin. (Rapo 2011.) Tilastokeskuksen (2012b) mukaan ulkomailta Suomeen muutti vuoden 2011 aikana 29 500 henkeä. Määrä on 3 100 edellisvuotta suurempi ja samalla suurin luku koko itsenäisyyden aikana. Suomesta ulkomaille muutto kasvoi myös hieman ollen 12 650 henkeä. Nettomaahanmuuttoa kertyi vuoden 2011 aikana yhteensä 16 800 henkeä, mikä on 3 100 enemmän kuin vuotta aiemmin. EU-maista Suomeen muutti 14 900 henkeä, eli 2 750 henkeä edellisvuotta enemmän. Kaikkiaan Suomi sai vuonna 2011 muuttovoittoa EU-maista 6 500 henkeä, mikä oli myös selvästi enemmän kuin vuotta aiemmin. (Tilastokeskus 2012b.)

Tänä päivänä Suomeen muutetaan eniten opiskelemaan, töihin tai perheen perässä. Vaikka nykyisen suuruisella maahanmuutolla on Suomessa lyhyt historia, on kansainvälisen väestön osuus jo merkittävä osissa Suomea, esimerkiksi pääkaupunkiseudulla. Kansalaisuuden mukaan venäläiset muodostavat suurimman Suomeen muuttavan ryhmän. Suomen kansalaisuutta hakevat useimmiten EU-maiden ulkopuoliset kansalaiset, mutta kymmenen suurimman hakijaryhmän joukosta löytyy yksi EU-maa, Viro. Vuonna 2011 turvapaikkaa Suomesta haki 3 088 henkilöä, mikä on noin neljännes vähemmän kuin edellisenä vuonna (4 018 hakijaa) ja lähes puolet

vähemmän kuin vuonna 2009 (5 988 hakijaa). Vuonna 2011 yhteensä 1 271 turvapaikanhakijaa sai myönteisen oleskelulupapäätöksen eri perusteilla. Kielteisiä päätöksiä annettiin yhteensä 1 890 henkilölle. (Maahanmuuton vuosikatsaus 2011.)

Edelleen suomalaista maahanmuuttoa leimaa se, että suurimmat maahanmuuttajaryhmät ovat Venäjän ja Viron suomensukuiset muuttajat ja toisaalta pakolaiset (somalialaiset ja irakilaiset) (Tilastokeskus 2012a). Vuosien 2000–2009 aikana Suomeen on muuttanut ulkomailta yhteensä noin 218 000 henkilöä. Heistä joka kolmas oli Suomessa syntynyt eli ns. paluumuuttaja<sup>1</sup>. Vuosittain suomalaiset itse ovat siis ylivoimaisesti suurin maahanmuuttajaryhmä. Tämä tosiasia tahtoo monesti unohtua maahanmuutosta keskusteltaessa. (Rapo 2011.)

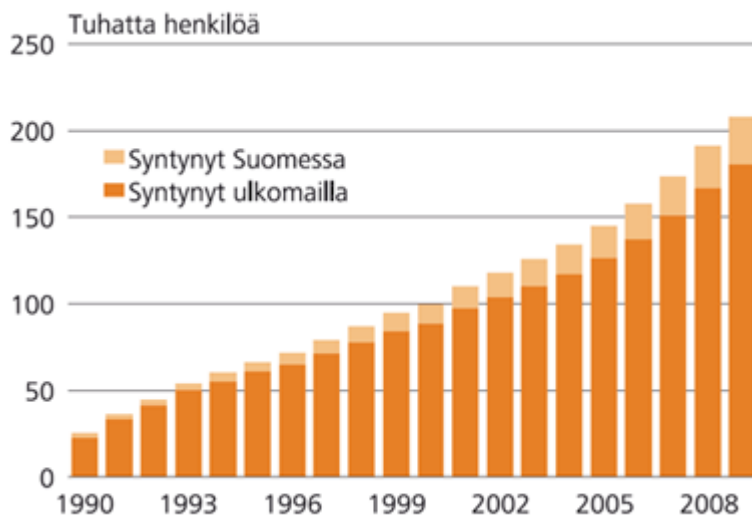
Kansalaisuutta, äidinkieltä tai syntymävaltiota käytettäessä päädymme Suomen ulkomaalaisten osalta joukkoon, joka on kooltaan 156 000 – 233 000 henkilöä. On itsestään selvää, että tarkasteltaessa esimerkiksi ulkomaalaisten työllisyyttä kansalaisuuden tai syntymävaltion mukaan, päädytään helposti erilaisiin tuloksiin. Lisäksi on huomioitava, että kaikki ulkomailla syntyneet henkilökään eivät ole yksiselitteisesti ulkomaalaisia. Osa ulkomailla syntyneistä henkilöistä on syntynyt suomalaisen perheen lapsena jossain muussa maassa ja voi näin ollen olla Suomen kansalainen ja puhua äidinkielenään suomea. Ulkomailla syntyneistä puhuukin äidinkielenään suomea lähes joka viides. Siksi Suomessa olevia ulkomaalaisia määriteltessä olisi hyvä käyttää henkilön syntymävaltion lisäksi henkilön äidinkieltä. Ulkomailla syntyneitä ja äidinkielenään muuta kuin suomea puhuvia oli vuoden 2009 lopussa Suomessa 190 000 henkilöä. Tämä luku antaa luotettavimman kuvan siitä, kuinka paljon Suomessa on ulkomaalaisia. (Rapo 2011.)

Ulkomaan kansalaisten osuus koko väestöstä on ollut 2000-luvulla noin 2 % ja ulkomailla syntyneiden osuus noin 3 %. Luvuissa eivät ole mukana Suomen

---

<sup>1</sup> Henkilöt, joilla on suomalaiset sukujuuret tai muuten läheinen yhteys Suomeen voivat tietysti edellytyksin saada oleskeluluvan Suomeen. Luvan saamiseksi ei tarvita muita syitä, kuten esimerkiksi työntekoa tai opiskelua. Oleskeluluvan saantiin vaikuttaa suomalaisten sukujuurien vahvuus ja läheisyys. Jos sukujuuret ovat useampien sukupolvien takana, oleskelulupaa ei voi tällä perusteella saada. Suomalaisten sukujuurten tai Suomeen läheisen yhteyden perusteella oleskeluluvan saavat voidaan jaotella kahteen ryhmään: 1) inkerinsuomalaiset (entisen Neuvostoliiton alueelta peräisin olevat henkilöt) 2) muu suomalainen syntyperä (entiset Suomen kansalaiset ja henkilöt, jotka ovat syntyperäisten Suomen kansalaisten jälkeläisiä). (Maahanmuuttovirasto 2013.)

kansalaisuuden saaneet ulkomaalaiset eivätkä määräaikaista maassa työskentelevät ulkomaalaiset, joita voidaan arvioida olevan vuodenaikasta riippuen 4 000–12 000. Luvut ovat EU-alueen pienimmät, kun vertailussa huomioidaan myös eri maiden tilastoimaton ulkomaalaisväestö. (Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma 2006.) Määrä on ollut tasaisessa kasvussa ja vuonna 2009 vieraskielisten määrä ylitti 200 000 henkilön rajan, mikä oli 3,9 prosenttia Suomen väestöstä. Tilastokeskuksen väestörakennetilaston mukaan vuoden 2011 lopussa Suomessa asui vakituisesti 257 248 ulkomaista syntyperää olevaa henkilöä, mikä on jo peräti 4,8 prosenttia väestöstä (Tilastokeskus 2012a). Maamme vieraskielisestä väestöstä yli kolmannes (37 %) puhuu äidinkielenään joko venäjää tai viroa. (Rapo 2011.)



Kuvio 1. Vieraskielisten määrä Suomessa vuosina 1990 – 2009 (Rapo 2011, Tilastokeskuksen väestötilastot)

### 3.3 Maahanmuuttajien koulutustilanne

Maahanmuuttajien eli Suomeen tulleiden turvapaikanhakijoiden, pakolaisten, siirtolaisten, paluumuuttajien ja muiden ulkomaalaisten koulutuksen tavoitteena on antaa valmiuksia toimia tasavertaisesti suomalaisessa yhteiskunnassa sekä pitää yllä heidän omaa kulttuuri-identiteettiään. Tavoitteena on myös mahdollisimman toimiva kaksikielisyys, jonka pohjana on suomen tai ruotsin kielen hallitseminen ja oman äidinkielen ja kulttuurin ylläpitäminen. Suomessa vakituisesti asuvilla

oppivelvollisuusikäisillä maahanmuuttajilla on oikeus samaan peruskoulutukseen kuin suomalaisilla. Aikuisten maahanmuuttajien kohdalla pyritään turvaamaan työelämässä tarvittava koulutus, jatkokoulutus sekä ammattitaidon ylläpitäminen. Tarkoituksena olisi se, että ulkomailla suoritetut tutkinnot ja opinnot sekä työkokemus luovat pohjan koulutuksen suunnittelulle ja täydentämiselle Suomessa. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012.) Koulutus onkin työn ja kielitaidon lisäksi oleellinen ja tärkeä osa maahanmuuttajien yhteiskuntaan integroitumista ja kokonaisvaltaista kotoutumisprosessia (mm. Työ- ja elinkeinoministeriö 2012).

Maahanmuuttajien kotoutumiskoulutukseen kuuluu suomen tai ruotsin kielen opetusta, yhteiskuntatietoja, arkielämän taitoja, kulttuurintuntemusta sekä ammatinvalintaan ja työelämään liittyvää ohjausta. Koulutukseen kuuluu usein myös työharjoittelu työpaikalla. Opiskelijoiden opiskeluvaihtumista kehitetään ja koulutuksen aikana tehdään henkilökohtainen opiskeluohjelma ja työllistymissuunnitelma. Lisäksi on mahdollista saada kielen tukiopetusta ja tulkkipalveluja. (Opetushallitus 2011.)

Suomessa maahanmuuttajat osallistuvat usein työvoimapolitiittiseen aikuiskoulutukseen, jonka tavoitteena on parantaa työikäisten mahdollisuuksia pysyä työmarkkinoilla tai päästä sinne takaisin. Pyrkimyksenä on löytää jokaiselle yksilöllisesti sopiva koulutusratkaisu. Työvoimakoulutus on suunniteltu pääasiassa työttömille työnhakijoille ja 20 vuotta täyttäneille henkilöille, jotka ovat vaarassa jäädä työttömiksi. Koulutuksen rahoittaa työhallitus. Työvoimakoulutuksen tavoitteena on antaa työelämässä tarvittava ammattitaito ja siksi se on monipuolista ja käytännönläheistä, ja siihen sisältyy useimmiten työssäoppimista. Työvoimakoulutus voi olla aiemman hankitun ammattitaidon täydentämistä tai laajentamista tai se voi sisältää valmentavaa koulutusta, jonka avulla pyritään parantamaan maahanmuuttajan työnhakutaitoja tai ohjaamaan henkilöä tietylle ammattialalle. (Opetushallitus 2011.)

Ulkomaiset opiskelijat voidaan jakaa kahteen pääryhmään: vaihto-opiskelijoihin, jotka suorittavat vain osan opinnoistaan Suomessa sekä tutkinto-opiskelijoihin. Sekä vaihtoehtia tutkinto-opiskelijoiden määrät ovat nousseet viime vuosien aikana, vaikka tutkinto-opiskelijoiden määrät ovat maassamme vielä kansainvälisesti vertailtuna alhaisia. (Opiskeluterveydenhuollon opas 2006.)

Vuonna 2009 Suomessa oli perusasteen jälkeisessä koulutuksessa 25 687 ulkomaalaista opiskelijaa. Määrä kasvoi 1 800 opiskelijalla edellisvuodesta ja se oli 3,7 prosenttia kaikista opiskelijoista Suomessa. Suhteellisesti eniten ulkomaalaisia opiskelijoita oli ammattikorkeakouluissa, joissa reilut viisi prosenttia opiskelijoista oli ulkomaalaisia. (Helsingin Sanomat 26.11.2012.) Vuoden 2007 tietojen mukaan suurimmat ulkomaalaiset opiskelijaryhmät olivat venäläiset, virolaiset ja kiinalaiset (Tilastokeskus 2007).

Opetushallituksen teettämän selvityksen mukaan vieraskielisten opiskelijoiden koulumenestys on selvästi kantaväestöä heikompaa. Heikoin yleinen koulumenestys on muualta kuin EU-maista tulleilla ensimmäisen polven maahanmuuttajilla. Tytöt kuitenkin menestyvät yleistä tendenssiä noudattaen koulussa paremmin kuin pojat. Ammatilliseen koulutukseen maahanmuuttajataustaisista nuorista jatkaa suhteessa saman verran kuin valtaväestöstäkin mutta selvästi harvemmin lukiossa. Hakeutumista ja aloittamista tarkasteltaessa havaittiin, että maahanmuuttajataustaiset hakeutuvat lukioon ja myös aloittavat siellä heikommalla lähtötasolla kuin kantaväestö. He myös jäävät todennäköisemmin ilman peruskoulun jälkeistä tutkintoa, eli jättävät koulunsa kesken. (Kuusela ym. 2008.)

Perusopetuksen yleisen oppimäärän suorittaneiden maahanmuuttajataustaisten riski jäädä toisen asteen koulutuksen ulkopuolelle on noin kaksinkertainen suhteessa kantaväestöön. Ensimmäisen polven muualta kuin EU-maista tulleilla suhteellinen riski on kuitenkin yli kolminkertainen. Sukupuolen ja maahanmuuttajataustan mukaan suurin riski (suhteessa kantaväestön miehiin) on ensimmäisen polven muualta kuin EU-maista tulleilla maahanmuuttajataustaisilla. Heidän suhteellinen riskinsä jäädä toisen asteen koulutuksen ulkopuolelle on lähes nelinkertainen ja koulumenestyksellä vakioituna lähes viisinkertainen. (Kuusela ym. 2008.)

Tutkimukseen haastattelemani maahanmuuttajat opiskelevat kaikki Tampereen aikuiskoulutuskeskuksessa (TAKK) maahanmuuttajalinjalla ja jokainen heistä opiskelee vähintään osana muita opintojaan myös suomen kieltä.



### 3.4 Maahanmuuttajien terveysolot – Mitä tiedetään?

Maahanmuuttajien terveysoloja, tasavertaisuutta ja yleistä hyvinvointia Suomessa tuetaan useiden lakien ja säädöksiensä avulla – niistä terveydenhuollon monikulttuurisuuteen liittyvinä voidaan pitää ainakin ulkomaalaislakia (2004/301), hallituksen maahanmuuttopoliittista ohjelmaa (Valtioneuvoston periaatepäätös 19.10.2006), yhdenvertaisuuslakia (2004/21) ja lakia kotoutumisen edistämisestä (2010/1386). Luonnollisesti myös perustuslaissa (1999/731) ja terveydenhuoltolaissa (2010/1326) käsitellään laajasti tätä aihepiiriä. Lisäksi maahanmuuttajien hyvinvointia ja terveyttä turvaavat monet kansainväliset sitoumukset, kuten YK:n vuoden 1951 pakolaisten oikeusasemaa koskeva yleissopimus ja siihen liittyvä lisäpöytäkirja vuodelta 1967, Euroopan ihmisoikeussopimus, eurooppalainen kidutuksen vastainen yleissopimus sekä YK:n kidutuksen vastainen yleissopimus (Hytönen, Laurell, Manninen, Marttila & Rouhio 2002).

#### *Erityispiirteet*

Huomionarvoista on se, etteivät maahanmuuttajat ja maasta toiseen liikkuva väestö muodosta yhtä yhtenäistä ryhmää, vaan erilaiset taustat vaikuttavat siihen, millaiset tarpeet, tiedot, valmiudet ja halukkuus terveyspalvelujen käytölle löytyy. Usein näillä ryhmillä on kuitenkin kantaväestöä suurempi riski jäädä erilaisten terveysjärjestelmien – erityisesti ehkäisyohjelmien ja hoidon ulkopuolelle. Vieraasta kulttuurista tulevalle saattaa olla korkeampi kynnys hakea apua tuomitsevan asenteen pelossa, tai sen vuoksi ettei hän yksinkertaisesti usko saavansa apua. (Varti 2001.)

Maahanmuuttajien terveysoloja määrittävät useat eri tekijät, joista ensimmäinen ja ehkä ilmeisin on maastamuuton syy. Lähtömaassa koetut sairaudet ja traumaattiset kokemukset, pakolaisleireillä vietetty aika ja heikot elinolot, matkaolot sekä turvapaikan hakijoilla epävarmuus oleskeluluvan saamisesta tulomaassa vaarantavat kaikki henkilön psyykkistä mutta myös fyysistä terveyttä. (Malin 2011; Pirinen 2008.) Toisaalta esimerkiksi pakolaisasema voi edesauttaa pääsyä Suomen järjestelmässä tiettyihin (erityisesti pakolaisille suunnattuihin) ohjelmiin ja etuuksiin, jotka voivat helpottaa uuteen yhteiskuntaan integroitumista (Castaneda, Koponen & Rask 2012: 43). Maahanmuuttajilla elämänpiiri muuttuu sitä enemmän, mitä kaukaisemmasta ja erilaisemmasta kulttuurista he tulevat. Lähtömaan ja tulomaan taloudellisen ja

poliittisen järjestelmän sekä infrastruktuurin, arvojen, normien ja uskonnollisuuden välinen ”kulttuurietäisyys” vaikuttavat myös siihen, miten maahan muuttavien hyvinvointi ja integroituminen voivat toteutua uudessa kotimaassa. (Malin 2011.)

Yleensä nuoremmat ja terveimmät kykenevät elämään raskaan maahanmuuttoprosessin, mistä syystä suuri osa maahan juuri tulleista kokee olevansa terveitä, ja valtaväestöön nähden usein näin onkin. Tätä ilmiötä kutsutaan *terveen siirtolaisen vaikutukseksi* (*healthy migrant effect*). Osa maahanmuuttajista ilmentää tätä epidemiologista paradoksia maahanmuuttonsa alkuaikoina: he ovat varsin terveitä, vaikka heidän elinolonsa tulomaassa ovat heikot. Maassa asutun ajan pidentyessä heikkenee maahanmuuttajien terveys kuitenkin suhteellisesti vakavammin kuin vastaavan ikäisen kantaväestön, sillä pidemmän päälle siirtolaiselämä on usein materiaalisesti, sosiaalisesti ja psyykkisesti raskasta, minkä myötä siirtolaisen terveyden voimavarat ovat monin tavoin ja monelta taholta uhattuna. (Gissler, Malin & Matveinen 2006; Malin 2011.)

Suomessa on oikeastaan vasta viimeaikoina alettu tutkia systemaattisemmin maahanmuuttajien terveysoloja ja aihepiiriin liittyen on ollut käynnissä useampikin suurempi tutkimushanke tai projekti (esim. *Maamu*, *Etnokids*). Selkeästi siis voidaan osoittaa, että aiemmin meiltä on puuttunut tietoa maahanmuuttajien terveydestä ja hyvinvoinnista ja uudet tutkimukset pyrkivät osaltaan täyttämään tätä aukkoa. Maahanmuuttajien terveysolojen tarkempaa määrittämistä on osaltaan vaikeuttanut se, ettei Suomessa systemaattisesti kerätä asiakas- tai potilastietoja rodun tai etnisen alkuperän mukaan (mm. henkilötietolaki 1999/523, 11§).

### *Terveydentila*

Vaikka maahanmuuttajien sairastavuutta ei Suomessa olekaan kovin paljon tutkittu, niin erikoissairaanhoidon käytöstä kerättyjen tietojen perusteella heidän sairastavuutensa on monelta osin jopa vähäisempää kuin valtaväestön. Poikkeuksia ovat mm. vatsa- ja lantiokipu, virtsateiden sairaudet sekä tartunta- ja loistaudit. (Gissler, Malin & Matveinen 2006.) Kansainvälisten tutkimusten mukaan maahanmuuttajaväestön ja kantaväestön välillä on kuitenkin eroja muun muassa koetussa terveydessä, sairastavuudessa, oireilussa ja kuolleisuudessa. Maahanmuuttajat hakeutuvat tarpeeseen nähden hoitoon harvemmin, joutuvat odottamaan kauemmin

hoitoon pääsyä tai saattavat jäädä kokonaan vaille hoitoa useammin kuin valtaväestö. Mitä pitempään maahanmuuttajat ovat asuneet kohdemaassa, sitä huonompi heidän terveytensä on verrattuna samanikäiseen kantaväestöön monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b.)

Suomalaisen maahanmuuttajien terveyttä ja hyvinvointia kartoittavan tutkimuksen (Maamu<sup>2</sup>) mukaan maahanmuuttajat kokevat usein terveytensä kantaväestöä huonommaksi, mutta erot vaihtelevat kuitenkin sekä maahanmuuttajaryhmien sisällä että niiden välillä. Tämän perusteella on oletettavissa, että eroja koetussa terveydessä selittävät esimerkiksi maahanmuuttajien yliedustus alemmissä sosiaaliluokissa ja heikompi integraatio. Koettu terveys on toisaalta myös subjektiivinen ja vahvasti kulttuurisidonnainen käsite, joten tutkittavan kulttuuritaustalla voi hyvinkin olla vaikutusta vastauksiin. (Koskinen, Castaneda, Solovieva & Laatikainen 2012: 64, 67.)

Yleisellä tasolla voidaan ajatella, että maahanmuuttoon, ja varsinkin pakolaisuuteen ja turvapaikkaprosessiin, liittyy keskimääräistä suurempi riski mielenterveyshäiriöille verrattuna muuhun väestöön. Jotkin tautitilat voivat maahanmuuton seurauksena muuttua tai pahentua. Pitkäaikaisesta mielisairaudesta kärsivällä saattaa olla riittävä toimintakyky omassa ympäristössään, mutta maahanmuuton jälkeen hän saattaa olla täysin toimintakyvytön ja avuton. (Mustonen 2007.) Maahanmuuttoon liittyvä psyykinen stressi toimii myös altistavana tekijänä psykiatristen häiriöiden puhkeamiselle (Halla 2007). Eli vaikka maahanmuutto sinällään ei olekaan mielenterveysriski, niin maahanmuutto altistaa monille tekijöille, joilla on mahdollisesti mielenterveysongelmia lisäävä vaikutus (Sainola-Rodriguez 2009: 66).

Pitkälti kuitenkin samat tekijät selittävät maahanmuuttajien ja valtaväestön terveyttä. Sosioekonomiset tekijät ovat tunnetusti vahvasti yhteydessä terveyteen, ja maahanmuuttajien sosioekonominen tilanne, kuten työllisyys ja koulutustaso, on yleensä heikompi kuin valtaväestön. Myös syrjinnän kokemukset ovat yhteydessä huonompaan terveyteen. (Oroza 2007.)

---

<sup>2</sup> Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu) selvitetään työikäisten venäläisten, somalien ja kurdien terveyttä, hyvinvointia ja palveluiden käyttöä sekä elinoloja Suomessa. Tutkimus toteutettiin Helsingissä (2010–2011), Espoossa, Vantaalla, Turussa (2011), Tampereella ja Vaasassa (2012). ([www.thl.fi/maamu](http://www.thl.fi/maamu).)

### *Terveyspalvelujen käyttö*

Ensimmäisessä kattavassa suomalaista väestöä koskevassa maahanmuuttajin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kartoittavassa tutkimuksessa arvioitiin maahanmuuttajamiehillä olevan keskimäärin 2,4 perusterveydenhuollon käyntiä asukasta kohti ja maahanmuuttajanaisilla vastaavasti 4,7 vuodessa. Suomalaistaustaisella väestöllä miesten käyntejä on 3,2 ja naisten 5,2, mutta iän vakioiminen vähentää ryhmien välistä eroa miehillä. Tällöin maahanmuuttajien vuotuinen perusterveydenhuollon käyntimäärä on 3,1, kun vastaava luku valtaväestöllä on edelleen 3,2. Naisten kohdalla ikävakiointi kasvattaa ryhmien välistä eroa 0,4 käynnistä 0,6 käyntiin keskimääräisten käyntimäärien ollessa 4,6 ja 5,2 käyntiä vuodessa. Ikäryhmittäin tarkasteltuna maahanmuuttajilla on suomalaistaustaisia enemmän käyntejä 15–44 -vuotiailla miehillä ja 30–64 -vuotiailla naisilla. Valtaosa perusterveydenhuollon käynneistä on terveyskeskuskäyntejä ja maahanmuuttajaryhmittäin tarkasteltuna pakolaisina maahan tulleet käyttävät palveluita eniten. (Gissler, Malin & Matveinen 2006.)

Maamu-tutkimuksen mukaan tutkimukseen osallistuneista venäläis- ja kurditaustaisista maahanmuuttajista 68 % kertoi käyneensä lääkärissä viimeksi kuluneen vuoden aikana, mikä on saman verran kuin koko väestössä keskimäärin (67 %). Somalialaistaustaiset kertoivat käyvänsä lääkärissä harvemmin, sillä vain 53 % prosenttia kertoi asioineensa siellä viimeisen vuoden aikana. Muissa maahanmuuttajaryhmissä, paitsi kurditaustaisilla, naiset kävivät lääkärissä miehiä useammin. (Koponen, Kuusio, Keskimäki & Mölsä 2012a: 252.)

Terveystarkastuksessa maahanmuuttajamiehet käyvät yhtä usein kuin suomalaistaustaiset (0,08 käyntiä vuodessa), mutta maahanmuuttajanaisilla tarkastuksia on noin viisi prosenttia valtaväestöä vähemmän (0,14 ja 0,15 käyntiä vuodessa). Pelkästään laboratorio- tai röntgentutkimuksessa maahanmuuttajat (miehet 0,07 ja naiset 0,15 käyntiä vuodessa) kävivät selvästi vähemmän kuin suomalaistaustaiset (0,22 ja 0,34 käyntiä vuodessa). Sen sijaan oman kuntansa järjestämän suun terveydenhuollon palvelun käyntejä maahanmuuttajilla (miehet 0,41 ja naiset 0,54 käyntiä asukasta kohti vuodessa) on noin 70 prosenttia enemmän kuin suomalaisperäisillä (0,26 ja 0,29 käyntiä). Osan erosta tosin selittänee se, että luvuissa

eivät ole mukana Kansaneläkelaitoksen korvaamat yksityishammaslääkärikäynnit eivätkä kunnan yksityissektorilta ostamat palvelut. (Gissler, Malin & Matveinen 2006.)

Venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisia maahanmuuttajia tutkittaessa havaittiin, että esimerkiksi venäläiset olivat osallistuneet johonkin terveystarkastukseen viimeisen vuoden aikana lähes yhtä usein kuin tutkimuspaikkakuntien koko väestö (81 %). Sen sijaan kurdi- ja venäläistaustaisilla terveystarkastuksiin osallistuminen oli harvinaisempaa (70 % ja 60 %). Koko väestöstä, kuten myös venäläis- ja kurditaustaisista, naiset olivat käyneet tarkastuksissa miehiä useammin. Somalialaistaustaisilla tilastollista eroa sukupuolten välillä ei ollut. (Koponen, Kuusio, Mölsä & Keskimäki 2012a: 246.)

Koska maahanmuuttajien hedelmällisyys on valtaväestön korkeampaa, käyttävät he myös neljänneksen enemmän äitiysneuvolapalveluja (0,45 käyntiä ja 0,35 käyntiä vuodessa naista kohti). Muissa neuvoloissa, kuten lasten- tai perhesuunnitteluneuvolassa, maahanmuuttajat käyvät suomalaisperäisiä harvemmin. Maahanmuuttajamiehillä on 0,13 käyntiä ja suomalaisperäisillä miehillä 0,17 käyntiä vuodessa (-20 %), kun taas maahanmuuttajanaisilla niitä on 0,37 ja suomalaisperäisillä naisilla 0,42 (-10 %). Oman kuntansa järjestämiä koulu- tai opiskelijaterveydenhuollon palveluita maahanmuuttajamiehet käyttävät noin puolet vähemmän kuin suomalaisperäiset miehet (0,04 ja 0,08 käyntiä vuodessa) naisten vastaavan käyntimäärän ollessa neljänneksen pienempi (0,11 ja 0,15 käyntiä vuodessa). (Gissler, Malin & Matveinen 2006.)

Tässä tutkimuksessa pyrin selvittämään kokemuksia maahanmuuttajille suunnatuista terveyspalveluista huomioimalla sekä palvelujen tarjoajan että käyttäjän näkökulmat. En myöskään halunnut rajata tutkimusta koskemaan vain jotakin tiettyä maahanmuuttajaryhmää, vaan tutkimukseen osallistui henkilöitä eri kulttuuritaustoista ja myös maahanmuuton syissä oli yksilökohtaisia eroja.

## 4 Kulttuuri ja lähikäsitteet maahanmuuton ja terveyden tutkimuksessa

### 4.1 Kulttuuri

Kulttuuria on määritelty monesta eri näkökulmasta ja useissa eri yhteyksissä. Eräs vähemmistöterveyteen liitetty määritelmä on seuraavanlainen:

Integrated patterns of human behavior that include the language, thoughts, communications, actions, customs, beliefs, values, and institutions of racial, ethnic, religious, or social groups. (The United States Department of Health and Human Services Office of Minority Health 1999.)

Pasick kollegoineen (1994) on puolestaan määritellyt kulttuurin terveyskäyttäytymisen kontekstissa seuraavalla tavalla:

Unique shared values, beliefs, and practices that are directly associated with a health-related behavior, indirectly associated with a behavior, or influence acceptance and adoption of the health education message. (Pasick, D'Onofrio & Otero-Sabogal 1994.)

Määritelmät sairauksista ja niiden etiologiasta, kuten myös terveydestä, ovat kulttuurisidonnaisia. Monet terveyteen liittyvät uskomukset ja terveyskäyttäytyminen juontavat juurensa yksilön kulttuuritaustasta ja tällä tavalla terveysoloihin ja -käyttäytymiseen vaikuttavat muun muassa sosiaalisten ryhmien vuorovaikutusmallit, perhe-elämän toimintatavat, kieli ja kommunikaatio, uskonto, omaksuttu arvomaailma, terveyden edistämiseen liittyvät uskomukset ja käytännöt, ruokavalio ja ruokatottumukset sekä omalta osaltaan taide ja historia, sillä ne ovat osa yksilön kulttuurista taustaa. (Hassinen-Ali-Azzani 2002.) Erilaiset terveyskäsitteet ja -määritelmät luovat ymmärrettävästi ristiriitoja ja väärinkäsityksiä potilaiden ja terveydenhuollon henkilöstön välille (MacLachlan 2006: 30). Kulttuurisista eroista johtuen voidaan asettaa jopa vääriä diagnooseja, jos terveydenhuoltohenkilöstö tulkitsee väärin potilaan viestintää tai antaa stereotyyppien ohjasta päätöksentekoaan (Sainola-Rodriguez 2009: 23). Kulttuurisia tekijöitä, kuten rotua ja etnisyyttä, on tutkittu erityisesti USA:ssa ja niitä on pidetty yhtenä selitysmallina terveyden ja

terveyspalvelujen käytön epätasa-arvoiselle jakautumiselle väestössä (mm. Egede 2006; Kirby, Taliaferro & Zuvekas 2006).

Eri ryhmien väliset kulttuuriset erot voivat eri mekanismien kautta vaikuttaa yksilötasolla niin psyykkiseen kuin fyysiseenkin hyvinvointiin. Riskiä erilaisille mielenterveyden häiriöille voivat lisätä esimerkiksi maahanmuutto ja sen jälkeinen yritys integroitua uuteen sosiaaliseen ja kulttuuriseen ympäristöön tai lähtömaassa vastaan tulleet traumaattiset kokemukset. Lisäksi henkiseen hyvinvointiin vaikuttavat maahanmuuttajien mahdollisesti kohtaamat ennakkoluulot ja syrjintä. Kulttuurin ja fyysisen terveyden välistä yhteyttä voivat selittää puolestaan sosioekonomiset tai ravitsemukseen, terveyskäyttäytymiseen sekä osaltaan myös elinympäristöön ja genetiikkaan liittyvät tekijät. (MacLachlan 2006: 132.) Kaikkiaan elinoloihin vaikuttavien sosiaalisten, kulttuurillisten ja materiaalisten tekijöiden vaikutuksen yksilön elämään ja terveyteen on todettu olevan merkittävämpi kuin hänen perimänsä tai elämäntapojensa vaikutus (Gissler, Malin & Matveinen 2006).

Kulttuurisessa kontekstissa terveys määrittyy aina suhteellisesti ja moniulotteisesti. Merkitykset terveydelle ja sairaudelle rakentuvat paitsi kulttuuripiirin, kokemustiedon, olemassa olevien hoitomahdollisuuksien, mutta myös omien ja perheen taloudellisten mahdollisuuksien mukaan. Elämisen mahdollisuudet lähtömaassa ja uudessa asuinmaassa, yksilölliset sopeutumiskeinot ja -kyvyt sekä erilaiset syrjinnän muodot vaikuttavat lisäksi eri sukupuolta olevien, eri-ikäisten ja eri etnisiin ryhmiin kuuluvien terveyteen, hoitoon hakeutumiseen, siihen pääsyyn sekä saadun hoidon laatuun (Gissler, Malin & Matveinen 2006).

Tiilikaisen (2006) mukaan terveyteen, sairauteen ja parantamiseen liittyviä käsityksiä tulisi varoa kuitenkin ”kulttuuristamasta” liikaa. Kulttuuri on abstrakti käsite, eikä sillä ole selitysvoimaa sinällään. Kulttuuri tulisikin aina nähdä tietystä (historiallisessa, taloudellisessa, sosiaalisessa, poliittisessa jne.) kontekstissa ja se on aina useamman kuin yhden tekijän summa (Helman 2007: 4). Ihmiset samasta kulttuuritaustasta eivät muodosta yhtä yhtenäistä ryhmää, vaan yksilötasolla esimerkiksi erilaiset elämäkokemukset, ikä, sukupuoli, sosiaaliluokka, lähiyhteisöt ja monet muut tekijät muokkaavat ihmisen maailmankuvaa (Räty 2002: 43–44).

Terveydenhuollon tutkimuksessa kulttuuri ja kulttuurierot ovat viime aikoina olleet enenevässä määrin kiinnostuksen kohteena kulttuurienvälisen ja erilaisuuden kohtaamisen konteksteissa, joista lisää luvussa 5.

#### 4.2 Akkulturaatio

Kulttuurin ohessa maahanmuuttajatutkimuksessa käytetään *akkulturaation* käsitettä, jolla tarkoitetaan uuden kulttuurin omaksumista osaksi omaa identiteettiä. Akkulturaatio on siis tasapainoilua kahden tai useamman kulttuurin välillä ja se voidaan ymmärtää myös yksilön uudelleensosialisaationa, jonka päämääränä on sopeutuminen muuttuneeseen ympäristöön ja uuteen kulttuuriin. (Egede 2006; Liebkind 2006: 127.) Käytännössä tämä tarkoittaa yleensä muuttajien vähittäistä sopeutumista valtakulttuuriin ja vaikka akkulturaatio on periaatteessa kaksisuuntainen prosessi, sitä käsitellään tutkimuksissa usein yksisuuntaisesti niin, että tarkastelun kohteena ovat nimenomaan maahanmuuttajat. Todellisuudessa akkulturaatio edellyttää kuitenkin kahden eri kulttuuriryhmän kohtaamista ja ainakin periaatteessa molemmat kulttuurit voivat tällöin vaikuttaa toisiinsa. (Hoffrén 2000; Thomson & Hoffman-Goetz 2009; Abraido-Lanza, Chao, & Florez 2005.)

Ryhmätason akkulturaatio koskee taloudellisia, sosiaalisia, kulttuurisia ja poliittisia muutoksia, kun taas yksilötason (psykologinen akkulturaatio) muutokset tapahtuvat käyttäytymisessä, arvoissa, asenteissa ja identiteetissä (Berry 1990). Perinteisesti akkulturaation on nähty etenevän suoraviivaisena prosessina siten että ulkomaalainen omaksuu ensin valtakulttuurin ulkoiset piirteet ja niiden puolesta sopeuduttuaan sisäiset piirteet, kuten arvot ja normit. Vasta sisäisesti akkulturoiduttuaan siirtolainen samaistuu valtaväestöön ja tulee sen osaksi. Yleensä kuitenkin akkulturaatio ei ole suoraviivainen prosessi kohti kehittyneempää sopeutumista, vaan se kohtaa esteitä ja takaumia. Yksilö voi myös joillain elämän osa-alueilla olla sopeutunut hyvin, toisilla taas ei lainkaan. (Hoffrén 2000.) Nykyään akkulturaatio ymmärretäänkin helpommin prosessin sijaan tilaksi, jolloin sitä on mahdollista mitata tai arvioida tiettyinä ajankohtana yksilön asenteiden, käyttäytymisen ja tunteiden avulla (Liebkind 2006: 14).



Akkulturaatio voidaan jakaa eri tasoihin tai strategioihin sen mukaan, miten samaistunut yksilö on lähtö- ja toisaalta vastaanottomaan kulttuureihin. Yksilö ikään kuin päättää, miten tärkeänä hän pitää omaa kulttuuri-identiteettiään ja alkuperäisen kulttuurinsa säilyttämistä ja suhteita siihen. Samalla yksilö tulee kuitenkin myös määrittäneeksi, miten tärkeää hänelle on uusien kulttuuristen tapojen omaksuminen ja vuorovaikutussuhteiden luominen ja ylläpitäminen muiden kulttuuriryhmien kanssa. Akkulturaatiostrategiaksi määrittyy assimilaatio (sulautuminen), separaatio (eristäytyminen), integraatio (sopeutuminen) tai marginalisaatio (syrjäytyminen) yksilön asenteen mukaan (ks. kuvio 2). (Berry 1980, 1997.)

Yksilön akkulturaatioasenteeseen voivat vaikuttaa useat eri tekijät, kuten yhteiskunnan monikulttuurisuus, ihmisten ennakkoluuloisuus ja yleinen asenneilmapiiri samoin kuin erilaiset ideologiset sekä poliittiset aatteet ja toiminta. Valtaväestön asenteet vaikuttavat siis yhtäläillä akkulturaatioon. Myös maahanmuuttajan edustaman etnisen ryhmän koko ja sen yhteiskunnallinen ja sosioekonominen asema ovat yhteydessä akkulturaatioasenteeseen yksilötasolla. (Jasinskaja-Lahti, Liebkind, Horenczyk & Schmitz 2003; Sommarhem 2012.)

	arvostetaanko oman ryhmän kulttuuripiirteitä ja identiteettiä?							
arvostetaanko vuorovaikutussuhteita muihin ryhmiin?	Kyllä	<table border="1"> <tr> <td>Kyllä</td> <td>Ei</td> </tr> <tr> <td>integraatio</td> <td>assimilaatio</td> </tr> <tr> <td>Ei</td> <td>marginalisaatio</td> </tr> </table>	Kyllä	Ei	integraatio	assimilaatio	Ei	marginalisaatio
	Kyllä	Ei						
integraatio	assimilaatio							
Ei	marginalisaatio							
	Ei	separaatio						

Kuvio 2. Akkulturaation nelikenttä Berryn (1980) mukaan

Tutkimuksissa on havaittu yhteys akkulturaation ja terveyden välillä (mm. Lopez-Class, Conzáles, Castro & Ramirez 2011; Thomson & Hoffman-Goetz 2009). Tämä yhteys voi ilmetä epäsuorasti esimerkiksi eroina tiedon hankinnassa tai suoraan

hoitoon hakeutumisessa ja seulontoihin osallistumisessa (Thomson & Hoffman-Goetz 2009). Akkulturaatioasenteen uskotaan vaikuttavan etenkin psyykkiseen hyvinvointiin niin, että marginalisaation nähdään olevan kaikkein vahvimmin yhteydessä yksilön stressitasoon. Stressitaso laskee hieman separaatioissa ja heikkenee edelleen keskitasolle assimilaatioissa. Integraatioissa yhteys stressitasoon on heikoin. (MacLachlan 2006: 47.) Akkulturaatioprosessia pidetään tutkimusten valossa ainakin potentiaalisesti stressaavana, koska siihen voi liittyä kieli- ja identiteettiongelmia, syrjäntäkokemuksia ja kokemuksia oman elämänhallinnan vaikeuksista. Kielteisiä vaikutuksia ilmenee, kun stressitekijät ylittävät yksilön käytettävissä olevat stressinhallintaresurssit tai niitä välittävät tekijät. (Liebkind 2006: 17.)

Asumisajan pidentymisellä voi olla sekä maahanmuuttajien suojaavia että vaarantavia tekijöitä. Myönteistä on usein se, että elinolot voivat kohentua ja terveystietoisuus ja palveluiden käyttötavat länsimaistuvat – kielteistä puolestaan se, että päihteiden käyttö ja seksuaalivat voivat myös länsimaistua erityisesti lapsena tai nuorena maahan muuttaneiden keskuudessa. (Malin 2011.) Esimerkiksi USA:ssa akkulturaation vaikutus fyysiseen terveyteen on usein negatiivinen, kun etniset vähemmistöryhmät omaksuvat terveydelle haitallisia toimintamalleja (Egede 2006). Mitä nuorempa maahan muuttaa, sitä nopeammin tulomaan yhteiskunta- ja elinolot voivat voimistaa yksilön terveyttä ja sitä paremmat edellytykset hänellä on oppia kieltä, sopeutua uuteen kulttuuriin sekä ymmärtää ja toimia tulomaan kulttuuristen tapojen ja käytäntöjen mukaan (Malin 2011).

#### 4.3 Diaspora

Maahanmuuttajien terveyteen saattaa ainakin jollakin tasolla vaikuttaa heidän oma akkulturaatioasenteensa ja lisäksi maahanmuuttajatutkimuksessa käytetään *diasporan* käsitettä kuvaamaan maahanmuuttajien asemaa useamman kulttuuripiirin vaikutuksessa tai välimaastossa. Suorana käännoksenä kreikasta diaspora tarkoittaa hajaannusta ja hajallaan asumista. Alkuperäisen William Safranin yleisluontoisen mallinnuksen mukaan diasporat ovat maasta muuttaneita vähemmistöyhteisöjä, jotka ovat hajonneet alkuperäisestä keskuksestaan ainakin kahteen periferiaan, mutta samalla he myös

pyrkivät säilyttämään muistoja, näkemyksiä tai myyttejä alkuperäisestä kotimaastaan. (Pyykkönen 2007: 50.)

Alkuperäisen jäsenyyden mukaan nämä diasporat uskovat, ettei heitä ole täysin hyväksytty, eikä ehkä tulla hyväksymäänkään, osaksi heidän uutta kotimaataan ja oikean ajan koittaessa he toivovat palaavansa vielä takaisin alkuperämaahansa. Nämä yhteisöt ovat sitoutuneet säilyttämään ja palauttamaan oman kotimaansa, mikäli se olisi uhattuna tai vallattu, ja kaikkiaan tämä jatkuva suhde kotimaahan määrittää diasporien kollektiivisuutta, tietoisuutta ja keskinäistä solidaarisuutta. (Pyykkönen 2007: 50.)

Nykyisin Safranin alkuperäisen mallin rinnalle on myös syntynyt uusia jäsenyyksiä ja samalla diasporan määritelmä on laajentunut. Nämä määritelmät lähtevät liikkeelle siitä, että on myös sellaisia maahanmuuttajia, jotka on monilta osin hyväksytty uuden kotimaansa asukkaiksi ja jotka ovat sopeutuneet ja kotiutuneet niihin hyvin. Diasporisuudelle ei siis ole tärkeää ongelmallinen suhde valtaväestöön vaan se, että ihmiset elävät uudessa elinympäristössään kahden tai useamman kulttuurin rajapinnalla joutuen rakentamaan identiteettiään jatkuvasti uudelleen. Diasporan käsitteen avulla voidaan lähestyä myös niitä, jotka eivät pidä kotimaataan niin suuressa arvossa kuin Safranin mallissa. (Pyykkönen 2007: 50–51.) Diasporasta puhutaan usein transnationaalisuuden yhteydessä ja myös siihen viitaten, mutta yleensä se on vielä selkeämmin liitetty uskonnollisiin, etnisiin ja kansallisiin ryhmiin ja keskiössä sen tutkimuksessa on ollut kollektiivinen ja sukupolvet ylittävä käsitys identiteetistä (Faist 2010: 21–22).

#### 4.4 Monikulttuurisuus ja kulttuurienvälisyys

UNESCO (2006: 17) on antanut omat käyttösuosituksensa termeille *monikulttuurisuus* (*multiculturalism*) ja *kulttuurienvälisyys* (*interculturalism*). Monikulttuurisuus kuvaisi tämän määritelmän mukaan inhimillisen yhteisön kulttuurisesti eriytyvää olotilaa. Etnisen ja kansallisen kulttuurin lisäksi määritelmään sisältää myös kielellisen, uskonnollisen ja sosioekonomisen monimuotoisuuden. (UNESCO 2006.) Monikulttuurisuus on ilmiönä vanha, mutta käsitteenä vielä suhteellisen nuori. Lepolan (2000) mukaan monikulttuurisuudesta alettiin Suomessa puhua vasta 1990-luvulla

ennakoitaessa maahanmuuttajamäärien kasvua. Monikulttuurisuus on yksinkertaisimmillaan erilaisten ihmisten ja ihmisryhmien elämistä samassa ajassa ja tilassa (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010: 18–19). Monikulttuurisessa yhteiskunnassa eri väestöryhmillä on oma kulttuuri, yhteiset poliittiset intressit ja kyky esittää vaatimuksia yhteiskunnalle. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa valtio myös tukee etnisiä ryhmiä oman kulttuuriinsa ja identiteettinsä säilyttämisessä ja ihmisryhmät elävät sovussa kulttuurieroista huolimatta. Monikulttuurisuus tulisi nähdä eräänlaisena poliittisena ohjelmana, joka muokkaa yhteiskunnan rakenteita. ( ETENE 2004; Rätty 2002: 47.)

Monikulttuurisuus terveysalalla viittaa erilaisten kulttuurien parissa tehtävään hoitotyöhön tai hoitoyhteisöön, jonka työntekijät tai asiakkaat ovat peräisin erilaisista kulttuureista sekä etnisistä ryhmistä. Asiakkaan näkökulmasta monikulttuurisen hoitotyön tavoitteena ovat hänen kulttuurisen taustansa huomioiminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010: 26.)

*Kulttuurienvälisyys* puolestaan määrittyy UNESCON (2006: 17) mukaan dynaamiseksi toiminnaksi ja viittaa eri kulttuuriryhmien välille kehittyviin suhteisiin. Kulttuurienvälisyys sisältää jo oletuksen yhteisön monikulttuurisuudesta ja se on tulosta kulttuurien välisestä vaihdosta ja dialogista paikallisella, alueellisella, kansallisella tai kansainvälisellä tasolla. Kulttuurienvälisyys edellyttää toteutuakseen eri kulttuurien välille syntyvää oikeudenmukaisuuteen ja jatkuvuuteen perustuvaa vuorovaikutusta ja mahdollisuutta kulttuuriseen ilmaisuun dialogin ja molemminpuolisen kunnioituksen kautta.

Suomessa esimerkiksi kasvatustieteissä näitä termejä käytetään rinnakkain. Manner-Euroopan maissa kulttuurienvälisyys on vakiintuneempi kielenkäyttöön, kun taas monikulttuurisuus-termiä käytetään yleisemmin Pohjois-Amerikassa, Australiassa ja Aasiassa. Kuitenkin erityisesti vuorovaikutuksessa ja viestinnässä suositellaan termiä intercultural/kulttuurienvälinen, sillä näissä yhteyksissä kulttuurienvälisyydellä tarkoitetaan sellaista vuorovaikutuksesta seurannutta oppimista, joka johtaa ymmärryksen muutokseen, todelliseen oppiin toisesta kulttuurista ja sitä edustavasta henkilöstä. (Seppälä 2010: 13–15.)

## 4.5 Transkulttuurisuus ja transnationaalisuus

*Transkulttuurisuus*-termilläkin on useita synonyymeja, mutta sitä käytetään suomalaisessa terveydenhuollon tutkimuksessa usein yhdistettynä muun muassa hoitotyöhön ja psykiatriaan (Sainola-Rodriguez 2009: 41). Järvinen (2004: 157) käyttää käsitettä *transkulttuurinen työ* kuvaamaan ammattilaisten kulttuurisesti määrittynyttä työtä muista kulttuureista olevien asiakkaiden ja potilaiden kanssa. Englanninkielessä *transcultural*-termin on katsottu olevan synonyymi termin *cross-cultural* kanssa, mutta tästäkin käydään merkitysten osalta kiistelyä. Oleellista ja termeillä yhteistä vaikuttaisi kuitenkin olevan se, että niillä tarkoitetaan eräänlaista ”ylittämistä” ja ”vuorovaikutuksen rakentamista” eri kulttuurien välille. (Sainola-Rodriguez 2009: 41.)

*Transnationaallisuuden* tutkimusta ei nähdä omana tieteenalana, mutta käsitettä käytetään kuitenkin useissa tieteissä (esimerkiksi sosiologia, antropologia) ja suomalaiseenkin tutkimukseen termi on ehkä vähitellen juurtumassa (Martikainen, Sintonen & Pitkänen 2006: 24). Suomalaisessa terveydenhuollon tutkimuksessa Sainola-Rodriguez (2009) on hyödyntänyt termiä väitöskirjassaan. Hänen mielestään transnationaalisuus yhdistetään yleensä valtioiden rajat ylittäviin arkisiin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin yhteydenpidon käytäntöihin. Monet maahanmuuttajataustaiset terveydenhuollon asiakkaat elävät transnationaalisessa todellisuudessa. Transnationaalisen osaamisen näkökulma huomioi maahanmuuttajan transnationaalisen todellisuuden ja korostaa maahanmuuttajan omaa näkemystä kulttuuristaan ja sen merkitystä hoitamisessa. (Sainola-Rodriguez 2009: 11, 15.) Toisinaan transnationaalisuus on käännetty suomenkielelle *ylirajaisena* tai *ylirajaisena* (Tiilikainen 2008).

## 5 Kulttuurienväliset kohtaamiset ja laatu terveydenhuollossa

### 5.1 Mitä terveydenhuollon laatu on?

Laadun käsitettä on määritelty monin eri tavoin ja useista eri näkökulmista. Toisinaan laatu määrittyy sen mukaan, miten hyvin se täyttää aiotun tarkoituksen tai käyttäjien

odotukset, tarpeet ja vaatimukset – toisinaan se taas yhdistetään virheettömyyteen, jota voidaan mitata. Tiivistäen voidaan todeta, että laatu on ennalta määriteltyjen tavoitteiden jatkuvaa ja mitattavaa saavuttamista. Laadulla on sekä ”sisäisiä”, subjektiivisesti koettuja ominaisuuksia (kuten luotettavuus, turvallisuus, ystävällisyys) että ”ulkoisia” tekijöitä (esim. saavutettavuus, tilat, toimivuus, imago). Terveyspalveluissa hyvää laatua voidaan pitää palvelun saajan, antajan ja rahoittajan yhteisenä tavoitteena. (Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008; Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011; Kumpusalo & Mäkelä 1993.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011 jo terveydenhuoltolaki (8 §) edellyttää, että kaikki toiminta perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toiminnan on siis oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Myös potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (potilaslain) 3 §:n mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Vastaavasti terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa ja potilasvahinkolaissa on säännöksiä, jotka edellyttävät hoitotoiminnalta hyvää laatua. (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2011.)

Laadun saavuttamisessa työntekijä on paras asiantuntija omaa työtään, työtapaansa ja työympäristöään koskevissa asioissa. Työntekijän kohdalla paras laadun tae on ammattitaito ja osaamisen jatkuva kehittäminen, ja siksi jatkuvaa koulutusta voidaan pitää avaimena laadunvarmistukseen. (Kumpusalo & Mäkelä 1993.) Etenkin terveydenhuollossa laadulla viitataan kuitenkin usein asiakaskeskeisyyteen. Asiakaskeskeisissä yksiköissä työn organisoimisen tavoite on palvella asiakasta, ja koska laatua arvioidaan asiakkaan silmin, hänen arvoaan ja näkemyksiään pidetään tärkeinä. Asiakaskeskeisyydessä on pyrkimyksenä nähdä asiakas yksilöllisenä ja oman elämäntilanteensa asiantuntijana. (Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008.) Potilaan näkökulmasta hoidon laatua on kuvattu usein käsitteillä potilaskeskeinen hoito tai potilastyytyväisyys. Potilaskeskeisessä hoidossa korostuvat paitsi tiedon saanti ja mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskeviin ratkaisuihin, mutta myös potilaan ja henkilökunnan tasavertainen vuorovaikutussuhde. (Kvist 2004.)

Palvelun laatu asiakkaan kokemana perustuu moneen komponenttiin. Esimerkiksi Grönroosin (1998) mukaan palvelujen koettu kokonaislaatu perustuu odotusten ja kokemusten vertailuun, jotka puolestaan ovat aina aikaan ja paikkaan sidottuja.

