

Minna Touray

**TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖN KOHTAAMISEN HAASTEET MAAHAN-
MUUTTAJIEN HOITOTYÖSSÄ**

Kirjallisuuskatsaus

TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖN KOHTAAMISEN HAASTEET MAAHAN- MUUTTAJIEN HOITOTYÖSSÄ

Kirjallisuuskatsaus

Minna Touray
Opinnäytetyö
Kevät 2016
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja
johtamisen koulutusohjelma
Ylempi AMK
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen tutkinto-ohjelma

Tekijä: Minna Touray

Opinnäytetyön nimi: Terveystuotohenkilöstön kohtaamisen haasteet maahanmuuttajien hoitotyössä

Työn ohjaaja: TtT, yliopettaja Pirkko Sandelin

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Kevät 2016 Sivumäärä: 73 sivua +4 liitesivua

Suomeen saapui vuonna 2015 yli 32 000 turvapaikanhakijaa. Pakolaisuus ja siirtolaisuus luovat haasteita Suomen sosiaali- ja terveydenhuollolle sillä pakolaiset ja siirtolaiset voivat olla terveytensä ja sen hoitamisen suhteen uudessa kotimaassaan turvattomia, epätasa-arvoisessa asemassa ja haavoittuvia. Terveystuotohenkilöstöltä edellytetään erityisesti näiden ihmisten kohtaamisissa transnationaalista osaamista, jolla tarkoitetaan taitoa auttaa ja hoitaa erilaisista kulttuurista tulevia asiakkaita ja potilaita ja heidän asioitaan oikein.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita terveydenhuoltohenkilöstön kykyä vastata maahanmuuttajien terveystarpeisiin, valituissa tutkimuksissa esitettyjä henkilöstön lisäkoulutustarpeita ja aiheeseen liittyviä jatkotutkimusaiheita. Tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa terveydenhuoltohenkilöstön monikulttuurisen osaamisen kehittämiseksi ja lisäämiseksi. Kehittämistyössä sovellettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää ja katsaukseen valitut tutkimukset analysoitiin sisällönanalyysillä. Aineisto teemoitettiin. Teemat kuvaavat terveydenhuoltohenkilöstön maahanmuuttajien terveystuotojen tarjoamisessa ilmenneitä osaamisen haasteita ja lisäkoulutustarpeita sekä jatkotutkimusaiheita.

Sisällönanalyysillä avulla aineistosta muodostettiin kolme pääteemaa: Kulttuuriset tekijät, kommunikatiiviset tekijät ja Rakenteelliset tekijät. Kulttuurisiin tekijöihin liitettiin alateemat Asenteet, Ravitsemus, Uskonto ja Sukupuoli. Alateemat Kieli ja Tulkkauspalvelut liitettiin yläteemaan Kommunikatiiviset tekijät ja alateemat Terveystuotojärjestelmä, Hoitosuhde ja Aika yläteemaan Rakenteelliset tekijät. Ala – ja yläteemat liitettiin yhdistävään teemaan Maahan muuttajien terveystuotojen tarjoamiseen liittyvät osaamisen haasteet ja lisäkoulutustarpeet. Tutkimustulosten mukaan maahanmuuttajien terveystuotojen tarjontaa ja hoidon laatua kuvattiin epätasa-arvoisiksi. Terveystuotohenkilöstön mukaan omat voimavarat ja palveluiden tarjoamisen resurssit olivat riittämättömät. Henkilöstön asenteet maahanmuuttajia kohtaan olivat osittain kielteisiä. Haasteellisiksi tilanteiksi koettiin myös näkemys- ja kulttuurierot hoitotyössä. Lisäkoulutusta toivottiin eri kulttuurista.

Kirjallisuuskatsauksen avulla tuotettuja tuloksia voivat hyödyntää maahanmuuttajille terveystuotojen tarjoajat terveydenhuollon työntekijät, hoitoympäristöjen suunnittelutyöryhmiin osallistuvat hoitotyön edustajat sekä muut suunnittelijat. Jatkotutkimusaiheena esitän, hyvää maahanmuuttajien kohtaamista edistävien ja estävien tekijöiden tunnistamista terveydenhuollossa.

Asiasanat: Maahanmuuttaja, terveystuotojen tarjoaminen, transnationaalinen osaaminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Development and Management of Health and Social care

Author: Minna Touray

Title of thesis: Health Care personnel encounter challenges in nursing immigrants

Supervisor: PhD, principal lecturer Pirkko Sandelin

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2016

Number of pages:

73 pages+4 appendix pages

In year 2015 more than 32 000 asylum seekers arrived in Finland. Refugee and emigration will bring challenges to the Finnish social and health sector. In terms of health immigrants are insecure, vulnerable and unequal in their new homeland. Health care personnel are required transnational expertise in nursing encounters. Transnational expertise in health care means the skill to take care of patients from different countries, also likely to be from different cultures.

The purpose of this study was to describe the application of the principles of systematic literature review of health personnel's skills to respond the health needs of migrants. The purpose was also to describe, the staff needs additional training in the interim-Brackets studies and the subject of further research. The aim of the literature review was to provide research-based information in order to increase cross-cultural competence of health professionals and its development. The thesis applied systematic literature review method was used content analysis method of analysis. The data was analysed by themes. Themes reflected the challenges concerning competence of health personnel when providing health services to immigrants. Also themes reflected the needs of additional training as well as challenges of future research.

By the content analysis were constructed the three main themes: Cultural factors, Communicative factors and Structural factors. To the Cultural factors were linked sub-themes Attitudes, Nutrition, Religion and Gender. Sub-themes Language and Interpreting services were linked to the main theme Communicative factors and sub-themes Health care system, and Closeness in time to the main theme Structural factors. Sub-themes and main themes were attached to the connecting theme which was named the Challenges and the needs of additional training know-how relating to the provision of health services for immigrants. According to the results inequality was experienced in the provision and quality of health care services. Nursing staff felt inadequate both their own and general resources and their attitudes towards immigrants were partly negative. Also differences of opinions and culture were experienced as challenging situations. Additional training was requested for the knowledge of different cultures.

Keywords: Immigrant, health services, transnational competence

Sisällys

1	JOHDANTO	7
2	SUOMEN TERVEYDENHUOLTO JA MAAHANMUUTTAJAT	8
2.1	Maahanmuuttajana Suomessa suomalaisten keskuudessa	8
2.1.1	Kulttuurien kohtaamisia	11
2.1.2	Maahanmuuttajien terveys	16
2.1.3	Maahanmuuttajien terveyspalvelujen tarve	18
2.1.4	Maahanmuuttajien terveyspalvelut ja niiden tarjoamiseen liittyviä haasteita	20
2.2	Suomalainen muutoksessa oleva sosiaali- ja terveydenhuolto	26
2.2.1	Perusterveydenhuolto ja sen palvelut	27
2.2.2	Erikoissairaanhoido ja sen palvelut	28
2.2.3	Yksityinen sektori ja sen palvelut	28
2.3	Suomalainen terveysalan koulutus	29
2.3.1	Yliopisto ja ammattikorkeakoulu terveydenhuollon työntekijöiden kouluttajana	29
2.3.2	Ammatillinen oppilaitos terveydenhuollon työntekijöiden kouluttajana	30
2.4	Monikulttuurinen hoitotyö	31
2.4.1	Monikulttuurisen hoitotyön haasteet	31
2.4.2	Monikulttuurisen hoitotyön edellytyksiä	35
2.4.3	Monikulttuurisen hoitotyön ydin ja transnationaalinen osaaminen	37
3	KIRJALLISUUKATSAUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	41
4	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN	42
5	TUTKIMUSTULOKSET	50
5.1	Terveydenhuoltohenkilöstön maahanmuuttajien terveyspalveluiden tarjoamiseen liittyvät haasteet	51
5.2	Tutkimuksissa esitetyt terveydenhuoltohenkilöstön lisäkoulutustarpeet ja esitetyt jatkotutkimusaiheet	52
6	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOSTEN TARKASTELUA	54
7	POHDINTA	59
7.1	Opinnäytetyön luotettavuuden pohdintaa	60
7.2	Uudet tutkimuskohteet	61
7.3	Johtopäätökset	61
	LÄHTEET	64

LIITTEET	73
----------------	----

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa painotetaan maahanmuuttajien erityistarpeiden huomiointamista kehitettäessä sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluita ja keinoja tukea maahanmuuttajien ja heidän perheenjäsentensä kotoutumista ja kotouttamista suomalaiseen yhteiskuntaan muun muassa sellaisiksi, että heidän työ- ja opiskelumahdollisuutensa aiempaa paremmiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, viitattu 23.2.2016.) Lain kotoutumisen edistämisestä tarkoituksena on tukea ja edistää kotoutumista ja maahanmuuttajan mahdollisuutta osallistua aktiivisesti suomalaisen yhteiskunnan toimintaan. Lisäksi lain tarkoituksena on edistää tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta sekä myönteistä vuorovaikutusta eri väestöryhmien kesken. (Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010 1:1 §.) Yhdenvertaisuus on jokaisen perusoikeus Suomessa. Yhdenvertaisuuslain tarkoituksena on edistää yhdenvertaisuutta ja ehkäistä syrjintää sekä tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeusturvaa. (Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014 1:1 §).

Vuonna 2015 Suomeen saapui yli 32 000 turvapaikanhakijaa. (Sisäministeriö 2016, viitattu 25.1.2016). Edellä mainittu strategia ja lait velvoittavat hoitohenkilökuntaa tarjoamaan maahanmuuttajille asiantuntevaa, luotettavaa ja laadukasta hoitotyötä. Samalla ne tuovat haasteen hoitohenkilökunnan osaamistaitovaatimukseen. Mitä on kulttuurinen osaaminen ja mitä ovat ne kulttuuriset taidot, joita monikulttuuristuvan terveydenhuollon asiakaskunnan kanssa toiminen edellyttää? Kulttuurisen eli transnationaalisen hoitotyön osajia tarvitaan ja kulttuurisella hoitotyöllä on merkittävä osuus suomalaisessa hoitotyössä. Kaikissa Suomessa tehdyissä maahanmuuttajiin ja heidän hoitamiseen liittyvissä tutkimuksissa on tullut esiin sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden maahanmuuttajien kohtaamiseen liittyvä lisäkoulutustarve. (Sainola-Rodriguez 2009, 13.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita terveydenhuoltohenkilöstön kykyä vastata maahanmuuttajien terveystarpeisiin. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voivat hyödyntää kaikki erilaisten hoitoympäristöjen työntekijät, hoitoympäristöjen suunnittelutyöryhmiin osallistuvat hoitotyön edustajat ja muuta suunnittelijat.

2 SUOMEN TERVEYDENHUOLTO JA MAAHANMUUTTAJAT

Tämän pääluvun alaluvuissa kuvataan monikulttuurisen hoitotyön haasteita, joita terveydenhuoltohenkilöstö kohtaa lähes päivittäin tarjotessaan palveluja maahanmuuttajille. Maailmalla puhutaan laajasti pakolaiskriisistä. Kymmeniä miljoonia ihmisiä on joutunut pakenemaan kodeistaan erilaisen konfliktien, sotien ja vainojen vuoksi. Vuonna 2015 Suomeen saapui yli 32 000 turvapaikanhakijaa (Sisäministeriö 2016, hakupäivä 25.1.2016). Lisääntynyt maahanmuutto tuo haasteita myös terveydenhuollolle. Miten terveydenhuolto pystyy vastaamaan maahanmuuttajien palvelujen tarpeeseen Suomessa?

2.1 Maahanmuuttajana Suomessa suomalaisten keskuudessa

Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden vastaanotto on Suomessa vielä kansainvälisesti ja muuhun Eurooppaan verrattuna kohtalaisen uusi ilmiö. Valtaosalle suomalaisista pakolaisuus tuli tutuksi vasta ensimmäisten suurten somalipakolaisryhmien saapumisen myötä 1990-luvun alussa. Yhteensä vuosien 1973–2012 on Suomeen muuttanut pakolaiseksi 42 524 henkilöä, joten vieraskielisestä väestöstä pakolaistaustaisia on vain vähän. Vuonna 2014 Suomessa asui UNHCR:n mukaan 15 845 sellaista pakolaista tai kansainvälisen suojelun tarpeen perusteella oleskeluluvan saanutta, jolla ei ollut Suomen kansalaisuutta. (Suomen pakolaisapu 2016, hakupäivä 1.3.2016.)

Pakolaiskiintiön suuruudesta päättää eduskunta. Vuodesta 2001 lähtien se on ollut 750. Vuonna 2014–2015 kiintiötä nostettiin 1050 henkilöön Syyrian sodan vuoksi. UNHCR esittää Suomelle pakolaisiksi katsomiaan henkilöitä, jonka pohjalta sisäministeriö, ulkoministeriö ja työ- ja elinkeinoministeriö valmistelevat esityksen pakolaiskiintiön kohdentamisesta alueellisesti. Lopullisesta valinnasta päättää Suomen maahanmuuttoviranomaiset henkilökohtaisten haastattelujen perusteella pakolaisten oleskelumaissa, usein pakolaisleireillä. Kiintiössä valitut ihmiset saavat Suomessa pakolaisaseman ja määräaikaisen oleskeluluvan, jolle voi myöhemmin hakea jatkoa. Kiintiöpakolainen pääsee muuttamaan Suomeen kun selviää, mikä kunta myöntää hänelle kuntapaikan. Pakolaisten kuntiin sijoittamisesta vastaa työ- ja elinkeinoministeriö. Viime vuosina kuntapaikoista on ollut pulaa ja kiintiöpakolaiset ovat joutuneet odottamaan kuntaan sijoitusta pakolaisleireillä pitkään. (Suomen pakolaisapu 2016, hakupäivä 1.3.2016.)

Jokaisella vainon kohteeksi joutuneella ihmisellä on YK:n ihmisoikeussopimuksen takaama oikeus hakea kansainvälistä suojelua toisesta maasta, mikäli hänen kotimaansa ei kykene suojaa tarjoamaan. (Suomen pakolaisapu 2016, hakupäivä 1.3.2016.)

Turvapaikanhakijat lähtevät kotimaastaan monista eri syistä: esimerkiksi paetaan sotaa ja vainoa sekä koetaan turvattomuutta. Suurin osa kotimaastaan pakoon lähtevistä päätyy oman maansa lähialueille mutta osa heistä hakeutuu turvapaikanhakijoiksi esimerkiksi Eurooppaan. Se, mihin maahan turvapaikanhakija päätyy, riippuu useista eri tekijöistä, kuten matkustusreitistä tai henkilön tiedoista kyseisestä maasta. (Sisäministeriö 2016, hakupäivä 25.1.2016.)

Puhutaan, että maailmassa on meneillään suurin pakolaiskriisi sitten toisen maailmansodan. YK:n pakolaisjärjestön mukaan kymmenet miljoonat ihmiset ovat joutuneet pakenemaan kodeistaan sotien, vainojen ja konfliktien vuoksi. Kansainväliset sopimukset velvoittavat myös Suomea ottamaan vastaan kansainvälistä suojelua tarvitsevia turvapaikanhakijoita. (Sisäministeriö 2016, hakupäivä 25.1.2016.)

Turvapaikanhakija saapuu Suomeen itsenäisesti ja hakee turvapaikkaa kansainvälisen suojelun perusteella. Turvapaikkahakemusta ei voi tehdä Suomen rajojen ulkopuolelta tai Suomen edustustoista. Päästäkseen Suomeen EU:n ulkopuolelta tulijalla on yleensä oltava passi ja viisumi. Viisumeita ei kuitenkaan myönnetä henkilöille, joiden oletetaan hakevan turvapaikkaa. Tämä ajaa ihmisiä turvautumaan salakuljettajiin ja väärennetyihin passeihin. Geneven pakolaissopimuksen mukaan turvapaikkaa hakeva ihminen ei oleskele laittomasti maassa, huolimatta siitä, miten hän on maahan matkustanut. (Suomen pakolaisapu 2016, viitattu 1.3.2016.)

Suomeen saapuessaan turvapaikanhakija jättää turvapaikkahakemuksen poliisille tai rajaviranomaisille. Hakemuksen käsittelyn ajan turvapaikanhakija voi asua joko vastaanottokeskuksessa tai itsenäisesti omakustanteisesti järjestämässään majoituksessa. Turvapaikanhakija on hakemuksensa käsittelyn ajan oikeutettu vastaanottokeskuksen tarjoamiin palveluihin. (Suomen pakolaisapu 2016, viitattu 1.3.2016.)

Päätöksen turvapaikan myöntämisestä Suomessa tekee maahanmuuttovirasto, jossa hakemus tutkitaan, ja haastattelun avulla selvitetään hakijan perusteet kansainvälisen suojelun tarpeelle. Samalla tutkitaan, voiko hakija saada oleskeluluvan myös muulla, esim. perhesiteen, työn tai yksilöllisen inhimillisen syyn perusteella. Turvapaikanhakijalle voidaan myöntää joko turvapaikka tai vaihtoehtoisesti oleskelulupa toissijaisen suojelun, humanitaarisen suojelun tai muun syyn perusteella. (Suomen pakolaisapu 2016, viitattu 1.3.2016.)

Suomessa jokainen tapaus tutkitaan yksilöllisesti ja hakemusten käsittelyajat venyvät usein erittäin pitkiksi. Jos perusteet turvapaikan tai oleskeluluvan saamiselle eivät täyty, hakija käännetään takaisin turvalliseksi katsottuun alkuperä- tai läpikulkumaahan. Kansainvälisten sopimusten nojalla Suomea sitoo palautuskielto, joka tarkoittaa, ettei ketään saa käännättää tai karkottaa alueelle, jolla hän voi joutua kuolemanrangaistuksen, kidutuksen, vainon tai muun ihmisarvoa loukkaavan kohtelun kohteeksi. Säännökset turvapaikan tai oleskeluluvan myöntämisestä perustuvat Geneven pakolaissopimukseen, Euroopan ihmisoikeussopimukseen sekä YK:n kidutuksen vastaiseen sopimukseen. (Suomen pakolaisapu 2016, viitattu 1.3.2016.)

Niin Suomessa kuin muuallakin Euroopassa turvapaikanhakijoiden määrät ovat kasvaneet vuonna 2015 nopeasti. Kasvun taustalla on useita tekijöitä. Pääasiallisena syynä on pakolaisten määrän kasvaminen maailmassa ennätyksellisen nopeasti pitkittyneiden konfliktien vuoksi. Vuoden 2014 aikana pakolaisten määrä kasvoi 8,3 miljoonalla ihmisellä, ja samaan aikaan vain 126 800 ihmistä kykeni palaamaan takaisin kotimaahansa. Pitkittyneiden konfliktien vuoksi myös kriisimaiden naapurimaiden kantokyky alkaa ylittyä, sillä yli 86 prosenttia maailman pakolaisista on kehitysmaissa. Kun kotiin palaamisen mahdollisuus ei näytä todennäköiseltä, osa ihmisistä on alkanut siirtyä vähitellen Etelä-Eurooppaan ja enenevässä määrin myös Pohjois-Euroopan maihin. (Suomen pakolaisapu 2016, viitattu 1.3.2016.)

Suomessa ei ole muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna erityisen houkuttelevaa sosiaaliturvaa, työllisyystilannetta tai muita niin sanottuja vetotekijöitä - kenties pois lukien se, että Suomi on turvallinen ja hyvä maa asua. Ensisijaiset syyt turvapaikanhakijoiden määrän kasvuun ovat lähtö- ja kauttakulkumaissa. (Sisäministeriö 2016, viitattu 25.1.2016.)

2.1.1 Kulttuurien kohtaamisia

Suomi on maailman seitsemänneksi paras maa, kun mitataan valtion kykyä vastata väestön sosiaalisin, yhteiskunnallisiin ja elinympäristöön liittyviin tarpeisiin. Suomen sijoitus parani pykälällä tuoreessa Social Progress Index (SPI) 2015 -tutkimuksessa. Sosiaalisen kehityksen indeksissä SPI:ssä tarkastellaan 50:tä muuttujaa, muun muassa terveyttä, asumista ja elinympäristöä, turvallisuutta, koulutusta, ihmisoikeuksia ja mahdollisuutta saada tietoa. Suomen ongelmakohtia indeksissä olivat ekosysteemien kestävyys sekä henkirikosten ja itsemurhien määrät. Menestystä saatiin perusterveydenhuollosta, yksilönvapauksista ja aikuisten lukutaidosta. (Social Progress Imperative 2016, viitattu 29.2.2016.)

Sata vuotta aiemmin Suomea voitiin pitää enemmän kansanvälisenä maana kuin nykyään. Muuttoliike oli vilkasta sekä Ruotsin vallan että autonomian aikana, jolloin Suomeen muutti paljon ihmisiä Ruotsista, Venäjältä, Saksasta, Englannista, Skotlannista ja Tanskasta sekä Norjasta. (Räty 2002, 29.) Puhuessamme suomalaisuudesta ja suomalaisesta kulttuurista kohtaamme usein mielipiteitä jäyhästä kansasta, joka viihtyy yksin ja rakastaa melankoliaa. Koemme, että tiedämme suomalaisen luonteen ja sen kulttuurin hyvinkin. Suomen kansainvälistyminen ja monikulttuuristuminen mielestäni tarjoaa värikkään mahdollisuuden muutokseen, joka nähdään rikkautena oman suomalaisuutemme piirteisiin. Ollaanko me valmiita muuttamaan ihmisinä, jonkin muunlaiseksi kuin ”tavalliseksi suomalaisiksi”? tai tarvitseeko meidän muuttua vai vain hyväksyä enemmän erilaisuutta ympärillemme.