Potilailla laadun osatekijöitä ovat muun muassa palvelun saatavuus, nopeus, joustavuus, ystävällisyys sekä hoidon jatkuvuus. Lisäksi potilas arvioi sitä, miten annettu hoito vastaa hänen ennakkokäsitystään palvelutarpeesta. Potilaan tyytyväisyys on siinä mielessä epäluotettava laatukriteeri, että siihen vaikuttavat monet erilaiset koetun laadun tekijät. Potilaan on lisäksi vaikea arvioida palvelun teknistä laatua, ja tämä tehtävä kuuluukin ennen muuta lääkärille. (Kumpusalo & Mäkelä 1993.) Potilaan näkökulmasta laatu tulee ymmärtää asiakkaiden subjektiivisena näkemyksenä, eli laatua on se, miksi asiakas sen kokee riippumatta siitä, mitä se objektiivisesti mitaten olisi (Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008).

Asiakkaan odottamaan laatuun vaikuttavat esimerkiksi hänen tarpeensa, saamansa informaatio, markkinoinnin luomat mielikuvat, muiden arvioinnit jne. Asiakkaan kokema laatu puolestaan koostuu *teknisestä* (lopputuloslottuvuus) ja *toiminnallisesta* (prosessiulottuvuus) laadusta. Tässä yhteydessä tekninen laatu tarkoittaa toimitetun tuotteen laatua ("Mitä asiakas saa?") ja toiminnallinen laatu keskittyy siihen, miten asiakas palvelun saa. Palvelun laatuun antaa oman leimansa myös yrityksen tai toimialan sekä paikan imago. (Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008.)

Asiakkaan näkökulmasta laadun elementtejä ovat lisäksi *asiakastekninen* ja *asiakastoiminnallinen* laatu. Asiakastekninen laatu koostuu asiakkaan hallussa olevasta tiedosta palvelutapahtumassa, eli se kertoo, osaako asiakas määritellä tarpeensa ja pystyykö hän itse arvioimaan palvelun laatua. Vastaavasti asiakastoiminnallinen laatu kuvaa sitä, miten asiakas itse palvelutapahtumassa toimii; osaako hän toisin sanoen toimia tuottajan edellyttämällä tai odottamalla tavalla. (Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008.)

Terveydenhuollon laadun kannalta oleellista on, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan – hänen yksilölliset tarpeensa ja toiveensa huomioiden. Ammattitaitoinen henkilökunta takaa hoidon toteutumisen sujuvana prosessina ja soveltaa näyttöön tai hyviin hoitokäytäntöihin perustuvia, turvallisia ja vaikuttavia menetelmiä. Yhteistyön ja tiedonkulun hoitoon osallistuvien tahojen välillä tulee olla laadun takaamiseksi saumatonta. Hyvän hoidon lopputuloksena on tyytyväinen potilas, joka on saanut hoidosta parhaan mahdollisen terveyshyödyn. (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008: 19.)

Institute of Medicine (IOM) määrittelee terveydenhuollon laadun määräksi, jolla terveyspalvelut parantavat yksilöiden ja väestön todennäköisyyttä haluttuihin terveysvaikutuksiin ja ovat yhdenmukaisia nykyisellä ammatillisella tietämyksellä. Tällainen määritelmä korostaa lääketieteellistä hoidon laadun mitattavuutta ja vaikuttavuutta. Hoidon laatu on kuitenkin yhteydessä myös erilaisiin ympäristötekijöihin sekä terveydenhuoltojärjestelmän sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Ympäristötekijät voivat ilmetä niin mikro-, makro- kuin globaalillakin tasolla. Mikrotason tekijät ovat maantieteellisiä, yhteiskunnallisia ja organisatorisia ja mikrotasolla puolestaan kansallisia, poliittisia, taloudellisia ja sosiaalisia menettelytapoja, kuten infrastruktuuri ja sosiaaliset odotukset. Globaalitason tekijät ovat laajempia taloudellisia ja sosiaalisia tekijöitä, jotka vaikuttavat palvelujen tuottamisen laatuun. Aikakausi ja kulloinkin vallitseva ideologia, kuten nykypäivänä tehokkuuden ja taloudellisuuden korostaminen, nähdään myös olennaisina hoidon laatuun vaikuttavina tekijöinä. (Attree 1996; Kvist 2004.)

Attreen (1996) mukaan hoidon laatua voidaan tarkastella

- a. potilas- tai asiakasnäkökulmasta
- b. professionaalista (lääketiede ja hoitotiede) näkökulmasta
- c. johtamisen näkökulmasta (tuottaja ja ostaja)
- d. julkisesta tai yhteiskunnallisesta näkökulmasta

### 5.1.1 Laatu maahanmuuttajien näkökulmasta

Aiemmat selvitykset Suomessa ovat osoittaneet, että maahanmuuttajat ovat yleensä olleet tyytyväisiä terveyspalvelujen laatuun ja saamaansa kohteluun. Kuitenkin näissä tutkimuksissa laadukkaan hoidon toteutumiseksi on havaittu myös muutamia esteitä ja haasteita. (mm. Taavela 1999; Gissler, Malin & Matveinen 2006; Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998; Häkkinen 2009.) Keskeisimpinä ongelmina laadun toteutumisessa on todettu olevan tiedon puute terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta, kieliongelmat, riittämättömät ja puutteelliset tulkkauspalvelut, vastaanottoaikojen joustamattomuus sekä ajanpuute. Tasavertaisen hoidon ja palvelun saantia ovat vaikeuttaneet hoitohenkilökunnan asenteet ja kulttuurisen kompetenssin puute sekä näihin liittyen



kyvyttömyys tunnistaa maahanmuuttajan terveyttä ja hyvinvointia vaarantavia tekijöitä. (Häkkinen 2009: 17, Taavela 1999.)

Pulmat liittyvät usein koettujen tarpeiden ja odotusten sekä palvelujärjestelmän todellisuuden ristiriitaan ja erilaisiin hoitokulttuureihin. Kohdatessaan vierasta kulttuuria edustavan potilaan lääkäri ja muu terveydenhuollon henkilöstö kohtaa väistämättä myös omat asenteensa ja ennakkoluulonsa, joita voi olla vaikea tunnustaa. Terveydenhuollon ammattilainen saattaa tiedostamattaan odottaa potilaalta samanlaista käytöstä ja arvomaailmaa kuin hänellä itsellään on tai mihin hän on suomalaisten parissa tottunut. (Oroza 2007.) Samankaltaisia tuloksia maahanmuuttajien terveydenhuollossa kohtaamista ongelmista ovat antaneet myös useissa EU-maissa toteutetut tutkimukset (Sektoritutkimuksen neuvottelukunta 2009: 78).

Perusterveydenhuolto onnistuu sosiaali- ja terveystalvelujen asiakastyössä toimivien henkilöiden mukaan parhaiten antamaan oireenmukaista hoitoa maahanmuuttajille, mutta neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa, joissa pyrittiin myös terveydellisten ongelmien ehkäisyyn elämäntapoihin vaikuttamalla, ei saatu aikaan toivottuja tuloksia. Suurimmat syyt tähän ovat kulttuuriset. (Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998.)

Suomessa maahanmuuttajien palvelujen laatua perusterveydenhuollossa on tutkinut väitöskirjassaan Taavela. Taavelan (1999: 52) mukaan maahanmuuttaja-asiakkaiden korkeatasoiset terveystalvelut ja hyvä hoito määrittyvät sen kautta, miten hyvin palvelut tyydyttävät heidän omat hoidon tarpeensa. Oleellista laadun kannalta on se, vastaavatko palvelut sekä maahanmuuttajien että terveydenhuollon työntekijöiden kulttuurisesti määräytyviä odotuksia ja käsityksiä hyvästä hoidosta käytettävissä olevien voimavarojen ja muiden rajoitusten puitteissa. Taavela (1999: 64–68) pitää neljänä keskeisenä maahanmuuttajien terveystalvelujen laadun kriteereinä 1) itsemääräämisoikeutta ja sen kunnioittamista 2) syrjinnän kieltoa 3) tasa-arvoista kohtelua ja 4) ihmisläheisen ja empaattisen hoidon vaatimuksia ja velvoitteita (mm. kulttuuri, äidinkieli ja niihin liittyvät yksilölliset tarpeet). Kaikkiaan Taavela (1999: 48–50) näkee, että maahanmuuttajien ja terveydenhuollon henkilöstön kulttuuritaustat ja yksilölliset ominaisuudet vaikuttavat maahanmuuttajien terveystalvelujen laatuun ja sen arviointiin. Kulttuuriset tekijät korostuvat maahanmuuttajien erityispiirteiden vuoksi ja ne ovat tärkeitä pyrittäessä ymmärtämään ja tulkitsemaan maahanmuuttajien

terveyspalvelujen tarpeita ja odotuksia sekä heidän kokemuksiaan terveyspalveluista ja niiden laadusta.

Terveydenhuollon kontekstissa kulttuuriin kohtaamisiin sisältyvät erilaisuuden kohtaamisen lisäksi myös muualta muuttaneen ihmisen erilainen sosiaalinen todellisuus ja kokemusmaailma, johon on saattanut liittyä monenlaisia identiteettiä ja terveyttä heikentäviä tekijöitä (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009: 7). Näitä kulttuurienvälisiä kohtaamisia ja niihin liittyviä taitoja tutkittaessa on etenkin hoitotieteissä käytetty yleisesti kulttuurisen kompetenssin käsitettä (mm. Campinha-Bacote 1999; Papadopoulos 2006; Purnell 2002). Sittenkin Koehn ja Rosenau (2002) ovat vieneet tutkimusta eteenpäin ja kehittäneet transnationaalisen osaamisen viitekehystä. Suomessa termiä on käyttänyt Sainola-Rodriguez (2009) tutkiessaan väitöskirjassaan maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisia terveydenhuollossa.

Maahanmuuttajatutkimuksessa käytetyt kulttuurisen kompetenssin ja transnationaalisen osaamisen viitekehykset voivat osaltaan toimia apuvälineinä terveydenhuollon laadun arvioinnissa ja varmistuksessa. Esimerkiksi kulttuurisen kompetenssin strategisena vahvuutena on nähty sen potentiaalisuus parantaa terveydenhuollon laatua ja vähentää etnisiä ja rodullisia terveyseroja, sillä sen päämääränä on luoda sellainen järjestelmä ja terveydenhuollon ammattijoukko, jotka ovat kykeneviä tarjoamaan mahdollisimman korkealaatuista hoitoa kaikille asiakkailleen riippumatta rodullisista, etnisistä, kulttuurisista tai kielellisistä ominaisuuksista ja eroista (Betancourt, Green, Carrillo & Park 2005).

Myös Sainola-Rodriguezin (2009: 128) mukaan transnationaalisuus itsessään voisi olla terveydenhuollon yhteinen käsite ja henkilöstön yhteinen osaamisvaatimus. Se voisi olla esimerkiksi aktiivisempaa maahanmuuttajan näkökulman huomioimista, osallistumiseen velvoittamista, hoitomenetelmien yhdistelyä, transnationaalisten verkostojen hyödyntämistä ja sitä kautta yhteiseen hoitonäkemykseen pääsemistä. Yhteinen näkemys on tärkeä, koska sillä näyttäisi olevan yhteys hoitotyytyväisyyteen ja hoitotuloksiin tiettyjen dimensioiden osalta.

## 5.2 Kulttuurinen kompetenssi

”Kulttuurinen kompetenssi on hoitotyöntekijän herkkyyttä nähdä asiakkaan kulttuurinen ulottuvuus sekä taitoa olla dialogisessa hoitosuhteessa vierasta kulttuuria edustavan asiakkaan kanssa hyödyntäen siinä kulttuuritietoa. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi mahdollistaa eettisesti hyväksyttävän hoitosuhteen ja voimaistaa asiakasta. Kulttuurisen kompetenssin ulottuvuudet ovat kulttuurinen herkkyyks<sup>3</sup>, kulttuuritieto ja kulttuuriset taidot.” (Ikonen 2007.)

Hyvän monikulttuurisen hoitotyön toteuttamisen lähtökohtana ovat tieto ja tietämys kulttuurien erilaisuuksista, halu kunnioittaa toisen ihmisen kulttuuriin liittyviä ominaispiirteitä ja kyky neuvotella ja tehdä tarvittaessa kompromisseja silloin, kun eri kulttuureja edustavat ihmiset uhkaavat joutua konfliktiin keskenään. Kulttuurinen kompetenssi sisältää ne valmiudet, joita tarvitaan luonteivissa kulttuurien välisissä vuorovaikutustilanteissa. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009: 9.)

Yhdysvalloissa kulttuurinen kompetenssi on ollut hoitotieteen tutkimuksen kohteena yli 20 vuoden ajan, ja tutkimus onkin tuottanut monia teorioita ja malleja. Suhn (2004) tekemään systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen perusteella kulttuurista kompetenssia voidaan pitää jatkuvana prosessina, jonka tavoitteena on saavuttaa kyky toimia tehokkaasti kulttuurisesti erilaisten ryhmien ja yhteisöjen kanssa. Tämä prosessi edellyttää hoitotyöntekijältä kulttuuritietoisuutta<sup>4</sup>, tietoa erilaisista kulttuureista, herkkyyttä kunnioittaa kulttuurisia eroavaisuuksia, taitoa ottaa työssään huomioon potilaan kulttuuriset lähtökohdat sekä hoitoympäristön, joka mahdollistaa kulttuurisesti erilaisen potilaan kohtaamisen. Kulttuurinen kompetenssi näkyy Suhn (2004) mukaan

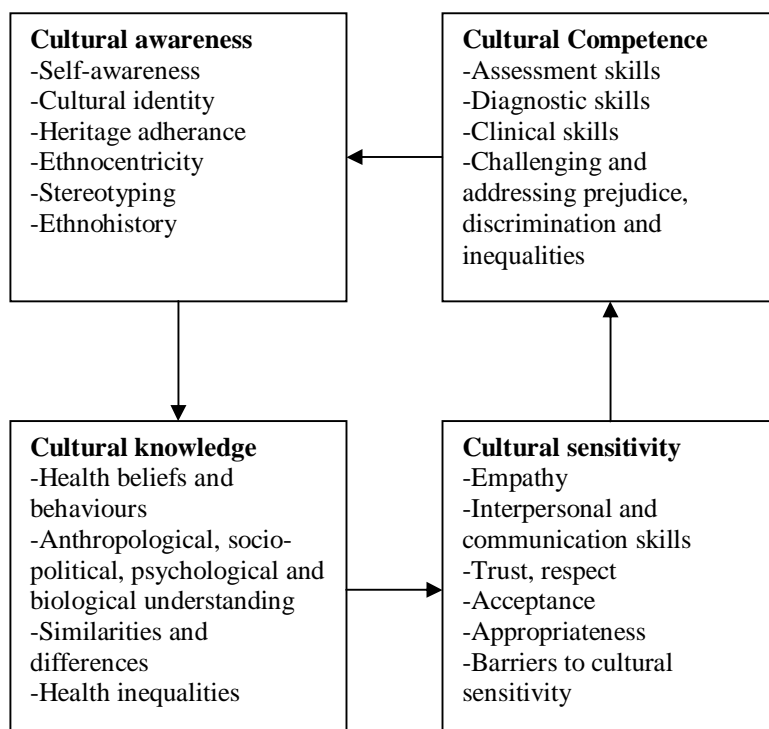
---

<sup>3</sup> Bennet (1993: 21–27) on kehittänyt kulttuurisen herkkyyden kehittymisen mallin, joka tarjoaa yhden näkökulman siihen, miten ihminen voi kehittää kulttuurista herkkyytään. Mallin mukaan ihmisen kulttuurinen herkkyyks on askel askeleelta etenevä inhimillisen kehittymisen prosessi, jossa liikutaan etnosentrismistä moniarvoisuuteen askelmia pitkin. Etnosentrismien askelmia ovat kieltäminen, vähättely ja puolustautuminen, joissa erilaisuutta ei oivalleta tai se kielletään. Seuraavaksi tulee puolustautuminen, jossa erilaisuus mielletään uhkaavaksi. Vähättelyn vaiheessa erilaisuus mitätöidään, jonka jälkeen seuraa hyväksyntä. Siitä seuraa mukautuminen ja lopulta integroituminen, jossa ymmärretään, että oma kulttuuri-identiteetti sisältää aineksia erilaisista kulttuureista.

<sup>4</sup> Kulttuuritietoisuus lähtee ihmisen omasta tietoisuudesta ja siitä ymmärryksestä, mitkä ovat hänen omat kulttuuriset asenteensa traditionsa, ihanteensa ja norminsa sekä näihin liittyvät käsitykset, jotka koskettavat perhettä ja yksilöä sekä muita sosiaalisia organisaatioita. Kulttuuritietoinen työntekijä on tietoinen siitä, miten kulttuuriset tekijät ohjaavat hänen ajatteluaan, käyttäytymistään ja käsityksiään oikeasta ja väärästä. Auttajan täytyy olla myös tietoinen siitä, että kaikkien ajattelu, käyttäytyminen, ja käsitykset eivät perustu samanlaiselle maailmankuvalle eivätkä samanlaisille kulttuurisille asenteille tai normeille. (Alitolppa- Niitamo 1993: 168.)

käytännössä kolmena ominaisuutena: kykyinä ratkaista kulttuurisia eroja hoitajan ja hoidettavan välillä, avoimuutena, joka ilmenee suvaitsevuutena ja erilaisuuden kunnioittamisena, sekä joustavuutena erilaisissa tilanteissa.

Hoitotyössä kulttuurinen kompetenssi voidaan nähdä myös Papadopouloksen ja hänen työryhmänsä (2006) mukaan prosessina, jossa liikutaan vähitellen kulttuurisesta tietoisuudesta kulttuuriseen tuntemukseen ja tätä kautta kulttuuriseen sensitiivisyyteen (ks. kuvio 3). Prosessin neljäs vaihe, eli kulttuurinen kompetenssi edellyttää kulttuurisen tiedon, osaamisen ja herkkyyden ymmärtämistä ja soveltamista. Kulttuurinen kompetenssi on tämän prosessin lisäksi myös itse tuotos, eli se käsittää ne tiedot ja taidot, joita henkilö saa henkilökohtaisen elämän ja ammatillisen kehittämisen kautta. (Papadopoulos 2006: 10–18.)



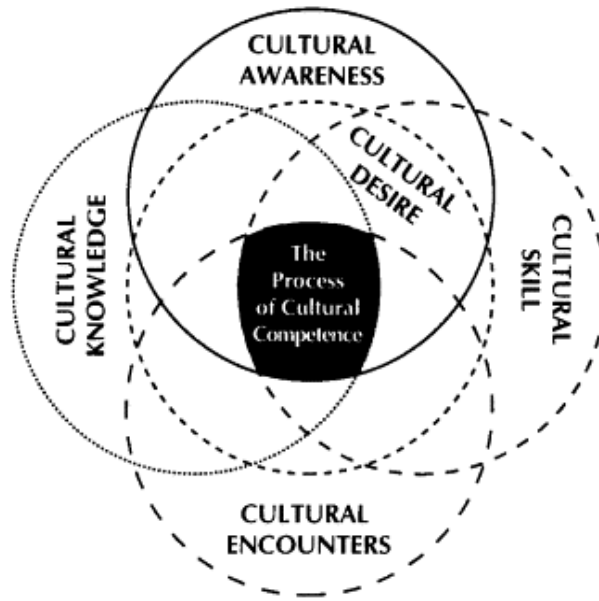
Kuvio 3. Papadopoulos, Tikli & Taylor: Kulttuurisen kompetenssin kehitysprosessi (mukaeltu Papadopoulos 2006: 10)

Samalla kulttuurista kompetenssia voidaan pitää vastavoimana terveydenhuollon henkilöstön etnosentriselle<sup>5</sup> ajattelumallille. Etnosentirinen ajattelu ja toimintamallit saattavat johtaa potilaan vieraantumiseen, puutteelliseen hoitoon ja jopa väärin diagnooseihin. Näin ollen etnosentrismi heikentää kulttuurisesti hyvän ja asianmukaisen hoidon saantia. (Capell, Dean & Veenstra 2008.) Tätä tukee myös näkemys siitä, että kulttuurinen osaaminen on vahvasti sidoksissa yksilön, organisaation tai instituution kykyyn vastata monikulttuurisen väestön yksilöllisiin tarpeisiin, jotka usein poikkeavat valtaväestön vastaavista (American College Health Association 2011).

Campinha-Bacote (2002) sisällyttää kulttuurisen kompetenssin muodostumisprosessiin vielä kulttuurisen kohtaamisen (cultural encounters) ja tahdon (cultural desire) käsitteet (ks. kuvio 4). Kohtaamiset itsessään jo tarjoavat moninaisia kuvia erilaisista kulttuuriryhmistä ja torjuvat näin stereotypointia, mutta kulttuurinen tahto on Campinha-Bacoten (2002) mukaan avaintekijä kulttuurisen kompetenssin prosessin käynnistymiselle. Kulttuurinen tahto on tahtoa oppia muilta sekä avoimuutta ja joustavuutta hyväksyä erilaisuutta ja löytää samanlaisuutta. Kulttuurisen tahdon avulla kulttuurinen kompetenssi voi jatkua elinikäisenä oppimisprosessina. Mallin mukaan hoitotyöntekijä kehittää jatkuvasti kulttuurista kompetenssiaan prosessinomaisesti. Vaiheet ovat sekä itsenäisiä että rinnakkaisia ja kehittymisen kannalta tärkeää on säilyttää tasapaino eri osa-alueiden välillä. Mallia voidaan käyttää tarkasteltaessa yksilöllistä kehitystä kuin myös hallinnollisena viitekehyksenä. (Campinha-Bacote 2002.)

---

<sup>5</sup> Usein ihmiset pitävät automaattisesti oman kulttuurinsa tapoja ja perinteitä luonnollisina, oikeina ja arvokkaampina kuin muiden ja tulevat samalla vähätelleeksi toisten kulttuurien vastaavia toimintamalleja ja arvoja. Tällöin voidaan puhua *etnosentrismistä*. Etnosentirinen ajattelu johtaa helposti siihen, että palvelut järjestetään valtaväestön tarpeita vastaaviksi. (Capell, Dean & Veenstra 2008.) Etnosentrismi on siis tapa katsoa maailmaa yksilön omasta perspektiivistä ja tähän vaikuttavat vahvasti persoonallisuuden lisäksi geenit, elin- ja kasvuympäristö, perhe- ja muut suhteet ja esimerkiksi media. Etnosentrismi näyttäytyy miedoimmillaan alitajuntaisena piittaamattomuutena kulttuurisia eroja kohtaan, mutta vakavimmillaan se on autoritaarista vallankäyttöä oman kulttuuripiiriin ulkopuolelle jääviä ryhmiä kohtaan. (Sutherland 2002.)



Kuvio 4. Hoitotyön kulttuurinen kompetenssi (Campinha-Bacote 2002)

Kirjallisuudesta löytyy useita rinnakkaisia termejä kulttuuriselle kompetenssille: kulttuurikompetenssia (cultural competence), kulttuurien välistä kompetenssia (inter-/cross-cultural competence) ja kulttuurista sensitiivisyyttä (inter-/ cultural sensitivity) käytetään etenkin englanninkielisessä kirjallisuudessa ja pienistä eroista riippumatta ne tarkoittavat kutakuinkin samaa ilmiötä eli ihmisen kulttuurista osaamista ja monikulttuurisia vuorovaikutustaitoja. (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009: 32.)

### 5.3 Transnationaalinen osaaminen

Transnationaalisen osaamisen näkökulma (ks. taulukko 1) perustuu eri tieteenaloilta saatuihin tutkimuksiin ja lähteisiin (esim. liike-elämän tutkimus, kehitysyhteistyö, kulttuurien välinen psykologia). Terveystieteiden tutkimuksessa transnationaalinen osaaminen on saanut vaikutteita hoitotyön kulttuurisen kompetenssin ja potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön väliseen vuorovaikutukseen perustuvasta tutkimuksesta. (Sainola-Rodriguez 2009: 35.) Transnationaalisen osaamisen näkökulmaa ovat olleet alkujaan kehittämässä Koehn ja Rosenau (2002) tutkiessaan eri kulttuurien välisiä (monikansallisia ja transnationaalisia) kohtaamisia. Sittemmin Koehn (2004) on

jatkanut näkökulman kehittämistä terveydenhuollon henkilöstön osaamisen arviointiin. Erityisesti transnationaalinen näkökulma on suunniteltu terveydenhuollon kohtaamisiin, joissa kulttuuriset erot ovat suuria; terveydenhuoltohenkilöstö on homogeenista ja maahanmuuttaja-asiakaskunta kaukaa tullutta ja heterogeenista. Tällainen tilanne on Sainola-Rodriguezin (2009: 35) mukaan esimerkiksi Suomessa.

Transnationaalisen näkökulman vahvuutena on se, että se on yleispätevä (ei kulttuurispesifinen) kehys kaikkiin terveydenhuollon kohtaamisiin. Osaamisessa korostetaan potilaan osallisuuden, ihmisen oman kertomuksen, dialogisen vuorovaikutuksen, keskinäisen tiedonsiirron ja yhteisymmärryksen merkitystä yhtenevään hoitotulokseen ja hyvään hoitotulokseen pääsemiseksi. (Koehn ja Rosenau 2002; Sainola-Rodriguez 2009: 35.) Kohtaamisten onnistumiseen vaikuttaa yhtäläillä molempien osapuolten, sekä maahanmuuttaja-asiakkaan että terveydenhuoltohenkilöstön, osaaminen tai osaamattomuus. Molemmilta osapuolilta edellytetään innovatiivisuutta löytää uusia hoitomuotoja sekä terveyttä palvelevia toimintatapoja ja selviytymiskeinoja. Transnationaalinen osaaminen ei siis vaadi terveydenhuollon henkilöstöltä kaikkien eri kulttuurien tuntemusta ja erityispiirteiden ymmärrystä, vaan ennemminkin aitoa ja kokonaisvaltaista kiinnostusta asiakasta kohtaan. Lisäksi maahanmuuttajalta edellytetään kiinnostusta niin terveydenhuoltohenkilöstön näkemyksiä ja asiantuntemusta kuin myös hoitokäytäntöjä kohtaan. (Koehn & Rosenau 2002; Koehn 2004; Sainola-Rodriguez 2009: 35.)

Transnationaaliseen osaamiseen sisältyy taitoja eri osa-alueilta, joita ovat analyyttinen, emotionaalinen, luova, viestinnällinen ja toiminnallinen osaaminen (Koehn & Rosenau 2002; käänös Sainola-Rodriguez 2009).

Taulukko 1. Transnationaalisen osaamisen osa-alueet (mukaeltu Sainola-Rodriguez 2009)

<p><b>Analyttinen osaaminen</b> - <i>kyky hankkia tietoa ja ymmärtää tiedon merkitys terveydenhuollon kohtaamisissa</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keskeiset terveyteen liittyvät yhteiskunnan tai kulttuurin ja yksilön uskomukset, arvot ja käytännöt</li> <li>- maahanmuuton syyt ja seuraukset terveyden kannalta</li> <li>- muutostilan (transition) ymmärtäminen</li> <li>- nykyisen elämäntilanteen ja hoidontarpeen välinen yhteys</li> <li>- asiakkaan omien resurssien ja sinnikkyuden arviointi</li> <li>- aikaisemmat kokemukset maahanmuuttajien kanssa toimimisesta ja niistä oppiminen</li> </ul>
<p><b>Emotionaalinen osaaminen</b> - <i>kyky tehdä havaintoja ja olla aidosti kiinnostunut</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kiinnostus ja kunnioitus terveyteen liittyviä arvoja, perinteitä, uskomuksia ja kokemuksia kohtaan</li> <li>- oman kulttuurin merkityksen ymmärtäminen</li> <li>- usko selviytyä haasteista ja kyvystä auttaa</li> <li>- kyky tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa ja toimia erilaisissa arvomaailmoissa</li> <li>- transnationaalisuuden ymmärtäminen</li> </ul>
<p><b>Luova osaaminen</b> - <i>kyky innovatiivisuuteen ja soveltamiseen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- erilaisten hoitomenetelmien ja -käytäntöjen yhdistely ja soveltaminen</li> <li>- yhteistoiminnallisuus uusien toimintamallien luomiseksi</li> <li>- vaihtoehtoisten näkökulmien visiointi</li> <li>- mahdollisuuksien ja synergiaetujen näkeminen</li> <li>- transnationaalisten verkostojen hyödyntäminen</li> </ul>
<p><b>Viestinnällinen osaaminen</b> - <i>kyky kommunikointiin ja vuorovaikutukseen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kielitaito</li> <li>- tulkinkäyttötaito</li> <li>- nonverbaalisten ja kulttuuristen viestien havaitseminen ja ymmärtäminen</li> <li>- taito luoda osallistuva ja luottamuksellinen keskusteluympäristö huolien, epäilyjen ja ideoiden esiintuomiseen</li> <li>- kyky välttää ja selvittää väärinkäsityksiä</li> </ul>
<p><b>Toiminnallinen osaaminen</b> - <i>taito toimia tavoitteellisesti transnationaalisisessa ympäristössä</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- positiivisen vuorovaikutuksen ylläpitäminen, kyky luottamukseen</li> <li>- kyky käyttää joustavasti ja tilannekohtaisesti erilaisia toimintatapoja, mm. perheen ja yhteisön merkityksen huomiointi</li> <li>- kyky ongelmien ja konfliktien ratkomiseen</li> <li>- kyky tavoitteelliseen toimintaan haasteiden ja paineiden alla</li> <li>- tasa-arvoisuuden toteutumisen edistäminen: potilaan edustajana toimiminen</li> </ul>

Käytännössä kulttuurisen kompetenssin ja transnationaalisen osaamisen ero näkyy muun muassa siinä, että kulttuurisen kompetenssin viitekehyksessä hoitotyöntekijän rooli nähdään aktiivisena ja hoitotyöntekijältä edellytetään maahanmuuttaja-asiakkaidensa kulttuurien monipuolista tuntemusta. Transnationaalisisessa osaamisessa maahanmuuttaja itse nähdään myös aktiivisena hoitoonsa osallistujana ja osajana ja niin, että maahanmuuttajan omaa näkemystä kulttuuristaan ja sen merkitystä hoitotilanteessa pidetään ensisijaisena. Kaikilta hoitoon osallistuvilta osapuolilta



edellytetään transnationaalisten taitojen hallintaa. Transnationaaliset mahdollisuudet terveyden edistämässä ja hoitamisessa nähdään todellisina vaihtoehtoina. (Sainola-Rodriguez 2009: 52.)

## 6 Tutkimuksen toteutus

### 6.1 Tutkimustehtävä

Tässä pro gradu -tutkielmassani selvitän, millaisiksi maahanmuuttajat kokevat Suomessa käyttämänsä terveyspalvelut ja monikulttuuriset kohtaamiset terveydenhuollossa. Lisäksi tarkastelen, millaisia näkemyksiä terveydenhoitajilla, eli maahanmuuttajia hoitavilla ammattilaisilla, näistä kohtaamisista on. Laadullista lähestymistapaa hyödyntäen etsin vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

#### 1. Millaisia kokemuksia, käsityksiä ja näkemyksiä

a) maahanmuuttaja-asiakkailta on saamistaan terveydenhuollon palveluista?

b) terveydenhuoltohenkilöstöllä on maahanmuuttajille tarjoamistaan palveluista?

#### 2. Millaisista elementeistä laatu näiden kokemusten perusteella koostuu

maahanmuuttaja-asiakkaiden ja terveydenhuoltohenkilöstön kulttuurienvälisissä kohtaamisissa?

### 6.2 Tutkimusaineisto

#### *Aineiston keruu*

Kun olin saanut hahmoteltua mielessäni kiinnostavaa aihetta tutkimukselleni, otin yhteyttä Tampereen kaupungin kouluterveydenhuollon koordinaattorin selvittääkseni käytännön asioita tutkimusluvasta ym. Sovimme tapaamisen, jossa keskustelimme alustavasti tutkimuksestani ja sain myös tiedon, että erityisesti opiskeluterveydenhuollossa oltaisiin kiinnostuneita aiheesta. Tämän jälkeen olen myös tavannut ja käynyt keskustelua opiskeluterveydenhuollon edustajien kanssa. Lupaa tutkimuksen teolle hain Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta ja se minulle myönnettiin 7.8.2012 (ks. liite 2).

Päätin toteuttaa tutkimukseni haastattelemalla sekä terveydenhoitajia että maahanmuuttajia. Maahanmuuttajien kohdalla olin varautunut toteuttamaan haastattelut suomen tai englannin kielellä. Haastateltavan terveydenhuoltohenkilöstön sain koottua kasaan melko vaivattomasti opiskeluterveydenhuollossa osastonhoitajan avustuksella, mutta maahanmuuttajien osalta aineiston keruu osoittautui haastavaksi, sillä heidän tavoittaminen oli odotettua hankalampaa.

Aluksi yritin lähestyä potentiaalisia haastateltavia oppilaitosten sähköpostilistojen välityksellä, mutta se osoittautui toimimattomaksi vaihtoehdoksi. Jouduin aina oppilaitoskohtaisesti tiedottamaan tutkimuksesta erikseen ja usein vielä anomaan erillistä tutkimuslupaa. En kuitenkaan saanut itse käyttöni sähköpostiosoitteita, joten haastateltavien rekrytointi jäi täysin yhdyshenkilöiden ja heikon kontaktin varaan, eikä lopulta tuottanut tulosta. Katsoin parhaaksi etsiä yhdyshenkilön, jonka kautta saisin paremmin yhteyden maahanmuuttajiin. Lopulta tulosta tuotti se, että menin vierailemaan maahanmuuttajille koulutusta järjestävään yksikköön, jota kautta tapasin opetushenkilöstöä ja pystyin kertomaan heille tutkimuksesta. Opetushenkilöstön kautta sain lopulta tiedon kulkemaan maahanmuuttajille ja sain järjestettyä ryhmähaastattelut.

Terveydenhuoltohenkilöstön osalta keräsin aineiston (fokus-)ryhmähaastatteluna johon osallistui neljä opiskeluterveydenhuollon terveydenhoitajaa, jotka kohtaavat työssään maahanmuuttaja-asiakkaita. Maahanmuuttajien haastattelut olin alun perin ajatellut toteuttaa yksilöhaastatteluina, sillä näin ajattelin saavani paremmin heidän oman äänensä kuuluviin ja voisin ehkä helpommin huomioida esimerkiksi heidän yksilöllisen kielitaitonsa. Keskusteltuani heitä opettavien henkilöiden kanssa, päädyin kuitenkin pienryhmiin. Näihin osallistui yhteensä 12 maahanmuuttajaa (4x3 hengen ryhmä). Maahanmuuttajat opiskelevat tamperelaisessa oppilaitoksessa ja ovat näin ollen oikeutettuja käyttämään opiskeluterveydenhuollon palveluja. Kaikilla haastateltavilla oli kokemusta terveydenhuollon palveluista, mutta ei välttämättä juuri tästä yksiköstä, jossa haastattelemani terveydenhoitajat työskentelevät.

Maahanmuuttajien haastattelut toteutettiin Tampereen aikuiskoulutuskeskuksen tiloissa 13.–14.12.2012 ja terveydenhoitajien haastattelu Tampereen opiskeluterveydenhuollon Tullinkulman toimipisteessä 19.12.2012. Toimin itse haastattelijana.

Tutkimukseen osallistuminen oli kaikille vapaaehtoista ja pyrin haastattelujen alussa kertomaan osallistujille, mistä tutkimuksessa on kysymys. Eettiset näkökulmat huomioin myös hakemalla tutkimuksen toteutukselle tarvittavat tutkimusluvut Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta sekä maahanmuuttajien oppilaitoksen johdolta. Kaikki haastateltavat olivat lisäksi täysi-ikäisiä. Koska toteutin haastattelut ja aineiston käsittelyn kokonaisuudessaan itsenäisesti, ei muilla kuin minulla ja haastatteluun itse osallistuneilla ole tietoa heidän henkilöllisyydestään.

### *Aineiston kuvaus*

Tutkimustani varten nauhoitin kaikki tekemäni haastattelut ja äänitettyä materiaalia minulle kertyi neljästä maahanmuuttajien ryhmähaastattelusta yhteensä lähes kolme tuntia. Haastattelujen pituudet vaihtelivat 40:stä 50 minuuttiin. Terveystoimittajien ryhmähaastatteluun meni aikaa hieman yli tunti. Kaikki haastattelut maahanmuuttajienkin kanssa tehtiin lähtökohtaisesti suomeksi, mutta apukielenä käytimme englantia joissakin aivan yksittäisissä kohdissa.

Litteroin aineistot sanatarkasti, sillä se oli tutkimustarkoitukseeni sopivan tarkka muoto. Aukikirjoitettua tekstiä kertyi maahanmuuttajahaastatteluista yhteensä noin 29 liuskaa (A4, fontti 12, riviväli 1) ja terveystoimittajien haastattelusta 14 sivua.

Haastattelemiani terveystoimittajat ovat kaikki naisia ja he työskentelevät Tampereen opiskeluterveydenhuollossa, jossa he ovat toimineet kolmesta vuodesta ylöspäin, parhaimmillaan jopa aivan sen perustamisesta lähtien. Kaksi haastateltavaa on valmistunut ammattiin 2000-luvulla ja kaksi muuta on toiminut alalla jo pidempään. He kaikki ovat kohdanneet maahanmuuttajia työssään.

Haastatteluihin osallistui yhteensä 12 maahanmuuttajaa. He kaikki opiskelevat Tampereen aikuiskoulutuskeskuksessa (TAKK). Maahanmuuttajat ovat kotoisin kuudesta eri maasta: Venäjältä (4), Iranista (3), Thaimaasta (2), Virosta (1), Meksikosta (1) ja Kiinasta (1). Osallistujat ovat iältään 21–50 -vuotiaita (ka 35). Haastateltavista 10 oli naisia ja 2 miehiä. Maahanmuuton syyt vaihtelivat, mutta suurin osa oli muuttanut maahan perhesyistä. Mukana oli kuitenkin myös pakolaisia sekä

työperäisiä ja paluumuuttajia. Suomessa oloaika vaihteli puolesta vuodesta 13 vuoteen (ka 3,9 vuotta), mutta suurin osa on asunut maassa 2–5 vuotta.

### 6.3 Laadullinen tutkimus

Laadullisen, eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tutkimuksen kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti pyrkimyksenä löytää tai paljastaa tosiasioita eikä niinkään todentaa jo olemassa olevia väittämiä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 161). Karkeimmillaan tutkimuksen laadullisuus tosin viittaa yksinkertaisesti aineiston muodon kuvaukseen (vs. määrällinen) (Eskola & Suoranta 2001: 13).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimukseen osallistuvien henkilöiden määrä on yleensä pieni, sillä suuri osallistujamäärä ja runsas aineisto voivat vaikeuttaa tutkittavan ilmiön kannalta oleellisten asioiden löytämistä aineistosta. Laadullisessa tutkimuksessa painotetaan enemmän aineiston laatua kuin määrää, koska siinä keskitytään tutkittavan ilmiön kuvaukseen aineistosta käsin. Mielenkiinnon kohteena laadullisessa tutkimuksessa on todellisuus ja tutkittava ilmiö tutkimuksen osallistuvien ihmisten subjektiivisesta, sosiaalisesta tai kulttuurisesta näkökulmasta. (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003; Kylmä & Juvakka 2007: 23–24.)

Laadullisen tutkimuksen keskeiseksi ominaispiirteeksi voidaan nimetä sen aineistolähtöisyys ja päättelyssä havaintoja tehdään usein yksittäisistä tapahtumista, jotka sitten yhdistetään osaksi laajempaa kokonaisuutta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistojen ja tutkijan tehtävänä ei ole niinkään hypoteesin todistaminen vaan ennemminkin sen keksiminen. (Kylmä & Juvakka 2007: 22; Eskola & Suoranta 2001: 19–20.) Laadullisessa tutkimuksessa aineisto on ilmiösultaan tekstiä, joka voi olla syntynyt tutkijasta riippuen tai riippumatta. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista myös se, että otanta on yleensä harkinnanvarainen, eli tutkimukseen valikoituvat mukaan sellaiset henkilöt, jotka ovat todellisuudessa kosketuksissa tutkittavaan ilmiöön. (Eskola & Suoranta 2001: 15, 18.)

## 6.4 Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

### *Yleistä haastattelusta*

Haastattelu tähtää informaation keräämiseen ja on siis ennalta suunniteltua päämäärähakuista toimintaa (Hirsjärvi & Hurme 2011: 42). Haastattelu on tiedonkeruumenetelmänä ainutlaatuinen, koska siinä ollaan samalla suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan tai tutkittavien kanssa. Haastattelututkimuksen suurimpana etuna pidetään yleensä sen joustavuutta aineiston keruussa. Haastattelun luonne ja tutkimuksen toimijoiden, haastattelijan ja haastateltavien roolit riippuvat haastattelumenetelmästä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 204.)

Haastattelut voidaan toteuttaa strukturoidusti esimerkiksi tarkkaa kyselylomaketta apuna käyttäen. Teemahaastattelu puolestaan on strukturoitua haastattelua väljempi haastattelumuoto, jossa tutkimuksen tekijällä on valmiiksi mietittynä muutamia avainkysymyksiä tai aihepiirejä, joiden ympärille haastattelutilanne rakentuu. Teemahaastattelu nähdään lomake- ja avoimen haastattelun välimuotona ja sille on tyypillistä, että teemat, eli aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Avoimessa haastattelussa on pohjimmiltaan kyse tarinan ja kertomuksen luomisesta ja siinä haastateltavalla itsellään on hyvin aktiivinen rooli. Avoin haastattelu muistuttaa kaikista eniten tavallista keskustelua, jonka aihepiiri on toki ennalta päätetty. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 206–208; Kylmä & Juvakka 2007: 78–79; Eskola & Suoranta 2001: 86.)

Oman tutkimukseni toteutin haastatteleamalla aikuiskoulutuskeskuksessa opiskelevia maahanmuuttajia neljässä eri ryhmässä, joissa jokaisessa oli mukana kolme opiskelijaa (yhteensä 12 maahanmuuttajaa). Lisäksi haastattelin opiskelijaterveydenhuollossa työskenteleviä terveydenhoitajia. Heidän osaltaan haastattelu toteutettiin ryhmäkeskusteluna, johon osallistui neljä henkilöä. Molemmissa tapauksissa kyseessä oli teemahaastattelu, sillä minulla oli valmiiksi mietittynä tietyt aihepiirit, jotka halusin haastatteluissa nostaa esille (ks. liite 1).

## *Ryhmähaastattelu*

Haastattelu voidaan toteuttaa yksilöhaastatteluiden lisäksi pari- tai (fokus-)ryhmähaastatteluna. Alkujaan ryhmähaastattelu kehiteltiin markkinointitutkimuksen parissa 1920-luvulla markkinointikampanjoiden arviointiin, mutta nykyään se lukeutuu yhteiskuntatieteilijöiden käyttämien tutkimusmenetelmien joukkoon ja menetelmänä se on kehittynyt ja monipuolistunut monikäyttöiseksi tieteellisen tutkimuksen välineeksi. Terveystutkimuksessa ryhmähaastattelua on käytetty enenevässä määrin muun muassa terveysviestinnän (terveyskasvatuksen tutkimus ja kehittäminen, terveyspalvelujen asiakastytyväisyyden selvittäminen) ja lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten päätöksenteon ja toiminnan sekä koulutuksen tutkimuksessa. Haastattelujen avulla on kerätty tietoja, mutta ne ovat toimineet myös terveystottumusten ylläpitämiseen ja yksilöiden yhteisen ongelmanratkaisun tukemisen välineenä. (Pötsönen & Välimaa 1998: 1-2.) Kaikkiaan ryhmähaastattelu soveltuu moniin käyttötarkoituksiin, sillä myös erilaisia analyysistrategioita on monia. Ryhmähaastattelua voidaan hyödyntää esimerkiksi faktuaalisen informaation, yhteisten normien tai ihanteiden, ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen, kommunikaation tai merkitysrakenteiden tutkimuksessa. (Eskola & Suoranta 2001: 95.)

Ryhmässä tapahtuva haastattelu antaa mahdollisuuden kerätä tietoa kiinnostuksen kohteesta – paitsi siitä, *mitä on tapahtunut ja mitä mieltä ollaan*, mutta myös *miten ja miksi, minkälaisia kokemuksia, asenteita ja odotuksia aiheeseen liittyy*. Luonteeltaan ryhmähaastattelu voidaan sijoittaa osallistuvan havainnoinnin, eli luonnollisen ryhmätilanteen tarkkailun ja strukturoidun yksilöhaastattelun välimaastoon, sillä se sisältää piirteitä molemmista. Koska keskeinen osa ryhmähaastattelua on osallistujien keskinäinen vuorovaikutus, on se yksilöhaastattelua lähempänä sitä elämän todellisuutta, jossa mielipiteet, asenteet ja tavat muodostuvat ja jossa ihmiset toimivat sosiaalisessa ympäristössään. (Pötsönen & Välimaa 1998: 3.)

Kuten laadullisessa tutkimuksessa yleensäkin, ryhmä ei ole satunnaistettu eikä myöskään tilastotieteellisessä mielessä edustava, vaan osallistujat siihen kootaan kohdistetusti tutkimuksen tarkoituksen ja kohderyhmän mukaisesti (Pötsönen & Välimaa 1998: 6). Ryhmähaastatteluun osallistujat edustavat yleensä jotakin tiettyä väestö- tai viiteryhmää (Eskola & Suoranta 2001: 96). Myös omaan tutkimukseeni

haastateltavat valikoituivat mukaan sen perusteella, että he edustavat tutkimusaiheeni kannalta relevantteja viiteryymiä – terveydenhoitajat opiskeluterveydenhuollon ammattilaisia ja maahanmuuttajat valtaväestöstä poikkeavaa ja eri kulttuuritaustaa edustavaa asiakasryhmää.

Molemmissa ryhmissä haastateltavat olivat toisilleen ainakin jollakin tasolla tuttuja työn tai opiskelupaikan kautta. Eskola & Suoranta (2001: 96) toteavat, että ryhmän homogeenisuus saattaa helpottaa sen toimintaa ja olla merkittävä etu esimerkiksi vähemmistöjä koskevista aiheista keskusteltaessa. Sen sijaan statuserot ja toisten elämäntilanteiden vähäinen tuntemus saattavat vaikeuttaa luontevaa keskustelua. Suhteellisen homogeenisessa ryhmässä kaikilla on mahdollisuus ymmärtää kysymykset ja käsitteet, jolloin myös aiheesta keskustelu on mahdollista. (Eskola & Suoranta 2001: 96.) Itse huomasin haastatteluja tehdessäni, että etenkin maahanmuuttajilla samankaltaiset taustat ja esimerkiksi käytännön kannalta samantasoinen kielitaito (suomen kieli) helpottivat ryhmätoimintaa, vaikka alkuperältään haastateltavat maahanmuuttajat edustivat hyvinkin erilaisia kieli- ja kulttuuritaustoja.

Tiedonkeruun muotona ryhmähaastattelu on tehokas, koska sen avulla saadaan tietoja samaan aikaan usealta eri henkilöltä. Ryhmähaastattelua pidetään tehokkaana ja käyttökelpoisena tilanteissa, joissa haastateltavat mahdollisesti arastelevat haastattelua, ja se on mielekäs tapa kerätä tietoa silloinkin, kun tutkitaan tiettyjen ryhmien kulttuureja ja niissä omaksuttuja jäsenyyksiä, näkemyksiä ja arvoja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 210–211; Eskola & Suoranta 2001: 94–96.) Terveystenhoitajien ryhmähaastatteluissa ideana oli, että haastattelutilanteessa korostuu dialektisuus ja työyhteisön yhteiset jäsenyykset, näkemykset ja ajatukset aihepiiristä. Uskon, että näin tutkimuksen hyöty yhteisölle tulee myös selkeimmin esille.

Maahanmuuttajien haastattelut olin alun perin ajatellut toteuttaa yksilöhaastatteluina lähinnä sen vuoksi, että uskoin näin pystyväni paremmin huomioimaan heidät yksilöinä, kuten esimerkiksi kielitaidon ja heidän henkilökohtaiset kokemuksensa. Päädyin kuitenkin heitä opettavan henkilöstön kanssa käytyjen keskustelujen jälkeen myös heidän kohdallaan pienryhmiin. Ryhmät oli kuitenkin koottu niin, että samaan keskusteluryhmään osallistuneilla suomen kielen taso oli kutakuinkin sama. Uskon, että ryhmähaastattelu oli maahanmuuttajienkin kohdalla hyvä ratkaisu, sillä tilanne ei

ehkä ollut heidän näkökulmastaan niin pelottava verrattuna siihen, mitä se olisi voinut olla, jos olisin haastatellut heidät kaikki yksitellen nauhurin kanssa. Lisäksi tutkimusaiheeni kannalta oleellista oli saada esille maahanmuuttajien näkemyksiä aiheesta, eikä se suoraan määritä tai rajoita aineistonkeruutapaani. Pötsönen & Välimaa (1998: 3) toteavatkin, että ryhmätilanteessa henkilökohtaisuuksiin ei ole aina edes tarvetta mennä, vaan jäsenet edustavat tiettyä viite- tai väestöryhmäänsä informantteina. Tämä antaa tilaa keskustella vaikeammistakin aiheista ja yksittäiseen haastateltavaan kohdistuvat odotukset ovat vähemmän esillä kuin yksilöhaastattelussa (Pötsönen & Välimaa 1998: 3).

Ryhmähaastattelussa mielenkiinto kohdistuu siihen, miten sen jäsenet päätyvät lopputulokseen erilaisista, ja joskus vastakkaisista, mielipiteistä käytävässä neuvottelussa ja miten he onnistuvat muodostamaan kollektiivisesti jaettua ymmärrystä yksilöllisistä kokemuksista. Vuorovaikutuksen kannalta on myös merkityksellistä, että ryhmässä puhetta ei suunnata vain haastattelijalle, vaan myös muille osallistujille. Ryhmä itse voi siis johdattaa keskustelua oma-aloitteisesti uusille teille tai korostaa joitakin tiettyjä näkökulmia. (Pietilä 2010: 215–217.)

Ryhmätilanteissa on myös mahdollista saada esille tavanomaista moniulotteisempi kuva todellisuudesta, sillä osallistujien keskinäinen vuorovaikutus ja yhteinen ajatusten kehittäminen luo yhteiseen tarinaan ja merkityksiin uusia kerroksia (Kylmä & Juvakka 2007: 85). Ryhmähaastattelussa haastateltavilta saatetaan siis saada enemmän tietoa kuin mitä olisi mahdollista saada yksilöhaastatteluun samoilta haastateltavilta, sillä osallistujat voivat yhdessä muistella, herättää muistikuvia, tukea ja rohkaista toinen toistaan (Eskola & Suoranta 2001: 94). Esimerkiksi pienessä ryhmässä tapahtuva haastattelu mahdollistaa haastateltavien spontaanit ilmaisut toisilleen, koska ryhmässä olo on usein turvallisempi ja varmempi. Lisäksi synergia voidaan hyödyntää, kun toinen jatkaa siitä, mihin toinen jäi. (Pötsönen & Välimaa 1998: 3.)

### *Ryhmähaastattelun haasteet*

Ilmeisten etujen lisäksi, ryhmähaastattelun liittyy myös haasteita ja rajoitteita, jotka on tärkeä ottaa huomioon tutkimuksen teossa. Riskinä on esimerkiksi se, että yksilöllisyys voi joutua koetuksella, jos vähemmistön näkökulmat, mielipiteet ja ajatukset jäävät



vähälle huomiolle. Ryhmän jäsenet vaikuttavat aina toisiinsa ja silloin on myös mahdollista, että vahvemmat ryhmän jäsenet kontrolloivat läsnäolollaan muita. (Pötsönen & Välimaa 1998: 4.) Tässä tutkimuksessa koin, että ryhmänjäsenet onnistuivat kaikki osallistumaan keskusteluun ja toimimaan haastattelutilanteessa tasapuolisesti. Maahanmuuttajien haastattelut etenivät selkeämmin niin, että jokainen vastasi vuorollaan ja nosti esiin ajatuksiaan aihepiiriin liittyen, kun taas terveydenhoitajien haastattelu muistutti enemmän ryhmäkeskustelua. Uskon, että tähän vaikutti osaltaan maahanmuuttajien kielitaito ja muutenkin vieras tilanne, jolloin haastattelu eteni hieman kaavamaisemmin. Ryhmähaastatteluissa maahanmuuttajatkin kuitenkin kyselivät asioita toisiltaan ja kommentoivat toinen toisiaan. He pyrkivät näin selkeästi osallistamaan muita ryhmäläisiä ja ottamaan itsekin kantaa muiden kokemuksiin.