Tavallisuuden sisällön ongelmallisuudesta kertoo jo sanakirjakin, joka antaa tavallisuuden käytöstä kaksi esimerkkiä: ei sattunut mitään tavallisuudesta [= jokapäiväisestä, tavanomaisesta, normaalista, rutiinista] poikkeavaa. Häpesi tavallisuuttaan niin hienossa seurassa. Tavallisuudessa on siis kyse yleisesti tunnetusta ja monia koskettavasta, mutta kuitenkin joissain tilanteissa hävettävästä ilmiöstä. Tavallisuuteen liittyy jotain hyvin arvottavaa: joillekin tarvetta olla kuten kaikki muutkin, joillekin tarvetta olla kaikkea muuta kuin kaikki muut. Tavallisuus voi viitata joko rutiininomaisesti toistuvaan, joka ei juuri kiinnitä huomiota, tai sitten johonkin erityiseen, joka tuntuu kiteyttävän jotakin tutusta kulttuurista. (Kivimäki 2012.)

Toisinaan suomalaisten keskinäisistä eroista vaietaan, kun suomalaisuus ja tavallisuus linkittyvät yhteen: ollaan vain tavallisia suomalaisia. Usein yhdistelmään liittyy myös tietynlainen, negatiivisävyinen maskuliinisuus: sohvalla makaava, televisiota katsova, alkoholia liikaa juova, makkaraa syövä vaaleaihoinen mies. Toisaalta tavallisuus voi Suomessa näyttäytyä myös ihanteena, jossa ei erotuta liikaa joukosta tai erotutaan korkeintaan juuri oikealla tavalla. Tavallisuuden laaja-alaisuudesta kertoo sekin, että myös äärikäyttäytyminen, kuten vakavat henkirikokset, saatetaan Suomessa esittää ”aivan tavallisten miesten” tekemiksi. (Kivimäki 2012.)

Kautta historian maahanmuuttajat ovat osallistuneet Suomen teollisuuden, arkkitehtuurin ja muun kulttuurin kehittämiseen ja myös liike-elämän vaikutukset ovat nähtävissä. Suomalaisuutta rakentamassa on ollut myös saksalainen säveltäjä Fredrik Pacius, joka sävelsi kansallislaulumme. Suomi ei olisi kehittynyt nykyisen kaltaiseksi ilman maahanmuuttoa. Historiaan liittyvä kansanvälisyys peittyi osin, koska monet ulkomaalaisperäiset nimet suomennettiin 1920- ja 30-luvuilla. Toisen maailmansodan jälkeen alkoi sulkeutuneen Suomen aikakausi. Suomi oli 1970-luvulle asti lähinnä maastamuuttomaa ja Suomeen muuttaneet olivat lähes kaikki suomalaisten kanssa avioituneita. Sitten 1980-luvun lopulla Suomessa asui vain noin 170 000 ulkomaalaista ja maahanmuuton tavallisin syy oli suomalaisen kanssa avioituminen. Suomeen saapui jonkin verran maahanmuuttajia töihin asiantuntijatehtäviin sekä opiskelemaan. Maahanmuuttoliike voimistui vuoden 1991 jälkeen ja samana vuonna tuli voimaan nykyinen ulkomaalaislaki. Kymmenen vuoden aikana ulkomaalaisten määrä oli noussut lähes 90 000 henkeen. (Räty 2002, 29–30.)

Maahanmuuttoviraston tilastojen perusteella Suomeen saapui viime vuonna 32 360 turvapaikanhakijaa yhteensä. Tänä vuonna heitä on saapunut helmikuun 28. päivään mennessä 1845. Yleisimmät turvapaikanhakijoiden kansallisuudet olivat vuonna 2015 **Irak, Afganistan, Somalia, Syyria ja Albania**. (Maahanmuuttovirasto 2016a, hakupäivä 29.2.2016.) **Irakissa** vuonna 2014 väkivaltaisuuDET kiihtyivät entisestään. Erityisesti Pohjois-Irakissa turvallisuus- ja humanitaarinen tilanne ovat pahentuneet. Yli kolme miljoonaa irakilaisista on joutunut maansisäiseksi pakolaiseksi. (Punainen Risti 2016, viitattu 23.3.2016.)

ISIS tulee sanoista Islamilainen valtio eli Islamic state, joka viittaa radikaaliin aseelliseen jihadistiryhmään. Ryhmä on ilmoittanut perustaneensa ääri-islamilaisten, sharia-lakia noudattavan kalifaatin. Ryhmä on kasvanut nopeasti Syyrian ja Irakin levottomuuksien johdosta ja se pitää hallussaan suuria maa-alueita. ISIS on noussut uutisotsikkoihin erityisesti julmien väkivaltatekojensa vuoksi.

(Globalis 2016, hakupäivä 23.3.2016.) YK:n turvallisuusneuvoston mukaan ISIS syyllistyy systemaattisiin ja laajoihin väkivaltaisuuksiin valtaamallaan alueilla. Väkivallan kohteiksi ovat joutuneet erityisesti etnisiin ja uskonnollisiin vähemmistöihin. Irakin väestönsuus on noin 37 miljoonaa ja heistä yli 8 miljoonaa tarvitsee humanitaarista apua. YK:n mukaan yli 4 miljoonan ihmisen ruokaturva on uhattuna ISIS:n vuoksi. Lähes kahdeksan miljoonaa ihmistä tarvitsee parempaa terveydenhuoltoa ja yli neljältä miljoonalta puuttuu puhdasta vettä ja riittävää saniteettihygieniaa. (Maahanmuuttovirasto 2016b, viitattu 23.3.2016.)

Sota on tehnyt **Afganistanista** yhden maailman köyhimmistä valtioista, jossa myös ihmisoikeustilanne on heikko. Maassa on nykyisin reilut 33 miljoonaa asukasta, joista suurin osa on sunnimuslimiteita. Uskonnolla on maassa tärkeä rooli niin kulttuurissa kuin lainsäädännössäkin. Etnisistä ryhmistä suurin ja perinteisesti Afganistania hallinnut ryhmä ovat pashtut. He puhuvat iranilaiseen ryhmään kuuluvaa kieltä, pashtua. Pashtujen ikivanhaa ja etenkin maaseudulla edelleen vallitsevaa moraalikoodia kutsutaan nimellä Pashtunwali. Sen peruseriaatteita ovat kunnia (nang, ghairat), suvun naispuolisten jäsenten suojeleminen (namus) ja vieraanvaraisuus (melmastia). Kunnian korostamisen haitallisia seurauksia voivat olla sukujen väliset verikostot (badal) ja naisten kunniamurhat. Vaikka pashtut ovat yksittäisistä ryhmistä suurin ja kulttuuriltaan vallitsevin, Afganistanin enemmistö muodostuu muista ryhmistä. Näistä suurimmat ovat Afganistanin persian murretta eli daria puhuva väestö. (Maahanmuuttovirasto 2013, viitattu 23.3.2016.)

Afganistanin nykyhallinto kärsii monista heikkouksista ja se on hyvin korruptoitunut. Suuri osa Afganistanin väestöstä ratkaisee kiistansa virallista oikeuslaitosta mieluummin perinteisten mekanismien, kuten heimoneuvostojen kautta. *Taliban-liike* on hajanainen ja moninainen joukko aseistetuja ryhmiä. Taliban-kapinallisten tyypillisiin toimintatapoihin kuuluu yhteisöjen ja toisinajattelevien yksilöiden uhkailu. Vallankäyttö perustuu väestön pelotteluun sekä varjohallinnon rakentamiseen vahvimmilla tukialueilla. Keinoihin kuuluu esimerkiksi verojen keräämistä, sieppauksia, salamurhia, varjohallinnon ja oikeusjärjestelmän ylläpitoa ja öisten uhkauskirjeiden jakelua. Taliban oikeudenkäynnit tunnetaan nopeina ja yleisimmin teloitustuomioon johtavina. (Maahanmuuttovirasto 2013, viitattu 23.3.2016.)

Afganistanin perusterveydenhuollon kehittämisessä on saatu merkittäviä tuloksia, joiden ansiosta vuoden 2012 alussa 85 prosenttia väestöstä oli perusterveydenhuollon piirissä, eli terveyskeskus sijaitsi tunnin kävelymatkan päässä. Ero on huomattava vuoteen 2002 verrattuna, jolloin vain 9

prosenttia väestöstä asui kahden tunnin kulkumatkan takana lähimmästä terveyskeskuksesta. Kansainvälisen punaisen ristin mukaan suuri osa väestöstä ei pääse terveydenhuollon piiriin epävakaan turvallisuustilanteen takia. (Maahanmuuttovirasto 2013, viitattu 23.3.2016.)

Väestörekisterin mukaan Suomessa oli vuonna 2011 2835 Afganistanin kansalaista.251 Jos mukaan lasketaan myös Suomen kansalaisuuden saaneet afgaanit, heitä arvioidaan olevan Suomessa ainakin 4000. Afganistanilaisia tulee Suomeen eniten kiintiöpakolaisina, turvapaikanhakijoina ja perheenyhdistämisen kautta. Suomen afgaaniyhteisöstä suurin osa on etniseltä taustaltaan hazaroita. (Maahanmuuttovirasto 2013, viitatti 23.3.2016.)

Somalian etelä- ja keskiosien turvallisuustilanne on tällä hetkellä epävaka ja ennustamaton. Somalian hallituksen ja sitä tukevien AMISOM-joukkojen taistelu islamistista Al Shabaab järjestöä vastaan jatkuu alueen eri osissa. Tarkkaa tietoa konfliktin seurauksena menehtyneiden siviiliuhrien lukumäärästä ei ole, mutta YK:n tietojen mukaan niitä on kesän 2015 aikana ainakin useita kymmeniä, heidän joukossaan myös naisia ja lapsia. **Islamistijärjestö Al Shabaabin** toiminta on edelleen merkittävä uhka Somalian turvallisuudelle ja rauhan saavuttamiselle, eikä tämä uhka ole poistumassa lähitulevaisuudessa. Vaikka Al Shabaab on menettänyt useiden kaupunkien hallinnan, se kykenee edelleen operoimaan ja tekemään merkittäviä sissi-iskuja, kuten salamurhia, itsemurhaiskuja ja asentamaan tienvarsipommeja niiden alueella. (Maahanmuuttovirasto 2015a, viitattu 20.4.2016.)

Kansalaisten tarvitsemia peruspalveluita tai elinkeinomahdollisuuksia on hyvin niukalti saatavilla ja viranomaisten mahdollisuudet suojata ja turvata siviiliväestön asema konfliktin keskellä on heikko. Maanteitse liikkuminen Somalian etelä- ja keskiosissa on vaikeaa ja vaarallista avustajajärjestöille ja tavalliselle somalialaiselle. Aseelliset yhteenotot, heikko infrastruktuuri, sekä Al Shabaabin, hallituksen ja muiden aseellisten joukkojen ylläpitämät tarkastuspisteet muodostavat kaikille tiellä kuljijoille riskin. Tarkastuspisteillä matkalainen on vaarassa tulla mm. ryöstetyksi, kiristetyksi, häirityksi, kuulustelluksi, pahoinpidellyksi, pidätetyksi tai raiskatuksi. Tarkastuspisteet vaikeuttavat välttämättömien avustuskuljetusten toimituksia ja rajoittavat väestön pääsyä välttämättömien palveluiden äärelle. (Maahanmuuttovirasto 2015a, viitattu 20.4.2016.)

Siviilejä on saanut surmansa konfliktiin liittyvissä väkivaltaisuuksissa, konfliktin osapuolet ovat syylistyneet laittomiin pidätyksiin, pidätettyihin kohdistuviin pahoinpitelyihin ja epäinhimilliseen kohteluun. Aseelliset joukot ovat rekrytoineet lapsia riveihinsä. Naisiin kohdistuva seksuaalinen väkivalta on yleistä ja naisten ympärileikkaus koskee lähes kaikkia maan naisia. (Maahanmuuttovirasto 2015a, viitattu 20.4.2016.)

Syyrian sisällissota jatkuu yhä, eikä sille näy loppua. UNHCR:n mukaan olot Syyrian sisällä sekä naapurimaissa ovat koko ajan huonommat. Yli 250 000 ihmistä on saanut surmansa ja yli 12 miljoonaa ihmistä Syyriassa on humanitaarisen avun varassa. Ihmiset eivät myöskään usko konfliktin loppuvan lähiaikoina, joten monet pakenevat pois alueen maista. Venäjä aloitti 30.9.2015 ilmaiskut Syyrian hallinnon rinnalla. (Maahanmuuttovirasto 2015b, viitattu 23.3.2016.)

Monilla alueilla saa vain muutaman tunnin sähköä päivässä ja iso osa maasta kärsii vesipulasta. Yli puolet väestöstä elää äärimmäisessä köyhyydessä. Sairaalarakennukset ovat myös vaarassa sillä hallinto ja osat kapinallisistakin tekevät iskuja niitä kohtaan. Monet lääkintähenkilökuntaan kuuluvista ovat menehtyneet tai joutuneet pakenemaan maasta. Osa vahingoittuneista viedään esimerkiksi Jordanian puolelle hoitoon. Yli 12 miljoonaa ihmistä maan sisällä tarvitsee humanitaarista apua. Ruokaa, lääkkeitä tai polttoainetta ei useinkaan päästetä alueille tai sairaanhoitoa tarvitsevia ihmisiä ei päästetä pois. Esimerkiksi Damaskoksessa sijaitsevassa Yarmoukissa on raportoitu puhjennut useita tauteja, esimerkiksi lavantautia, huonon hygienian vuoksi. (Maahanmuuttovirasto 2015b, viitattu 23.3.2016.)

YK:n mukaan lapsisotilaiden käytöstä on tullut rutiinia Syyrian sodassa. Isis, Jabhat al-Nusra sekä hallinnolle uskolliset joukot ovat rekrytoineet joukkoihinsa lähes 300 poikaa ja seitsemän tyttöä. Todelliset luvut ovat todennäköisesti suuremmat. Lapsille on maksettu lähes 400 Yhdysvaltain dollaria kuussa, mikä kannustaa vanhempia lähettämään lapsia taisteluihin. Suurin osa on ollut 15–17-vuotiaita, mutta on olemassa raportteja jopa 8-vuotiaista taistelijoista. Lapsia on käytetty myös ihmiskilpinä ja pakkotyössä. (Maahanmuuttovirasto 2015b, viitattu 23.3.2016.)

UNHCR:n mukaan ihmiset pakenevat Syyrian lähialueilta esimerkiksi juuri Eurooppaan, koska he eivät näe toivoa sodan pikaisessa loppumisessa. Elinkustannukset ovat myös nousseet monille liian suuriksi, eikä suurimmalla osalla ole työnteko- tai koulutusmahdollisuuksia. (Maahanmuuttovirasto 2015b, viitattu 23.3.2016.)

Albanialaisten turvapaikanhakijoiden määrä Suomessa on kasvanut moninkertaiseksi. Suomeen saapuneet albanialaiset ovat kertoneet, että heidän tulonsa taustalla on järjestelmällistä toimintaa. Maahanmuuttovirasto on saanut tietoa vastaavista tapauksista muuallakin Euroopassa. Matkojen järjestäjät ovat markkinoineet hakijoille, että vaikka oleskelulupaa ei myönnettäisi, paluumatkaan saa rahaa. Turvapaikkapäätökset ovat olleet kielteisiä. (Maahanmuuttovirasto 2015c, viitattu 20.4.2016).

2.1.2 Maahanmuuttajien terveys

Useilla maahanmuuttajilla on terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia. Tasa-arvoon tähtäävän yhteiskuntapolitiikan onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa väestöryhmät, joiden terveys ja hyvinvointi ovat keskimääräistä heikkomat ja selvittää, millä keinoilla tilannetta voidaan korjata. (Koskinen, Castaneda, Solovieva & Laatikainen 2012, 64, viitattu 23.3.2016.) Pakolaiset ja turvapaikanhakijat poikkeavat muista maahanmuuttajaryhmistä siten, että heidän terveydentilansa on uhanalainen ja siihen on kiinnitettävä erityistä huomiota. (Mannila 2008, 2509).

Maahanmuuttajien terveydestä, hyvinvoinnista ja kotoutumisesta suomalaiseen yhteiskuntaan on verrattain vähän tutkimustietoa. Kun muista maista on runsaasti tietoa siitä, että merkittävällä osalla maahanmuuttajista on huomattavia terveyden, hyvinvoinnin ja kotoutumisen ongelmia, on selvää, että ulkomaalaistaustaisen väestön hyvinvoinnista tarvitaan luotettavaa tietoa. Tiedontarvetta – ja tiedon hankkimisen haastavuutta – korostaa se, että osallistuminen väestötutkimuksiin on usein vähäisintä maahanmuuttajataustaisessa väestössä, eivätkä koko väestöön suunnatut tutkimukset yleensä tavoita riittävän hyvin ulkomailta Suomeen muuttaneita muun muassa kielivaikeuksien ja muiden kulttuuristen syiden takia. (Koskinen, Castaneda, Solovieva & Laatikainen 2012, 64, viitattu 23.3.2016.) Valikoitua tutkimustietoa on käytettävissä maahanmuuttajanaisten raskauden- ja synnytyksen aikaisesta terveydestä ja hoidon saamisesta. Mutta imetyksen kestosta ja lasten osuudesta rokotusohjelmissa ei ole muuta tutkimustietoa, kuin somaliäitien imetystavoista ja asenteista lasten rokotuksiin. (Malin & Gissler 2006, 124.)

Maahanmuuttajien ja tulomaan valtaväestön terveydentilan vertailu perustuu erilaisiin mittareihin, kuten esimerkiksi kyselyihin, rekisteripohjaisiin sairastuvuustietoihin ja terveystalviejien käyttöön. Terveys saatetaan ymmärtää eri kulttuureissa eri tavoin, terveystalviejäytyminen vaihtelee väestö-

ryhmissä ja terveydestä puhutaan eri tavoin, vaikka terveydentilaan voi pohjimmitaan katsoa vaikuttavan samojen yhteiskunta-, yhteisö- ja yksilötasoisten tekijöiden. Yleensäkin terveydentilan vertailu on vaikeaa, koska sairausprofiilit poikkeavat toisistaan eri etnisissä ryhmissä. Jotkut sairaudet ovat yleisimpiä maahanmuuttajien keskuudessa, toiset kantaväestössä, eivätkä maahanmuuttajat ole terveydeltään homogeeninen ryhmä: eri maista tulleiden sairausprofiilit poikkeavat nekin toisistaan. Tämä on luonnollista, koska ajatellaan, että terveydentilaan vaikuttavat niin sosiaalinen asema kuin elämäntapakin. Tutkimusten mukaan myös enemmän koulutetuilla, kielitaitoa omaavilla ja taloudellisesti paremmassa asemassa olevat ovat terveempiä. (Mannila 2008, 2510–2511.)

Maahanmuuttajien terveys näyttäisi heikkenevän nopeammin kuin muun väestön terveys, koska mahdollisesti maahanmuuttajien elinolot ovat vaikuttamassa tähän. Maahanmuuttajien terveydentilan heikko kehitys johtuu sosiaalisesta haavoittuvuudesta, joka ilmenee yleisempänä köyhytenä ja heikoimpina asuin oloina kuin kantaväestöllä sekä terveyspalvelujen saatavuuden ongelmina. Maahanmuuttajat ovat alttiita omaksumaan kantaväestölle ja sen huono-osaisemmille väestöryhmille yleisiä haitallisia elintapoja. Heikko terveys on syrjäytymisriski, joka toteutuu epäedullisessa yhteiskunnallisessa tilanteessa ja voi johtaa erilaisiin kierteisiin. (Mannila 2008, 2510–2511.)

Kurdi- ja venäläistaustaisten naisten koettu terveys oli selvästi huonompi kuin muissa tutkituissa ryhmissä. Sen sijaan somalialaistaiset, etenkin miehet, kokivat terveytensä erityisen hyväksi. Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä miehet kokivat terveytensä huomattavasti paremmaksi kuin naiset, mutta tutkimusalueiden koko samanaikaisessa väestössä sukupuolten välillä ei ollut eroa. Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä sekä naisten että miesten koettu terveys heikkeni johdonmukaisesti iän mukana. (Koskinen, Castaneda, Solovieva & Laatikainen, 2012, 64, viitattu 23.3.2016.)

Venäläistaustaiset henkilöt, etenkin naiset, raportoivat enemmän työ- tai toimintakykyä heikentäviä pitkäaikaissairauksia kuin tutkimuspaikkakuntien koko saman ikäinen väestö. Somalialaistaiset, etenkin miehet, raportoivat vähemmän pitkäaikaissairauksia kuin koko saman ikäinen väestö. Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä sekä naisten että miesten pitkäaikaissairastavuus yleistyi huomattavasti nuorimmasta vanhimpaan ikäryhmään. (Koskinen, Castaneda, Solovieva & Laatikainen, 2012, 69, viitattu 23.3.2016.)

Erikoissairaanhoidosta saatujen tietojen perusteella maahanmuuttajien ikävakiointu sairastavuus on suomalaisperäistä väestöä vähäisempää. Poikkeuksena ovat vatsa- ja lantiokipu, sappikivitauti ja dialyysihoidot. Ilmiötä voidaan osittain selittää maahanmuuttajien valikoitumisella, erilaisella oireiden kokemisella ja terveystalvelujen järjestämisen eroilla. (Malin & Gissler 2006, 123.) Muita sairauksia, joita maahanmuuttajilla tavataan, ovat muun muassa tuberkuloosi, hepatiitti B, helikobakteeri-infektio, D-vitamiinin puutostila ja anemia. (Oraza 2007, 443).

Maahanmuuttajien elämäntavoista ja terveystottumuksista on vain vähän tutkimustietoa olemassa. Tutkimustulosten mukaan esimerkiksi kaikkien synnyttäneiden maahanmuuttajanaisten raskaudenaikaisesta tupakoinnista tiedetään, että lähialueilta ja länsimaista tulleet naiset tupakoivat raskauden aikana useammin kuin muualta tulleet naiset. Maahanmuuttaja-aikuisten liikuntatottumuksista tiedetään myös vähän samoin kuin eri etnisten ryhmien ravitsemuksesta ja ruokatottumuksista. Seksuaaliterveyttä maahanmuuttajien osalta on myös tutkittu vain vähän ja yhden tehdyn tutkimuksen mukaan todettiin, että somalalaiset käyttivät vähän perhesuunnittelunpalveluita hyväkseen. Sukupuolen ja iän mukaisesta sairastavuudesta on jonkin verran tietoa, mutta nämä tiedot perustuvat terveydenhuollon palveluiden käyttäjien tietoihin ja voivat olla sen vuoksi väärä (Malin & Gissler 2006, 123.)

2.1.3 Maahanmuuttajien terveystalvelujen tarve

Laissa potilaan oikeuksista määritetään, että jokaisella Suomessa asuvalla on oikeus saada terveydentilansa edellyttämää terveydenhoitoa ja sairaanhoitoa. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun. Laki määrittää yleisesti sen, millaisiin arvoihin hyvä hoitokäytäntö perustuu. Hoito ei saa loukata ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä. Hoidossa tulee ottaa huomioon mahdollisuuksien mukaan potilaan äidinkieli, kulttuuri ja henkilökohtaiset tarpeet. (Malin & Gissler 2006, 115–116.)

Oletuksena voidaan sanoa, että etnisiin vähemmistöihin kuuluvat käyttävät terveyttä ja hyvinvointia ylläpitäviä palveluita tarvitessaan yhtä paljon ja he saavat sisällöltään samanlaisia, tarkoituksenmukaisia palveluita kuin suomalaissyntyisetkin. Oletamus perustuu **perustuslakiin**, joka mukaan jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on yhtäläiset oikeudet sosiaali- ja terveystalveluiden saamiseen. Lisäksi on olemassa myös muita lakeja, jotka määrittävät terveydenhuollon ja sairaanhoi-

don potilaan oikeuksia. Maahanmuuttajia koskee myös **yhdenvertaisuuslaki**, joka tarkoituksena on edistää ja turvata ihmisten yhdenvertaisuuden toteutumista ja tehostaa syrjinnän kohteeksi joutuneen oikeussuojaa. Laissa säädetään, ettei ketään saa syrjiä iän, etnisen tai kansallisen alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden, sukupuolisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Terveyspalvelujen antajilla on omat ammattieettiset normistonsa, joissa veloitetaan työntekijät kohtelemaan, hoitamaan ja auttamaan asiakkaita ja potilaita eettisesti oikein. (Malin & Gissler 2006, 115–116.)

Tärkeä syy maahanmuuttajien hoitoon pääsyn epäoikeudenmukaisuuteen on palvelujen jakautuminen kunnalliseen terveydenhuoltoon, yksityiseen terveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon. Kunnallinen terveydenhuolto on pääasiallinen palvelun tuottaja. Yksityinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto ovat kasvaneet merkittävästi ja se on heikentänyt Suomen terveydenhuollon oikeudenmukaisuus-periaatetta. Terveydenhuolto on periaatteessa yhtäläillä maahanmuuttajien saatavilla, mutta pääsy terveydenhuoltoon on rajoitettu niiden maahanmuuttajien osalta, joita ei katsota Suomessa vakinaisesti asuviksi. Terveyspalveluita käyttävien maahanmuuttajien määrä kasvaa jatkossa ja asettaa näin uusia haasteita terveydenhuoltojärjestelmälle. (Nummelin & Nuutinen 2011.)

Sukupuolten terveyskäyttäytymisestä tiedetään tutkimusten mukaan se, että naiset käyttävät terveyspalveluita enemmän kuin miehet, kokevat terveytensä yleensä heikommaksi kuin miehet, sairastavat enemmän kuin miehet, mutta elävät kauemmin kuin miehet. Etnisen ryhmän sukupuolijärjestelmä määrää yleensä sen, miten nainen voi elää elämänsä. Naisen asema vaihtelee hänen siviilisäätynsä ja ikänsä mukaan sekä sen mukaan, onko hänellä lapsia vai ei. Näiden hänen elämänsä määrittävien tekijöiden mukaan myös hänen terveytensä ja terveystarpeensa vaihtelevat. Eri ryhmien ja eri-ikäisten maahanmuuttajamiesten terveyspalveluiden erityistarpeista tai käytöstä ei ole tutkimustietoa. Samoin meillä ei ole tutkimustietoa maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten terveydenhuollon palveluiden tarpeista, saatavuudesta, käytöstä ja sisällöistä. (Malin & Gissler 2006, 121.)

Maahanmuuttajien terveyspalveluiden käytöstä on valikoitua tutkimustietoa olemassa. Tietoa on saatavissa diagnosiryhmittäin eri aikuisryhmien sukupuolen mukaisesta erikoissairaanhoidon käytöstä ja hoitajaksojen pituudesta. Maahanmuuttajat käyttävät kantaväestöä vähemmän terveydenhuollon palveluja sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Poikkeuksena

ovat 15–29-vuotiaat naiset, jotka käyttävät raskauden- ja synnytyksenaikaisia terveydenhoidon palveluita enemmän kuin suomalaissyntyiset, koska heidän lapsimääränsä on suurempi. Tämä on merkki siitä, että äitiyshuoltopalvelut tavoittavat hyvin maahanmuuttajanaiset. Tutkimuksen mukaan tiedämme myös, että maahanmuuttajanaiset käyttävät ja saavat raskauden aikana neuvolapalveluita, sairaalahoitoa ja äitiyspoliklinikkahoitoa yhtä paljon kuin kantaväestö. Maahanmuuttajien lääkkeiden käyttöä ei ole tutkittu. (Malin & Gissler 2006,124.)

Tiedetään myös, että perusterveydenhuollossa maahanmuuttajille tehdään vähemmän tutkimuksia kuin suomalaisille. Perusterveydenhuollon palveluiden käytössä maahanmuuttajien ja kantaväestön erot olivat vähäisiä. Maahanmuuttajilla on enemmän äitiysneuvola- ja suun terveydenhuollon käyn-tejä, mutta vähemmän muiden ammattiryhmien kuin lääkärin tai hoitohenkilökunnan luona käyn-tejä. Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että eniten terveydenhuollon palveluiden käyttävät tulevat pakolaismaista tulleet. (Malin & Gissler 2006,124.)

2.1.4 Maahanmuuttajien terveysterveystarpeet ja niiden tarjoamiseen liittyviä haasteita

Maahanmuuttajien kanssa työskentelyn pulmat liittyvät usein koettujen tarpeiden ja odotusten sekä palvelujärjestelmän todellisuuden ristiriitaan. Usein heidän odotuksiin liittyy voimakas usko länsimaiseen lääketieteeseen yhdistettynä puutteelliseen terveystietoon. Köyhistä oloista tulleet ja sodassa taikka onnettomuuksissa vammautuneet saattavat toivoa täydellistä paranemista. He voivat kokea myös suurta pettymystä, kun krooniset sairaudet eivät paranekaan kuukauden lääkekuurilla. Odotukset voivat liittyä erilaisiin hoitokulttuureihin. Potilas on esimerkiksi saattanut käydä lähtömaassaan puolen vuoden välein kardiologilla sellaisen sydämen sivuäänien vuoksi, joita Suomessa pidetään viattomana. Myös lääkkeiden käytössä on maittain suuria eroja. Lääkäreitä kohtaan tunnetaan ennakkoluuloja ja odotuksia. Monet maahanmuuttajat ovat kohdanneet Suomessa avointa rasismia ja saattavat epäillä myös terveydenhuollon henkilöstöä rasismista. (Oraza 2007, 443.)

Gatestone Institute raportoi Saksan terveydenhuoltoon liittyvistä uhkakuvista. Yli miljoonan Afrikasta, Aasiasta ja Lähi-idästä saapuneen turvapaikkaa etsivän ihmisen oleskelu Saksassa asettaa valtion terveydenhuollon kestävämmien rasitteiden alaiseksi ja on puhuttu jopa koko järjestelmän kaatumisesta 2016 loppuun mennessä. (Kern 2015. Viitattu 2.4.2016.) Tämä ei ole toistaiseksi meillä Suomessa samassa mittakaavassa tapahtuva asia, mutta varmastikin samansuuntaisia ajatuksia se voi herättää Suomen terveydenhuoltojärjestelmää kohtaan.

Saksassa sairaalat, klinikat ja ensiapuasemat ovat täynnä saapuneita turvapaikanhakijoita. Hoito-henkilökunta **työskentelee suuren paineen alla** ja heistä osa ovat joutuneet loppuun palamisen vuoksi sairaalomalle. Sairaaloista ilmoitetaan lisääntyvästi henkilökunnan turvallisuuteen liittyvistä uudenlaisista vaaroista. Maahanmuuttajat eivät ole tyytyväisiä joko tarjolla oleviin hoitoihin tai hoito-henkilökuntaan. Pakolaisten terveydenhoito vaatii miljardeja euroja. (Kern 2015. Viitattu 2.4.2016.)

Saksassa on jouduttu kasvokkain kohtaamaan outojen eksoottisten sairauksien ja tuberkuloosin tuomat **terveysongelmat**. Noin viisi prosenttia kaikista maahanmuuttajista kantavat bakteerikan-toja, joilla on vastustuskyky Saksassa käytössä olevia lääkkeitä kohtaan ja rokotuksista on puu-tetta. Tilastoidut yhteenvedot Saksan sairaaloista raportoivat sairauksista, joista ei Saksassa ole tiedetty mitään jopa kymmeneen vuosiin. Tällaisia sairauksia ovat Kongon verenvuotokuume, kurk-kumätä, ebola, hepatiitti, malaria, monet aivokalvontulehdukset, polio, syyhy, jäykkäkouristus, pilk-kukuume ja hinkuyskä. (Kern 2015. Viitattu 2.4.2016.)

Suomalainen terveydenhuolto kohtaa uusia haasteita päivittäin ja on hyvin yleistä, että henkilö-kunta kohtaa työssään jatkuvasti uusia hoitomenetelmiä, uusia terveysteknologian tuomia ratkai-suja ja jopa uusia sairauksia, joita ei ole totuttu aiemmin hoitamaan. Mutta lisääntyneet maahan-muuttajat tuovat oman ja erityisen haasteensa terveydenhuollolle. Joudumme pohtimaan monen-laisia kysymyksiä ja hakemaan niihin ratkaisuja: Millaisia terveystalvituja maahanmuuttajat tarvit-sevat? Miten kohdata potilas, jonka kulttuuritausta on aivan erilainen eikä ole yhteistä kieltä? Miten tehdään yhteistyötä tulkin kanssa? Sopivatko opitut diagnoosit maahanmuuttajille?

Yleisesti pakolaisuuteen ja turvapaikkaprosessiin liittyy keskimääräistä suurempi mielenterveys-häiriöiden riski. Erityisesti **traumaperäiset oireet ja depressio** ovat maahanmuuttajilla yleisiä. Kulttuurierot, tiedon puute ja ennakkoluut estävät usein maahanmuuttajia hakeutumasta psykiatri-seen hoitoon. Myös **hoito-henkilökunnan asenteet** maahanmuuttajia kohtaan voivat olla estä-mässä hoidon toteutumista. Suomessa tarvittaisiin lisää tutkimuksia maahanmuuttajaväestön ter-veydentilasta ja hoidon tarpeista sekä koulutusta ja toimivaa viranomaisyhteistyötä maahanmuut-taja-asioissa. (Halla 2007, 469.) Monikulttuurisuus tuo erityistarpeita terveystalvituhiin, ja näiden erityistarpeiden tunnistaminen on tärkeää. Suomeen tulee erilaisista taustoista maahanmuuttajia, joilla on mielenterveydenhäiriöitä. Näiden häiriöiden ja ongelmien tunnistamiseen terveydenhuollon

ammattilaisille ja opiskelijoille tarvitaan lisää koulutusta. (Castaneda, Lehtisalo, Schubert, Pakaslahti, Halla, Mölsä & Suvisaari 2012, 149–150, viitattu 24.3.2016.)

Sairaanhoitajien kokemusten perusteella maahanmuuttajien **sairaus- ja terveystieteet** ovat erilaisia. Hoitajan vastaanotolle hakeudutaan herkästi, pienestäkin vaivasta ja tyyppistä on, että maahanmuuttajilla on useita käyntejä saman ongelmaan liittyen. Maahanmuuttajat saapuvat vastaanottokäynnille fyysisten vaivojen vuoksi, mutta käyntien runsaudesta päätellen taustalla saattaa olla myös yksinäisyyttä, sosiaalisten kontaktien puutetta tai kenties psyykkisiä ongelmia. (Wathen 2007.) Maahanmuuttajilla esiintyy mm. tuberkuloosia enemmän kuin suomalaisilla. (Oroza 2007, 442). Erilaisesta sairaus- ja terveystieteestä hyvänä esimerkkinä on joidenkin maahanmuuttajien suhtautuminen tuberkuloosiin. Anamneesia selvitettäessä ja diagnoosivaihtoehtoja ääneen miettiessä on hyvä muistaa, että jotkut potilaista pitävät tuberkuloosia häpeällisenä ja ehdottomasti kuolemaan johtavana sairautena (Oroza 2007, 442).

Sairaanhoitajan omat valmiudet potilasohjaukseen vaikuttavat siihen, miten hän ohjaustilanteessa onnistuu. Hoitajan **omalla motivaatiolla ja valmiuksilla** tukea asiakkaan motivoitumista on merkitystä ohjauksen onnistumisessa. Monipuolisten ohjausmenetelmien käyttö mahdollistaa onnistuneen ohjaustilanteen paremmin. Ohjauksen omaksumisessa auttavat erilaiset kielelliset menetelmät, visualisoinnit ja vaikka ryhmässä oppiminen. Materiaalin puute on todettu ongelmaksi muissakin tutkimuksissa. Esimerkiksi tutkimukseen valmistautumiseen liittyvät ohjeet löytyvät usein vain suomenkielisinä, joka saattaa jopa estää koko tutkimuksen suorittamisen, koska potilas ei ole kytynyt valmistautumaan tulevaan tutkimukseen toivotulla tavalla. **Molempipuoliset ymmärtämishäiriöt** aiheuttavat ohjaustilanteissa ongelmia. **Epätietoisuus** ymmärryksen asteesta jää vaivaamaan hoitajaa helposti ja hän ei ole vakuuttunut ohjauksen saavuttavuudesta. (Wathen 2007.) Sujuvan ja selkeän kommunikoinnin on nähty olevan asiakkaan ja palveluntuottajan välillä hyvän hoitokäytännön kulmakivi. Monien terveydenhuoltohenkilön uskotaan osaavan englantia, mutta olevan haluttomia käyttämään sitä. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Kulttuuriset tekijät tuovat myös haasteen potilasohjaukseen. Näiden tunnistaminen, kuten myös sairaanhoitajan maailmankatsomus ja omat arvot määrittävät sen, miten hoitaja lähestyy ohjauksessa käsiteltäviä asioita ja potilasta. Maahanmuuttajat ovat yksilöitä ja etnisestä taustastaan riippumatta heidänkin eroavaisuutensa yhteisönsä sisällä voivat olla suuria. Sairaanhoitajien koke-

musten perusteella vierasmaalaiset perheet, jotka eivät edusta länsimaista kulttuuria, tuntevat pääsääntöisesti yhteenkuuluvuuden tunteen vahvempana ulottuvuutena kuin yksilöitymisen. Hoitajan vastaanotolle hakeudutaan yleensä omaisten saattamana ja samalla koko perheyhteisö osallistuu myös potilaan ohjaustilanteeseen, jossa merkittävin asia on yhteisen kielen löytäminen. (Wathen 2007.)

Sukupuoliroolien erilaisuus on myös otettava huomioon potilasohjaustilanteissa. Miehen hallitseva asema korostuu ohjaustilanteissa, riippumatta siitä, kenen vaivojen vuoksi vastaanotolla ollaan, mies toimii asioiden selvittäjänä ja nainen istuu hiljaa taustalla. Tämä ei välttämättä ole kulttuurille ominaista, vaan kyseessä saattaa olla naisen huonompi kielitaito. Usein naiset ja vaimot ovat kotona hoitaen lapsia ja heidän sosiaalinen verkostonsa saattaa olla heikompia kuin miehillä, jolloin myös kielitaidon kehittyminen on heikompaa. Maahanmuuttajien kohdalla on koettu suurena ongelmana miehen määräävä asema perheessä; mies välittää, tulkitsee ja päättää suhteessa palveluihin. Myös miehen halu kontrolloida vaimoaan monin tavoin on tavallista. Ongelmia saattaa aiheuttaa myös se, että naispotilasta voi hoitaa vain naislääkäri taikka miespotilasta vain mieslääkäri. (Wathen 2007.)

Sairaanhoitajilla on kokemuksia **ulkomaalaisten temperamentista**. He kohtaavat äänekkäitä ja aggressiivisesti käyttäytyviä maahanmuuttajia, jotka helposti leimaavat sairaanhoitajat rasisteiksi. Tällaisella uhkaavalla käytöksellä he pyrkivät jouduttamaan hoitoon pääsyä ja osoittavat tyytymättömyyttä vastaanottotilanteissa. Myöskään valtaväestön keskuudessa tällainen käyttäytyminen ei ole harvinaista. Hoidon antajien syrjivistä asenteista etnisiä ryhmiä kohtaan on olemassa jonkin verran tutkittua tietoa, mutta se on vähäistä. (Wathen 2007.)

Potilasohjauksessa ilmenee haasteita, joilla on vaikutusta onnistuneeseen ohjaustilanteeseen. Paras **fyysinen ympäristö** olisi sellainen, jossa voitaisiin häiriöttömästi keskittyä potilasohjaukseen, toteuttaa moniammatillista yhteistyötä, tarjolla olisi riittävästi materiaalia ja sairaanhoitajilla olisi riittävästi **resursseja** ohjauksen toteuttamiseen. Suurena ongelmana on **tulkkien** tavoittamattomuus ja tulkkaus. Tulkkeja ei ole saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina ja tämä on syynä usein vastaanottokäyntien siirtymiseen ja näin ollen hoitoon pääsyn viivästymiseen. Samoin ongelmaksi on koettu akuuttitilanteissa tulkkien saatavuus. Ongelmana koetaan myös kaikki tulkkien käyttöön ylei-

sesti liittyvä asiointi ja se, että heidän suomenkielentaitonsa on koettu olevan puutteellista. Sairaanhoidajat ovat kokeneet ongelmaksi myös, että sukulaisten ja ystävien toimimisen tulkkina, koska se on lisännyt hoitajien epätietoisuutta ohjauksen ymmärtämisestä. (Wathen 2007.)

Terveyspalveluiden käyttöön vaikuttavat tekijät voidaan jaotella **yksilö- ja järjestelmätason tekijöihin**. Yksilön terveyspalvelun käytön tarve syntyy silloin, kun hän kokee itsensä sairaaksi tai kokee tarvitsevansa apua terveysongelmaansa, johon hän hakee lääketieteellistä apua. Jotta maahanmuuttajataustainen saa tarpeen mukaista palvelua ja hoitoa, täytyy hänellä olla tietoa palveluista ja käsitys siitä, millä tavoin terveysongelmaa tai sairautta voidaan yrittää parantaa tai antaa siihen apua hänen elinpiirissään. (Malin & Gissler 2006, 117–118.)

Terveyspalveluiden käyttöön ja hoitoon hakeutumiseen vaikuttavat **sosiaaliset tekijät** ovat maahanmuuttaja perheen varattomuus, tai köyhyys, työttömyys, luku- ja kielitaidottomuus sekä länsimaista terveys- ja sairauskäsityksistä poikkeavat kulttuuriset terveystavat ja – uskomukset. Tutkimusten mukaan sellaiset yksilön elämää määrittävät tekijät, kuten muihin kuin valkoiisiin etnisiin ryhmiin kuuluminen, naissukupuoli, ja alhaisempi sosioekonominen asema, selittävät useimmiten ja voimakkaimmin terveyspalvelujen käyttämättömyyttä tarpeesta huolimatta. Tästä on seurauksena se, että länsimaiden ulkopuolelta tulleen maahanmuuttajan kohdalla nämä riskit olla käyttämättä terveyspalveluita tarvittaessa voivat kumuloitua. (Malin & Gissler 2006, 118–119.)

Eri väestönsien hoitopääsyyn voivat vaikuttaa erilaiset terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät **rakenteelliset esteet**. Ongelmia saattaa aiheuttaa esimerkiksi paikallisesti ja alueellisesti lääkäri- ja hoitajapula, hoitojonot, henkilöstön pätevyys, puuttuvat hoitolaitteet ja pitkät matkat hoitopaikkaan. (Malin & Gissler 2006, 118–119.) Sairaalassa ongelmien ei nähty olevan pelkästään kulttuurisidonnaisia vaan myös pitkistä jonoista ja ajanpuutteesta, jatkuvista kommunikaatiokatkoksista ja siitä, etteivät he saaneet riittävästi tietoa omista diagnooseistaan valitettiin. Sairaaloihin oltiin tyytymättömiä ja pettyneitä niiden palveluihin. Sairaalamailma nähtiin liian kiireisenä, jossa ei ehditä hoitaa ja tutkia kunnolla. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Maahanmuuttajien erityistarpeet huomioidaan kunnissa ja niiden sisällä eri sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä vaihtelevasti. Suurissa kunnissa maahanmuuttajien huomioiminen on systemaattisempaa kuin pienimmissä kunnissa. Joidenkin kuntien neuvolatyössä on jo pidemmän aikaa kyetty paremmin huomioimaan maahanmuuttajien palvelujentarvetta. Resurssien puute estää

maahanmuuttajien erityistarpeiden huomioimisen muilla kuin pakolaisilla. Osassa kuntia mahdollinen tulkin ja pidemmän vastaanottoajan tarve huomioidaan ainoastaan pakolaisilla, vaikka samat tarpeet ovat myös muilla maahanmuuttajilla. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2014. Viitattu 24.3.2016.)