Tietenkin voi myös olla niin, että kaikkia henkilökohtaisia kokemuksia ei ryhmätilanteessa haluttu tuoda esille, mutta toisaalta esiin on voinut nousta myös asioita, joita ei yksilöhaastatteluissa olisi ilmennyt. Ryhmähaastattelu tuottaa sosiaalisen ympäristön ja siinä lausutut kommentitkin on hahmotettava tätä taustaa vasten. Haastattelutilanne ei kuitenkaan ikinä ole täysin luonnollinen ja sen vuoksi olisikin hyvä miettiä, mitä siinä saavutettu tieto kertoo oikeasti ihmisten käyttäytymisestä ja valinnoista. Mielipiteet saattavat saada vahvistusta, mutta myös muuttua toisten haastateltavien myötä. (Pötsönen & Välimaa 1998: 4.)

Tutkimukseeni osallistui vain maahanmuuttajia, jotka ovat käyttäneet terveystalveta Suomessa, mutta tämä jättää samalla laskuista pois he, jotka eivät syystä tai toisesta näitä palveluja tahdo käyttää. Voi myös olla, että mukaan on valikoitunut sellaisia vastaajia, jotka ovat pääsääntöisesti olleet tyytyväisiä palvelujen laatuun ja ovat halukkaita kertomaan kokemuksistaan. Pötsönen & Välimaa (1998: 4) toteavatkin, että ryhmähaastattelussa, kuten haastattelututkimuksissa yleensäkin, voidaan tutkia vain niitä, jotka ovat kykeneviä ja halukkaita kertomaan mielipiteitään. Ryhmän mielipiteet eivät vielä sellaisenaan ole suoraan yleistettävissä heidän edustamaansa viiteryhmään. Ryhmässä keskustellut asiat eivät luonnollisestikaan jää vain tutkijan tietoon ja vaikka vaitiolovelvollisuus koskeekin tutkijaa, ei samaa voida taata muiden haastateltavien, eli tutkimukseen osallistuvien osalta. Tämä asettaa omat haasteensa yksilön anonymiteetille ja yksilöllisyydelle.

## 6.5 Temaattinen sisällönanalyysi

Koska olin kerännyt aineistoni teemahaastatteluina, tuntui minusta luonnolliselta lähteä tarkastelemaan ja järjestämään aineistoa aluksi näiden teemojen avulla. Oman tutkimukseni analyysitapaa voisi ehkä nimittää temaattiseksi sisällönanalyysiksi, sillä se sisältää elementtejä niin temaattisesta kuin myös sisällönanalyysista.

Braunin & Clarken (2006) mukaan *Temaattista analyysia* pidetään toisinaan eräänlaisena työkaluna tai apuvälineenä muiden metodien sisällä, mutta se voidaan nähdä myös aivan omana tutkimusmetodinään. Temaattisen analyysiin etuihin kuuluu sen joustavuus. Sitä voidaan hyödyntää monenlaisiin aineistoihin ja analyysi itsessään voi olla yhtä hyvin joko teoria- tai aineistolähtöistä. Temaattinen analyysi ei myöskään ole suoraan sidoksissa mihinkään tiettyyn tieteenteoriaan tai -alaan. (Braun & Clarke 2006.)

Temaattisessa analyysissa pyritään nostamaan esille (identifioimalla analysoimalla, raportoimalla) erilaisia näkökulmia tutkimuksen, eli aineiston ja tutkimuskysymyksen, kannalta keskeisistä aihepiireistä. Temaattinen analyysi käsitteenä ei ole lyönyt itseään kovinkaan hyvin läpi, vaikka todellisuudessa sitä käytetään pohjana useissa analyyseissa. Tutkimuksen analyysiosio jää juuri tematisoinnin osalta monesti hieman puutteelliseksi ja tämä vaihe saatetaan vain kuitata toteamalla, että ”aineistosta nousi esiin muutamia teemoja”. Temaattisessa analyysissa nämä vaiheet halutaan tuoda näkyväksi osaksi tutkimusta. (Braun & Clarke 2006.)

Oman tutkimusanalyysini alussa luin aineistot hyvin läpi useampaan kertaan, vaikka olinkin jo pystynyt perehtymään siihen melko hyvin tehdessäni itse aineiston litteroinnin. Tämän jälkeen kokosin teksteistä otteita ja järjestin ne teemoittain hieman haastattelurunkoani (liite 1) mukailleen. Pidin tässä vaiheessa vielä maahanmuuttajien ja terveydenhoitajien haastatteluaineistot toisistaan erillään. Apuna tekstin jäsentelyssä ja analyysissa käytin Wordin perustoimintoja.

Seuraavassa vaiheessa, kun tekstimassa oli saanut hieman erilaisen muodon, aloin poimia tekstin joukosta tiiviimpiä esitysmuotoja kiinnostaville asioille, jotka korostin esiin tekstin joukosta. Tämän jälkeen tein esille nostamistani asioista muistiinpanoja ja

merkintöjä sivujen reunaan ja kokosin taas nämä merkinnät yhteen uudelle arkille. Näin pystyin myös aina halutessani palaamaan edelliseen vaiheeseen ja pystyin jäljittämään hyvin myös alkuperäisen tekstinpätkän.

Tähän asti päästyäni olin jo saanut jonkinlaisen kuvan analysoitavina olevista teksteistä ja yhdistin kaksi tähän asti erillään pitämään aineistoa yhteen ja aloin nyt etsiä teksteistä yhdistäviä ja toisistaan poikkeavia havaintoja ja muodostamaan uudenlaista jäsennyttä. Seuraavaksi aloinkin käydä aineistoani läpi oman tematisointini ohjaamana, eli kirjoitin tulkintani siitä, mitä aineistossa on. Yhdistin siis temaattisen analyysiin elementtejä *sisällönanalyysista*, sillä olin kiinnostunut etsimään keräämästäni haastatteluaineistosta niitä jäsennyksiä, jotka selittävät tutkimaani ilmiötä, eli tässä tapauksessa kokemuksia maahanmuuttajille suunnatuista terveyspalveluista niin asiakkaan kuin myös hoitohenkilökunnan näkökulmasta.

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sitä voidaan pitää niin yksittäisenä metodina kuin myös teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikonaisuuksiin. Koska sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä hyvin monenlaista tutkimusta, monet analyysimenetelmät perustuvat periaatteessa tavalla tai toisella siihen, eikä sisällönanalyysin tarvitse rajoittua pelkästään laadulliseen tutkimukseen. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti pyrkimyksenä saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa kadottamatta kuitenkaan sen informaatioita. Sisällönanalyysissa aineisto järjestetään uudella tavalla johtopäätösten tekoa varten ja etsitään tekstistä merkityksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 91, 103–104, 108.)

Tulososiossa esiintyvät haastateltavien tunnisteet muodostin niin, että maahanmuuttajien ryhmät nimesin aakkosten ensimmäisten kirjainten mukaan, eli ryhmiksi muodostuivat näin A, B, C ja D. Yksittäiset haastateltavat nimesin aina ryhmän sisällä numeroin 1, 2 ja 3. Tunniste B2 viittaa siis esimerkiksi toisen ryhmän toiseen haastateltavaan jne. Terveystenhoitajat saivat tunnisteet T1, T2, T3 ja T4. Haastattelijaan, eli itseeni, viittaan tunnisteella H.

## 7 Tutkimustulokset

Tulososiossa kuvaan, millaisia kokemuksia haastateltavilla on ollut terveydenhuollon kulttuurienvälisistä kohtaamisista ja millaiseksi palvelujen laatu rakentuu näiden kokemusten kuvausten kautta. Laatua tässä tutkimuksessa määritellään maahanmuuttaja-asiakkaiden ja terveydenhuoltohenkilöstön kokemusten kautta opiskelijaterveydenhuollon palvelujen potentiaalisina käyttäjinä tai tarjoajina. Laadun ulottuvuudet määrittyvät maahanmuuttajien ja terveydenhoitajien subjektiivisten kokemusten kautta, jotka perustuvat todellisiin palvelutapahtumiin ja kohtaamisiin terveydenhuollossa.

Etsiessäni vastausta tutkimuskysymyksiini, rakensin saamistani vastauksista luokat, jotka aineistoni perusteella kuvaavat niitä kokemuksia, joita maahanmuuttajilla ja terveydenhoitajilla on terveystalvelujen monikulttuurisuudesta ja laadusta. Luokiksi muodostuivat näin 1) maahanmuuttajien erityisaseman huomioiminen, 2) yhteisymmärryksen rakentaminen sekä 3) käytäntöjen toimivuus.

### 7.1 Maahanmuuttajien erityisaseman huomioiminen

#### 7.1.1 Transition ja maahanmuuton vaikutus

Kulttuurisiin kohtaamisiin terveydenhuollossa sisältyvät erilaisuuden kohtaamisen lisäksi muualta muuttaneen ihmisen erilainen sosiaalinen todellisuus ja kokemusmaailma, joihin on saattanut liittyä myös monenlaisia identiteettiä ja terveyttä heikentäviä tekijöitä (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2009: 7). Koska asiakaskeskeisyydessä on pyrkimyksenä nähdä asiakas yksilöllisenä ja oman elämäntilanteensa asiantuntijana (Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008), niin myös terveydenhuollon kohtaamisissa merkittävään asemaan nousee asiakkaan oma kokemus hänen terveydentilastaan ja palvelutarpeestaan. Maahanmuuttajien kohdalla nämä kokemukset ja käsitykset rakentuvat vahvasti kahden eri kulttuurin vaikutuspiirissä, jossa rinnakkain – ja ehkä jopa vastakkain – ovat heidän alkuperäisen ja nykyisen kotimaansa toimintamallit ja kulttuurit.

Maahanmuuttajilla vaikuttaa haastattelujeni perusteella toisinaan olevan terveydenhuollon henkilöstöstä poikkeavat käsitykset esimerkiksi juuri omasta terveydentilastaan tai palvelutarpeestaan.

*Yleensä he ei antaa minulle todistus, koska he sanovat että sinulla ei oo mitään, sä voit mennä, mutta he ei tiedä, että minulla on kipiä (B3).*

*-- tässä oon minä asuu kolme vuotta ja haluan mennä erikoislääkäri, koska minulla on ongelma ja minä, kaikki menee (kotimaassa) erikoislääkärille ja suunnitella yhdessä. Tässä lääkäri puhuu, sinun ei tarvitse mitään -- minä en ymmärrä miksi on, mutta lääkäri puhuu tässä toinen systeemi kun kotimaa. (A2.)*

Koska maahanmuuttajien ja terveydenhoitajien näkemykset maahanmuuttaja-asiakkaan palvelutarpeesta tai terveydentilasta eivät aina täysin kohtaa toisiaan, vaikuttaisi maahanmuuttajille jäävän tunne, että he eivät ole välttämättä tulleet kuulluksi tai ymmärretyksi oikein. Maahanmuuttajilla itsellään voi olla ammattihenkilöstöstä poikkeava käsitys siitä, millainen vaiva tai oire vaatisi esimerkiksi sairauslomaa tai jatkotutkimuksia. Tällaiset näkemuserot tekee ainakin osittain ymmärrettäväksi maahanmuuttajien asema yhteiskunnassa, jossa he elävät ja toimivat usein kahden (tai useammankin) kulttuuripiirin vaikutuksessa. Maahanmuuttajien kotoutumista ja asemaa uudessa yhteiskunnassa onkin tarkasteltu esimerkiksi diasporan ja akkulturaation näkökulmista, joissa molemmissa korostetaan maahanmuuttajien sopeutumista ja kasvamista osaksi uutta yhteiskuntaa unohtamatta kuitenkin heidän kotimaansa, kokemuksiensa ja kulttuuritaustojensa vaikutusta elämän eri osa-alueilla.

Tutkimukseni osoittaa sen, miten näkemykset terveystalvelujen toiminnasta ja laadusta määrittyvät pitkälti suhteessa siihen, millaisia kokemuksia maahanmuuttajille on kertynyt omasta kotimaastaan. Kokemukset ovat joko positiivisia tai negatiivisia riippuen siitä, millainen tilanne Suomessa on aiempaan kotimaahan verrattuna.

*Suomessa on parempi palvelu kuin kotimaassa, koska siellä täytyy odottaa enemmän kuin Suomessa, kun varataan aika ja palvelu ja joskus ei tutkita hyvin niin kuin Suomessa (B2).*

*Hän tiedä, mikä minulla on suoraan, heillä tosi hyvä koulutus (kotimaassa) ja myös helppo, kun esimerkiksi monta lääkäreitä sama katu. Jos tämä ei ole aika, sitten toinen -- (B3.)*

Myös Koponen ym. (2012b: 264) ovat todenneet, että maahanmuuttajilla kokemus hoidon tarpeesta ja sen tyydyttämisestä on yhteydessä kulttuuritaustaan, mutta myös siihen miten paljon Suomessa saatua hoitoa verrataan aiemmin entisessä kotimaassa saatuun hoitoon. Maahanmuuttajien haastatteluista ilmenee hyvin se, että hoitokäytännöissä joudutaan tasapainottelemaan kahden eri kulttuurin ja maan käytäntöjen välillä.

*-- mutta kun minä menee Suomessa ja olen lääkärissä, ensimmäinen lääkäri puhuu, kun minä kysyn kuinka monta aika minun tarvitsee syödä tabletti. Koska Venäjällä (kotimaassa) puhuu kaksi ja puoli vuotta ja loppu ja lääkäri (suomalainen) puhuu minä tiedän sinun tarvitsee syödä koko elämä. (A2.)*

Vaikka maahanmuuttajien ja terveydenhoitajien näkemykset eivät aina täysin kohtaakaan, niin terveydenhoitajien haastatteluissa ilmeni myös, että he ymmärtävät useiden maahanmuuttajien asemaan liittyvien seikkojen vaikuttavan maahanmuuttajasiakkaiden kokemuksiin terveydestä ja sairaudesta ja ottavat heidän tuntemuksensa todesta. Terveydenhoitajien haastatteluista välittyy se, että he eivät tulkitse sairautta ja terveyttä ainoastaan biolääketieteellisesti sairauden poissa- tai olemassaolona, vaan ymmärtävät näiden käsitysten terveydestä ja sairaudesta rakentuvan holistisesti (psykykinen, fyysinen ja sosiaalinen hyvinvointi), jolloin ne ovat myös sidoksissa aikaan, paikkaan ja kulttuuriin.

*Et sekin viel korostuu jotenkin. Tää on niin erilainen erilainen kun moni muu yhteiskunta, ja ilmasto ja kieli ja kotoutuminen ja työttömyys ja rahapula ja kaikki. (T1.)*

*Kipukynnys saattaa olla paljon alempi, kun mitä on suomalaisella tai jollain muulla. Kynnys tulla vastaanotolle on pienempi ja aina ei välttämättä niinkun löydy mitään, mutta kyllä mäkin ajattelen, että niin, että toi ei jaksa nyt olla*

*siellä suomen kielen kurssilla, se on vähän kipee ja sil on kylmä ja kaikkee, mitä onkaan. (T1.)*

Maahanmuuttajien tapaamisissa terveydenhoitajien laajemmasta terveystieteestä on usein apua, sillä usein oireiden tulkinta suorastaan vaatii sitä.

*-- et jotenkin niinkun yritin ymmärtää niitä oireita ja löytää semmosia selityksiä. Hän oli peloissaan ja kaikkea sellasta, että sillon tulee sit paremmin kysytyä, että käyks sä töissä, et pystyks sä hoitaa ittees, onks sulla kotona paljon velvollisuuksia. Tai sit lähtee näistä, et kun monesti mä ajattelen, että niillä on kuitenkin ihan selvä, oikein paha flunssa, niin siellä on se jaksamattomuus. (T4).*

Tällainen ymmärrys viittaisi myös sosiaalitieteelliseen terveystieteeseen, joka huomioi ihmisen sosiaaliset roolit ja niistä selviytymisen sekä kyvyn sopeutua joustavasti ympäristöön (Nykänen 2006). Terveydenhuollon ammattilaiselta maahanmuuttajan erityistilanteen huomioiminen vaatiikin laajan holistisen terveystieteeseen lisäksi ymmärrystä kulttuurista eroista ja herkkyyttä huomata niiden taustalla piileviä tekijöitä. Maahanmuuttaja-asiakkaiden kohtaamisissa ja käytännön työssään haastattelemani terveydenhoitajat joutuvat pohtimaan maahanmuuttajien asemaa ja omaa toimintaansa suhteessa siihen.

*Isoja ongelmia tulee sitten semmosissakin tilanteissa, että on jo pidempään asunut Suomessa, on ikään kuin vanhempineen muuttanu Suomeen ja on sit jo tää Suomen kulttuuri tullu ja koulukäytännöt ja muut silleen tutuks, mut sit se ristiriita: Suomi ja sit se vanha kotimaa ja vanhempien tota vaatimukset (T1).*

Kulttuurisen kompetenssin tutkimuksessa puhutaan kulttuurisesta herkkyydestä, jolla tarkoitetaan muun muassa ymmärrystä, hyväksyntää ja kykyä empatiaan (mm. Campinha-Bacote 2002). Myös transnationaalisen osaamisen viitekehykseen (taulukko 1, sivu 39) sisältyvät emotionaalisen ja analyttisen osaamisen osa-alueet, joissa korostetaan kulttuurierojen ymmärtämisen tärkeyttä. Emotionaalisessa osaamisessa painotetaan kiinnostusta ja kunnioitusta terveyteen liittyviä arvoja, perinteitä, uskomuksia ja kokemuksia kohtaan, sekä pyritään tarkastelemaan ja ymmärtämään

omaa kulttuuria suhteessa muihin. Niin ikään analyttisen osaamisen yhteydessä puhutaan sellaisesta ymmärryksestä, jonka avulla voidaan huomioida maahanmuuton syyt ja seuraukset terveyden kannalta ja ymmärtää se muutos (transitio), jonka maasta toiseen muuttava väestö kohtaa sekä se, miten nykyinen elämäntilanne väistämättä vaikuttaa myös esimerkiksi maahanmuuttajien hoidon tarpeeseen.

Kaikkiaan maahanmuuttajien yksilöllisten kokemusten huomiointi on tärkeää, koska asiakkaan näkökulmasta katsottuna laatu tulee ymmärtää hänen subjektiivisena näkemyksensä, eli laatua on se, miksi asiakas sen kokee riippumatta siitä, mitä se ehkä objektiivisesti mitaten olisi (Kytö, Tuorila & Väliniemi 2008). Maahanmuuttajien ja terveydenhuollon ammattilaisten välisissä kohtaamisissa yhtenä laadun elementtinä voidaan siis pitää maahanmuuttajien transition ymmärtämistä ja huomioimista, koska sillä näyttää olevan vaikutusta maahanmuuttajien käsityksiin heidän omasta terveydentilastaan ja palvelutarpeestaan.

### 7.1.2 Kulttuurierojen ymmärtäminen

Maahanmuuttajilta ei ole heidän mielestään juurikaan kysely asioita heidän taustoistaan, ellei se ole liittynyt suoraan heidän terveydentilaansa. Suurin osa haastateltavista maahanmuuttajista on sitä mieltä, että kiinnostusta ja uteliaisuutta saa osoittaa, mutta tärkeintä on silti hyvä ja ystävällinen palvelu sekä avun saanti terveysongelmaan.

*Se on tosi hyvä ja okei, jos jotain haluaa kysyä, koska hän on utelias. Okei se on hyvä, mutta tärkeää on, että kun menemme lääkäriin, he palvelevat meitä hyvin. (B2.)*

*Ei tarvitse olla kiinnostunut kulttuurista. Joo, tarvitsee tietää, mikä on ongelma. (A2.)*

Haastatteluissa ilmeni, että etenkin lähikulttuureista tulevien maahanmuuttajien (myös paluumuuttajat) mielestä heidän omaa kulttuuritaustaansa ei tarvitse terveydenhuollon kohtaamisissa erityisesti huomioida, mutta esimerkiksi selkeästi eri uskontoon



kuuluvilla ja kulttuuritaustaltaan valtaväestöstä erottuvilla muuttajilla saattaa olla tiettyjä periaatteita, jotka tulisi ottaa huomioon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

*Mä ajattelen, että lähellä kulttuuria, kotimaa ja Suomi, koska ei iso ero (A1).*

*Ja minäkin, täällä mä en osaa mennä mieslääkäri, en tiedä, no pelkää, en tiedä miksi (C2).*

Tällaisia eroja kulttuurien välillä voidaan käsitellä esimerkiksi kulttuurietäisyyden avulla, jossa arvioidaan lähtö- ja tulomaan taloudellisten olojen, poliittisen järjestelmän, infrastruktuurin sekä arvojen, normien ja uskonnollisuuden välisiä eroja. Koska maahanmuuttajilla elämänpiiri muuttuu sitä enemmän, mitä kaukaisemmasta ja erilaisemmasta kulttuurista he tulevat, niin tämä kulttuurietäisyys määrittää myös sitä, miten maahan muuttavien hyvinvointi ja integroituminen voivat toteutua uudessa kotimaassa. (Malin 2011; Pirinen 2008.) Tutkimukseni perusteella voin esittää, että tällainen kulttuurietäisyys ilmenee myös terveydenhuollossa, jossa käytännöt vaihtelevat niin ikään kulttuurista ja maasta toiseen.

Maahanmuuttajien haastatteluissa nousi myös esille heidän toiveensa siitä, että heidän erityistilanteensa otettaisiin jotenkin huomioon tai ainakin ymmärrettäisiin, miltä heistä tuntuu olla maahanmuuttajana uudessa maassa ja kulttuurissa. Huomiota ei tarvitse välttämättä suoraan kohdistaa hoitokäytäntöihin tai osoittaa muuten erityistä taitoa ja osaamista. Maahanmuuttajien näkökulmasta heille osoitettu empatia ja ystävällisyys ovat usein tärkeämpiä.

*Pakko ystävällinen potilaan kanssa ja kysyä ulkomaalainen tarvitsee apua, koska me olemme, minä esimerkiksi, olemme yksin, ystävä on tosi vähän (C2).*

Haastattelujen perusteella tämän tasoista kulttuuritietoisuutta, herkkyyttä ja ymmärrystä pidetään siis maahanmuuttajien keskuudessaan tärkeämpänä kuin varsinaista opeteltua tietoa heidän kulttuuristaan. Campinha-Bacote (2002) nostaa esille kulttuurisen kompetenssin mallissaan (kuvio 4, sivu 37) kulttuurisen tahdon, jolla hän viittaa terveydenhuollon henkilöstön avoimuuteen, joustavuuteen ja tahtoon oppia muilta.

Hänen mukaansa kulttuurinen tahto onkin avaintekijä koko kulttuurisen kompetenssin prosessin käynnistymiselle.

Myös terveydenhoitajat kuvailevat tilannetta niin, että he kyllä miettivät väistämättä kulttuurieroja käytännön työssään, mutta antavat usein asiakkaiden itse tehdä aloitteen, mikäli he haluavat nostaa jotakin erityisesti esille.

*-- ja se kun tuleekin jotakin semmosia asiota, mitkä pitää salata siellä vanhemmilla, halutaan ehkäsy pillereitä tai halutaan jotain muuta semmosta, mikä ei sovi missään tapauksessa siihen, niin kyllä tässä terveydenhoitajanakin sitten pitää vähän miettiä, että mitä sä sanot ja kenen puolella sä oot ja kuinka tätä asiaa hoidetaan (T1).*

*-- mä oon joskus miettiny sitä että, mitenkä paljon, kun tavallaan kuitenkin kiinnostais tietää sitä historiaakin, mut että kuinka paljon voi kysyä ja tota yrittäny lukea sitä ihmistä, että et miten paljon hän valmis kertomaan ja näin (T2).*

Omassa aineistossani korostui myös se, että varsinaista opetusta ja koulutusta terveydenhoitajille on aihepiirin tienoilta annettu hyvin vähän, vaikka se koettaisiinkin tärkeänä ja ajankohtaisena. Myös aiemmissa Suomessa tehdyissä terveydenhuollon monikulttuurisuuteen liittyvissä tutkimuksissa on tullut esiin terveydenhuoltohenkilöstön kulttuurisen kompetenssin vajetta ja tarvetta lisäkoulutukseen. Työtä on aikaisempien tutkimusten valossa tehty lähinnä intuitiolla ja kertyneellä kokemuksella. (Sainola-Rodriguez 2009: 49.)

*Kun yhä enemmän lisääntyy vaan Suomen muut, erilaiset, muista kulttuureista tulevat ihmiset, niin senhän nyt luulis olevan ihan semmonen perusasia (T4).*

*Se on sit, että työ on opettanu ja sit et on ollu erilaisissa paikoissa (T4).*

Eli pääasiassa työ opettaa ja oma mielenkiinto ohjaa ottamaan asioista selvää. Mahdollisen koulutuksenkin toivottaisiin kuitenkin olevan mahdollisimman

käytännönläheistä ja selkeästi sidoksissa omaan työhön ja työympäristöön, jolloin sen hyöty myös olisi parhaiten perusteltu.

*Niin ehkä mun mielestä hyödyllisintä olis se, että mitä se nimenomaan tässä terveydenhuollossa, tässä vastaanottotoiminnassa niinkin, mitä se tässä merkitsee (T1).*

*Niin kun koska sehän on ihan älytön tietopaketti, mikä siinä pitää hallita, jos pitää kaikki kulttuurit ja uskonnot tietää. Et lähtee sit nimenomaan tältä tän työn kautta, et mitä täällä voi tulla eteen -- (T3.)*

Vaikka tekemieni haastattelujen perusteella terveydenhoitajat kokevat, etteivät he juurikaan muutu ammatinharjoittajina tai hoitajina maahanmuuttajien kohtaamisissa, niin heidän vastauksistaan käy ilmi, että he kuitenkin miettivät omaa toimintaansa hieman uudessa valossa ollessaan tekemisissä toisenlaisesta kulttuuritaustasta tulevan henkilön kanssa.

*-- niin vähän ite oon, et saankohan mä pyytää häntä riisumaan, mut useinhan tietysti jos on naisia, niin nainen saa pyytää riisumaan, että turhaanhan me ei ketään täällä pidellä. Mut ehkä siinä täytyy vähän vielä mieltä, jos täytyy joku tutkia, niin et saanko mä nyt koskea tänne nivuseen tai johokin alueelle, jos on jotakin, mistä uskonnosta on. Että se ehkä vähän pistää niinkun enemmän mieltimään. (T3.)*

Tämän tutkimukseni valossa tilanne siis vaikuttaisi olevan se, että maahanmuuttajat ja terveydenhoitajat tiedostavat molemmat, ettei kukaan pysty hallitsemaan tietoja kaikista eri kulttuureista, eikä se onneksi ole tarpeenkaan.