Maahanmuuttajia ei huomioida resurssien mitoittamisessa, vaikka maahanmuuttaja vie usein kaksinkertaisen ajan muihin asiakkaisiin verrattuna. Maahanmuuttajien määrät ovat kasvaneet kaikissa palveluissa, mitä ei kuitenkaan ole huomioitu henkilökunnan määrässä. Perusterveydenhuollossa resurssipula alkaa näkyä työn laadusta tinkimisenä, asiakasrajausten tekemisenä ja yhteistyön sekä henkilökohtaisen neuvonnan ja ohjauksen vähentämisenä. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2014. Viitattu 24.3.2016.)

Erityisesti maahanmuuton alkuvaiheessa sosiaali- ja terveyspalvelut ovat keskeisessä asemassa kotoutumisessa. He saavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut normaalia palvelujärjestelmää, mutta nykyiset palvelut eivät tavoita kaikkia, jotka niitä tarvitsevat. Ongelmana on terveydenhuollon tavoittamattomuus maahanmuuttajiin nähden verraten pakolaisiin. Riittävätkö peruspalvelut yleensäkin vastaamaan maahanmuuttajien palveluntarpeeseen vai tulisiko heille järjestää keskitettyjä erityispalveluja? (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2014. Viitattu 24.3.2016.)

Hoitoon pääsyn esteitä voivat olla myös nk. **symboliset esteet**, joita ovat viestinnän ongelmat (kielitaidottomuus), asenteellinen suhtautuminen ja luottamuspula hoidon tai palvelun antajan ja saajan välillä. Hoidon antajan syrjivä asenne voi näkyä esimerkiksi siinä, että hoitoon oikeaan aikaan hakeutunut vähemmistöryhmään kuuluva potilas ei saa tarpeeseensa nähden oikeaa diagnoosia ja oikeanlaista hoitoa. (Malin & Gissler 2006, 118–119.)

Kansainvälisten terveydenhuollon tutkimusten mukaan siirtolaistaustaiset hakeutuvat tarpeeseensa tai sairastavuutensa nähden hoitoon harvemmin, joutuvat odottamaan kauemmin hoitoon pääsyä ja saattavat jäädä kokonaan ilman hoitoa useammin kuin valtaväestö. Hoidon on myös todettu olevan laadultaan muun väestön saamaa hoitoa heikompaa. Tätä on selitetty mm. maahanmuuttajien varattomuudella, hoidon antajan ja saajan välisillä kommunikaatio- ja luottamusongelmilla, tietämättömyydellä ja syrjivällä kohtelulla. Hoidon antajan tietoinen tai tiedostamaton syrjivä hoitoasenne jotain potilasryhmää kohtaan voikin olla yksi selitys sille, ettei maahanmuuttajataustainen saa tarpeensa tai sairautensa mukaista hoitoa tai hoito on heikompileatuista. Syrjivä ja

epäoikeudenmukainen kohtelu vahingoittaa aina potilaan ja asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä. Terveystieteiden tutkimuksissa on osoitettu, että terveydenhuollossa hoitoon pääsyn ja hoidon sisällön epätasa-arvoisuus on eettisesti väärin ja se saattaa uhata jopa vakavalla tavalla tiettyjen väestöosien terveyttä, mutta myös heidän laajempaa hyvinvointia. Jos hoitoon hakeutuminen viivästyy, voidaan myöhemmin tarvita intensiivisempiä hoitotoimenpiteitä, joilla myös hoidon kustannukset voivat olla korkeammat. (Malin & Gissler 2006, 119–120.)

Erityisesti hoitoa tarvitsevat traumatisoituneet maahanmuuttajat, kuten suuri osa pakolaisista ja turvapaikanhakijoista. Terveystieteiden henkilöstöllä on kehittämistä osaamisessaan maahanmuuttajaväestön mielenterveyden hoidossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut eivät vastaa maahanmuuttajien mielenterveysongelmien hoitamisen tarpeisiin riittävästi. (Valtiotalouden tarkastusvirasto 2014. Viitattu 24.3.2016.)

2.2 Suomalainen muutoksessa oleva sosiaali- ja terveydenhuolto

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutos (Sote-uudistus) on Suomessa käynnissä oleva julkisen sektorin hanke, jonka tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia. Näiden palveluiden järjestämistä hallinnoivat **sote-alueet** eli **sosiaali- ja terveydenhuoltoalueet**. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, viitattu 8.4.2016.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen keskeisinä tavoitteina ovat väestön terveyden, hyvinvoinnin ja sosiaalisen turvallisuuden edistäminen, yhdenvertaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen turvaaminen koko maassa, sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelujen vahvistaminen sekä kustannustehokkaan ja vaikuttavan palvelurakenteen toteuttaminen. Uudistuksena keskeisenä keinona nähdään sosiaali- ja terveydenhuollon mahdollisimman laaja integraatio, jossa perus- ja erikoispalvelu muodostavat ehjän palvelukokonaisuuden. Näin ihmisten palvelutarpeet huomioidaan kokonaisuutena ja heidän lähipalvelunsa varmistetaan koko maassa. Palvelujen hallintoa selkeytetään ja tehostetaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Viitattu 8.4.2016.)

Uudessa mallissa on erotettu palvelujen järjestäminen ja niiden tuottaminen toisistaan. Järjestämisvastuu siirtyy kunnilta, sairaanhoitopiireiltä ja erityishuoltopiireiltä viidelle sosiaali- ja terveysalueelle eli sote-alueelle. Sote-alueen kuntayhtymä vastaa siitä, että sen alueella asukkaat ja muut

palveluihin oikeutetut saavat tarvitsemansa palvelut. Lähtökohtana on lähipalvelujen turvaaminen. Palvelujen tuottamisvastuu on kunnalla tai kuntayhtymällä. Sote-alue tekee päätöksen siitä, mitkä kunnat ja kuntayhtymät ovat tuottamisvastuussa. Ne voivat järjestämispäätöksen mukaisesti edelleen tuottaa palveluja itse tai hankkia palveluja myös muutoin, kuten järjestöiltä, yrityksiltä ja palveluseteliä käyttämällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, Viitattu 8.4.2016.)

Joka neljäs vuosi tehtävässä järjestämispäätöksessä määritellään tuottamisvastuussa olevat kunnat ja kuntayhtymät sekä niiden tehtävät, rahoituksen ja voimavarojen kohdentaminen, palvelurakenne ja periaatteet muualta hankittaville palveluille (ostopalveluille), sote-palvelujen laatu- ja palvelutaso, yhtenäiset käytännöt ja kielellisten oikeuksien toteuttaminen. Järjestämispäätöksissä otetaan huomioon asukkaiden näkemykset palveluista. Tuottamisvastuun edellytykset määritellään uudessa laissa. Tuottamisvastuullisella tulee olla kyky vastata ehkäisevistä, korjaavista, hoitavista, kuntouttavista ja muista sote-palveluista yhtenäisenä kokonaisuutena. Nämä tehtävät edellyttävät omaa henkilöstöä ja muita voimavaroja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Viitattu 8.4.2016.)

2.2.1 Perusterveydenhuolto ja sen palvelut

Terveydenhuoltolailta pyritään kaventamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä parantamaan väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja laatua. Suomessa **perusterveydenhuollon** palvelujen katsotaan olevan tasa-arvoisesti ja oikeudenmukaisesti kaikkien saatavilla, mutta näin ei kuitenkaan ole. Perusterveydenhuollon palveluja tarjotaan terveyskeskuksissa ja työterveydenhuollossa sekä yksityisillä lääkäriasemilla. Työterveyshuollon asiakkaat ovat työssäkäyviä ja paremmin koulutettuja ihmisiä, joiden terveys on keskimääräistä parempi kuin heikommassa asemassa olevilla ja palvelut ovat maksuttomia. Hyvässä ammattiasemassa olevilla on myös paremmat mahdollisuudet käyttää yksityislääkärin palveluja edukseen. Terveyskeskusasiakkaille terveyskeskus on yleensä ainoa mahdollinen paikka saada hoitoa, sillä se on ainoa kaikille avoin palveluntarjoaja. Tämän vuoksi palvelujen oikeudenmukaisuuden parantamiseksi tulee erityisesti kehittää terveyskeskuspalvelujen saatavuutta ja laatua. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016a. Viitattu 8.4.2016.)

Perusterveydenhuollon erilaiset asiakasmaksut eri sektoreilla ovat yksi tekijä, joka lisää eriarvoisuutta terveydenhuollon palvelujen tarjonnassa. Terveyskeskusmaksut vaikeuttavat heikoimmassa

asemassa olevien hoitoon hakeutumista ja estävät palvelujen tarpeenmukaista käyttöä. Maksukatot eivät auta riittävästi kaikkein pienituloisimpia sairaita ja lääkekulut voivat myös olla merkittävä ongelma heille. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016a. Viitattu 8.4.2016.)

2.2.2 Erikoissairaanhoidon ja sen palvelut

Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa erikoissairaanhoidon yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta, jonka palveluja annetaan sairaaloissa. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan sairaalassa annettavaa erikoislääkärin tekemää tutkimusta ja hoitoa, kuten kirurgisia leikkaustoimintoja. Suomen sairaaloista suurin osa on julkisia, kuntien tai kuntayhtymien omistamia. Vaativimmista hoidoista vastaavat yliopistosairaalat tai sairaanhoitopiirien keskussairaalat. Lisäksi Suomessa on aluesairaloita ja paikallisia sairaaloita, kuten kaupunginsairaloita. Myös terveyskeskusten vuodeosastoja voidaan kutsua sairaaloiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, hakupäivä 10.4.2016.) Sairaaloiden toiminnasta säädetään terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 1:1§.) ja sairaaloiden toiminnan järjestämisestä säädetään erikoissairaanhoidolaissa. (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989 1:1§.)

Kuntien tehtävänä on huolehtia, että sen asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Ensiapua ja kiireellistä hoitoa annetaan sairaaloissa kaikille niitä tarvitseville asuinpaikasta riippumatta. Kiireetöntä erikoissairaanhoidon varten potilas tarvitsee lähetteen ja hoitoon on päästävä tietyn ajan sisällä. Erikoissairaanhoidon palveluja tarvitseva henkilö voi valita hoitopaikan sen erityisvastuualueen sisältä, jossa hänen kotikuntansa sijaitsee. Aluehallintovirastot ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) suunnittelevat, ohjaavat ja valvovat sairaaloiden toimintaa. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) toimii erikoissairaanhoidon asiantuntijalaitoksena ja sen tehtäviin kuuluu myös kerätä tilastotietoa sairaaloissa annetuista palveluista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b. Viitattu 10.4.2016.)

2.2.3 Yksityinen sektori ja sen palvelut

Terveydenhuollon avopalveluista yhä suuremman osan tuottaa yksityinen työterveyshuolto ja muut yksityiset palveluntarjoajat. Yksityisiä terveyspalveluita – paitsi lääkärin vastaanotokäyntejä, kirurgisia toimenpiteitä tai hammashuoltoa, myös ehkäiseviä palveluita - käyttävät etupäässä hyvätuloiset ja korkeasti koulutetut ihmiset. Yksityiset terveyspalvelut kattavat noin viidenneksen kaikista

lääkärivastaanottokäynneistä ja erikoisaloilla osuus on huomattavasti suurempi. Työterveyshuollon lääkärikäyntien osuus puolestaan on noin 18 % kaikista aikuisväestön lääkärikäynneistä. Sairaalahoidossa yksityisten palvelujen osuus on Suomessa suhteellisen pieni ja yhä suurempi osa kunnallisten sairaaloiden saamista läheteistä kirjoitetaan muualla kuin terveyskeskuksissa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011. Viitattu 10.4.2016.)

Yksityisten terveyspalveluiden määrä on ollut voimakkaasti kasvussa. Suomeen on syntynyt suurempia yksityisiä terveyspalveluyrityksiä. Ne ovat keskittyneet tarjoamaan julkiselle sektorille rinnakkaisia palveluja, jononpurkuja ja keikkalääkäripalveluja. Lähitulevaisuudessa yksityisten palvelujen tuotannon odotetaan kasvavan, koska julkiset hankinnat on kilpailutettava, teknologia kehittyä ja väestön vaatimustaso kasvaa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011. Viitattu 10.4.2016.)

2.3 Suomalainen terveysalan koulutus

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä astui voimaan vuonna 1994. Tämän lain tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla muun muassa, että tässä laissa tarkoitettulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koituva hyöty ja sen mahdolliset haitat. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä on velvollisuus ottaa huomioon, mitä potilaan oikeuksista säädetään. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559 1:1§,3:15§.)

2.3.1 Yliopisto ja ammattikorkeakoulu terveydenhuollon työntekijöiden kouluttajana

Suomessa **yliopistot** antavat terveydenhuoltoalan koulutusta muun muassa **lääketieteen koulutusohjelmassa**, josta valmistutaan lääketieteen lisensiaatiksi. Koulutusohjelman tavoitteena on antaa opiskelijoille valmius lääkärin ammattiin sekä ammatilliseen ja tieteelliseen jatkokoulutukseen. Koulutus antaa valmiudet toimia myös opetus- ja tutkimustehtävissä sekä muissa lääketieteen alan asiantuntijatehtävissä. (Oulun kaupunki 2016. Viitattu 11.4.2016.)

Hammaslääketieteen koulutusala puolestaan valmistuu suun terveydenhuollon asiantuntijoita vaativiin kansallisiin ja kansainvälisiin tehtäviin. Koulutus tarjoaa valmiudet tieteelliseen jatkokoulutukseen ja tiedekunnan monitieteisyys ja laaja-alaisuus tarjoaa erinomaiset lähtökohdat tutkimustyölle. Koulutus antaa myös valmiudet suorittaa erikoishammaslääkärin tutkinto yhdeksällä hammaslääketieteen erikoisalalla. (Oulun kaupunki 2016. Viitattu 11.4.2016.)

Terveystieteiden koulutusaloilta valmistuu terveydenhuollon asiantuntijoita vaativiin kansallisiin ja kansainvälisiin tehtäviin. Tutkinnon suorittaneille tarjoutuu monenlaisia mahdollisuuksia erilaisiin tutkimus-, hallinto-, koulutus- ja suunnittelutehtäviin sekä muihin asiantuntijatehtäviin. (Oulun kaupunki 2016, viitattu 11.4.2016.)

Suomessa **ammattikorkeakoulut** tarjoavat myös terveysalan koulutusta ja opintojen laajuus on 210–270 opintopistettä ja normin mukainen suoritus aika $3\frac{1}{2}$ – $4\frac{1}{2}$ vuotta. Tutkinnon voi opiskella suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi. Terveysalan koulutuksen saaneella on tieteelliset, tekniset ja toiminnalliset valmiudet työskennellä asiantuntijana terveydenhuollon eri tasoilla, erilaisten järjestöjen palveluksessa sekä yksityissektorilla. Terveys alan ammattinimikkeitä ovat apuvälineteknikko, bioanalyttikko, ensihoitaja, fysioterapeutti, geronomi, hammasteknikko, jalkaterapeutti, kuntoutuksen ohjaaja, kättilö, naprapaatti, optometrismi, osteopaatti, röntgenhoitaja, sairaanhoitaja, suuhygienisti, terveydenhoitaja ja toimintaterapeutti. Ammattikorkeakoulututkinnon ja kolmen vuoden työkokemuksen jälkeen voi opiskella 90 opintopisteen laajuisen **ylempi AMK- tutkinnon** opintojen painottuessa työn kehittämiseen ja johtamiseen. (Oulun ammattikorkeakoulu 2016. Viitattu 20.2.2016.)

2.3.2 Ammatillinen oppilaitos terveydenhuollon työntekijöiden kouluttajana

Suomessa **amatilliset oppilaitokset** tarjoavat myös terveysalan koulutusta. Ammatilliseen perustutkintoon johtavan koulutuksen tavoitteena on antaa opiskelijoille ammattitaidon saavuttamiseksi tarpeellisia tietoja ja taitoja sekä valmiuksia itsenäisen ammatin harjoittamiseen. Perustutkinnon laajuus on 180 osaamis pistettä. Ammatillisen perustutkinnon voi suorittaa joko koulussa tapahtuvana päiväopiskeluna, näyttötutkintona tai oppisopimuskoulutuksena. Tutkinto antaa yleisen jatko-opintokelpoisuuden ammattikorkeakouluihin ja yliopistoihin. (Oulun seudun ammattiopisto 2016. Viitattu 11.4.2016.)

Esimerkiksi Oulun ammattiopistosta valmistetaan muun muassa lähihoitajan ammattiin. Koulutus tuottaa perusvalmiudet ohjata, hoitaa ja kuntouttaa eri-ikäisiä, taustaltaan erilaisia ihmisiä. Työelämässä lähihoitajan tehtäväkenttä on hyvin monipuolinen, ja työtehtävien kirjo on laaja. (Oulun seudun ammattiopisto 2016. Viitattu 11.4.2016.)

2.4 Monikulttuurinen hoitotyö

Missään maailman valtiossa ei ole toteutunut monikulttuurisen yhteiskunnan ideaalimalli, mutta se voi olla tavoitteena kehittää yhteiskuntaa ja sen palveluja. Käytännössä monikulttuurisia toimintamalleja on helpompi kehittää pienimmissä yhteisöissä kuin koko yhteiskunnan tasolla, kuten esimerkiksi kouluissa ja muissa työyhteisöissä. (Räty 2002, 48.)

Monikulttuurisella hoitotyöllä tarkoitetaan erilaisten kulttuurien parissa tehtävää hoitotyötä erilaisissa hoitoympäristöissä, jonka työntekijät ja asiakkaat ovat peräisin erilaisista kulttuureista ja etnisistä ryhmistä. Monikulttuurisissa hoitosuhteissa huomioidaan ihmisten kulttuuriset lähtökohdat, jonka päämääränä on asiakkaan kulttuurisen taustan huomioiminen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. (Koskinen 2009, 18–19). Monikulttuurisuus tässä tutkimuksessa perustuu Sainola-Rodriguezin (2007, 217) määritelmään, jonka mukaan monikulttuurisuudella tarkoitetaan potilaan kulttuurin, kansallisuuden ja etnisen taustan, mutta myös erilaisen sosiaalisen todellisuuden tuomaa erilaisuutta.

2.4.1 Monikulttuurisen hoitotyön haasteet

Lisääntyneet maahanmuuttaja-asiakasmäärät ovat haaste monikulttuuriselle hoitotyölle. Haasteellisuutta lisää maahanmuuttajien sosiaalinen todellisuus, joka saattaa sisältää pakolaisuutta, syrjäytymistä, marginaalisuutta ja ulkopuolisuuden tunnetta. Suomalaisessa hoitotyön koulutuksessa monikulttuurisuus mielletään muista opintojaksoista irralliseksi aiheeksi, joka sijoitetaan useimmiten vapaasti valittavien opintojaksojen joukkoon. Parhaiten monikulttuurisuuden opetusta edistää opettajan kehittynyt monikulttuurinen osaaminen. (Koskinen 2009, 25,27.) Nykyisessä Hoitotyön tutkinto-ohjelman opinto-oppaassa opintojakso Monikulttuurisuus terveysalalla on sisällytetty vapaasti valittavien opintojaksojen joukkoon (Oulun seudun ammattikorkeakoulu 2016. Viitattu 26.1.2016).