*H: Oliko teillä siis mielessä mitään, miten oma kulttuuri pitäisi ottaa erityisesti huomioon? B2: Ei koska lääkäri, kun se on paljon kulttuuria, ei vaan mun kulttuuri.*

*Ehkä ne (maahanmuuttaja-asiakkaat) on tottunu, että suomalaiset terveydenhuoltoihmiset ei aina kaikkia niitä tietenkään voi tietääkään, että mikä tarvii missäkin tilantessa olla (T2).*

Tärkeämpää on osoittaa avoimuutta, kiinnostusta ja ymmärrystä, joka on mahdollista aivan tavallisen keskustelun puitteissa.

*-- niin kyl mä yritän kysellä sitä, et miten on viihtyny ja koskahan sä oot tullu ja tämmöstä, ihan semmosta niinkun keskustelunomasta ja mä oon todennu sen, että sillä jotenkin lähenty. Tekee semmosta niinkun, siis luo sitä pohjaa tähän ja että yritetään auttaa ja semmosta ystävällisyyttä. (T4.)*

Tekemäni haastattelut osoittavat, että maahanmuuttajat eivät ole kokeneet eriarvoisuutta terveyspalveluissa, vaan uskovat tulevansa kohdelluksi samalla tavalla kuin valtaväestökin. Niin ikään terveydenhoitajien vastaukset osoittavat, että järjestelmä on onnistuttu luomaan sellaiseksi, että kaikkia asiakkaita kohdellaan lähtökohtaisesti samalla tavalla riippumatta heidän taustoistaan. Vastauksista kuitenkin ilmenee, että tasavertaisuuden toteutuminen saattaa jopa vaatia joitakin ylimääräisiä toimenpiteitä, kuten ns. *positiivista erityiskohtelua*<sup>6</sup>.

*-- kun on se yks mieslääkäri, et tottakai se sit vaatii meiltä vähän enemmän suunnitelmallisuutta. Ehkä just sen takia nähdäänkin vähän enemmän vaivaa ja hoidetaan se asia ja aika usein halutaan hoitaa heti siinä eikä soitella perään, koska asiakkaalle on helpompi kasvotusten selittää joku asia. (T3.)*

Maahanmuuttajille saatetaan tapauksesta riippuen tarjota herkemmin esimerkiksi lääkäriaikaa tai myöntää sairauslomia, koska sen nähdään palvelevan paremmin asiakkaan tarpeita ja auttavan asioissa eteenpäin.

*Käyttäytymisessä ei kyllä näy mun mielestä niinkun millään tavalla. Tosiaan päinvastoin, ennemminkin niin, että herkemmin ja tiedetään, et on hankalia,*

---

<sup>6</sup> Positiivinen erityiskohtelu (myös positiivinen syrjintä) on menettelytapa, joka mahdollistaa sen, että joitain ihmisryhmiä voidaan tukea erityistoimin, mikäli he ovat muutoin vaarassa jäädä eriarvoiseen asemaan. Moniin ihmisoikeussopimuksiin kirjattu syrjintäkiellon periaate edellyttää käytännössä positiivista erityiskohtelua tapana edistää yhdenvertaisuutta. (Ihmisoikeudet.net 2010.)

*vaikeita, traumaattisia kokemuksia siin taustalla, niin sitten niinkun tarjotaan viel oikein. (T2.)*

*Joo ja se sama pätee myös jos jos herkemmin annetaan lääkäriaika, niin myöskin ehkä herkemmin sairauslomaakin (T1).*

Lisäksi pienetkin asiat, kuten terveydenhoitajien haastattelussa ilmenneet maahanmuuttajien nimen opettelu tai kannanotot rasismia vastaan saattavat lisätä tunnetta tasa-arvoisuudesta.

Haastattelujen perusteella vaikuttaa siltä, että maahanmuuttajien tilanne mietityttää ja herättää erilaisia tunteita terveydenhoitajien käytännön työssä. Terveydenhoitajat tuntuvat myös tiedostavan sen, että maahanmuuttajien kohtaamisiin liittyy aina omat erityispiirteensä, vaikka he lähtökohtaisesti olisivatkin vain asiakkaita muiden joukossa.

*Et kaiken kaikkiaan, jos nyt jotain vois niinkun sanoo semmosta yhteistä tekijää, mä oikein mietin etukäteen tätä asiaa, niin mun mielestä maahanmuuttajien se yhteinen tekijä, niin paljon eroo kun niissä onkin, niin on se, mulle ainakin, että ne herättää hirveesti tunteita (T1).*

Tuokon (2007) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijöiden kulttuurinen tietoisuus herää tällaisten tunnepitoisten tilanteiden myötä. Työntekijöiden myönteinen asenne ja avoimuus kohdata erilaisesta kulttuurista tulevia ihmisiä vahvistavat kulttuurista tietoisuutta, joka taas puolestaan lisää kunnioitusta asiakkaan vierasta kulttuuria kohtaan. Myös tämän tutkimukseni perusteella kulttuurierojen huomioimista kulttuurisen tahdon ja ymmärryksen tasolla voidaan pitää laadun osatekijänä, koska kulttuuriset tekijät voivat ohjata maahanmuuttajien käsityksiä terveydestä ja sairaudesta, mutta ne saattavat vaatia myös joidenkin toimintojen ja terveydenhuollon ammattilaisten oman toiminnan ja hoitokäytäntöjen mukauttamista.

## 7.2 Yhteisymmärryksen rakentaminen

Potilaskeskeisessä hoidossa tulee kiinnittää huomiota potilaan ja henkilökunnan tasavertaiseen vuorovaikutussuhteeseen, tiedon saantiin ja esimerkiksi potilaan mahdollisuuteen osallistua omaa hoitoa koskeviin ratkaisuihin (Kvist 2004).

Haasteet terveydenhuollon kohtaamisissa liittyvät tutkimusaineistoni perusteella lähinnä siihen, millä tavalla oma asia saadaan esitettyä niin, että väärinymmärryksiltä vältyttäisiin ja käytännöt saataisiin sujumaan mahdollisimman joustavasti. Hoitoa suunniteltaessa vaikuttaa siltä, että molemmat osapuolet joutuvat varmistelemaan, että asia tuli varmasti ymmärrettyä oikein.

*Kun hän sanoo tämä resepti täytyy ottaa, okei mä kuuntelee ensin ja sitten mä itse toistaa hänelle, jos mä ymmärsin oikein (B2).*

*Sillon hoitaja puhuu, mä sanon, että minä en ymmärrä, voitko kirjottaa ja antaa mullekin -- (D2).*

*Että siinä tota tekee laboratoriolähetettä ja sitten varaa lääkäriaikaa ja että siihen liittyy, että ensin nämä ja sitten nämä ja sitten otat yhteyttä ja näin, niin kyllä se varmistaa pitää, että se niinkun tulee ymmärretyksi ja ymmärrettyä (T4).*

Tekemäni haastattelut osoittavat, että sekä maahanmuuttajilla että terveydenhoitajilla on yleisesti ottaen positiivinen kuva palveluista ja kohtaamisista terveydenhuollossa. Molempien osapuolten mielestä tapaamisille leimallista on ystävällinen ilmapiiri ja pyrkimys yhteisymmärrykseen. Tällainen emotionaalinen osaaminen (taulukko 1, sivu 39), eli esimerkiksi siihen sisältyvä kyky tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa ja toimia erilaisissa arvomaailmoissa, nostetaan esille myös transnationaalisessa osaamisessa (Sainola-Rodriguez 2009).

*Minusta 90 % hoitaja ja lääkäri tosi tosi ystävällinen -- (B3).*

*-- mut yleisesti mä niinkun aattelen, et kun mä oon tänä syksynä nyt noitten maahanmuuttajien kanssa ollu, että ne on tosi kiitollisia siitä palvelusta, mitä ne saa. Että ne osaa kyllä arvostaa ja on ystävällisiä. (T3.)*

Selkeimmät ongelmat liittyvät etenkin terveydenhoitajien mielestä yleensä kieli- ja kommunikaatiovaikeuksiin.

*-- mutta sitten kun ne tulee huoneeseen selvittää sitä asiaa, niin siinä se sitten meillä se ongelma tulee, kun me puhutaan suomea ja he ei useinkaan puhu sitten englantia ja sitten täytyy sillä vähäisellä suomen kielen taidolla sitten selvittää, että mikä se on se ongelma -- (T3).*

*Kyllä se kielitaito on varmaan se ihan ykkönen. Sitten että tarvitaanko tulkkia vai pärjätäänkö ilman -- (T4.)*

Yhteisymmärryksen esteenä saattavat olla myös kulttuuriset erot, ja maahanmuuttajien kohtaamisissa haasteeksi näyttäisi helposti muodostuvan se, miten erilainen kulttuuritausta ilmenee palvelutapahtumassa, jossa terveydenhuollon ammattikunta kohtaa paitsi asiakkaan, niin myös toisen kulttuurin ja sen edustajan.

*Ja sitten se juuri, kun että se on aikamoista testaamista sen työntekijän, että onks niinkun, et saattaa olla, et ensimmäisellä käynnillä ei, et on jotain, mitä ei nyt selvästi saa kiinni, et mistä on kysymys, että tota voidaan vaikka sopia uutta aikaa taikka tulee jollekin toiselle ja sitten vasta rupee puhuu. Et siellä on selvästi joku semmonen ongelma. Et ainakin näitä joskus on ollu, et vasta useemmalla käynnillä sit tulee ilmi, että mikä on se iso ongelma, mistä haluukin puhua. (T4.)*

Haastattelemieni maahanmuuttajien mielestä he saavat hyvin tietoa ja kokevat myös, että heitä kuunnellaan hoidon suunnittelussa kyselemällä heiltä terveyteen ja aikaisempiin tottumuksiinsa liittyviä taustatietoja.

*-- joskus esimerkiksi jos minä, ei oma (tuttu) tabletti ja sitten voi (lääkäri) kysyy, millainen tabletti kotimaassa oli (A3).*

*Mä käyn puhuu, kuinka paljon tablettii syö, juo, aika ja miten lääkäri on mieltä ja suunnitella minun kanssa (A2).*

Kaikkiaan niin terveydenhoitajat kuin maahanmuuttajatkin nostavat keskeiseksi onnistuneen kohtaamisen osatekijäksi hyvät vuorovaikutustaidot. Transnationaalisen osaamisen (Sainola-Rodriguez 2009) yhteydessä puolestaan käytetään viestinnällisen osaamisen (taulukko 1, sivu 39) käsitettä viitaten esimerkiksi kykyyn välttää ja selvittää väärinkäsityksiä sekä taitoon luoda osallistuva ja luottamuksellinen keskusteluilmapiiri huolien, epäilyjen ja ideoiden esiintuomiseen.

Haastattelujen perusteella maahanmuuttajien tilannetta helpottaa lisäksi, jos asiat käydään läpi hitaasti tai esimerkiksi kirjataan tarvittaessa ylös. Maahanmuuttajat kertovat silti toisinaan selvittelevänsä vielä itse jälkikäteen kotona tai esimerkiksi apteekissa, että miten heidän tulikaan menetellä.

*Yleensä jos mä en ymmärrä, mitä hän tarkoittaa, mutta hän sanoo ottaa tämä lääke, sitten mä menee apteekkiin ja otan ja kirjotan, kuinka kerta ottaa -- (B3).*

*Kyllä pitää ottaa paperi mukaan, menee kotiin, kysyy oma mies, mitä tarkoittaa paperi -- (D2).*

Samansuuntaisia kokemuksia on myös terveydenhoitajilla.

*-- et jos se jää sit niinkun sille asianosaiselle huolehtia se toteutus, niin ei se sit kyllä mee, et siinä niinkun täytyy olla joku rinnalla kulkija, joka huolehtii. Et jos halutaan, että ne toteutuu, niin sit niinkun pitäis olla muistuttamassa ja huolehtimassa. (T1.)*

Tutkimusaineistoni perusteella näkisin, että yhteisymmärrykseen pääseminen vaatii molemmilta osapuolilta kykyä kuunnella ja ymmärtää toisen näkemyksiä. Esimerkiksi transnationaalisessa osaamisessa nostetaan esille myös toiminnallinen osaaminen (taulukko 1, sivu 39) ja sen osana positiivisen vuorovaikutuksen ylläpitäminen ja kyky



luottamukseen. Kaikkiaan transnationaalinen osaaminen nähdään vastavuoroisuutena, ja näin ollen niin maahanmuuttajalla kuin myös terveydenhuollon henkilöstöllä on oma aktiivinen rooli hoitoon osallistujana ja osajana. Koska maahanmuuttajan omaa näkemystä hänen kulttuuristaan ja sen merkitystä hoitotilanteessa pidetään ensisijaisena, molempien osapuolten osaamisella tai osaamattomuudella on vaikutuksensa hoidon onnistumisen arvioinnissa (Sainola-Rodriguez 2009: 52). Näin ollen yhteisymmärrykseen pyrkimistä voidaan myös pitää yhtenä laadun elementtinä maahanmuuttajien ja terveydenhuollon ammattilaisten kohtaamisissa.

### 7.3 Käytäntöjen toimivuus

Maahanmuuttajille tarjotut palvelut ja kohtaamisissa sovelletut käytännöt terveydenhuollossa ovat lähtökohtaisesti samoja kuin valtaväestölläkin. Voi kuitenkin olla, että yhtäläiset palvelut eivät silti aina tarkoita samanlaista terveyshyötyä eri väestöryhmille. Lisäksi maahanmuuttajille kaikki toimintamallit eivät ole välttämättä tuttuja ja heidän kotimaassaan asioita on saatettu hoitaa eri tavalla kuin Suomessa on tapana.

Maahanmuuttajat kertoivat haastatteluissa muun muassa kaipaavansa toisinaan oman maansa hyväksi havaittuja toimintamalleja, jos he esimerkiksi ovat pystyneet hakeutumaan palvelujen piiriin nopeasti, ilman ajanvarausta tai lääkäri on vierailut heillä kotona.

*Esimerkiksi on hyvä, että jos sairaus, voi soittaa terveyskeskukseen ja varata lääkärin ja lääkäri mennä kotiin (C1).*

Tieto terveydenhuollon palveluista tuntuu ainakin haastattelujeni mukaan tavoittavan hyvin maahanmuuttajat. Osittain tilannetta varmasti helpottaa se, että tutkimukseen osallistuneet maahanmuuttajat opiskelevat paikkakunnalla ja heitä on informoitu hyvin tarjolla olevista palveluista. Maahanmuuttajat kertovat myös ottavansa asioista usein itse selvää, kun tarve niin vaatii. Etenkin alussa haastavinta maahanmuuttajien näkökulmasta on se, että vaikka tiedossa olisikin, mistä apua saa, niin käytännöt ovat silti vieraita ja väärinymmärryksiä sattuu. Selkeyttä tilanteeseen voisi

terveydenhoitajien haastattelujen perusteella tuoda selkeä ohjeistus tai hoitoketju- ja menettelymalli, jollaisesta on myös kertynyt hyviä kokemuksia.

*Se on, niin se on ehkä selkein tommonen, että et jos kielitaito ei oo riittävä, et tota täällä esimerkiks kun ei voida meidän psykologilla hoitaa, niin se tulee terkalle, joka tekee jonkun näkösen kartituksen, ja tulkin kanssa lääkärille ja lääkäri tekee lähetteen maahanmuuttajien psykiatriselle puolelle, mihin se asiakas menee tulkin kaa. Se on ehkä oikeesti semmonen selkein ja kyllä toimii. (T3.)*

Toisaalta maahanmuuttajat myös kokivat pääasiassa aina saaneensa lopulta avun terveysongelmaansa ja he pitivät kohtaamiaan terveydenhuollon ammattilaisia hyvinä, osaavina ja ammattitaitoisina. Jatkuvuuden kannalta maahanmuuttajat tuntuivat arvostavan sitä, että heillä säilyisi mahdollisuuksien mukaan sama lääkäri ja terveydenhoitaja, jolloin aiemmin käsitellyt asiat olisivat heitä hoitaville henkilöille jo jollakin tavalla tuttuja.

*Kun minä menen yleiselle lääkärille, niin aina vaihtaa lääkäri. -- Se on huono, koska minun täytyy alottaa alusta. (B2.)*

Tämä tuskin poikkeaa juurikaan valtaväestön toiveista, mutta maahanmuuttajien kohdalla hoitosuhteen jatkuvuuden tärkeys saattaa entuudestaan korostua, sillä asioiden selvittämiseen ja luottamuksen saavuttamiseen on voinut muutenkin kuluu tavallista enemmän aikaa.

*-- Et monesti sekin, et jos jollain on joku ongelma, niin en mä välttämättä, jos ei oo ihan selvästi nimetty oma terveydenhoitaja, niin mä oon ottanu itse omaan kalenteriini, varannu sen seuraavan käynninkin, et käydään tätä uudestaan läpi, kun ei viitti sit niinkun pompotella jollekin toiselle -- Niin et jos on kerran päässy vähän avautumaan, niin se mun mielestä johtaa jotenkin paremmin eteenpäin. (T4.)*

Mietittäessä maahanmuuttajien kohdalla heidän yksilöllisiä ja valtaväestöstä poikkeavia tarpeitaan, on ensimmäinen selkeä huomioitava asia terveydenhuollon kohtaamisissa

kieli. Kielitaito pyritään huomioimaan tarjoamalla maahanmuuttajille tarvittaessa tulkkipalveluja. Tulkin käytöstä niin maahanmuuttajilla kuin terveydenhoitajilla on pääsääntöisesti hyviä kokemuksia. Haastattelujen perusteella vaikuttaisi kuitenkin siltä, että tulkin apua ei aina hyödynnetä tarpeeksi helposti. Toisaalta maahanmuuttajat kertoivat myös pyrkivänsä asioimaan mahdollisimman pian itsenäisesti ja ilmoittivat haluavansa tulkin mukaan usein vain ensimmäisillä kerroilla tai jos kyseessä on jokin erityistilanne tai uusi terveysongelma.

*Ja nyt kun minun mies varata minulle aika, onko varattu myös tulkki, hän heti kysyy haluaisin(ko) minä mennä tulkin kanssa tai yksin. Minä sanoin ensimmäinen kerta parempi jos tulkki. (C2.)*

Maahanmuuttajien mielestä terveydenhuoltohenkilöstö kannustaa heitä puhumaan suomea, mutta jotkut haastateltavat ovat ainakin ensimmäisillä kerroilla ottaneet mielellään jonkun kielitaitoisen tuttavansa mukaan vastaanotolle tulkin sijasta. Tämä ei tietenkään ole aina ongelmaton ratkaisu.

*Sitten ne joskus tulee lapsiensa kanssa tänne, lapsi toimii tulkkina, mitä ei tietenkään etukäteen koskaan haluais näin tapahtuvan, mutta mut joskus vaan on ja ihan siitäkin syystä, että että kaikilla ryhmillä ei oo luottoa sen oman pienen piirinsä sisällä, kun ne tulkit on tuttuja sitten. Tai se voi olla se tulkki sieltä ryhmästä, se ei oo mikään semmonen viranomaistulkki, vaan se tulkki tuntee kaikki ja kaikki tuntee tulkin, niin ei oo semmosta luottoa, että ne asiat pysyy sen tulkin takana. (T1.)*

Vastaanotoilla on pääsääntöisesti käytössä saman verran aikaa jokaiselle asiakkaalle riippumatta hänen taustoistaan. Maahanmuuttajien mielestä sitä on useimmiten tarpeeksi, mutta osalle haastateltavista oli jäänyt sellainen tunne, että aika rajoittaa liikaa vastaanottoa ja asiat joudutaan tekemään nopeasti.

*Aina kun hän tekee, aina kun hän katsoo kello. Paljonko hänellä on vielä, paljonko minulla on vielä aikaa. (B3.)*

Ajanpuutteeseen pyritään mahdollisuuksien mukaan tarttumaan, mutta sama ongelma on yleisesti ottaen läsnä myös valtaväestön kohtaamisissa.

*Niin on se sitten maahanmuuttaja tai tai ihan perus suomalainen, niin sama se aika tossa polilla käytetä. Et että voihan siinä, jos se sit vaatii vähän pidemmän ajan sen maahanmuuttajan kanssa näist kieliongelmistä johtuen, niin sit se käytetään siihen, et samalla lailla toimitaan. Se et meillä on vähän resursseja, niin se kohdistuu sit kyllä kaikkiin. (T3.)*

Haastattelemani maahanmuuttajat eivät yleensä tiedä, miten palveluista voi halutessaan antaa palautetta. Maahanmuuttajien haastatteluissa korostui myös se, että odotusajat etenkin lääkärin vastaanotolle ovat usein pitkiä, ellei kyse ole akuutista avuntarpeesta. Tämä aiheuttaa ihmetystä ja turhautumista. Lisäksi henkilökuntaa terveydenhuollossa on heidän mielestään vähän.

*Täytyy odottaa pitkään, kysytään onko teillä kiire tai voitko odottaa. No riippuu, voi odottaa ainakin kolme viikkoa. (A2.)*

*Kuitenkin täytyy oottaa, koska mulla on tapahtunu. Mä haluaisin mennä ensi viikko, mutta täytyy oottaa kaksi viikkoo tai kolme. (B2.)*

*Haluun kuitenkin sanoo, että Suomessa on vähän lääkäreitä, joo vähän. Tarvitaan enemmän kuin nyt on. (B1.)*

Kaiken kaikkiaan sujuvat käytännöt, kuten toimivat tulkkauspalvelut, selkeät hoitoketjut ja palvelujen helppo saavutettavuus ovat tärkeitä koetun laadun osatekijöitä. Tutkimuksessani esiin noussut jäsenitys käytäntöjen toimivuudesta on helppo liittää ainakin transnationaalisen osaamisen luovan osaamisen osa-alueeseen (taulukko 1, sivu 39), jossa korostetaan kykyä innovatiivisuuteen ja soveltamiseen esimerkiksi yhdistelemällä ja soveltamalla tarvittaessa erilaisia hoitomenetelmiä ja -käytäntöjä ja kehittämällä yhteistoimintaa uusien toimintamallien luomiseksi (Sainola-Rodriguez 2009). Maahanmuuttajien kohdalla monet käytännöt hoidetaan samalla tavalla kuin valtaväestön kohtaamisissa, mutta koska järjestelmä on usein luotu vastaamaan jo

lähtökohtaisesti paremmin heidän tarpeitaan, niin maahanmuuttajien näkökulmasta laadun varmistaminen ja saavuttaminen saattavat vaatia myös erityisiä toimia.

## 7.5 Yhteenveto tuloksista

Tutkimukseni valossa laatu näyttää terveydenhuollon kulttuurienvälisissä kohtaamisissa monimuotoisena kokonaisuutena, johon vaikuttavat sekä maahanmuuttaja-asiakkaan kulttuuritausta ja yhteiskunnallinen asema että niiden ymmärtäminen ja huomioiminen terveydenhuollon ammattilaisten käytännön työssä. Kulttuurienvälisissä kohtaamisissa laadun kannalta tärkeää on lisäksi yhteisymmärryksen saavuttaminen ja se, että yleiset käytännöt ja toimintamallit on luotu tarpeeksi selkeiksi, toimiviksi ja joustaviksi. Tutkimuksessa esille nousseiden kokemusten perusteella laatu maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön keskinäisissä kohtaamisissa koostuu siis 1) maahanmuuttajien erityisaseman huomioimisesta, 2) yhteisymmärryksen rakentamisesta sekä 3) toimivien käytäntöjen sekä toimintamallien luomisesta ja hyödyntämisestä. Kulttuurienvälisen osaamisen viitekehykset, kuten tässä tutkimuksessa esittelemäni kulttuurinen kompetenssi ja transnationaalinen osaaminen, voitaisiin nähdä avaintekijöinä laadun varmistuksessa, sillä niiden avulla voidaan huomioida maahanmuuttajien kulttuurisia eroja ja niiden mahdollisia vaikutuksia terveydenhuollon kohtaamisissa. Lisäksi transnationaalisessa osaamisessa korostetaan sitä, että hoitotilanteessa molempien osapuolten tiedot, taidot ja asenteet ovat yhtäläisiä merkittäviä hoidon onnistumisen kannalta.

Tekemäni haastattelututkimuksen perusteella vaikuttaa, että sekä maahanmuuttajilla että terveydenhoitajilla on yleisesti ottaen positiivinen ja hyvä kuva palveluista ja kohtaamisista terveydenhuollossa. Molempien osapuolten mielestä tapaamisille leimallista on ystävällinen ilmapiiri ja pyrkimys yhteisymmärrykseen. Maahanmuuttajat kokevat, että heitä kohdellaan hyvin ja tasapuolisesti, ja samalla linjalla ovat myös terveydenhoitajat. Hyvään hoitotulokseen pääsy vaatii kuitenkin etenkin terveydenhoitajilta kulttuurista tahtoa ja ymmärrystä maahanmuuttajien erityisasemaa kohtaan. Toisinaan hyvän laadun varmistus vaatii myös ns. positiivista erityiskohtelua, jolloin omaa toimintaa ja käytäntöjä tulee mukauttaa hieman vastaamaan paremmin maahanmuuttajien tarpeita. Lopulta maahanmuuttaja-asiakkaat

kokivat lähes aina saaneensa avun hakemaansa terveysongelmaan. He myös kertovat arvostavansa suomalaisen hoitohenkilöstön ammattitaitoa ja osaamista.

Selkeimmät ongelmat ja haasteet kohtaamisissa liittyvät etenkin terveydenhoitajien mielestä yleensä kieli- ja kommunikaatiovaikeuksiin. Yhteisymmärryksen esteenä saattavat olla lisäksi kulttuuriset erot, joilla voi olla vaikutusta myös hoitokäytäntöihin. Maahanmuuttajilla on toisinaan erilainen käsitys esimerkiksi omasta terveydentilastaan tai palvelutarpeestaan, sillä kotimaan kokemukset ja käytännöt ovat vielä selvästi vertailukohtana. Usein maahanmuuttajat myös kaipaavat oman maansa hyväksi havaittuja toimintamalleja, jos he esimerkiksi ovat pystyneet hakeutumaan palvelujen piiriin nopeasti ilman ajanvarausta tai lääkäri on vierailut heillä kotona. Suomessa maahanmuuttajat kaipasivat palveluihin jatkuvuutta ja vastaanottoaikoihin joustavuutta. Alussa haastavinta maahanmuuttajien näkökulmasta on se, että vaikka tiedossa olisikin, mistä apua saa, niin käytännöt ovat silti vieraita ja väärinymmärryksiä sattuu. Maahanmuuttajien haastatteluissa korostui se, että odotusajat ovat usein pitkiä ja henkilöstöä terveydenhuollossa on vähän. He eivät myöskään yleensä tiedä, miten palveluista voi halutessaan antaa palautetta.

Tutkimukseni osoittaa, että maahanmuuttajilla ja terveydenhoitajille on kuitenkin melko yhtenevät käsitykset palvelujen nykytilasta ja siitä, millaisia haasteita monikulttuurisiin kohtaamisiin terveydenhuollossa liittyy. Huomionarvoista on se, että vaikka terveydenhoitajat kokivatkin, että heillä on melko vähän tietoa eri kulttuureista ja koulutus aihepiirin tiimoilta voisi olla tarpeellista, niin maahanmuuttajat itse eivät pitäneet opeteltua tietoa heidän kulttuuristaan kovinkaan tärkeänä. Ensisijaista heidän näkökulmastaan on se, että heitä kohdellaan hyvin ja ystävällisesti ja se, että he saavat avun hakemaansa terveysongelmaan. Molempien osapuolten mielestä kulttuurinen osaaminen vaikuttaisi olevan ennen muuta avoimuutta ja ymmärrystä toisen kulttuuria ja näkemyksiä kohtaan ja tahtoa toimia yhteisymmärryksessä.

Vaikka maahanmuuttajat eivät lähtökohtaisesti saisikaan laadultaan valtaväestöä heikompaa palvelua, niin monikulttuuriset asiakaskohtaamiset vaativat terveydenhuollossa ammatillisen osaamisen ja yleisten toimintamallien lisäksi myös kulttuurisen kompetenssin ja transnationaalisen osaamisen kaltaisia viitekehyksiä sekä

niiden ymmärtämistä ja soveltamista käytännön työssä, jotta palvelut saataisiin vastaamaan paremmin maahanmuuttajien terveystarpeita.

## 8 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää maahanmuuttaja-asiakkaiden ja terveydenhoitajien kokemuksia terveyspalveluista ja pyrkiä jäsentämään, millaisista asioista laatu näissä terveydenhuollon kohtaamisissa koostuu. Uskon, että tällainen tieto auttaa hahmottamaan paremmin sitä todellisuutta, jossa kulttuurienväliset kohtaamiset terveydenhuollossa tapahtuvat. Molempien näkökulmien huomioiminen on tärkeää, sillä terveydenhuollon kohtaamisissa terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi myös asiakkaat itse vaikuttavat väistämättä siihen, miten hoidon toteutus onnistuu ja millaisen hyödyn he siitä itselleen saavat.

Toisen kulttuurin ja vieraan kielen edustajat ovat oikeutettuja yhdenvertaiseen kohteluun sekä tarpeensa mukaisiin palveluihin terveydenhuollossa (ETENE 2004). Vaikka maahanmuuttajat ovat aiempienkin tutkimusten perusteella olleet melko tyytyväisiä saamiensa terveyspalvelujen laatuun, on laadukkaan hoidon toteutumiseksi nähty niissäkin muutamia esteitä ja haasteita. Keskeisimpinä ongelmina laadun toteutumisessa on yleisesti nähty tiedon puute terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta, kieliongelmat, riittämättömät ja puutteelliset tulkkaukset, vastaanottoaikojen joustamattomuus sekä ajanpuute (mm. Taavela 1999; Gissler, Malin & Matveinen 2006; Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998; Häkkinen 2009). Myös tässä tutkimuksessa haasteet ja kehityksen paikat olivat pitkälti samoja.

Laadun kokemisen kannalta oleellista on se, vastaavatko palvelut sekä maahanmuuttajien että terveydenhuollon työntekijöiden kulttuurisesti määräytyviä odotuksia ja käsityksiä hyvästä hoidosta käytettävissä olevien voimavarojen ja muiden rajoitusten puitteissa (Taavela 1999). Tämän vuoksi laatu siis määrittyy paitsi yksilöllisten kokemusten kautta, mutta myös terveydenhuollon kohtaamisissa, joissa yhteistä näkemystä pyritään aktiivisesti rakentamaan. Oma jäsenyykseni laadusta rakentuu melko hyvin vastaamaan Taavelan (1999) näkemyksiä, ja hänen mainitsemiinsa voimavaroina omassa tutkimuksessani esiin nousivat joustavat ja

toimivat käytännöt, sekä toista osapuolta kunnioittava ja yhteisymmärrykseen pyrkivä asenneilmapiiri. Koska Taavelan (1999) mukaan maahanmuuttaja-asiakkaiden korkeatasoiset terveyspalvelut ja hyvä hoito määrittävät sen kautta, miten hyvin palvelut tyydyttävät heidän omat hoidon tarpeensa, on myös heidän henkilökohtaisiin näkemyksiinsä ja kokemuksiinsa kiinnitettävä huomiota hoidon suunnittelussa.

Kaikkiaan Taavela (1999) näkee, että maahanmuuttajien ja terveydenhuollon henkilöstön kulttuuritaustat ja yksilölliset ominaisuudet vaikuttavat maahanmuuttajien terveyspalvelujen laatuun ja sen arviointiin. Kulttuuriset tekijät korostuvat maahanmuuttajien erityispiirteiden vuoksi ja ne ovat tärkeitä pyrittäessä ymmärtämään ja tulkitsemaan maahanmuuttajien terveyspalvelujen tarpeita ja odotuksia sekä heidän kokemuksiaan terveyspalveluista ja niiden laadusta. Maahanmuuttajan tilanteessa vaikuttavat kulttuurin ohella kuitenkin monet muutkin sosiaaliset ja poliittiset tekijät. Maahanmuuttajien joukko on hyvin heterogeeninen ja etenkin koulutuksella ja sosiaalisella asemalla on vaikutusta oman elämän hallintakykyyn. (Sainola-Rodriguez 2009: 130.) Lisäksi on hyvä huomioida, että kaiken kaikkiaan hoidon laatu on yhteydessä myös erilaisiin ympäristötekijöihin sekä terveydenhuoltojärjestelmän sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Aikakausi ja kulloinkin vallitseva ideologia, kuten nykypäivänä tehokkuuden ja taloudellisuuden korostaminen nähdään myös olennaisena hoidon laatuun vaikuttavana tekijöinä. (Attree 1996; Kvist 2004.).

Haluan myös itse korostaa, että vaikka tutkimani maahanmuuttajat edustavatkin samaa yhteiskunnallista viiteryhmiä maahanmuuttajastatuksensa kautta, niin aivan varmasti eroja terveyspalvelujen käytössä ja henkilökohtaisissa kokemuksissa esiintyy paljon – paitsi eri kulttuureiden niin myös yksilöiden välillä. Aineistossani, jossa maahanmuuttajat edustivat hyvin erilaisia taustoja maahanmuuton syystä ja kulttuurista lähtien, tällaiset eroavaisuudet tulivat hyvin esille. Yksilö on aina enemmän kuin oman kulttuurinsa tuote ja siksi kulttuuristen tekijöiden ylikorostaminen voi myös kääntyä itseään vastaan. Kulttuurit ovat pitkälti sosiaalisen viestinnän ja toiminnan menetelmiä, jotka pyrkivät palvelemaan ihmisiä, heidän elämäänsä ja tarpeitaan. (Pakaslahti 2007.) Maahanmuuttajien terveyttä määrittävät suurelta osin kuitenkin aivan samat tekijät kuin valtaväestönkin. Samoin ihmisten perustarpeet ovat kulttuureista riippumatta hyvin samanlaisia, vaikka niiden kulttuuriset muodot eroavat toisistaan (Halla 2007). Epäilemättä monet aineistossani esiin nousseet laadun osatekijät ovat aivan samoja



myös valtaväestön edustajien ja terveydenhuoltohenkilöstön keskinäisissä kohtaamisissa.

Terveydenhuollon kulttuurienvälisiä kohtaamisia ja kulttuurienvälistä osaamista on tutkittu yleensä kulttuurisen kompetenssin ja nyttemmin myös transnationaalisen osaamisen viitekehysten avulla. Tässäkin tutkimuksessa ne nousevat esiin ennen muuta sen vuoksi, että niiden avulla on mahdollista tarkastella niitä erityispiirteitä, jotka liittyvät kulttuurienvälisiin kohtaamisiin terveydenhuollossa. Näen ne myös avainasemassa tarkasteltaessa palvelujen koettua laatua näissä kohtaamisissa. Näiltä osin voin yhtyä Sainola-Rodriguezin (2009: 128) näkemykseen siitä, että transnationaalisuus voisi olla terveydenhuollon henkilöstön osaamisvaatimus, johon sisältyisi aktiivisempi maahanmuuttajan näkökulman huomioiminen, osallistumisen velvoittaminen, hoitomenetelmien yhdistely, transnationaalisten verkostojen hyödyntäminen ja sitä kautta yhteiseen hoitonäkemykseen pääseminen. Tällaisia tarpeita nousi esiin myös tässä tutkimuksessani.

Kulttuurienvälinen osaaminen on paljon enemmän kuin ammatillista osaamista tai tietoa eri kulttuureista ja niiden eroista. Haastattelemieni maahanmuuttajien ja terveydenhoitajien vastauksissa yhteistä ja huomionarvoista on se, että puhuttaessa terveydenhuollon kohtaamisista ja niissä tarvittavasta osaamisesta molemmissa ryhmissä korostuivat sellaiset asiat kuten kulttuurinen tahto, herkkyys ja tietoisuus, eivätkä niinkään tiedolliset ja taidolliset ominaisuudet. Campinha-Bacote (2002) pitää nimenomaan kulttuurista tahtoa avaintekijänä koko kulttuurisen kompetenssin prosessin käynnistymiselle, eli hänen mukaansa onnistunut kohtaaminen vaatii terveydenhuollon henkilöstöltä avoimuutta, joustavuutta ja tahtoa oppia muilta.

Aikaisempien tutkimusten perusteella kulttuurista tietoisuutta terveydenhuollon henkilöstöllä on ollut jonkin verran, mutta etenkin erilaisen kulttuurin huomioiminen ja kulttuurinen kohtaaminen on koettu usein vaikeaksi ja ristiriitojakin on esiintynyt. Taito huomioida kulttuurisia seikkoja on jäänyt usein yksittäisten työntekijöiden yksittäisten ominaisuuksien ja huomointien varaan. (Sainola-Rodriguez 2009: 49.) Mikäli kulttuurisella tietoisuudella viitataan Alitolppa-Niitamon (1993: 168) jäsenyykseen, jonka mukaan kulttuuritietoinen työntekijä on tietoinen siitä, miten kulttuuriset tekijät ohjaavat hänen ajatteluaan, käyttäytymistään ja käsityksiään oikeasta ja väärästä, niin

tässäkin tutkimuksessa terveydenhoitajat osoittivat kyllä olevansa tietoisia esimerkiksi siitä, että maahanmuuttajien ajattelu, käyttäytyminen ja käsitykset eivät perustu välttämättä samanlaiselle maailmankuvalle eivätkä samanlaisille kulttuurisille asenteille tai normeille kuin heidän omansa. Haasteita toki esiintyi etenkin kieleen ja kommunikaation liittyen ja usein ristiriidat selittyivät niiden lisäksi erilaisilla näkemyksillä ja kokemuksilla. Kulttuuritietoisuus kuitenkin auttaa ymmärtämään paremmin omia asenteita, traditioita ja ihanteita sekä niihin liittyviä käsityksiä (Alitolppa-Niitamo 1993: 168) ja siksi pidän sitä tärkeänä ominaisuutena terveydenhuollon monikulttuurisissa kohtaamisissa.

Samansuuntaiseen päätelmään kulttuuritietoisuudesta on tullut myös Campinha-Bacote (1999), joka on todennut, etteivät potilaat niinkään välitä siitä tietomäärästä, mikä hoitajalla on, vaan siitä miten paljon hoitajasta välittyy aitoa kiinnostusta. Niin ikään Tuokon (2007) mukaan nimenomaan hoitotyöntekijöiden myönteinen asenne ja avoimuus kohdata erilaisesta kulttuurista tulevia ihmisiä vahvistavat kulttuurista tietoisuutta, mikä taas lisää kunnioitusta asiakkaan vierasta kulttuuria kohtaan.

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön omien kulttuurisidonnaisten toiminta- ja ajattelumallien tiedostaminen on tärkeää, koska etnosentrinen ajattelu voi helposti johtaa siihen, että näennäisesti kaikille yhtäläiset palvelut eivät vastaakaan maahanmuuttajien terveystarpeeseen samalla tavalla kuin valtaväestön, joille palvelut ja toimintamallit on alun perin räätälöity. Terveydenhuoltohenkilöstön etnosentrisyydellä on lisäksi vaikutusta esimerkiksi asiakkaan ja hoitohenkilön väliseen vuorovaikutukseen, sillä etnosentrinen käyttäytyminen viittaa siihen, ettei potilaan kulttuurisia ja kommunikatiivisia eroja ja tarpeita arvosteta (Suokas 2008).

Tutkimukseni yhtenä kantavana teemana voidaan pitää monikulttuurisuutta ja sen eri ilmenemismuotoja. Vaikka monikulttuurisuus ei vielä itsessään kerro mitään kulttuuristen ryhmien välisistä suhteista, vaan toteaa ainoastaan yhteiskunnan tilan (Forsander 2001: 44.), niin toisaalta monikulttuurisuus on myös poliittinen termi miellelyhtymineen suvaitsevaisesta ja rauhanomaisesta yhteisielosta. Usein monikulttuurisuudella tarkoitetaan siis myös erilaisuuden hyväksymistä ja arvostamista, tasa-arvoa yksilöiden ja kulttuurien välillä sekä yhteisesti sovittuja pelisääntöjä ja rajoja. (Räty 2002: 46.) Tätä taustaa vasten haluan myös tutkimustani tarkasteltavan.

Monikulttuurisen yhteiskunnan ideaalimalli, jossa eri kulttuurien edustajat pyrkivät elämään tasa-arvoisessa asemassa keskenään, voidaan nähdä yhteiskuntarakenteiden muuttamisen ja palveluiden kehittämisen tavoitteena. Yhteiskunnan palveluja tulee kehittää siitä lähtökohdasta, että asiakaskunta on monikulttuurista. Palveluja järjestettäessä tulee siis huomioida, että asiakkailla on eri äidinkieliä, uskontoja ja tapoja. Tällaiseen monikulttuuriseen yhteiskuntaan pyrkimisen tarkoituksena onkin erilaisiin tarpeisiin vastaaminen, tasa-arvon edistäminen ja konfliktien ehkäiseminen. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa ihmiset pystyisivät olemaan vuorovaikutuksessa keskenään siten, että he muodostaisivat toimivan ja kaikkien yhteiskunnan jäsenien oikeuksia kunnioittavan kokonaisuuden. (Räty 2002: 47–48.)

#### *Tutkimuksen arviointi*

Olen jo aineiston kuvailun yhteydessä (luvut 6.2 ja 6.4) käsitellyt hieman niitä haasteita ja mahdollisia rajoituksia, joita tutkimukseeni liittyy. Haluan kuitenkin vielä nostaa esille muutaman asian liittyen tulosten yleistämiseen ja tutkimuksen luotettavuuteen. Alkuun on hyvä huomioida, että jo lähtökohtaisesti kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen kohteeksi pyritään ottamaan ilmiö, jonka suhteen yleistäminen ei ole ongelma. Olennaiseksi tulee silloin tutkimuksen pyrkimys selittää ilmiö ja tehdä se ymmärrettäväksi, ei sen olemassaolon paljastaminen tai todistaminen (Alasuutari 2007: 234–237).

Alasuutari (2007: 237–238) on todennut, että analyysivaiheessa tapahtuvaa aineiston ja siinä esiintyvien havaintojen pelkistämistä voidaan pitää jo itsessään yleistävänä operaationa. Kun raakahavainnot yhdistetään metahavaintoihin, se samalla myös konstruoi ja selittää käsiteltävää asiaa tai ilmiötä. Havaintojen yhdistäminen ilmentää siis tutkijan pyrkimystä tarkastella aihettaan yksittäistapausta yleisemmällä tasolla.

Olen pyrkinyt tutkimuksessani muodostamaan mahdollisimman monipuolisen kuvan tutkittavasta ilmiöstä viittaamalla aiempiin aihepiiriä koskeviin tutkimuksiin ja teorioihin. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaankin *paikallisesta selittämisestä*, jolla viitataan juuri siihen, miten tietty rajattu ilmiökokonaisuus pyritään tuomaan ja suhteuttamaan osaksi laajempaa kokonaisuutta (Alasuutari 2007: 237–238).

Yleistettävyysoongelma voidaan siis laadullisessa tutkimuksessa ratkaista jo pitkälti sen avulla, että tutkimuksen kaikissa vaiheissa viitataan muuhun tutkimukseen ja muihin käytettävissä oleviin tietoihin (Alasuutari 2007: 243–245). Paikallisen selittämisen periaatteen mukaan tutkijan valitseman selitysmallin tulee päteä mahdollisimman hyvin perustanaan olevaan empiiriseen aineistoon (Eskola & Suoranta 2001: 17).

Reliabiliteetin kannalta on oleellista miettiä, miten laajoja yleistyksiä aineiston pohjalta kannattaa tehdä (Pötsönen & Välimaa 1998: 13–14). Reliabiliteetin tarkastelussa arvioidaan lisäksi, miten tutkimustulos vastaa tutkimuskohdetta ja vastaavatko tutkimuksen johtopäätökset alkuperäistä tutkimusaihetta (Krause & Kiikkala 1996: 72). Itse olen alusta alkaen pyrkinyt selvittämään sitä, miten haastattelemiini henkilöt mieltävät tutkimani ilmiön ja miten se juuri tässä aineistossani näyttäytyy. Uskon kuitenkin, että tulokset saavat selitysvoimansa juuri suhteessa aiempaan ja myös tulevaan tutkimukseen. Lisäksi tiedostan, että tutkimus ja sen tulokset ovat väistämättä omaa tuotostani ja näin ollen oma (subjektiivinen) jäsenykseni ilmiöstä. Eskolan & Suorannan (2001: 17) mukaan objektiivisuus laadullisessa tutkimuksessa syntyy nimenomaan subjektivisuuden tunnistamisesta.

Validiteetti toteutuu, jos tutkimuksella saadaan tietoa tarkastelun kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimuksen validiteettia lisää monipuolinen aineiston keruu ja jatkuvan vertailun käyttö tutkimusanalyysin aikana. (Krause & Kiikkala 1996: 72.) Itseltäni, kokemattomana tutkijana, aineiston keruu ja analyysi edellytti jatkuvaa tutkimusmenetelmän opiskelua käytännössä ja teoriassa sekä sen pohjalta tapahtuvaa omaa oivaltamista ja soveltamista. Tutkimuksen teossa, eli haastattelutilanteessa validiteettia voidaan parantaa myös tarkentavilla kysymyksillä ja arvioimalla, onko kysymykset ymmärretty oikein (Pötsönen & Välimaa 1998: 13–14). Tämä oli kohdallani mahdollista, koska keräsin itse käyttämäni tutkimusaineiston. Minulla oli siis tarvittaessa mahdollisuus selvittää esimerkiksi annettujen vastausten sisältöä jatkokysymyksillä, mikä oli hyödyllistä etenkin maahanmuuttajien haastatteluissa.

Laadullisessa tutkimuksessa perinteiset validiteetin ja reliabiliteetin käsitteet korvataan toisinaan esimerkiksi luotettavuuden käsitteellä, jossa tulee ottaa koko tutkimuksen toteutus sen suunnittelusta raportointiin. Lisäksi tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kohentaa tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009: 137,

140, 232.) Tähän olen pyrkinyt tutkimuksen toteutuksessa, mutta uutena tutkijana tämä oli tietenkin itselleni samalla myös oppimisprosessi.

### *Maahanmuuttotutkimuksen eettisyys*

Maahanmuuttotutkimukseen liittyy joukko eettisiä kysymyksiä, jotka luovat sille tiettyjä erityispiirteitä. Nämä liittyvät usein kielitaitoon, yhteiskuntatuntemukseen, ylijärjestykseen, yhteiskunnalliseen valta-asemaan ja maahanmuuttotaustaan. Erityisesti valtaan liittyvissä kysymyksissä tilanne on samankaltainen kuin muussakin vähemmistötutkimuksessa, koska valtaväestöstä tulevan tutkijan asema ei ole koskaan lähtökohtaisesti neutraali, vaikka se sellaiseksi voi prosessin aikana muuttuakin. (Martikainen 2009.) Martikainen (2009) toteaa, että maahanmuuton tutkimus on monessa mielessä itsensä peilaamista tutkijana, sillä valtaväestöstä lähtevät tiedon intressit eivät välttämättä vastaa vähemmistöryhmien omia tarpeita, ja tässä mielessä vähemmistötutkimuksella on taipumusta toimia yhteiskunnan peilinä ja vallankäytön osana.

Tässä tutkimuksessa minulle oli alusta asti tärkeää saada maahanmuuttajien oma ääni kuuluviin ja toivon, että onnistuin välittämään tutkimukseen osallistuneille maahanmuuttajille sellaisen viestin, että heidän ajatuksensa ja mielipiteensä ovat minulle, ja myös tutkimuksen kannalta tärkeitä. Pyrin tutkimuksen alussa kertomaan haastateltaville itsestäni, opinnoistani ja tutkimuksen teosta, jotta heillä olisi edes jonkinlainen käsitys siitä, miksi tutkimusta teen. Huomasin, että haastateltavat itse olivat kiinnostuneita tällaisista asioista, eikä heillä luultavasti ollut aikaisempaa kokemusta tutkimukseen osallistumisesta ainakaan Suomessa. Näin halusin välttää mahdollisia väärinkäsityksiä, enkä myöskään halunnut luoda sellaista mielikuvaa, että haastateltavat voisivat asettaa suuria toiveita minua kohtaan esimerkiksi joidenkin epäkohtien korjaamisessa.

Martikainen (2009) on nostanut esille myös maahanmuuttajuuden käsitteen, jota tässäkin tutkimuksessani käytän. Martikainen korostaa, että maahanmuuttajuus on vain osa yksilön tai ryhmien taustaa, eikä se useimmissa tilanteissa ole edes merkityksellinen. Tässä tutkimuksessani käytän tietoisesti termiä maahanmuuttaja viitaten asiakasryhmään, jonka terveystarpeet ja -tarpeet eroavat vähintäänkin

potentiaalisesti – ja myös aiempien tutkimusten mukaan – niin sanotusta valtaväestöstä. Vaikka tällainen asetelma, jossa tutkimuksen tekijä ja tutkimustuloksia esittelevät henkilöt kuuluvat valtaväestöön, saattaa viitata maahanmuuttajien toiseuttamiseen, ei tarkoitukseni ole vahvistaa tällaista asetelmaa tutkimuksessani. Tiedostan myös, että maahanmuuttajuus itsessään ei ole ainoa tekijä, joka määrittää haastattelemiani henkilöitä tai heidän terveysolojaan ja -tarpeitaan.

Jo haastattelututkimuksen teossa taustani enemmistökulttuurin edustajana nousi varmasti väistämättä esille ja valta-asetelmaa voi osaltaan korostaa se, että haastattelut tehtiin minulle vahvemalla kielellä, ja maahanmuuttajat joutuivat kommunikoimaan muulla kuin omalla äidinkielellään. Voi olla, että myös aiemmat kokemukset suomalaisten kohtaamisista ovat voineet vaikuttaa haastattelemieni maahanmuuttajien asennoitumiseen alussa, mutta haastattelutilanteessa keskustelimme myös näistä näkemyksistä jonkin verran. Uskon sen vaikuttaneet positiivisesti molemminpuolisen luottamuksen saavuttamiseen.

Martikainen (2009) nostaa eettisen pohdinnan kohteeksi myös sen, että kaikesta monimuotoisuudestaan huolimatta maahanmuuttotutkimuksessa keskitytään usein tiettyihin vähemmistöryhmiin ja -kansallisuuksiin. Maahanmuuttotaustaan mukaan lisäksi pakolaiset, turvapaikanhakijat ja inkeriläiset paluumuuttajat ovat saaneet enemmän huomiota kuin työn, opiskelun tai puolison takia muuttaneet. Erityisesti perheeseen ja avioitumiseen liittyvän muuton tutkimuksen vähäisyyttä Martikainen (2009) pitää puutteena. Tässä tutkimuksessa en halunnut lähtökohtaisesti asettaa mitään tiettyjä kriteerejä maahanmuuttajien taustaan liittyen. Se tosin voi heikentää tulosten yleistettävyyttä joiltain osin.

Maahanmuuttotutkimus heijastelee yleistä mediakuvaa maahanmuutosta ja maahanmuuttajista kulttuurisesti erilaisina pakolaisina tai turvapaikanhakijoina. Samalla tutkimus nostaa usein esiin yhteiskunnan tai palvelujärjestelmän puutteita. Kasvanut maahanmuutto ja sen esiin nostamat varjopuolet suomalaisesta yhteiskunnasta ovat tietenkin osa totuutta, mutta tutkimuksen kannalta tärkeää olisi luoda kokonaisvaltaista kuvaa maahanmuutosta, joka on siis muutakin kuin ongelmia ja häiriötä. (Martikainen 2009.) Toivon, että tässä tutkimuksessa olen onnistunut

nostamaan esille paitsi haasteita ja mahdollisia kehityskohtia, niin myös joitakin hyviä ja toimivia käytäntöjä.

#### *Jatkotutkimusaiheita*

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhuollossa palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä. Lisäksi tutkimus valottaa osaltaan sekä maahanmuuttajien että terveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveystalouden nykytilasta. Uskon, että tulokset nostavat esiin joitakin haasteita ja kehityskohtia, mutta myös hyviä käytäntöjä, joiden tiedostamisen ja hyödyntämisen näen yhtäläillä tärkeänä.

Jatkon kannalta voisi olla mielenkiintoista tutkia esimerkiksi sitä, miten maahanmuuttajien ja valtaväestön palvelukokemukset eroavat toisistaan. Monikulttuurisuuden kokemuksia ja ilmenemismuotoja voitaisiin tarkastella myös enemmän terveydenhuollossa työskentelevien maahanmuuttajien näkökulmasta. Lisäksi tutkimuksissa olisi tärkeää huomioida maahanmuuttajien terveydellisten ongelmien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen liittyviä tekijöitä, sekä ottaa huomioon ja pyrkiä käyttämään hyödyksi sellaisia kulttuurisia eroja, jotka tukevat yksilön terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä. Terveystalouden tutkimuksessa olisi tärkeää selvittää myös niitä syitä ja tekijöitä, jotka mahdollisesti heikentävät maahanmuuttajien halukkuutta hakeutua näiden palvelujen piiriin.