Suomalaisessa yhteiskunnassa esiintyy **syrijintää, ennakkoluuloja ja rasismia**. Näin tapahtuu myös hoitotyössä. Rasismi ilmenee hoitotyössä usein peitettynä, jolloin se näyttäytyy epäsuorasti torjuvana, vihamielisenä ja etäisenä suhtautumisena, epäkohteliaana puhutteluna tai non-verbaalina viestintänä. Rasismia on myös se, että yksilöiden tilanteita yleistetään koskemaan kaikkia maahanmuuttajia. (Abdelhamid & Koskinen 2009, 95–96.) Terveystieteiden tutkimuksen piirissä on nähty olevan **diskriminaation** merkkejä afrikkalaisten maahanmuuttajien mukaan. Ihonvärin, ulkonäön ja sen millainen kumppani naisella on ollut neuvolavastaanotolla mukana, on koettu vaikuttavan siihen, miten hoitohenkilökunta tarjoaa palveluitaan. Ulkomaalaisuus on koettu automaattisesti syyksi siihen, etteivät he tunteneet olevansa täysivaltaisia yhteiskunnan jäseniä. Maahanmuuttajuuden ja alimpaan sosiaaliluokkaan. Automaattisesti ja tietyn terveydenhuoltojärjestelmän sisäisen, epäsuoran ja vähättelevän asenteen tarkoituksena on saatettu kokea heidän omanarvontuntonsa alaspainaminen. Hyvän suomen kielen taidon uskotaan tuovan arvostusta ja parantavan heidän asemaansa. Nigerian maahanmuuttajat ovat kokeneet syrjinnäksi hoitohenkilökunnan heille tekemät HIV-testit, joista asiakkaat itse eivät olleet tietoisia. Maahanmuuttaja-asiakkaat ovat kokeneet tämän selväksi diskriminaatioksi, koska he uskovat, etteivät hoitajat tee samoin valtaväestöön luokitetuille asiakkaille. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Maahanmuuttajien **suomen kielen oppimisen ja tiedonsaannin esteeksi** on koettu myös **kontaktien ja vuorovaikutuksen vähäisyys** valtaväestön kanssa, kieli vaikeaksi oppia sekä maahanmuuttajien ja turvapaikanhakijoiden eristäytyneisyys. Kieli rajoittaa asiakkaiden kykyä puhua omista terveysongelmistaan ja vaikeuttaa kysymysten esittämistä. Afrikkalaiset maahanmuuttajat ovat kuvanneet etenkin abstraktien asioiden, kuten kivun ja erilaisten tunteiden kuvailemisen vaikeaksi. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Afrikkalaiset maahanmuuttajat eivät ole kokeneet saaneensa riittävästi tietoa omasta ja lastensa terveydestä. Heidän mielestään yhteisen **kielen puuttuminen** on suurin yleisen tiedonkulun ja selkeän täsmällisen informaation antamisen ja vastaanottamisen este. Tämän vuoksi heidän ensivaikutelmansa suomalaisesta terveydenhuollosta on muodostunut usein kielteiseksi. Somalialaiset ovat kuvanneet että, hoitohenkilöstön kanssa kommunikoinnissa sekaannusta saattoi liittyä myös yksittäisten sanojen väärinymmärrettyyn merkitykseen. Puutteellisen kommunikoinnin on koettu vaikeuttavan palvelujen käyttöä ja oikean hoidon saamista. (Koskimies & Mutikainen 2008.)Iranilaiset turvapaikanhakijat ovat kuvanneet **kommunikointiongelmien** ja väärinkäsitysten liittyvän

useasti **tulkkipalveluihin**. Joskus tulkit eivät ole puhuneet heidän kieltään, vaan jotain muuta turvapaikan kotimaassa puhuttavaa toista kieltä. He ovat kokeneet myös että, on harvinaista saada tulkkipalvelua, joka osaisi lääketieteellistä terminologiaa. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Maahanmuuttajat ovat kokeneet **puutteita tiedon ja ohjauksen saannissa**. He ovat kokeneet, että tiedon siirtämisen vastuu on terveydenhuollon henkilökunnalla ja että heidän tulee varmistaa, että asiakas ymmärtää niin puhutun kuin kirjallisenkin materiaalin sisällön. Myös se, miksi jotain tehdään, on hyvin tärkeää perustella maahanmuuttajalle. Informaation puutteellisuuden vuoksi osa maahanmuuttajista ovat kokeneet olevansa peloissaan ja varuillaan asioiden edessä, joita he eivät tunne tai ymmärrä. Tähän vaikuttavana tekijänä on nähty puutteellinen kommunikaatio asiakkaan ja terveydenhuollon henkilökunnan välillä. (Koskimies & Mutikainen 2008.) Suomalainen palvelujärjestelmä on heikosti maahanmuuttajien tiedossa. Tiedon saantia vaikeuttaa se, että palvelujärjestelmä on pirstaleinen eikä viranomaisilla ole riittävästi aikaa maahanmuuttajien neuvomiseen, vaikka hallintolaki näin velvoittaaakin. Palveluihin hakeutumiseen vaikuttaa myös se, missä määrin maahanmuuttajalla ja lähiyhteisöllä tietoa siitä, millaisia palveluja on tarjolla. Heidän voi olla vaikea löytää ajantasaista omalla kielellä kirjoitettua tietoa kunnan palvelujärjestelmästä, tai heillä ei ole riittävästi kielitaitoa tai he eivät esimerkiksi osaa käyttää Internetiä ollenkaan. (Valtiorikostutkimuskeskus 2014, viitattu 24.3.2016.)

Hoitohenkilökunnan on koettu tekevän valitettavan usein yleistyksiä. Heidän on kuvattu ilmentävän **stereotyyppisillä käsityksillään** etnisistä ryhmistä tulevia asiakkaita esimerkiksi siten, että afrikkalaiset asiakkaat ovat aina myöhässä tai he eivät osaa huolehtia omasta terveydestään. Hoitohenkilökunnan on kuvattu usein pitävän itsestään selvänä käytäntöjä eikä henkilökunta ole informoinut niistä asiakasta. Tällaisiksi tilanteiksi on koettu muun muassa tiedottaminen varatun ajan perumisesta. Iranilaiset turvapaikanhakijat ja afrikkalaiset maahanmuuttajat ovat kokeneet, että suomalaisilla oli valitettavan usein asenne, että ulkomaalaiset ovat valehtelijoita, jotka tulevat köyhistä maista vailla mitään ja kuvittelevat pääsevänsä niin sanotusti taivaaseen tullessaan Suomeen. Afrikkalaiset ovat kokeneet, ettei heihin luoteta eikä uskota. Myös suomalaisiin tutustumista on pidetty vaikeana. Yleinen uskomus venäjänkielisillä maahanmuuttajilla on ollut, etteivät suomalaiset pidä heistä. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Somalialaiset ovat ihmetelleet ja kuvanneet hoitohenkilökunnan **etnosedistä asenteita**, jota ovat ilmenneet muun muassa runsaan lapsimäärän ihmettelynä sekä hoitohenkilökunnan kyllästyneenä

käyttäytymisenä somalialaisia kohtaan. Afrikkalaiset ovat kokeneet maahanmuuttaja- ja siirtolainen nimitykset epämukavina. Nimitystä ulkomaalainen pidettiin parempana vaihtoehtona. Maahanmuuttaja-nimitystapa on koettu kategorisoivan yhden tietyn ihmisryhmän, jolla ei ole maan kansalaisuutta. Maahanmuuttajaleima on saanut afrikkalaiset kokemaan itsensä vieraantuneiksi omasta kansastaan ja yhteiskunnastaan. Katkeruutta on esiintynyt, kun heidän nimeään ei ole osattu lausua tai kirjoittaa oikein, sitä on lyhennetty tai jätetty kokonaan sanomatta ja kutsuttu vastaanotolle pelkästään sormea osoittamalla. Tämän he ovat kokeneet erityisen alentavaksi. Oman nimen ja identiteetin tunnistamista on pidetty erityisen tärkeänä. Afrikkalaiset ovat kuvanneet, että isoissa sairaaloissa henkilökuntaa ei kiinnostanut vieraista kulttuureista oppiminen, ja he ovat kokeneet, että hoitohenkilökunta oli kiusaantunutta hoitaessaan ulkomaalaisia. Sairaaloissa on nähty pelättävän erilaisuutta ja kieltäytyttävän ymmärtämästä toisten ihmisten kulttuuria. Vieraiden kulttuureiden ei ole koettu kiinnostavan henkilökuntaa eivätkä he ole tienneet, kuinka suhtautua ulkomaalaisiin. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Venäjänkieliset maahanmuuttajat ovat kuvanneet **suomalaisen terveydenhuollon olevan jäykkää ja kapea-alaista** etenkin mitä tuli eri hoitomuotoihin. Venäläisille tutut ja Venäjällä sairaaloissa yleisinä hoitomuotoina käytetyt, biolääketieteen alaan kuulumattomat konstit, kuten muun muassa yrttijuomat, kääreet, hieronnat ja homeopatia julistettiin Suomessa tehottomiksi uskomuksiksi. Asiakkaat eivät ensimmäisen kerran jälkeen kehdanneet enää ottaa asiaa puheeksi lääkärien kanssa. Suomessa nähtiin luotettavan vain antibiootteihin, joita tarjotaan joka vaivaan. Suomalainen biolääketiede nähtiin kapea-alaisena ja vaihtoehdottomana. Suomalainen terveydenhuolto on koettu liikaa biolääketieteeseen, biologiseen sairauskäsitykseen ja teknologiaan tukeutuvaksi. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Hoitohenkilöstön kirjava osaamistaso työskennellessä maahanmuuttajien kanssa vaikeuttaa yhdenvertaisuuden toteutumista ja estää asiakkaiden ohjautumista eteenpäin. Henkilöstön epävarmuus ja osaamattomuus voivat myös lisätä väärinkohdistettuja erityistoimia, ja tämä puolestaan tulee yhteiskunnalle kalliiksi. Terveydenhuollossa maahanmuuttajien kanssa työskentely näyttää keskittyvän vain tietyille yksiköille ja pienissä kunnissa jopa yhdelle henkilölle. Mikään yksittäinen koulutus ei valmenna terveydenhuoltohenkilöstöä työskentelemään maahanmuuttajien kanssa, vaan osaaminen hankitaan kokemuksen kautta ja maahanmuuttajatyöhön valikoituu henkilöitä, joilla on tietynlainen maailmankatsomus ja kiinnostus vieraisiin kulttuureihin. Terveydenhuollon työ-

kentillä ei ole riittävästi koordinoitua, systemaattista ja kunnollista maahanmuuttajiin liittyvää koulutusta ja monikulttuurisuuskoulutus sosiaali- ja terveydenhuollossa on puutteellista. (Valtionalouden tarkastusvirasto 2014, viitattu 24.3.2016.)

2.4.2 Monikulttuurisen hoitotyön edellytyksiä

Monikulttuurinen hoitotyö edellyttää **herkkyyttä tunnistaa erilaisuutta**, sillä erilaisuus on joka tapauksessa mukana kaikessa asiakastyössä mutta erityisesti monikulttuurisessa asiakastyössä. Tunnistamisen lisäksi on tärkeää tietää, miten erilaisuus voi vaikuttaa potilaan kykyyn hoitaa itseään ja hakeutua hoitoon. Kun hoitaja tiedostaa erilaisuuden läsnäolon on hänen helpompi kuulla asiakas. Monikulttuurisen hoitotyön ideana onkin nähdä potilas monien identiteettien toteuttajana ja omistajana. Potilas ei olekaan enää ainoastaan pakolainen tai maahanmuuttaja, vaan terveydenhuollon palveluja käyttävä kaupunkilainen, perheen äiti tai toimistovirkailija. (Abdelhamid & Koskinen 2009, 96.) Hoitajaan liittyvä asiantuntijavalta tekee hoitaja-asiakas-suhteesta haavoittuvan silloin, jos hoitaja on valtakulttuurin jäsen eikä hänellä ole herkkyyttä tarjota asiakkaalle mahdollisuutta ammentaa voimaa omasta kulttuuristaan. Vaarana on käydä myös niin, että hoitajan kokemus asiakkaan toiseudesta voi johtaa rodullistamiseen, jolloin asiakkaaseen liitetään kielteisiä merkityksiä hänen ihonväriinsä, ulkoisen olemuksensa tai kulttuuristen tapojensa perusteella. (Abdelhamid & Koskinen 2009, 97.) Lisäksi terveydenhuoltohenkilökunnan on tärkeää **huomioida maahanmuuttajan terveystausta**, voidakseen kiinnittää huomiota myös ennaltaehkäisevään hoitotyöhön sekä terveyden edistämiseen. (Nummelin & Nuutinen 2011).

Viestinnän merkitys on ensiarvoisen tärkeää ihmisten välisessä kanssakäymisessä. Tehokkaassa viestinnässä sanoman vastaanottaja tulkitsee sen, siten kuin viestijä on asiansa tarkoittanut. Tämä tuo suuria haasteita tilanteisiin, joissa toinen tai molemmat kommunikoivat kielellä, joka ei ole heidän äidinkieltensä. Terveydenhuollon toiminnot ovat keskeisiä kommunikaation alueita, joissa annettujen viestien oikein ymmärtämiselle asetetaan erityisen korkeat vaatimukset. Oikeinymmärrys ja tehokas viestintä ovat perusedellytys toimivalle potilaan, lääkärin ja hoitajan väliselle suhteelle, ja ne auttavat molemminpuolisen kunnioituksen ja luottamuksen syntymistä. (Cools, Kahla & Tuominen 1998, 43.)

Iranilaiset turvapaikanhakijat toivoivat **huolellisuutta tulkkien valinnan suhteen**. Tulkeille pitäisi järjestää riittävästi koulutusta ja vaatia heiltä riittävää sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetyn sanaston hallintaa. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Myös lääkäreille ja hoitajille tulisi saada enemmän **koulutusta ulkomaalaisten kohtaamisesta ja hoitamisesta**. Tähän olisi hyvä panostaa jo opiskelun aikana. Tärkeäksi koettiin jakaa enemmän tietoa kulttuurieroista, jotta kulttuurisia yhteentörmäyksiltä voitaisiin välttyä. Iranilaiset turvapaikanhakijat näkivät, että kulttuurisen kompetenssin koulutuksen kautta mahdollistuisi terveydenhoidon ammattilaisten taitojen karttuminen ja että sen kautta tulisi mahdolliseksi taata tasavertainen vuorovaikutus ja kommunikointi, jossa molemmat osapuolet ymmärtävät toisiaan. Kompetenssin koettiin lievittävän ennakkoluuloja ja jännitteitä sekä muita korkeatasoisen hoidon esteitä. Koulutuksen ydintavoitteena olisi etsiä, löytää, hyväksyä ja käyttöönottaa sekä kielellisesti että kulttuurisesti asianmukaisia lähestymistapoja ja käytäntöjä työskennellessä asiakkaiden kanssa, jotka tulevat valtakulttuurin ulkopuolelta. (Koskimies & Mutikainen 2008.) Koulutuksen esteinä nähdään niukat koulutusresurssit, joiden vuoksi on toivottu, että kunnat yhdistäisivät resurssejaan paremman koulutuksen toteuttamiseksi. (Valtionalouden tarkastusvirasto 2014, viitattu 24.3.2016.)

Iranilaiset turvapaikanhakijat esittivät optimaaliseksi tilanteen, jossa he voisivat **käyttää samaa etnistä taustasta tulevien ammattilaisten** palveluita. Maahanmuuttaja-asiakkaille tulisi olla mahdollisuus käyttää asioidessaan omaa kieltään. Kun tämä ei ole mahdollista olisi tärkeää panostaa terveydenhuollon henkilökunnan kulttuurisesti asianmukaiseen koulutukseen. Vähemmistöjen edustajien kouluttamista ja työllistämistä sosiaali- ja terveysaloille toivottiin. Tämän koettiin merkittävästi helpottavan myös kieliongelmiä ja kulttuurien välisiä yhteentörmäyksiä. Terveydenhuollon kentille toivottiin ylipäänsä enemmän kielitaitoista henkilökuntaa. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan eri maahanmuuttajaryhmille pitäisi saada esimerkiksi **omalla kielellä heille suunnattua** perhesuunnitteluneuvontaa ja terveystasvatusta. Ministeriöllä ei kuitenkaan ole vastauksia siihen, miten palvelut tulisi järjestää. Toisten asiantuntijoiden mukaan normaalit terveyspalvelut soveltuvat myös maahanmuuttajille, jos heille voidaan järjestää **pidempi vastaanottoaika ja tulkki**. Iranilaiset turvapaikanhakijat toivoivat **huolellisuutta tulkkien valinnan suhteen**. Tulkeille pitäisi järjestää riittävästi koulutusta ja vaatia heiltä riittävää sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetyn sanaston hallintaa. (Koskimies & Mutikainen 2008.) Epäselvät ohjeistukset saattavat olla yksi syy siihen, ettei terveyspalveluissa käytetä riittävästi tulkkia. Toinen syy on

se, että esimerkiksi mielenterveysongelmien hoitamista tulkin välityksellä pidetään erityisen hankalana. (Valtionalouden tarkastusvirasto 2014, viitattu 24.3.2016.)

Maahantulon alkuvaiheessa maahanmuuttajat ovat erityisryhmä, josta suurin osa voi tehostettujen alkuajan palvelujen jälkeen siirtyä normaalipalveluihin. Palvelujärjestelmässä tulisi kuitenkin huomioida se, että osalla maahanmuuttajista, kuten ikääntyneillä maahanmuuttajilla, erityistarpeet säilyvät koko heidän ikänsä. Mielenterveysongelmaiset ja traumatisoituneet maahanmuuttajat tarvitsevat erityistä osaamista vaativaa hoitoa. Suurimmissa kunnissa toimiikin terveydenhuollon **erityisyksiköitä**, joista voidaan mainita Tampereella toimiva psykiatrian poliklinikka, joka on suunnattu turvapaikanhakijoille ja pakolaisille, Turun ja Oulun kriisikeskus kidutuskokemuksia kohdanneille ja Helsingissä toimiva Kidutettujen kuntoutuskeskus. UNHCR eli United Nations High Commissioner for Refugees eli Yhdistyneiden kansakuntien pakolaisjärjestö suosittelee, että peruspalvelujen ohella saattaa olla perusteltua suunnata erityisiä palveluja niille pakolaisille, jotka esimerkiksi lukutaidottomuuden tai traumaperäisen stressihäiriön vuoksi ovat sen tarpeessa. Suomi ja Islanti ovat Pohjoismaista ainoat, joissa ei ole monikulttuurisen lääketieteen ja psykiatrian osaamiskeskusta. (Valtionalouden tarkastusvirasto 2014, viitattu 24.3.2016.)

Terveyspalvelujen näkökulmasta maahanmuuttajaväestön kasvu merkitsee käyttäjien monipuolistumista ja samalla uudenlaisia haasteita palveluissa toimiville asiantuntijoille. **Terveydenhuollon henkilöstön osaamisella** on suuri merkitys kotoutumisen onnistumisessa. Maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa tarvitaan joissakin tilanteissa erityisosaamista. Tällaisia tilanteita voivat olla väkivaltatilanteet, ympärileikkaukseen liittyvät asiat ja kidutustraumat ja niiden tunnistaminen, jotka vaativat ohjeiden tuntemista ja puheeksi ottamista vaikeissa sekä arkaluontoisissa asioissa. (Valtionalouden tarkastusvirasto 2014, viitattu 24.3.2016.)

2.4.3 Monikulttuurisen hoitotyön ydin ja transnationaalinen osaaminen

Suomessa on vähän tutkimuksia maahanmuuttajien tai heidän yhteisöjensä näkemyksestä siitä, miten suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä ja sen henkilöstö toimivat. Maahanmuuttajien terveyteen liittyvät asiat eivät ole olleet laajemman tieteellisen kiinnostuksen kohteina hoitotyössä Suomessa. Terveydenhuoltohenkilöstön haasteet monikulttuuristuvan asiakaskunnan kanssa ovat moninaiset. Uudenlaista osaamista ja uudenlaista näkökulmaa osaamisvaatimukseen tullaan tarvitsemaan mitä todennäköisimmin. (Sainola- Rodriguez 2009, 12–13,15.)

Terveydenhuollossa **transnationaalisuuden** käsite on vielä lähes tuntematon. Käsitteen taustalla on globalisoituminen. Transnationaalisuus liittyy ihmisten globaaliin liikkuvuuteen ja sen vastakohtana on valtioiden rajoissa pitäytyvää nationaalisuutta, kansainvälisyyttä, joka erottaa selkeästi oman maan ja vieraan maan kansalaiset ja jossa kansainvälisyys tarkoittaa eri kansojen ja ihmisryhmien välistä vuorovaikutusta. Sosiaalisissa suhteissa transnationaalisuus tarkoittaa maiden ja valtioiden välisiä suhteita, jotka ovat syntyneet yksilöiden, sukuryhmien, etnisten ryhmien, liikeyritysten tai poliittisten liikkeiden välille. Terveydenhuollossa ihmisten liikkuvuus näkyy lisääntyvästi maahanmuuttaja-asiakkaina, hajonneina perhe- ja sukuyhteisöinä, erilaisina sairauksina, hoidon tarpeina ja käytäntöinä sekä erilaisina terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimuksina. (Sainola-Rodriguez 2009, 29–30.)

Transnationaalisen osaamisen näkökulma ei ole kulttuurispesifinen tietystä kulttuureista ja maista tuleville potilaille, vaan se on yleispätevä kehys kaikkiin terveydenhuollon kohtaamisiin. Tässä osaamisessa korostetaan potilaan osallisuuden, ihmisen oman kertomuksen, dialogisen vuorovaikutuksen, keskinäisen tiedonsiirron ja yhteisymmärryksen merkitystä yhtenevään hoitotulokseen ja hyvään hoitotulokseen pääsemiseksi. Kohtaamisten onnistumiseen vaikuttaa molempien osapuolten, sekä maahanmuuttaja-asiakkaan että terveydenhuoltohenkilöstön, osaaminen tai osaamattomuus. Maahanmuuttaja itse on tärkein omaan terveyteensä ja sairauteensa liittyvien asioiden esiintuoja ja suomalainen hoitaja on tärkein maahanmuuttajan terveystilanteeseen vaikuttava alan suomalainen asiantuntija, joten kohtaamisella voi olla merkittävä vaikutus maahanmuuttajan tulevaan hyvinvointiin. (Sainola- Rodriguez 2009, 35.)

Kulttuurin, etnisen taustan, uskonnon ja sosiaalisen aseman heijastus sairauteen/terveyteen huomioidaan maahanmuuttajan kokemuksen ja kertomuksen kautta. Hoitohenkilökunnalta ei välttämättä odoteta eri kulttuurien tuntemusta, vaan aitoa ja kokonaisvaltaista kiinnostusta maahanmuuttaja-asiakkaansa tilanteeseen, johon saattaa liittyä tiettyjen kulttuuristen piirteiden huomioimista yksilön itsensä määrittämänä. Kansallisten ryhmien sisällä on paljon eroavaisuuksia eivätkä maantieteellisesti samasta paikasta tulleet välttämättä aina jaa samoja kokemuksia, samaa sosioekonomista asemaa, poliittista taustaa tai maastamuuttoon liittyviä syitä. Toisaalta myös maahanmuuttajalta voidaan edellyttää kiinnostusta hoitohenkilökunnan asiantuntemukseen, näkemyksiin ja uuden kotimaansa hoitokäytäntöihin. Transnationaalinen osaaminen terveydenhuollossa on taitoa hoitaa eri maista tulevia potilaista, todennäköisesti myös eri kulttuureista tulevia, mutta taitoalue on eri

syistä muuttoliikkeessä olevien, transnationaalisesti toimivien maahanmuuttajien kohtaamisessa ja hoitamisessa. (Sainola- Rodriguez 2009, 35–36.)

Transnationaaliseen osaamiseen kuuluu viisi eri osa-aluetta, joita ovat analyttinen, emotionaalinen-, luova-, viestinnällinen- ja toiminnallinen osaaminen. **Analyttinen osaaminen** on kognitiivista tiedonhankintaa. Kohtaamisessa on tärkeää ymmärtää myös kulttuurin yleiset piirteet sen lisäksi, että tunnetaan kulttuurispesifiset piirteet. Terveystenhoitohenkilöstön tulee olla perillä maahanmuuttajan sen hetkisestä elämäntilanteesta, mutta myös terveyteen ja selviytymiseen vaikuttaneista tekijöistä ennen ja jälkeen maahanmuuton. Lisäksi on tiedettävä maahanmuuttajan tilanteen haavoittuvuuteen liittyvistä tekijöistä kuten sota-, vaino- ja traumakokemukset ja uudessa maassa koetut terveyteen vaikuttavat tekijät kuten työttömyys, syrjintä, maassaolon ja statuksen epävarmuus ja perheen hajoamisesta aiheutuvat syyt. Hoitohenkilökunnan tulisi myös selvittää maahanmuuttajan sinnikkyteen ja selviytymiseen liittyvät vahvuudet. Oikeitten kysymysten esittäminen ja potilaan ja perheenjäsenten oikea kuuleminen tiedonkeruuvaiheessa vähentävät virheitä, jotka syntyvät tiedonpuutteesta tai yleistämisestä. (Sainola- Rodriguez 2009, 36–37.)

Emotionaalinen osaaminen tarkoittaa oikeaa havainnointia ja empatiakykyä. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan sensitiivisyyttä ja motivaatiota tutustua maahanmuuttajapotilaan tilanteeseen liittyvään erilaisuuteen (kieli, perheen ja yhteisön roolit, perinteet, ruokailukäytännöt ja tavat) ja aitoa kiinnostusta maahanmuuttajan edustamiin arvoihin, uskomuksiin ja kokemuksiin. Hoitohenkilökunnan asenteilla on vaikutusta maahanmuuttajien hoitoon sitoutumiseen ja sitä kautta hoidon lopputulokseen. Hoitoon sitoutuminen on aina helpompaa potilaan luottaessa terveydenhuoltohenkilöstön kykyyn auttaa. Se edellyttää hoitohenkilöstöltä luottamusta omiin taitoihin ja kykyyn auttaa potilasta. Henkilöstöllä tulee olla kykyä ymmärtää transnationalisuuden ilmiö ja toimia erilaisten identiteettien ja arvojen maailmassa. Jokainen maahanmuuttajapotilas tulee kohdata yksilönä eikä johdopäätöksiä tulisi tehdä stereotypioihin nojaten. (Sainola- Rodriguez 2009,38.)

Luova osaaminen on luovuuden ja mielikuvituksen voiman ymmärtämistä ja käyttämistä terveydenhuollon kohtaamisissa. Maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön tulisi nähdä kulttuuriansa tuomia synergiaetuja ja yhteisesti jaettuja, uusia mahdollisuuksia tilanteessa, jossa ratkotaan maahanmuuttajan terveyteen liittyviä ongelmia. Luovat ratkaisut voivat sisältää esimerkiksi länsimaisen lääketieteen ja maahanmuuttajan omaan kulttuuriin kuuluvien hoitokäytäntöjen yhdistelemistä hoidossa ja terveyden ylläpitämisessä. Olisi myös hyvä havainnoida, mikä mahdollinen

yhteys maahanmuuttajan maastamuuton aikana on maahanmuuttajan senhetkiseen terveyteen ja sairauden kokemiseen. (Sainola- Rodriguez 2009,39.)

Terveydenhuoltohenkilöstön **viestinnällistä osaamista** on tutkittu eniten ja se onkin ydinosamisalue. Viestinnällisellä osaamisella on kykyä käyttää vierasta kieltä. Yhteinen puhuttu kieli on paras lähtökohta onnistuneelle hoidolle. Lisääntyvästi monikielisissä terveydenhuollon kohtaamisissa ei ole aina mahdollista käyttää yhteistä kieltä, jolloin viestinnällinen taito muodostuu kyvystä luoda luottamusta ja saada arvostusta ilman yhteisesti puhuttua kieltä. Se on kykyä havainnoida nonverbaalisia viestejä, ymmärtää epätäydellisesti puhuttua kieltä ja kykyä käyttää tulkkia. Viestinnällinen osaaminen on taitoa olla dialogisessa vuorovaikutuksessa, kuunnella aktiivisesti ja saada aikaan ilmapiiri, jossa maahanmuuttaja kokee turvalliseksi puhua asioistaan, esittää epäilyksiään, erimielisyyttään ja tehdä ehdotuksia hoidon toteuttamiseksi. Viestinnällisessä osaamisessa on myös kyvykkyyttä käsitellä väärinkäsityksiä ja konfliktitilanteita rakentavasti. (Sainola- Rodriguez 2009, 39–40.)

Toiminnallinen osaaminen on kykyä toimia transnationaalisessa ympäristössä. Siinä yhdistyvät henkilökohtaiset ominaisuudet, tekninen taito ja tieto; oikeat toimintamallit ja tavat, motivaatio, luovuus, vuorovaikutuksellisuus ja taitoa hoitaa kulttuurisesti oikein. Terveydenhuoltohenkilöstön osaamista on saada aikaa terapeutin ja positiivinen ilmapiiri niin, että maahanmuuttaja saa uskoa kykynsä selviytyä ongelmistaan, haasteistaan ja sairaudestaan. Transnationaalisuuden haasteisiin kuuluu ongelmatilanteiden ja jännitteiden rakentava selvittely. Terveydenhuoltohenkilöstön on nähtävä yhteiskunnallinen vastuunsa maahanmuuttajien kohdalla ja edistettävä tasa-arvoista terveyden jakautumista yhteiskunnassa, koska maahanmuuttajat ovat usein tilanteessa, jossa heillä ei ole mahdollisuuksia vaikuttaa omaan tilanteensa korjaantumiseen. (Sainola- Rodriguez 2009, 40–41.)

3 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata soveltaen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita terveydenhuoltohenkilöstön kykyä vastata maahanmuuttajien terveystarpeisiin. Lisäksi tarkoituksena on kuvata valituissa tutkimuksissa esitettyjä terveydenhuoltohenkilöstön maahanmuuttajien hoitamiseen liittyviä lisäkoulutustarpeita ja jatkotutkimusaiheita. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa terveydenhuoltohenkilöstön monikulttuurisen osaamisen lisäämiseksi ja kehittämiseksi. Kirjallisuuskatsauksen avulla tuotettuja tuloksia voivat hyödyntää maahanmuuttajille terveyspalveluja tarjoavat terveydenhuollon työntekijät, terveydenhuollon ja muiden hoitoympäristöjen suunnittelutyöryhmiin osallistuvat hoitotyön edustajat sekä muuta suunnittelijat. Kirjallisuuskatsauksen avulla vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin.

1. Minkälaisia haasteita terveydenhuoltohenkilöstö kohtaa vastatessaan maahanmuuttajien terveyspalveluiden tarpeisiin kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tulosten mukaan?
2. Minkälaista lisäkoulutusta henkilöstö tarvitsee valittujen tutkimusten mukaan vastatakseen maahanmuuttajien terveyspalveluiden tarpeisiin?
3. Minkälaisia jatkotutkimusaiheita kirjallisuuskatsaukseen valituissa tutkimuksissa esitetään terveydenhuoltohenkilöstön maahanmuuttajien hoitamiseen liittyen?

4 KIRALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyössä sovelletaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteita. Sen tarkoituksena on järjestelmällinen sekä kriittinen kirjallisuuden kerääminen ja analysointi perustellusti muotoiltujen kysymysten avulla. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen soveltamisen tavoitteena on tuottaa tutkimuskysymyksiin liittyvien aiempien tutkimusten kriittinen ja tiivis katsaus. (Stolt & Routasalo 2007, 58 - 59.) Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa esitetään lukijalle mistä näkökulmista ja miten tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä on aiemmissa tutkimuksissa tutkittu ja minkälaisia tuloksia tutkimuksissa on tuotettu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 111–113.) Kirjallisuuskatsaus etenee suunnitellusti vaiheittain. Tutkimuskysymysten määrittelyn jälkeen tehdään kirjallisuushaut, joiden tavoitteena on löytää kattavasti aiheeseen liittyvät aiemmat tutkimukset. Hakuprosessi suunnitellaan etukäteen huolellisesti. Olemassa oleva tieto tulee eritellä ja arvioida huolellisesti. (Stolt & Routasalo 2007, 58.)

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Tässä opinnäytetyössä sovellettavassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (systematic review) haettiin sellaisia tutkimuksia, joissa selvitettiin suomalaisten terveydenhuollon työntekijöiden kohtaamia haasteita vastatessaan maahanmuuttajien terveyspalveluiden tarpeisiin. Kirjallisuuskatsauksen hakujen tavoitteena oli löytää mahdollisimman kattavasti tutkimuksen aihepiiriin kuuluvat tutkimukset. Valittujen tutkimusten analyysin tavoitteena puolestaan oli tuottaa tutkimuskysymyksiin vastaukset tehden synteesi valittujen tutkimusten tuloksista. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus suunnitellaan ja toteutetaan tarkan määrittelmän mukaisesti ja sen prosessi kirjataan huolellisesti, jotta mahdolliset virheet voidaan minimoida ja katsaus on toistettavissa tarvittaessa (Johansson 2007, 5).

Kallio (2006, 26) määrittelee systemaattisen kirjallisuuskatsauksen näin: ”lähdeaineiston tarkastelun systemaattisuuden ideologian varaan rakentuva yhteiskunnallinen lähestymistapa, jolla tavoitellaan yleiskatsauksellisuutta liittyen ongelmaan, aihepiiriin tai diskurssiin”. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tehokas tapa testata hypoteeseja, esittää tutkimusten tuloksia tiiviissä muodossa sekä arvioida niiden johdonmukaisuutta. Se voi paljastaa aikaisemmassa tutkimuksessa esiintyvät puutteet eli tuoda esiin uusia tutkimustarpeita. (Salminen 2011,9.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustyypeistä. Sitä voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuitenkin kuvaamaan laajasti ja tarvittaessa aineistosta pystytään luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011, 6–15). Kääriäisen ja Lahtisen (2006, 37) mukaan systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jonka tarkoituksena on tunnistaa ja kerätä tietoa, arvioida tiedon laatua sekä syntetisoida tuloksia rajatusta ilmiöstä. Kirjallisuuskatsauksessa yksittäiset tutkimukset kootaan yhteen ja niistä muodostetaan kokonaisuus. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus rakentuu kumulatiivisesti: tutkimus suunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittelystä. Katsaukset voidaan jaotella aineiston analyysitavan mukaisesti muun muassa meta-analyysiin ja -synteeseihin, systemaattisiin, integroituihin sekä laadullisiin katsauksiin.

Yksi tärkeä ulottuvuus systemaattisen kirjallisuuskatsauksen käytössä on näyttöön perustuva (evidence based) päätöksenteko, jolla tarkoitetaan tutkitun tiedon tuomista päätöksenteon tueksi ja sitä varten. Näyttöön perustuva päätöksenteko on parhaimman toimintatavan eli tehokkaimman ja tuloksellisimman toimintamallin etsimistä. Näin ollen se on kytköksissä ”best practices” ja ”benchmarking” -malleihin, joiden tavoitteena on löytää tutkimuksen keinoin parhaimmat toimintatavat. (Metsämuuronen 2005, 578.) Tarve saada tietoa päätöksentekoon yhdessä tiedon määrän nopean kasvun kanssa asettaa hyvät perusteet systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hyödyntämiselle. (Salminen 2011, 10.)

4.1.1 Kirjallisen aineiston hankinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamia maahanmuuttajien terveystalveluiden tarjoamiseen liittyviä haasteita systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää soveltaen. Tämän opinnäytetyön haut tehtiin mahdollisimman monipuolisesti eri hakusanoilla. Rajalliset aikaresurssit rajoittivat tiedonhakuja, jonka seurauksena haut päädyttiin rajaamaan koskemaan vain sähköisiä lähteitä. Käytettyjen sähköisten tietokantojen kattavuus oli laaja, joten voidaan olettaa niiden avulla löytyneen varsin suuren osan relevanteista tutkimuksista. Ennen varsinaisia hakuja on määriteltävä hakutermit, jolla systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen liittyvät tutkimukset voidaan hakea tietokannoista (Johanson 2007,6). Hakusanoja suunnittelussa auttoi muistiinpanokortti, johon poimittiin käsitteet tutkimuskysymyksistä. Alkuperäistutkimusten

haku tehtiin kohdistamalla haut niihin tietokantoihin, joista oletettiin saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa.

Tein tiedonhaut marraskuussa 2015. Löydetyt alkuperäistutkimukset kävin läpi marras-tammikuun välisenä ajanjaksona. Tiedonhakuun sain apua Oulun seudun ammattikorkeakoulun kirjaston informaattikolta. Tietokannan valitsin tietokantaselosteen perusteella, jossa kerroin haun liittyvän sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja maahanmuuttajiin. Tiedonhaussa käytin seuraavia tietokantoja: Arto, Finna, Medic, Melinda ja Oula. Tein aluksi koehakuja tietokannoista. Ensimmäisessä haussa hakusanoina käytin maahanmuuttaja ja terveydenhuolto. Hakujen kokonaismääräksi sain 1593 tutkimusta. Tämän jälkeen rajasin haut koskemaan vain sähköisessä muodossa saatavia tutkimuksia, jolloin aineistoksi sain 155 tutkimusta. Kirjat ja lehtiartikkelit jätin kokonaan pois hausta. Aineiston haut tein kotikoneellani etäyhteyttä käyttäen ja tutkimukset rajasin koskemaan suomenkielisiä sekä kokotekstinä (Full Text) saatavia julkaisuja. Lopullisen aineiston kokonaismääräksi jäi 13 tutkimusta, jotka sijoittuivat vuosille 2004–2014.

4.1.2 Tutkimusten valintaprosessi ja – kriteerit

Alkuperäisten tutkimusten valintakriteerinä oli, että tutkimuksista saadaan vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Alkuperäisten tutkimusten laatua arvioidaan niiden valinnan jälkeen, jolloin voidaan vaikuttaa kirjallisuuskatsauksen luotettavuuteen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39- 43.) Artikkelien valintaprosessin alustavassa valinnassa kävin läpi kaikki hakusanojen avulla löydetyt tutkimukset, joiden sisältöön tutustuin ensi vaiheessa tiivistelmien ja otsikoiden avulla. Mikäli tiivistelmästä tai otsikosta kävi ilmi, etteivät valintakriteerit täytyneet, en tutustunut tutkimusartikkelin koko sisältöön tarkemmin. Jos minulla ei otsikon tai tiivistelmän perusteella ollut mahdollista selvittää, täytyivätkö valintakriteeri, tutustuin artikkeliin tarkemmin. Tässä vaiheessa lähemmästä tarkastelusta suljin pois ne tutkimukset, jotka selvästi eivät täyttäneet valintakriteereitä.

Muutamien tutkimusten osalta otsikoiden tai tiivistelmien perusteella minulla ei ollut mahdollista saada riittävästi tietoa tutkimuksen sisällöstä ja katsauksen valintakriteerien täyttymisestä. Näihin tutkimuksiin tutustuin tarkemmin lukemalla osittain tai kokonaan ne läpi. Muutama tutkimus osoitautui tarkemman lukemisen jälkeen sellaiseksi, etteivät valintakriteerit täytyneet. Taulukossa 1 ovat tutkimusten valinnan sisäänottokriteerit.

TAULUKKO 1. Tutkimusten sisäänotto ja poissulkukriteerit

Kriteerin nro	Kriteerit
1. Tutkimus on vähintään ammattikorkeakoulun opinnäytetyö tai tieteellinen artikkeli. 2. Tutkimukset koskevat maahanmuuttajien terveyden- ja sairaanhoitoa Suomessa. 3. Haut rajataan vuosille 2004–2014.	Sisäänottokriteerit
1. Tutkimusartikkeleita ei ole saatavissa kokonaan (Full text). 2. Tutkimukset eivät koske Suomen maahanmuuttajien terveyden- ja sairaanhoitoa	Poissulkukriteerit

4.1.3 Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin lopullisessa valinnassa 13 tutkimusta vuosilta 2004- 2013 taulukko

2.

TAULUKKO 2. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Tekijä/tekijät	Vuosi	Tutkimuksen nimi
Järvinen, R.	2004	Ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuri: erilaisuus sosi- aali- ja terveydenhuollon jäsenyksissä
Heikkurinen, J., Vauhkonen, J. & Välivaara, S.	2007	Asiakkaan maahanmuuttaja
Wathen, M.	2007	Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana
Koskimies, K. & Mutikainen H-K	2008	Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina
Pirinen, V.	2008	Turvapaikan hakijoiden terveydentila
Vo, Thanh T.	2008	Maahanmuuttajaäidit neuvolan asiakkaina
Wahlbeck, K., Manderbacka, K., Vuorenkoski, L., Kuusio, H., Luoma M-L. & Widström E.	2008	Quality and Equality of Access to Care services
Vierola, E	2010	Ei ne oikein halua apua”
Henner, A. & Jussila A-L	2011	Vieraskielisen potilaan ohjaus natiivi röntgentutkimukses- sa-Opas röntgenhoitajaopiskelijoille
Nummelin, E. & Nuutinen L-K	2011	Eri kieliryhmien tarpeet terveyspalveluiden käytön ohjauksessa
Airola, E.	2013	Kun kulttuurit kohtaavat – Terveyspalveluiden monikulttu- risuus ja laatu terveydenhuoltohenkilöstön ja maahan- muuttajien kokemana
Lukkarinen, N.	2014	Kulttuurien kohtaamisen tarkastelua terveydenhuollossa- Opintokokonaisuus terveydenhuollon opiskelijoille
Yliharju, T.	2014	Maahanmuuttajataustaisen asiakkaan kokemuksia asia- kaslähtöisyydestä toimintaterapiassa

4.1.4 Tutkimusten analysointi

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen yksi vaihe on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on perusmenetelmä, jolla voidaan tutkia hyvin monenlaisia kvalitatiivisia tutkimuksia (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93). Latvalan & Vanhanen-Nuutisen (2001, 21) mukaan sisällönanalyysin avulla voidaan tarkastella asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysin avulla saadaan kuvailtua asioiden

välisiä yhteyksiä. Latvala & Vanhanen-Nuutinen (2001, 23) jatkavat, että sisällönanalyysissä tutkimusaineisto jaotellaan samanlaisuuksien ja erilaisuuksien mukaan.

Laadullisen tutkimuksen aineiston analyysimenetelmänä käytetään usein sisällönanalyysiä, koska se on joustava tekstimuodossa oleva tutkimusaineiston analyysimenetelmä. Alun perin sisällönanalyysi on ollut määrällisen aineiston analyysimenetelmä, mutta vähitellen se kehittyi myös laadullisen tutkimusaineiston analyysimenetelmänä. Nykyisin tunnetaan sekä määrällinen, että laadullinen sisällönanalyysi. Laadullisen tutkimuksen ja aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla voidaan tuottaa uutta tietoa hoitotyön kehittämisen tarpeisiin. (Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 23.) Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumentin sisältöä sanallisesti. Analyysin tarkoituksena on luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä, jonka tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.) Lopputuloksena pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.) Aineistolähtöinen sisällönanalyysi sopii myös systemaattisten kirjallisuuskatsausten analyysimenetelmäksi (Kylmä ym. 2008, 23.)

Analyysin tekemiseksi ei ole yksityiskohtaisia sääntöjä. Ainoastaan tiettyjä ohjeita prosessin etenemiseen (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä, jolloin luokittelu perustuu aineistoista nouseviin havaintoihin tai teorialähtöistä, jolloin aineiston luokittelu lähtee aiemmasta käsitejärjestelmästä (Kylmä ym. 2008, 24; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Analysoin aineiston teemoittelemalla, jolle tyypillistä on aineiston paloittelu osiin ja niiden järjestäminen eri teemojen alle. Näin voidaan toteuttaa vertailuja eri teemojen esiintymisen kesken. Teemoittelussa etsitään samaan teemaan kuuluvia näkemyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.) Teemoittelu on hyödyllinen analysoinnin menetelmä kun pyritään ratkaisemaan käytännöllistä ongelmaa. (Eskola & Suoranta 2000, 178). Sisällön analyysissä aineistoa pelkistetään koodaamalla sen alkuperäisilmaisuja ja pelkistämällä niitä vertailun ja samaa asiaa merkitsevien teemojen muodostamiseksi. Analysoitava informaatio pelkistetään siten, että tutkimuksen aineistosta karsitaan epäoleellinen pois. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6; Metsämuuronen 2008, 48; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.) Tutkimustehtävä ohjaa aineiston pelkistämistä siten, että aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja. Pelkistetyt ilmaisut kirjataan tarkasti säilyttäen olennainen sisältö. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6; Kylmä ym. 2008, 25.)

TAULUKKO 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Tekijä ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	Päätutkimustulokset	Johtopäätökset
Vierola, E. "Ei ne oikein halua apua." Terveydenhoitajien kokemuksia maahanmuuttajanaisten kohtamasta parisuhdeväkivalta.2010.	Tarkoituksena oli selvittää minkälaisesta parisuhdeväkivallasta maahanmuuttajanaiset kärsivät. Tarkoituksena oli myös kartoittaa, miten terveydenhoitajat voivat puuttua parisuhdeväkivaltaan ja mitkä ovat heidän käytössään olevat auttamisen välineet.	Tutkimustulosten mukaan naiset voivat kärsiä väkivallan kaikista eri muodoista riippumatta heidän kansallisuudesta ja kulttuurista. Terveydenhoitajat kokivat, että heidän auttamismahdollisuudet ovat rajalliset.	Ammattilaisten saatavilla tulisi olla sellaista koulutusta, että väkivalta on helpommin tunnistettavissa ja uhrin auttamiseen paremmat välineet. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia sitä, kuinka hoitotyön ammattilaiset ovat onnistuneet työssään ehkäistä parisuhdeväkivaltaa ja auttaa siitä kärsiviä naisia.