- Abdelhamid, P. Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) 2010. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Abraido-Lanza, A., Chao, M. & Florez, K. 2005. Do healthy behaviors decline with greater acculturation? Implications for the Latino mortality paradox. *Social Science & Medicine* 61 (6): 1243–1255.
- Alitolppa-Niitamo, A. 1993. Kun kulttuurit kohtaavat. Keuruu: Otava.
- American College Health Association (ACHA). 2011. Cultural Competency Statement. *Journal of American College Health* 59 (5): 436–437.
- Attree, M. 1996. Towards a conceptual of "Quality Care". *International Journal of Nursing Studies* 33 (1): 13–28.
- Bennett, M. 1993. Towards a Developmental Model of Intercultural Sensitivity. Teoksessa Paige, M. (toim.) *Education for the Intercultural Experience*. Second edition. Yarmouth: Intercultural Press, Inc., 21–72.
- Berry, J. 1980. Acculturation as varieties of adaptation. Teoksessa A. Padilla (toim.) *Acculturation: theory, models and some new findings*. Boulder: Westview Press, 9–25.
- Berry, J. 1990. Psychology of acculturation: Understanding individuals moving between cultures. Teoksessa R. W. Brislin (toim.) *Applied cross-cultural psychology*. Newbury Park: Sage, 232–253.
- Berry, J. 1997. Immigration, acculturation, and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*. 46: 5–68.
- Betancourt, J., Green, A., Carrillo, E. & Park, E. 2005. From the Field. *Cultural Competence And Health Care Disparities: Key Perspectives And Trends*. *Health Affairs* 24 (2): 499–505.
- Braun, V. & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* (3) 2: 2–41.
- Campinha-Bacote, J. 1999. A Model and Instrument for Addressing Cultural Competence in Health Care. *Journal of Nursing Education* 38 (5): 203–207.
- Campinha-Bacote J. 2002. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing* 3 (3): 181–184.
- Capell, J., Dean, E. & Veesntra, G. 2008. The Relationship Between Cultural Competence and Ethnocentrism of Health Care Professionals. University of British Columbia. *Journal of Transcultural Nursing* 19 (2): 121–125.



- Castaneda, A., Koponen, P. & Rask, S. Sosiodemografiset tekijät ja elinolot. Teoksessa Castaneda, E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 61/2012. Tampere: Juvenes Print. Suomen Yliopistopaino Oy, 42–47.
- Egede, L. 2006. Race, Ethnicity, Culture, and Disparities in Health care. *Journal of General Internal Medicine*. 21 (6): 667–669.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- ETENE. 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. ETENE:n 5. kesäseminaari. Helsinki, 17. elokuuta 2004. Viitattu 10.10.2012. Saatavilla: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17162&name=DLFE-533.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17162&name=DLFE-533.pdf)
- Faist, T. 2010. Diaspora and Transnationalism. What kind of dance partners? Teoksessa *Diaspora and transnationalism : concepts, theories and methods*. Bauböck, R. & Faist, T. (ed.). Amsterdam : Amsterdam University Press. [e-kirja], 9–34. Viitattu 15.3.2013. Saatavilla: <http://site.ebrary.com/lib/tampere/Doc?id=10405027>
- Forsander, A. 2001. Etnisten ryhmien kohtaaminen. Teoksessa Forsander, A., Ekholm, E., Hautaniemi, P., Ali, A., Alitolppa-Niitamo, A., Kytäjä, E. & Nguyen, Q. (toim.) *Monietnisyys, yhteiskunta ja työ*. Helsinki: Palmenia, 31–56.
- Gissler, M., Malin, M. & Matveinen, P. 2006. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut: terveydenhuollon palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut. Työpoliittinen tutkimus-sarja 296. Stakes.
- Grönroos, C. 1998. Nyt kilpaillaan palvelulla. Porvoo: WSOY.
- Halla, T. 2007. Psykkisesti sairas maahanmuuttaja. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 123 (4): 469–475.
- Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma. 2006. Työhallinnon julkaisuja. Viitattu 13.10.2012. Saatavilla: [http://www.mol.fi/mol/fi/99\\_pdf/fi/06\\_tyoministerio/06\\_julkaisut/07\\_julkaisu/thj371.pdf](http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/07_julkaisu/thj371.pdf)
- Hassinen-Ali-Azzani, T. 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveystieteistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaisen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 95. Akateeminen väitöskirja.
- Helman, C. 2007. *Culture, Health and Illness*. 5. painos. London: Butterworth-Heinemann.

- Helsingin Sanomat. 26.11.2012. Ulkomaalaisten opiskelijoiden määrä kasvanut hieman. Viitattu 2.3.2013. Saatavilla:  
<http://www.hs.fi/kotimaa/artikkeli/Ulkomaalaisten+opiskelijoiden+m%C3%A4%C3%A4r%C3%A4+kasvanut+hieman/1135263313874>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirstiö-Snellman P. & Mäkelä M. Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkaina. STM:n selvityksiä 1998:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveystalveluministeriö.
- Hoffrén, H. 2000. Suomalaiset Ranskassa- sopeutuminen ja etninen identiteetti. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Hytönen, M-L., Laurell, H., Manninen, K., Marttila, I. & Rouhio, M. 2002. Maahanmuuttajatyön käsikirja. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2002: 6. Viitattu 11.12.2012. Saatavilla:  
[http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/7cae95004a1563cc9699f6b546fc4d01/mamuyksip1\\_6low.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=7cae95004a1563cc9699f6b546fc4d01](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/7cae95004a1563cc9699f6b546fc4d01/mamuyksip1_6low.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=7cae95004a1563cc9699f6b546fc4d01)
- Häkkinen, A. 2009. Maahanmuuttajien terveystalvelutarpeeseen vastaaminen Etelä-Pohjanmaalla. Siirtolaisuusinstituutin Pohjanmaan aluekeskuksen tutkimuksia n:o 3. Viitattu 8.10.2012. Saatavilla:  
[http://www.migrationinstitute.fi/pdf/Maahanmuuttajien\\_terveystalvelutarve.pdf](http://www.migrationinstitute.fi/pdf/Maahanmuuttajien_terveystalvelutarve.pdf)
- Ihmisoikeudet.net. 2010. Positiivinen erityiskohtelu. Viitattu 13.2.2013. Saatavilla:  
<http://www.ihmisoikeudet.net/index.php?page=positiivinen-syrjinta>.
- Ikonen, E-R. 2007. Hoitotyöntekijän kulttuurinen kompetenssi. Käsiteanalyttinen tutkimus hybridisellä mallilla. Hoitotiede 19 (3): 140–151.
- IOM. 2012. International Organization for Migration. Key Migration Terms. Viitattu 5.4.2012. Saatavilla:  
<http://www.iom.int/jahia/Jahia/about-migration/key-migration-terms/lang/en#Migrant>.
- Jasinskaja-Lahti, I., Liebkind, K., Horenczyk, G. & Schmitz, P. 2003. The interactive nature of acculturation: perceived discrimination, acculturation attitudes and stress among young ethnic repatriates in Finland, Israel and Germany. International Journal of Intercultural Relations 27: 79–97.
- Järvinen R. 2004. Ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuri. Tampereen yliopisto. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Akateeminen väitöskirja.

- Kirby, JB., Taliaferro, G. & Zuvekas, SH. 2006. Explaining racial and ethnic disparities in health care. *Medical Care*. 44 (5): 164–172.
- Koehn, P. 2004. Global Politics and Multinational Health-care Encounters: Assessing the Role of Transnational Competence. *EcoHealth* 1: 69–85.
- Koehn, P. & Rosenau, J. 2002. Transnational Competence in an Emergent Epoch. *International Studies Perspectives* 3: 105–127.
- Koponen, P., Kuusio, H., Keskimäki, I. & Mölsä, M. 2012a. Avosairaanhoidon palvelujen käyttö. Teoksessa Castaneda, E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 61/2012*. Tampere: Juvenes Print. Suomen Yliopistopaino Oy, 250–258.
- Koponen, P., Kuusio, H., Keskimäki, I. & Mölsä, M. 2012b. Hoidon tarve, sen tyydyttäminen ja tyytyväisyys palveluun lääkärin vastaanotolla. Teoksessa Castaneda, E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 61/2012*. Tampere: Juvenes Print. Suomen Yliopistopaino Oy, 259–265.
- Koponen, P., Kuusio, H., Mölsä, M. & Keskimäki, I. 2012. Terveyspalvelut ja kuntoutus. Teoksessa Castaneda, E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 61/2012*. Tampere: Juvenes Print. Suomen Yliopistopaino Oy, 244–249.
- Koskinen, S., Castaneda, A., Solovieva, N. & Laatikainen, T. 2012. Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet. Teoksessa Castaneda, E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 61/2012*. Tampere: Juvenes Print. Suomen Yliopistopaino Oy, 64–67.
- Krause, K. Kiiikkala, I. 1996. *Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Konttu K, Pesonen, T. 2012. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47, 2013. Viitattu 13.1.2013. Saatavilla: [http://www.yths.fi/filebank/1864-KOTT\\_2012\\_verkkoon.pdf](http://www.yths.fi/filebank/1864-KOTT_2012_verkkoon.pdf)
- Kumpusalo, E. & Mäkelä, M. 1993. Laadunvarmistus yleislääkärin työssä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 109 (13): 1171.
- Kuusela, J., Etelälähti, A., Hagman, Å., Hievanen, R., Karppinen, K., Nissilä, L., Rönneberg, U. & Siniharju M.O. 2008. Maahanmuuttajaoppilaat ja koulutus –

tutkimus oppimistuloksista, koulutusvalinnoista ja työllistämisestä.  
Opetushallituksen julkaisuja. Viitattu 15.10.2012. Saatavilla:  
[http://www.oph.fi/download/46518\\_maahanmuuttajaoppilaat\\_ja\\_koulutus.pdf](http://www.oph.fi/download/46518_maahanmuuttajaoppilaat_ja_koulutus.pdf)

- Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* (119): 609–615.
- Kytö, H., Tuorila, H. & Väliniemi, J. 2008. Terveyskeskuspalvelujen laatu ja saavutettavuus. Kuluttajatutkimuskeskus. Julkaisuja 8/2008.
- Kääriä, H., Mäki, P., Leinonen, A., Hakulinen-Viitanen, T. & Laatikainen T. 2011. OPTE-työryhmä. Ammattikorkeakoulujen opiskeluterveydenhuollon terveystarkastuskäytännöt, työtavat ja -ympäristöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 19/2011.
- Lepola, O. 2000. Ulkomaalaisesta suomenmaalaiseksi. Monikulttuurisuus, kansalaisuus ja suomalaisuus 1990-luvun maahanmuuttopoliittisessa keskustelussa. Helsingin yliopisto. Viestinnän laitos. Akateeminen väitöskirja.
- Liebkind, K. 2006. Monikulttuurinen Suomi. Etniset suhteet tutkimuksen valossa. 3. painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Lopez-Class, M., González Castro, F. & Ramirez, A. 2011. Conceptions of acculturation: A review and statement of critical issues. *Social Science & Medicine* 72 (9): 1555–1562.
- Löytty, O. 2012. Kotimaisten kielten keskus. Kotus-blogi. Viitattu 5.4.2012. Saatavilla:  
[http://www.kotus.fi/?5426\\_m=5695&s=3242](http://www.kotus.fi/?5426_m=5695&s=3242).
- Maahanmuuton vuosikatsaus. 2011. Sisäasianministeriön julkaisuja. Viitattu 13.10.2012. Saatavilla:  
[http://www.intermin.fi/download/33826\\_maahanmuutto\\_2011\\_tilastokatsaus\\_web.pdf](http://www.intermin.fi/download/33826_maahanmuutto_2011_tilastokatsaus_web.pdf)
- Maahanmuuttovirasto. 2012. Sanasto. Keskeisiä maahanmuuttoon liittyviä termejä. Viitattu 4.4.2012. Saatavilla:  
[http://www.migri.fi/medialle/nimi\\_ja\\_kaannokset/sanasto#M\\_fi](http://www.migri.fi/medialle/nimi_ja_kaannokset/sanasto#M_fi)
- Maahanmuuttovirasto. 2013. Paluumuutto. Viitattu: 14.2.2013. Saatavilla:  
<http://www.migri.fi/paluumuutto>
- MacLachlan, M. 2006. Culture and Health. A Critical Perspective Towards Global Health. 2. painos. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

- Malin, M. 2011. Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät. YHTEISKUNTAPOLITIIKKA 76 (2): 201–213.
- Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2012. Nuorten netti. Mitä sanaa käytän? Viitattu 4.4.2012. Saatavilla:  
[http://www.mll.fi/nuortennetti/monikulttuurisuus/kuka\\_on\\_maahanmuuttaja/mita\\_sanaa\\_kaytan/](http://www.mll.fi/nuortennetti/monikulttuurisuus/kuka_on_maahanmuuttaja/mita_sanaa_kaytan/)
- Martikainen, T. 2009. Katsaus eettisiin kysymyksiin maahanmuuttotutkimuksessa. Elo 16 -2/2009. Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura ry. Viitattu 21.3.2013. Saatavilla:  
[http://www.elore.fi/arkisto/2\\_09/katsaus\\_martikainen\\_2\\_09.pdf](http://www.elore.fi/arkisto/2_09/katsaus_martikainen_2_09.pdf)
- Martikainen, T, Sintonen, T. & Pitkänen, P. 2006. Ylirajainen liikkuvuus ja etniset vähemmistöt Teoksessa Martikainen, T. (toim.) Ylirajainen kulttuuri. Helsinki: SKS. 9–41.
- Mustonen, P. 2007. Pompottelu ja osallisuuden kaipuuta. Maahanmuuttajien kokemuksia asiakaslähtöisyydestä ja sen toteutumisesta sosiaalisuudessa ja muissa julkisissa hyvinvointipalveluissa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Nykänen, K. (toim.) 2006. Terveyskäsitteet. Suomen Virtuaaliammattikorkeakoulun Internet-sivut. Viitattu 30.3.2013. Saatavilla:  
<http://www.amk.fi/opintojaksot/0407016/1138352400309/1157026947138/1157030169080/1157031450927.html>
- Opetushallitus. 2011. Maahanmuuttajien koulutus Suomessa - Tilannekatsaus. Raportit ja selvitykset 2011: 3.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2012. Maahanmuuttajien koulutuksen kehittäminen. Viitattu 8.10.2012. Saatavilla:  
[http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/artikkelit/maahanmuuttajien\\_koulutuksen\\_kehittaminen/index.html](http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/artikkelit/maahanmuuttajien_koulutuksen_kehittaminen/index.html)
- Opiskeluterveydenhuollon opas. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 12. Viitattu 21.9.2012. Saatavilla:  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3574.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3574.pdf)
- Oroza, V. 2007. Maahanmuuttaja yleislääkärin vastaanotolla. Duodecim 123: 441–447.
- Paananen, S. 2005. Maahanmuuttajien elinolot Suomessa. YHTEISKUNTAPOLITIIKKA 70 (4): 460–462.
- Pakaslahti, A. 2007. Lääkäri ja hänelle vieraat kulttuurit. Kuinka löytää yhteinen kieli ja toimiva vuorovaikutus? Duodecim 123: 431–433.

- Papadopoulos, I. 2006. The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. Teoksessa *Transcultural Health and Social Care. Development of Culturally Competent Practitioners*. Lontoo: Elsevier, 7–24.
- Pasick, R., D'Onofrio, C. & Otero-Sabogal R. 1994. Similarities and differences across cultures: questions to inform a third generation for health promotion research. *Health Educ Q.* 23: 142–161.
- Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveystalouden laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008.
- Pietilä, I. 2010. Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Ruusuvaara, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino, 212–241.
- Pirinen, I. 2008. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. *Acta Universitatis Tamperensis* 1289.
- Purnell, L. 2002. The Purnell Model for Cultural Competence. *Journal of Transcultural Nursing* 13 (3): 193–196.
- Pyykkönen, M. 2007. Järjestäytyvät diasporat. Etnisyys, kansalaisuus, integraatio ja hallinta maahanmuuttajien yhdistystoiminnassa. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. *Tutkimuksia* 306. Akateeminen väitöskirja.
- Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998.
- Rapo, M. 2011. Kuka on maahanmuuttaja? Tilastokeskuksen julkaisu. *Tieto & Trendit*. 1/2001.
- Räty, M. 2002. *Maahanmuuttaja asiakkaana*. Helsinki: Tammi.
- Saarenmaa K, Saari K, Virtanen V. 2010. *Opiskelijatutkimus 2010. Korkeakouluopiskelijoiden toimeentulo ja opiskelu*. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisu 18/2010.
- Sainola-Rodriguez, K. 2009. *Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus*. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.
- Sektoritutkimuksen neuvottelukunta. 2009. *Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla*. Esiselvitysraportti 9/2009.
- Seppälä, T. 2010. Monikulttuurisuutta vai kulttuurienvälisyyttä – termien käytöstä. Teoksessa Seppälä, T. (toim.) *Näkökulmia monikulttuuriseen esimiestyöhön ja henkilöstöjohtamiseen*. Helsingin yliopisto, Koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia. *Nettiversio* 2010, 13–15. Viitattu 6.9. 2012. Saatavilla:

<http://blogs.helsinki.fi/koulutuksesta-tyoelamaan/files/2010/11/Nakokulmia-monikulttuuriseen-esimiestyohon-ja-hlostojohtamiseen-Palmenian-julkaisu-2010.pdf>

Sisäasiainministeriö. 2012. Usein kysytyä: termit. Viitattu 4.4.2012. Saatavilla: <http://www.intermin.fi/intermin/home.nsf/pages/BA6950DF31596C26C225770D0028CDE2?opendocument>

Sisäasiainministeriö. 2013. Maahanmuutto Suomeen. Viitattu 12.3.2013. Saatavilla: [http://www.intermin.fi/fi/kehittamishankkeet/maahanmuutto\\_2020/maahanmuuton\\_trendit](http://www.intermin.fi/fi/kehittamishankkeet/maahanmuutto_2020/maahanmuuton_trendit)

Sommarhem, H. 2012. Maahanmuuttajien akkulturaatioasenteiden yhteys psyykkiseen hyvinvointiin. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Opiskeluterveydenhuolto. Viitattu 21.8.2012. Saatavilla: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut/opiskeluterveydenhuolto](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/opiskeluterveydenhuolto)

Suh, E. 2004. The Model of Cultural Competence Through an Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing* 15 (2): 93–102.

Suokas, M. 2008. Vieraskielinen terveydenhuollon asiakkaana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Sutherland, L. 2002. Ethnocentrism in a Pluralistic Society: A Concept Analysis. *Journal of Transcultural Nursing* 13: 274–281.

Taavela, R. 1999. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 72. Akateeminen väitöskirja.

Tampereen opiskeluterveydenhuolto. 2012. Viitattu 21.8.2012. Saatavilla: <http://www.tampere.fi/opiskeluterveys.html>

Terveydenhuollon laatuopas. 2011. Koivuranta-Vaara, P. (toim.) Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012a. Opiskeluterveydenhuolto. Viitattu 21.8.2010. Saatavilla: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kasvunkumppanit.fi/palvelut/opiskeluterveydenhuolto](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit.fi/palvelut/opiskeluterveydenhuolto)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012b. Maamu-tutkimuksen taustaa. Viitattu 21.8.2012. Saatavilla: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/hankesivu?id=22147](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hankesivu?id=22147)

The United States Department of Health and Human Services Office of Minority Health. 1999. Assuring Cultural Competence in Health Care: Recommendations for National Standards and Outcomes-Focused Research Agenda. Viitattu

6.4.2012. Saatavilla:

[http://minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/checked/Assuring\\_Cultural\\_Competence\\_in\\_Health\\_Care-1999.pdf](http://minorityhealth.hhs.gov/Assets/pdf/checked/Assuring_Cultural_Competence_in_Health_Care-1999.pdf)

Thomson, M & Hoffman-Goetz, L. 2009. Defining and measuring acculturation: A systematic review of public health studies with Hispanic populations in the United States. *Social Science & Medicine* 69 (7): 983–991.

Tilastokeskus. 2007. Oppilaitosten opiskelijat ja tutkinnot. Perusasteen jälkeisen tutkintotavoitteisen koulutuksen ulkomaalaiset opiskelijat koulutussektoreittain kansalaisuuden maanosan mukaan. Viitattu 21.9.2012. Saatavilla: [http://www.stat.fi/til/opiskt/2007/opiskt\\_2007\\_2009-01-23\\_tau\\_005.html](http://www.stat.fi/til/opiskt/2007/opiskt_2007_2009-01-23_tau_005.html)

Tilastokeskus. 2012a. Suomen väestöstä ulkomaista syntyperää olevia 4,8 prosenttia. Viitattu 12.3.2013. Saatavilla: [http://www.stat.fi/til/vaerak/2011/01/vaerak\\_2011\\_01\\_2012-11-30\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2011/01/vaerak_2011_01_2012-11-30_tie_001_fi.html)

Tilastokeskus. 2012b. Maahanmuuttoa viime vuotta selvästi enemmän. Viitattu 13.10.2012. Saatavilla: [http://www.stat.fi/til/muutl/2011/muutl\\_2011\\_2012-04-27\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/muutl/2011/muutl_2011_2012-04-27_tie_001_fi.html)

Tiilikainen M. 2006. Monitieteistä etnisten suhteiden tutkimusta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 43: 74–75.

Tiilikainen M. 2008. Somalialaiset maahanmuuttajat ja yllirajainen hoito. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 45 (1): 74–87.

Tuokko, T. 2007. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2012. Valtion kotouttamisohjelma: maahanmuuttaja tarvitsee kielitaitoa, koulutusta ja työtä. Tiedotteet: Työ. 7.6.2012. Viitattu 20.11.2012. Saatavilla: [https://www.tem.fi/?89506\\_m=106916&s=2467](https://www.tem.fi/?89506_m=106916&s=2467)

UNESCO. 2006. Guidelines on Intercultural Education. Paris: UNESCO.

Varti, A-M. 2001. Maahanmuuttajien terveysneuvonnan järjestäminen. *Kansanterveys-lehti*. 5-6/2001.

Muut internet-lähteet:

[www.yths.fi/yths](http://www.yths.fi/yths)

[www.thl.fi/maamu](http://www.thl.fi/maamu)



## Liite 1. Haastattelurunko

### TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖ

Ikä? Työskentelyvuodet alalla? Tausta maahanmuuttotyössä?

Millaisia kokemuksia teillä on yleisesti maahanmuuttaja-/ulkomaalaistaustaisten asiakkaiden kohtaamisesta? Erityispiirteet/haasteet?

#### 1. Palvelujen laatu:

- Millä tavalla palveluissa toteutuu yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys?
- Miten asiakkaiden omaa vakaumusta kunnioitetaan?
- Miten onnistuu äidinkielen, uskonnon, kulttuurin, perheolojen ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen?
- Onko asiakaskäynneille riittävästi aikaa?
- Saavatko asiakkaat tarpeeksi tietoa palveluista (kannustusta ja ohjausta)?
- Suunnitellaanko hoito yhdessä ja yhteisymmärryksessä potilaan kanssa?

#### 2. Kulttuurinen osaaminen:

- Koetteko, että saatte tarpeeksi koulutusta / teillä on tarpeeksi osaamista monikulttuurisiin asiakastapaamisiin?
- Millaisia taitoja monikulttuuriset kohtaamiset vaativat?
- Tulisiko näitä taitoja kehittää? Miten?

### MAAHANMUUTTAJAT

Ikä? Oleskeluaika Suomessa? Kotimaa?

Oletko käyttänyt terveydenhuollon palveluita Suomessa ollessasi? Millaisia kokemuksia päällimmäisenä mielessä?

#### 1. Palvelujen laatu:

- Saatko riittävästi tietoa terveysongelmista ja saatavilla olevista terveyspalveluista?
- Onko sinun helppo hakeutua ja päästä palvelujen piiriin (tutkimuksiin ja hoitoihin)?
- Koetko saavasi yksilöllistä ja ammattitaitoista hoitoa ja kohdellaanko sinua ystävällisesti? (riittävä aika, oman kulttuuritaustan huomioiminen, kieli/tulkin käyttö)?
- Onko sinulla mahdollisuus vaikuttaa hoitosuunnitelman laadintaan ja pystytkö sitoutumaan sen noudattamiseen (riittävät tiedot ja neuvonta)?
- Kohdellaanko sinua mielestäsi hyvin ja tasavertaisesti?
- Oletko ollut tyytyväinen saamaasi palveluun ja saanut avun terveysongelmaan?
- Oletko saanut mahdollisuuden antaa palautetta palveluista (tiedätkö miten ja minne sitä voi antaa)?

#### 2. Kulttuurinen osaaminen:

- Onko ammattihenkilöstö mielestänne riittävästi koulutettua ja perehtynyttä kohtaamaan maahanmuuttaja-asiakkaita?
- Millaisia taitoja kohtaamiset mielestäsi vaativat?
- Tulisiko näitä taitoja kehittää? Miten?

## Liite 2. Myönnetty tutkimuslupa

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

1. Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä.
2. Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla.
3. Mahdollisesti tarvittavassa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessaan.
4. Tutkimuslupa ei oikeuta hakemaan tietoja Hyvinvointipalvelujen tietojärjestelmistä.
5. Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan asianomaiselle yhteyshenkilölle.
6. Jos tutkimus keskeytyy, siitä ilmoitetaan yhteyshenkilölle ja tutkimusluvun myöntäjälle.
7. Alaikäisten lasten haastatteluun pyydetään aina huoltajien kirjallinen lupa.
8. Lupa voidaan peruuttaa, jos lupapäätöksen ehtoja rikotaan, jolloin luvansaajan on palautettava tutkimusta varten saamansa tiedot.
9. Lupa on voimassa hakemuksessa määritellyn ajan.

Muu:

Tutkimuslupaa ei myönnetä

Perustelut liitteinä

Päätätaja

  
Tuire Sannisto  
ET, ylläpitäjä  
Tampereen kaupunki / Avopalvelut  
Lasten ja nuorten terveyspalvelut  
PL 98, 33201 Tampere  
tuire.sannisto@tampere.fi  
puh. 050 468 9166, cid 76268

Tuotantoyksikön päällikkö

Päiväys  
7, 8 2012

### 10. PÄÄTÖKSEN JAKELU

1. Hakija	Päiväys	___ / ___ 20___	Lähetetty
2. Yhteyshenkilö			<input type="checkbox"/>