4.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

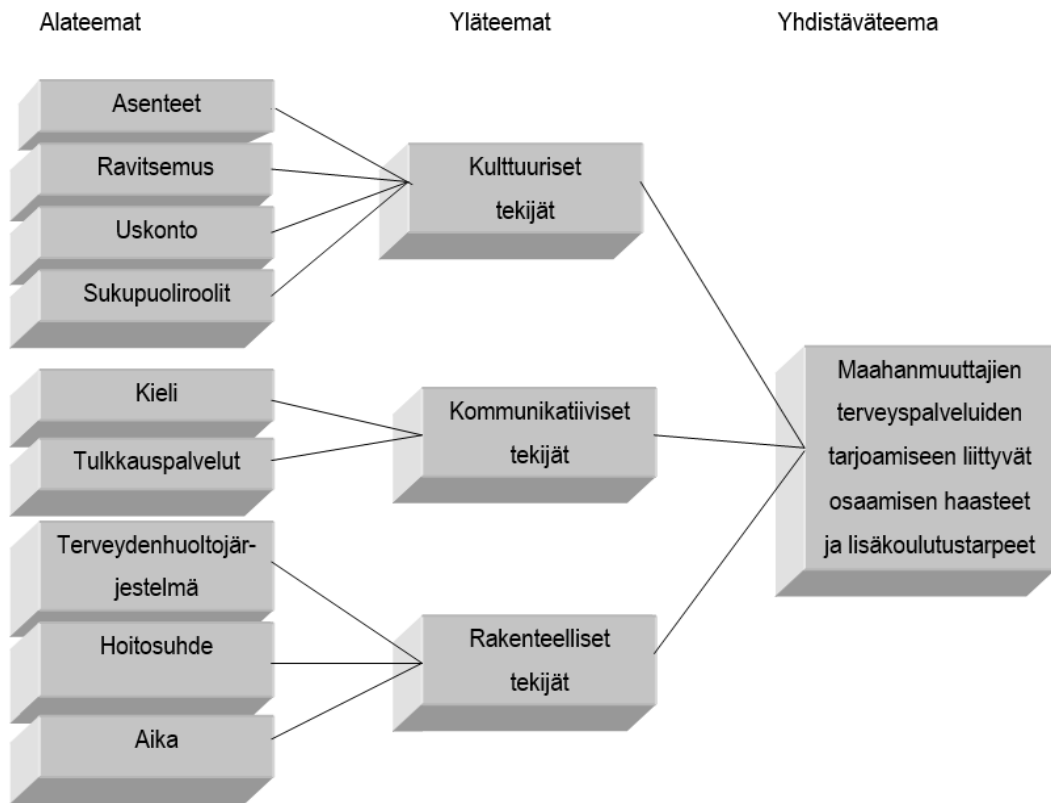
Tutkimusaineistoa hankittaessa, hakusanojen ja tietokantojen valinnassa käytin kirjaston informaatikon asiantuntijuutta apuna. Tällä olen pyrkinyt varmistamaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusentekijä pyrki toimimaan tutkimuksen jokaisessa vaiheessa eettisten ohjeiden mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkijana olen pyrkinyt koko kirjallisuuskatsausprosessin aikana kuvaamaan mahdollisimman tarkasti saadut tulokset. Olen paneutunut tutkittavaan aiheeseen tunnollisesti ja laajasti, jotta saataisiin mahdollisimman relevantteja tuloksia. Olen käyttänyt lähdeviitteitä kirjallisuuskatsauksessa. Olen ollut aidosti kiinnostunut aiheesta ja uuden tutkimustiedon hankkimisesta. Olen pyrkinyt tuomaan mahdollisimman kunnioittavasti muiden tutkijoiden tulokset esille tutkimuksista ja ketään siinä loukkaamatta. Prosessin aikana en ole loukannut kenenkään ihmisarvoa tai ihmisryhmän moraalista arvoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 45).

Jokaisesta tutkimuksesta etsittiin alkuperäistutkimus, jotta tulokset olisivat mahdollisimman luotettavia. Kaikki tutkimukset olivat kymmenen vuoden sisällä tehtyjä ja tieteellisiä tutkimuksia, mikä varmisti, että tieto oli ajantasaista. Kirjallisuuskatsauksen aineisto koostui 13 tutkimuksesta. Tutki-

musten hakuvaiheessa rajattiin haku koskemaan tutkimuksia, jotka vastasivat täysin tutkimuskysymykseen. Hakujen rajaaminen tuki tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimusten luotettavuutta tuki se, että luin useita tiivistelmiä ja koko tutkimuksia prosessin vaiheessa. Luotettavuutta lisäsi se, että kirjasin kirjallisuuskatsausprosessin aikana jokaisesta 13 tutkimuksesta taulukkoon tutkimusten tekijän, tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimuskysymykset, päätutkimustulokset ja johtopäätökset sekä tutkimusten luotettavuuden.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset analysoitiin sisällönanalyysillä ja sen avulla aineistosta muodostettiin kolme pääteemaa, jotka nimettiin seuraavasti: Kulttuuriset tekijät, kommunikatiiviset tekijät ja Rakenteelliset tekijät. Pääteemaan kulttuuriset tekijät liitettiin sisällönanalyysin avulla alateemat Asenteet, Ravitsemus, Uskonto ja Sukupuoliroolit. Alateemat Kieli ja Tulkkauspalvelut liitettiin yläteemaan Kommunikatiiviset tekijät ja alaluokat Terveystenhoitojärjestelmä, Hoitosuhde ja Aika yläteemaan Rakenteelliset tekijät. Ala- ja yläteemat yhdistettiin yhdistävään teemaan, joka nimettiin Maahan muuttajien terveyspalveluiden tarjoamiseen liittyvät osaamisen haasteet ja lisäkoulutustarpeet sekä jatkotutkimusaiheet.



KUVIO 1. Terveystenhoitohenkilöstön maahanmuuttajien terveyspalveluiden tarjoamiseen liittyvät osaamisen haasteet ja lisäkoulutustarpeet sekä jatkotutkimusaiheet

5.1 Terveydenhuoltohenkilöstön maahanmuuttajien terveystalveluiden tarjoamiseen liittyvät haasteet

Maahanmuuttajien hoitoon pääsyssä todettiin **epäoikeudenmukaisuutta** ja terveystalvelujen tarjonnassa **epätasa-arvoa**. Sairaaltalveluiden käytössä, laadussa ja tuloksissa ilmeni myös eroja (Wahlbeck, Manderbacka, Vuorenkoski, Kuusio, Luoma & Widström 2008). Kulttuuriset erot ja kieliongelmat ovat vaikuttaneet myös **talveluiden laatuun** maahanmuuttajien mielestä (Heikkurinen, Vauhkonen & Väliavaara 2007). Maahanmuuttajat käyttivät Tampereen kaupungin vastaanottokeskuksen terveydenhuoltoyksikön talveluja paljon ja sen ulkopuolisia talveluja puolestaan vähemmän. Maahanmuuttajien huolenaiheet olivat samantyyppisiä kuin pienen terveystalveluksen potillailla. Eniten talveluja haettiin hammashoidosta ja mielenterveystoimistosta. (Pirinen 2008.)

Vastaanottokeskusten terveydenhuoltoyksiköt eivät pysty **nykyisillä voimavaroilla** järjestämään turvapaikanhakijoille kaikkia tarvittavia talveluita. Vastaanottokeskuksissa tulisi olla **omat lääkärit**. Erityisesti mielenterveyden ongelmien hoitamisessa tarvitaan **ulkopuolista asiantuntemusta**. Hoitohenkilökunnan tulisi varautua **monenlaisiin uusiin haasteisiin**, joita turvapaikanhakijoiden terveystalvelongelmat vaativat. Näitä ovat esimerkiksi se, että turvapaikanhakijoita tulee muiltakin kuin perinteisiltä alueilta, vastaanotolle tulee yhä enemmän potilaita, joilla on pitkäaikaissairauksia sekä korkeaan elintasoon ja ikääntymiseen liittyviä sairauksia, turvapaikanhakijoilla voi olla kidutus- tai pahoinpitelykokemuksia ja että heidän psyykkinen terveystalvelutilansa voi olla muusta syystä huono. Lisäksi turvapaikanhakijoiden terveystalvelun selvittämiseen ja tarvittaviin hoitoihin liittyvät **oikeudet ja rajoitukset** tulisi selkeästi määritellä. Vastaanottokeskuksissa tehtävä työ on vaativaa ja henkisesti raskasta, joten se vaatii **riittävät resurssit** ja henkilökunnalle tulisi tarjota asianmukaista **työnohjausta**. (Pirinen 2008.)

Oulun seudun maahanmuuttajaäidit olisivat kaivanneet enemmän aikaa ja tukea terveydenhuoltohenkilökunnalta neuvolakäyntiensä yhteydessä. He olisivat myös toivoneet enemmän keskusteluita parisuhteesta, lastenkasvatuksesta, harrastuksista ja ensiavusta sekä lääketieteellisistä asioista. (Vo 2008.) Maahanmuuttajat olivat tyytymättömiä terveydenhuollossa esiintyvään jatkuvaan **kiireeseen ja ajanpuutteeseen** (Koskimies & Mutikainen 2008). Terveystalveluhoitajat kokivat omassa työssään **riittämättömyyden tunteita** ja **rajallisuutta** auttamismahdollisuuksiin kohdatessaan työssään väkivallan kohteeksi joutuneita naisia (Vierola 2010, Wathen 2007). Ammattiauttajilla ei ole mahdollisuutta pitkiin ja kokonaisvaltaisiin suhteisiin, joiden kuluessa hän voisi jatkuvasti kerätä

kokemuksellista tietoa eri kulttuuritaustaisten asiakkaiden kulttuuri-identiteetistä. Työskentely eri kulttuureista tulevien maahanmuuttajien kanssa edellyttää sen myöntämisen, että oma tieto vierasta kulttuureista on aina **rajallista** ja sen, että ihmiset kulttuurisina toimijoina itse muokkaavat kulttuurista identiteettiään. (Järvinen 2004.)

Maahanmuuttajien kanssa työskennellessään terveydenhuoltohenkilöstö koki haasteelliseksi työskentelyn **kielimuurin** vuoksi, **puutteellisen kommunikoinnin** ja **tiedonsaannissa** ilmeni myös **puutteita**. Nämä olivat vaikuttamassa hoitoon hakeutumisessa ja ne heijastuivat myös koko hoitotyöhön, joka on yhteydessä kokemuksiin terveystalvelujen käytöstä. (Nummelin & Nuutinen 2011, Koskimies & Mutikainen 2008, Airola 2013, Wathen 2007.) Terveystalvelujen käytönohjeistuksessa ja kaiken vieraskielisen potilasohjaukseen liittyvän materiaalin vähäisyys koettiin ongelmaksi (Nummelin & Nuutinen 2011).

Maahanmuuttajat toivoivat muutosta hoitohenkilökunnan **asenteisiin**. (Koskimies & Mutikainen 2008). Maahanmuuttajia on myös kategorisoitu asiantuntijavallan määrittämien kulttuurimerkitysten kautta (Järvinen 2004). Talvelujen nykytilannetta arvioitaessa terveydenhoitajat ja maahanmuuttajat kokivat haasteena **näkemyks- ja kulttuurierot sekä talvelujen joustamattomuuden** (Airola 2013). Maahanmuuttajien kanssa työskennellessä ammattiauttajat ovat pohtineet seuraavia kysymyksiä: Minkälaista apua ihmiset tarvitsevat, kuka sen määrittää ja miten vastata ammatillisesti näihin tarpeisiin? Miten asiakkaan tai potilaan ja työntekijän erilainen kulttuuritausta vaikuttaa ammattityöhön? (Järvinen 2004.) Sairaanhoidajat ovat kokeneet haasteelliseksi myös potilasohjauksen maahanmuuttajien kanssa työskennellessä ja sairaanhoidajan valmiuksia pidettiin puutteellisina (Wathen 2007).

5.2 Tutkimuksissa esitetyt terveydenhuoltohenkilöstön lisäkoulutustarpeet ja esitetyt jatkokutkimusaiheet

Ammattilaisten saatavilla tulisi olla sellaista koulutusta, että **väkivalta olisi helpommin tunnistettavissa** ja **uhrin auttamiseen** paremmat välineet sekä eri **kulttuureihin liittyvää koulutusta** haluttiin myös lisää (Vierola 2010, Koskimies & Mutikainen 2008).

Terveyspalveluja käyttävien maahanmuuttajien määrä kasvaa jatkossa ja asettaa uusia haasteita terveydenhuoltojärjestelmälle. Tämän vuoksi tärkeänä pidetään, että päättäjät ja tutkijat ovat tietoisia sellaisten **ohjelmatoimenpiteiden ja tutkimusten tarpeista, joilla turvataan terveydenhoidon saatavuuden oikeudenmukaisuus ja yhdenmukainen laatu kaikille.** (Wahlbeck ym. 2008.) Mielenkiintoisena jatkotutkimusaiheena nähtiin hoitotyön **ammattilaisten kokemukset ehkäistä maahanmuuttajien parisuhdeväkivaltaa ja auttaa siitä kärsiviä naisia** (Vierola 2010).

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotettiin kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten laaja-alaisen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kokoamista **maahanmuuttajaryhmistä ja hoitohenkilökunnasta**, heidän **asenteistaan ja kokemuksistaan** sekä **maahanmuuttajien tyytyväisyydestä** terveydenhuollon palveluihin. Lisäksi ehdotettiin tutkimuksia koskien eri maahanmuuttajaryhmiä, jotta heiltä saataisiin **kokemustietoa palvelujen kehittämiseksi** vastaamaan maahanmuuttajien tarpeita. (Koskimies & Mutikainen 2008, Lukkarinen 2014.) Myös vertailututkimusta suomalaisten tyytyväisyydestä avoterveydenhuollon palveluihin toivottiin (Heikkurinen ym. 2007). **Asiakaslähtöisyyden** tutkiminen monikulttuurisessa hoitotyössä voisi olla mielenkiintoinen uusi aiheala myös. (Lukkarinen 2014).

Erialaisten **potilasoppaiden laatimista eri kielillä** maahanmuuttajille pidettiin tärkeänä jatkokehityshaasteena. Terveydenhuoltohenkilöstö ja erityisalojen asiantuntijat kuten röntgenhoitajat voivat käyttää niitä apunaan asiakas- ja potilasohjaustilanteissa (Keränen & Ronakinen 2011). Jatkotutkimusaiheeksi ehdotettiin myös **terveydenhuoltoalan opiskelijoiden valmiuksia** kohdata maahanmuuttaja asiakkaana sekä tutkia heidän valmiuksiaan kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön. (Heikkurinen ym. 2007).

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOSTEN TARKASTELUA

Terveydenhuoltohenkilöstön maahanmuuttajien terveystalveluiden tarjoamiseen liittyvät osaamisen haasteet ovat hyvin moninaiset. Elämme demokraattisessa oikeusvaltiossa, jossa terveystalveluiden tulisi olla yhtäläillä tarjolla ja sisällöltään laadukkaita kaikille asiakkaille ja potilaille, riippumatta heidän asuinalueestaan, etnisestä taustastaan, iästään, sukupuolestaan tai sosiaalisesta asemastaan.

Oikeus hyvään hoitoon merkitsee, että terveydenhuollon palveluita tarvitseva saa tarvittaessa tilanteensa edellyttämää asiantuntevaa apua. Maahanmuuttajien tarpeet terveydenhuollon asiakaina ovat usein erilaiset kuin ns. valtaväestön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004.) Tutkimustulosten perusteella maahanmuuttajien **hoitoon pääsyssä todettiin epäoikeudenmukaisuutta ja terveystalvelujen tarjonnassa epätasa-arvoa sekä hoidon laadussa oli eroavaisuuksia.** (Wahlbeck ym. 2008). Väestöryhmien välisiä terveyden eroja kutsutaan terveyden eriarvoisuudeksi tai terveyseroksi (health inequality) ja niitä voidaan pitää yhtenä eriarvoisuuden vakavimmista muodoista. (Koivusilta 2012, 321).

Terveystalvelujen laatukäsite on laaja ja sen määrittelytkin vaihtelevat tilanteiden, määrittelijöiden ja näkökulmien mukaan. Terveystalvelujen laatua on määritelty ja arvioitu muun muassa asiakkaiden, työntekijöiden, työyksikköjen, organisaatioiden, terveydenhuoltojärjestelmien ja väestön näkökulmista käsin. Suomen terveystalvelupolitiikan pääpiirteet on ilmaistu terveydenhuollon lainsäädännöissä, joka on tärkeä perusta maahanmuuttajien terveystalvelujen laadun vaatimusten ja kriteerien täsmentämisessä. Terveystalvelujen laatua määritteleviä normeja sisältää myös hallintomenettelylaki sekä terveydenhuollon työntekijöiden eettiset ohjeet, jossa määritellään hyvän hoidon periaatteita ja normeja. Samoin eri laeissa on säädetty maahanmuuttajien oikeudesta terveystalveluihin ja niitä ovat mm. kotikuntalaki, sosiaaliturvalainsäädännön soveltamislaki, kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidonlaki, mielenterveyslaki, tartuntatautilaki, terveydenhoitolaki sekä laki potilaan oikeuksista ja asemasta. (Taavela 1999.)

Tutkimustulosten perusteella **hoitohenkilökunnan puutteelliset voimavarat ja resurssit** koettiin myös haasteiksi, joita maahanmuuttajien kanssa työskentely aiheuttaa. (Järvinen 2004, Vo 2008,

Pirinen 2008, Koskimies & Mutikainen 2008, Vierola 2010, Wathen 2007). Terveysthuollon henkilökunnalla on vaikeuksia tunnistaa maahanmuuttajan ongelmia ja niiden ennaltaehkäisyssä, toimintasuunnitelman laatimisessa ja interventioiden toteutuksessa ja seurannassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Hoitohenkilökunnan mukaan maahanmuuttaja-asiakkaiden julkisiin palveluihin **kohdistamat odotukset** ovat usein ylimitoitettuja ja yksipuoliset, sillä usein terveysthuolluksesta halutaan hakea vain lääkkeitä ja tutkimuksia. Muilta osin maahanmuuttaja haluaa itse päättää elämästään ja tämä on yksi asiakastyön suurimpia ristiiriitoja. Hoitohenkilökunta on kuvannut osan maahanmuuttajista olevan yhteistyöhaluttomia ja passiivisia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Nuikan (2002, 94) väitöskirjassa tutkittiin sairaanhoitajien kuormittumista hoitotilanteissa. Tutkimuksessa saatiin selville, että sairaanhoitajien elintavat, terveys ja hankalana koetut oireet eivät olleet yhteydessä kuormittumiseen hoitotilanteissa, sen sijaan mielialan merkitys kuormituksessa on huomattava. Tutkimuksessa todettiin myös, että jos sairaanhoitaja ei tiedosta **omien fyysisten ja psyykkisten voimavarojensa rajoja** vaikeassa potilaan kohtaamistilanteessa, vaan valitsee kiireen tai toimintaedellytysten puuttuessa yksin tilanteesta selviytymisen, hän kohtaa ylikuormittumiseen liittyvät oireet ja hermostuneisuuden, ahdistuneisuuden, ärtyisyyden ja jännittyneisyyden tunnekokemuksen omalla yksilöllisellä tavallaan.

Tutkimusten mukaan henkilökunnalle tulisi tarjota asianmukaista **työnohjausta**. (Pirinen 2008). Filosofian maisteri Koivun (2013) väitöstutkimus osoitti, että onnistunut työnohjaus voi ylläpitää ja edistää hoitajien työhyvinvointia. Työnohjauksen hyödyt ilmenivät työstä saadun palautteen ja omien vaikutusmahdollisuuksien lisääntymisenä, ammatillisen itsetunnon kohenemisena ja psyykkisen rasittuneisuuden vähenemisena. Hoitajien työhyvinvointi vaikuttaa sekä hoidon laatuun että hoitoalan vetovoimaisuuteen. Terveysthuollon jatkuvassa muutoksessa hoitohenkilökuntaa huoleltaa potilaiden saamien palvelujen säilyminen korkeatasoisina. Työntekijät ovat valmiita kehittämään itseään, jos organisaatiossa annetaan siihen mahdollisuus.

Maahanmuuttajat olivat tyytymättömiä terveysthuollossa esiintyvään jatkuvaan **kiireeseen ja ajanpuutteeseen**. (Koskimies & Mutikainen 2008). Lehtinen (2006, 48, 52) tulkitsee julkisuudessa olevan käsityksen hoitotyöstä muokkaavan hoitajien näkemyksiä ja odotuksia siten, että nähdään

jopa kuuluvan hoitotyöhön. Samalla tämä luo epäluottamusta synnyttävän mielikuvan, että asiakkaita hoidetaan huonosti, ja tämä mielikuva jopa lisää hoitajien riittämättömyden kokemista ja työn määrää asiakkaiden ja heidän omaistensa pelätessä laiminlyöntejä hoidossa. Kiire voi Lehtisen mukaan merkitä yleistynyttä pelkoa: pelkoa siitä, että ei ehdi tekemään riittävästi tai riittävän hyvin, pelkoa siitä, että tapahtuu jotain, josta on vaikea suoriutua, pelkoa siitä, että tapahtuu epämieluisia asioita tai muutoksia. Yleistyneellä pelolla ei ole konkreettista kohdetta, siksi sitä on vaikea hallita ja siksi se salakavalasti kuluttaa ihmisen energiaa.

Tutkimustulosten mukaan terveydenhuoltohenkilöstö koki haasteelliseksi työskentelyn **kielimuurin** vuoksi, **puutteellisen kommunikoinnin** ja **tiedonsaannissa** ilmeni myös **puutteita**. (Nummelin & Nuutinen 2011, Koskimies & Mutikainen 2008, Airola 2013, Wathen 2007.) Palvelujärjestelmässä tapahtuvaa tulkkausta kutsutaan **asioimistulkkaukseksi**, jota käytetään terveydenhuoltopalveluissa. Koko maan kattava pakolaisten sijoitus on vaikeuttanut tulkkauspalveluiden saamista kunnissa, joissa on pieni pakolaisyhteisö. Yleisesti tulkin käyttöön liittyy monenlaisia ongelmia. Joista voidaan mainita maantieteellisesti eriarvoisuus palveluiden saannissa, tietosuojaongelmat, tulkkaukseen käytettävien laitteiden puutteellisuus, yleinen palvelujen saamattomuus ja riittämättömyys, tulkkien ajoittain vaikeus pitäytyä ammattiroolissaan, naistulkkienvähäisyys ja terveydenhuoltohenkilöstön tiedostamattomuus tulkin tarpeellisuudesta. Asiakkaan heikko tai olematon kielitaito samoin kuin terveystalouden työntekijän puutteellinen kielitaito vaikeuttavat huomattavasti muutenkin vaativaa asiakastyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

Maahanmuuttajien kokemukset kieli- ja kommunikointiongelmista liittyvät seuraaviin alueisiin: **Kielen oppimisen haasteisiin**: suomen kieli vaikea oppia, kontaktien ja vuorovaikutuksen vähäisyys valtaväestön kanssa, eristäytyneisyys valtaväestöstä. **Puutteelliseen kielitaitoon**: elämä hankalaa, itsensä ilmaiseminen ongelmallista, abstraktien asioiden kuvaileminen vaikeaa, kyky puhua omista terveysongelmista rajallista, kysymysten esittäminen ongelmallista, yleinen tiedonkulku, informaation antaminen ja vastaanottaminen puutteellista, este oikean hoidon saamiselle, terveydenhuollon palveluiden käyttäminen vaikeaa, omien sukulaisten ja tuttavien käyttö tulkkeina ja **hoitohenkilökunnan ja tulkkienvähäisyyden negatiiviseksi koetut tiedot ja taidot kommunikointitilanteissa**: hoitohenkilökunnan haluttomuus puhua englantia, tulkit eivät puhu aina asiakkaan äidinkieltä (vaan muuta asiakkaan kotimaassa puhuttavaa kieltä) ja tulkkienvähäisyys lääketieteellisen terminologian tuntemus. (Koskimies & Mutikainen 2008.)

Nigerialaisten maahanmuuttajien keskuudessa oli kokemusta siitä, että vaikka hoitaja näki, ettei asiakas puhunut suomea, hoitaja saattoi silti jatkaa puhumistaan suomen kielellä (Idehen-Imarhiagbe 2006). Venäjänkielisten maahanmuuttajien keskuudessa osa oli pyrkinyt hoitamaan asian ottamalla vastaanotolle oman sukulaisen tai tuttavan tulkiksi, osa oli selviytynyt suomen kielellä, osa oli hakeutunut lääkärille, jonka tiesi osaavan venäjää (Toukomaa 2001, viitattu 14.4.2016).

Tutkimustulosten perusteella maahanmuuttajat toivoivat muutosta hoitohenkilökunnan **asenteisiin**. (Koskimies & Mutikainen 2008). Tulosten mukaan maahanmuuttajia on myös **kategorisoitu** asiantuntijavallan määrittämien kulttuurimerkitysten kautta. (Järvinen 2004). Mulderin (2013) Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi- tutkimuksen mukaan hieman yli kolmannes hoitajista myönsi, että heillä on **ennakkoluuloja** eri kulttuurista tulevia kohtaan ja lähes puolet vastaajista teki oletuksia potilaan nimen tai ulkonäön perusteella. 38 % hoitajista oli sitä mieltä, että maahanmuuttajataustaisten miespotilaiden **suhtautuminen naisia kohtaan on alentavaa**. Hoitajista 42 % näki maahanmuuttajataustaiset **potilaat vaativina**. Neljä viidesosaa hoitajista oli sitä mieltä, että potilaiden lähtömaalla tai uskonnolla ei ollut vaikutusta hoitajien suhtautumiseen. Hoitajista 10 % koki ulkomaalaiset **rasitteena** terveydenhuollolle. Yli kolmannes hoitajista oli sitä mieltä, että heidän työpaikallaan on **piilorasismia**, mutta vastaajista 15 % myönsi rasismia omalla työpaikallaan. Kolmannes vastaajista koki, että ulkomaalaisten potilaiden kanssa on **vaikea tehdä yhteistyötä**.

Tutkimustulosten mukaan palvelujen nykytilannetta arvioitaessa terveydenhoitajat ja maahanmuuttajat kokivat haasteena **näkemyks- ja kulttuurierot** (Airola 2013). Mulderin (2013) tutkimuksessa neljä viidesosaa hoitajista raportoi **huomioivansa potilaan kulttuuria** ainakin hieman suunnitlessaan tai toteuttaessaan maahanmuuttajataustaisen potilaan hoitoa tai hoitotoimenpiteitä. Yli puolet hoitajista pyrki melko tai erittäin usein toteuttamaan maahanmuuttajataustaisen **potilaan toiveita** hoitoon liittyen. Yli neljä viidesosaa hoitajista koki, että maahanmuuttajataustaisen potilaan **kulttuuriset tarpeet** olivat vaikea, melko vaikea tai hieman **vaikea ottaa huomioon** hoitotyössä. Lähes 90 % hoitajista oli sitä mieltä että, oli melko tärkeää tai erittäin tärkeää **kunnioittaa** ulkomaalaisen potilaan **itseäänmäärittämisoikeutta**. Yli 70 % vastaajista koki erittäin, melko tai hieman tärkeäksi **huomioida** maahanmuuttajataustaisen potilaan **uskonnon** hoitotyössä. Suurin osa hoitajista hoiti mielellään maahanmuuttajataustaisia potilaita, ja noin 10 % vastaajista myönsi **vältelevänsä** maahanmuuttajataustaisten potilaiden hoitamista. Lähes kaikki vastaajat kokivat, että maahanmuuttajataustaisten **potilaiden omaiset olivat avuksi hoitotyössä** ja suhtautuivat näihin ainakin hieman myönteisesti.

Tutkimustulosten perusteella terveydenhoitajat ja maahanmuuttajat kokivat haasteena **palvelujen joustamattomuuden** (Airola 2013). Mulderin (2013) tutkimuksessa kävi ilmi, että yli 70 % hoitajista sanoi esimiehensä tukevan hyvää monikulttuurista hoitotyötä. Tämä ei kuitenkaan näkynyt työnjaoissa, sillä 43 % hoitajista oli vahvasti tai melko vahvasti sitä mieltä että, **työnjaossa** ei huomioida ulkomaalaisen potilaan ohjauksessa tarvittavaa lisäaikaa ja 32 % koki vahvasti tai melko vahvasti, että tulkin käyttöön kuluva lisäaikaa ei huomioida työnjaossa. Yli 70 % hoitajista sanoi esimiehensä tukevan hyvää monikulttuurista hoitotyötä. Tämä ei kuitenkaan näkynyt työnjaossa, sillä 43 % hoitajista oli vahvasti tai melko vahvasti sitä mieltä että, työnjaossa ei huomioida ulkomaalaisen potilaan ohjauksessa tarvittavaa lisäaikaa ja 32 % koki vahvasti tai melko vahvasti, että tulkin käyttöön kuluva lisäaikaa ei huomioida työnjaossa. Yli kolmannes oli sitä mieltä että, monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyvään lisäkoulutukseen on erittäin huonot tai melko huonot mahdollisuudet.

Tutkimustulosten perusteella eri **kulttuureihin liittyvää koulutusta terveydenhuoltoalalla** haluttiin lisää. (Koskimies & Mutikainen 2008.) Kuitenkin Mulderin (2013) tutkimuksessa todettiin, että yli kolmannes oli sitä mieltä että, monikulttuuriseen hoitotyöhön liittyvään lisäkoulutukseen on erittäin huonot tai melko huonot mahdollisuudet. Mäntyharju & Siilin (2010) tehdyssä tutkimuksessa henkilökunnan kyselyssä suurimmiksi monikulttuurisen asiakkaan kohtaamisen tarpeeksi nousi tarve saada lisätietoja eri kulttuureista. Lisäkoulutusta vastaajat halusivat eri uskonnoista, kielistä, kulttuureista ja niihin liittyvistä tavoista. Erityisesti vastaajia kiinnosti kulttuurien ja uskontojen taustatiedot, käyttäytymissäännöt, puhuttelu - ja sukupuolikysymykset. Ruokailuun, hygieniaan ja vainajan kunnioittamiseen liittyvät asiat mainittiin myös koulutustarpeina. ja eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien ymmärtäminen. Lisäohjeistusta kaivattiin potilaan vastaanottoon, ohjaamiseen ja kotiuttamiseen liittyvissä asioissa. Tavoista, erityispiirteistä, kulttuurien huomioimisesta sekä yleisistä kulttuuriin ja uskontoon liittyvistä asioista kaivattiin kirjallista lisätietoa.

Tutkimustulosten perusteella toivottiin, että ammattilaisten saatavilla tulisi olla sellaista koulutusta, että **väkivalta olisi helpommin tunnistettavissa ja uhrin auttamiseen** paremmat välineet. (Vierola 2010). Mäntyharju & Siilin (2010) tehdyssä tutkimuksessa koettiin tärkeäksi myös psyyken ongelmien mieltäminen ja ymmärtäminen eri kulttuureissa. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut oppaan sosiaali- ja terveysalan auttamistyöhön. Opas on tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan peruspalveluihin tukemaan väkivaltaa kokeneiden maahanmuuttajanaisten auttamistyötä ja oppaaseen on koottu kysymyksiä, joiden avulla väkivalta voidaan tunnistaa mahdollisimman varhain osana sosiaali- ja terveysalan perustyötä. (Kyllönen-Saarnio & Nurmi 2005, viitattu 14.4.2016.)

7 POHDINTA

Terveystenhoitohenkilön tärkeimpiä työkaluja monikulttuurisissa kohtaamisissa on herkkyys, ymmärryskyky, vuorovaikutuksellisuus ja ammatillinen tieto sekä aito kiinnostus eri kulttuureja kohtaan. Viranomaisten tulisi tarjota eri kulttuurista tulleille henkilöille tietoa Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä, jotta he osaisivat hakeutua oikeiden palvelujen piiriin.

Kokonaisuudessaan terveydenhuollon kohtaamia maahanmuuttajaväestöön nähden on tutkittu Suomessa vähän. Kaikissa tehdyissä tutkimuksissa on selkeästi tullut esille hoitohenkilökunnan puutteellinen osaaminen eri kulttuurien hoitotyössä ja maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön väliset haasteet vastata palvelujen tarpeeseen.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus maahanmuuttajien ja terveydenhuollon palvelujärjestelmästä Suomessa on antanut kokonaiskuvan niistä tutkimuksista, joita Suomessa on tehty. Terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä tehtyjä tutkimuksia oli tehty sekä hoitohenkilökunnan että maahanmuuttajien näkökulmasta käsin. Molemmilla osapuolilla oli yhtenevät näkemykset ja kokemukset niistä haasteista, joita eri kulttuurien kohtaamisissa terveydenhuollossa tapahtuu.

Opinnäytetyön aihe on hyvin ajankohtainen ja omassa työssäni sairaanhoitajana kohtaan eri kulttuurista tulleita asiakkaita ja potilaita viikoittain. Oma tutkimuksellinen osaaminen on laajentunut opinnäytetyön prosessin aikana ja se on ollut hyödyllinen oppimiskokemus. Tutkimuksen alussa koin aiheen haasteelliseksi ja motivaationi sen tekemisessä kasvoi kun olin saanut muodostettua selkeältä vaikuttavat sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tutkimuksen tekeminen vaati itsenäistä ajattelua, analysointia ja perusteluvalmiuksia sekä pohdintaa. Laadukas ja järjestelmällinen tutkimuksen etsiminen vaati paljon suunnitelmallisuutta ja aikaa. Saavutin tavoitteeni systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta ja tiedon yhteen kokoamisesta sekä uuden tiedon tuottamisesta.

Suomi tarvitsee lisää monikulttuurista hoitotyön opetusta ammattikorkeakouluihin niin terveyst- kuin sosiaalialan opiskelijoille. Useat monikulttuurisen hoitotyön teoreetikot korostavat itsetuntemuksen ja itsetutkiskelun merkitystä monikulttuurisissa hoitotyön taitojen kehittämisessä, joten koulutuksen lisääminen taikka suuntaaminen enemmän monikulttuurisuuteen toisi tähän mahdollisuuden. Vuo-

den 2015 alusta alkaen Diakonia-ammattikorkeakoulussa käyttöönotetussa hoitotyön opetussuunnitelmassa on valinnaisena tutkinnon osana 25 opintopisteen laajuinen Multicultural Nursing-opintokokonaisuus, joka laajentaa monikulttuurisuus opetusta hoitotyössä. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2016, viitattu 25.4.2016.) Samoin tärkeänä näkisin yleisesti kieliopintojen lisäämisen ammattikorkeakouluopintoihin ja pakollisiin opintoihin lisäksi myös monikulttuurisen hoitotyön. Opetusministeriön suunnitelman mukaan sairaanhoitajan tulisi valmistuessaan tuntea kulttuurin merkitys terveyden edistämisessä ja hoitotyössä sekä osata toimia oman alansa kansainvälisissä tehtävissä ja monikulttuurisissa työyhteisöissä. Sairaanhoitajan tulisi myös edistää ihmisoikeuksia ja suvaitsevaisuutta hoitotyössä. Opetusministeriön esiin tuomat keskeiset sisällöt sairaanhoitajan tiedoissa ja taidoissa ovat erilaisuus ja suvaitsevaisuus, kulttuurisuus ja estetiikka hoitotyössä, kansainvälisyys hoitotyössä, hoitokulttuurit ja monikulttuuriset työyhteisöt sekä säädösten ja ammatin vaatima kielitaito. (Opetusministeriö 2006, viitattu 25.4.2016.)

7.1 Opinnäytetyön luotettavuuden pohdintaa

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijana olen joutunut koko tutkimusprosessin ajan pohtimaan tekemiäni ratkaisuja ja näin ottamaan kantaa analyysin kattavuuteen. Tulosten ja aineiston haun luotettavuus on saattanut kärsiä hieman suppeasta tavasta kerätä aineistoa ja käyttää hakusanoja. Tästä huolimatta hakutulokset olivat suuret, joten tulosten tarkastelu vei runsaasti aikaa. On mahdollista, että joitakin lähteitä on jäänyt huomaamatta, koska alussa jouduin tarkastelemaan hakutuloksia pelkästään otsikon perusteella. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimusartikkelit eivät välttämättä suoraan käsitelleet tutkittavaa ilmiötä, mutta ne vastasivat kuitenkin tutkimustehtäviin.

Käytin opinnäytetyössäni ainoastaan luotettavia aineistoja. Julkaisut perustuivat tieteellisesti tutkittuun tietoon. Aiheestani johtuen aineistot olivat kaikki melko tuoreita, siksi voi sanoa että tieto on tämän hetkistä tuoretta tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Rajasin tiedonhaun koskemaan vain terveydenhuollon ammattihenkilöille suunnattuja julkaisuja, koska opinnäytetyöni aiheena oli heidän kykynsä kohdata maahanmuuttajien terveystarpeisiin.

Opinnäytetyöni tulosten luotettavuutta lisää niiden sovellettavuus kaikkiin terveyden- ja sosiaalihuollon kohtaamisiin, joissa asiakkaana tai potilaana on maahanmuuttaja tai eri kulttuurista tuleva henkilö. Opinnäytetyötä ja sen luotettavuutta arvioi myös raportin lukija.

7.2 Uudet tutkimuskohteet

Jatkotutkimushaasteena on hyödyllistä tutkia maahanmuuttajien ja terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamisissa ilmeneviä haasteita. Tarpeellista on selvittää onnistuneiden ja epäonnistuneiden kohtaamisten kulttuurisia-, kommunikatiivisia- ja rakenteellisia tekijöitä aiempaa tarkemmin. Hoitotyössä korostetaan sen inhimillistä luonnetta. Ihmisten välinen kohtaaminen kuvaa hyvin siinä onnistumista tai epäonnistumista. Työssä koettu ilo ja tyytyväisyys kertovat onnistumisesta eri kohtaamisissa ihmisten kanssa olivatpa he potilaita, omaisia taikka työyhteisön muita jäseniä.

Toisena jatkotutkimuksen aiheena on tärkeää selvittää miten maahanmuuttajille annetaan tietoa Suomen terveydenhuoltojärjestelmästä ja miten riittävää annettun tiedon taso on. Vastaanottokeskusten henkilökunta on usein ratkaisevassa asemassa ensitiedon tarjoajana. Olisi mielekäs selvittää miten vastaanottokeskusten terveydenhuoltohenkilöstö kokee resurssien riittävyyden terveyspalvelujen tarjonnassa ja miten he kokevat yhteistyön maahanmuuttajien kanssa.

Jatkotutkimushaasteena voitaisiin myös selvittää miten hyödyllistä olisi keskittää maahanmuuttajien terveyspalvelujen tarjontaa omiin erikoisyksiköihin, joissa työskentelisi monikulttuuriseen hoitotyöhön perehtyneitä terveydenhuoltoalanhenkilöstöä. Toisaalta on pohdittava tuotetaanko eriyttämällä hyötyä vai haittaa, koska inklusiolla eli ihmisiä osallistamalla tuetaan tasa-arvoisuutta.

Terveysalan opetussuunnitelmia voidaan myös kehittää varmistamaan osaltaan aiempaa paremmin monikulttuurisuuteen liittyvän osaamisen. Tärkeänä jatkotutkimushaasteena pidän maahanmuuttajien terveydenhuoltoon liittyviä tutkimuksia, joissa käytetään asiakaslähtöisiä palvelumuotoilun menetelmiä.

7.3 Johtopäätökset

Maahanmuuttajien määrä on Suomessa viime vuosikymmeninä lisääntynyt voimakkaasti, mikä on aiheuttanut haasteita, myös terveydenhuollon piirissä. Usein on koettu, että kulttuuriset erot vaikeuttavat yhteistyötä asiakkaiden ja potilaiden kanssa. Yhteiskuntamme on monikulttuuristunut ja lähes päivittäin kohtaamme eri kulttuurista tulleita ihmisiä ympärillämme. On hyvä muistaa, että

Suomessa syntyneiden keskuudessa on myös eri kulttuureita. Maassamme on muun muassa suomenruotsalaisten, romanien, juutalaisten, kuurojen, kehitysvammaisten kulttuurit ja myös eri perhekulttuurit, jotka kaikki voivat poiketa toisistaan paljon.

Kun maahanmuuttajien kanssa toimivat terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat itselleen vieraampia kulttuureja, on hyvä paitsi tietää asiakkaan tai potilaan kulttuurista, myös oltava tietoinen omasta kulttuuristaan. Kokemus sairauden tai vamman syystä ja vaikutuksista riippuu paljon kulttuurista ja kokemuksista. Tuokko (2007) on tutkinut hoitotieteen opiskelijoiden kulttuurista kompetenssia ja osa vastanneista kertoi ottavansa kulttuuriset seikat hoidossa huomioon, mutta toiset eivät. Kulttuurinmukaisen hoidon hyötyinä nähtiin hoidon vaikuttavuuden parantuminen, hyvän yhteistyön ja luottamuksellisen hoitosuhteen mahdollistuminen, asiakkaan näkemysten esiin tuonnin helpottuminen sekä hoitotyöntekijän ongelmanratkaisukyvyyn kehittyminen ja avartuminen. Toimiva yhteistyö maahanmuuttajien kanssa edellyttää kulttuurien tuntemusta tai vähintään yhteistyötä henkilön kanssa, joka tuntee heidän kulttuurinsa. Samalla on kuitenkin vältettävä yleistysten tekemistä. Jokaisen maahanmuuttajan tilanne on ainutlaatuinen.

Maahanmuuttajien terveystietoon vaikuttavat oman kulttuurin ja arvomaailman mukaiset käsitykset sekä omat henkilökohtaiset kokemukset. Maahanmuuttajien käsitykseen Suomen terveyspalveluista vaikuttaa myös epätietoisuus siitä, miten uudessa maassa ja vieraassa kulttuurissa suhtaudutaan eri kulttuurista tulleisiin ihmisiin. Maahanmuuttajien kokemus turvallisuudesta ja mahdollisuudesta saada riittävästi tukea ja kuntoutusta sekä hoitoa voi heikentyä, jos heidän valintoja muun muassa hoitovaihtoehtoista kyseenalaistetaan. Terveystieteen ammattihenkilöstön tulee tukea maahanmuuttajia ja saavuttaa luottamus, jolloin hoito ja kuntoutus mahdollistuvat. Maahanmuuttajaperheet ovat usein saattaneet kokea erittäin kovia ennen Suomeen tuloa. He ovat voineet joutua kokemaan traumaattisia tapahtumia, syrjintää ja sotia. Maahanmuuttajan voi olla vaikea luottaa viranomaiseen, jos edellisessä kotimaassa on joutunut kokemaan esimerkiksi vainoa.

Suomessa luotetaan näyttöön ja tutkimuksiin perustuvaan hoitoon. Maasta riippuen uskonto voi olla kulttuurin ydin ja maahanmuuttajalle uskonto on usein tärkeä side omaan kulttuuriin ja kotimaahan. Uskonto tai kulttuuri vaikuttaa siihen, miten sairauteen ja terveyteen suhtaudutaan. Vuorovaikutukselle luodaan hyvä pohja, kun maahanmuuttajan ja hänen läheistensä kulttuuria, arvoja ja näkemyksiä kunnioitetaan. Eri kulttuurista tulevan potilaan kohtaamisessa haasteena on usein

yhteisen kielen puute. Voi myös olla vaikea selvittää, mikä ongelmista liittyy sairauteen, kulttuuri-taustaan, yksilölliseen elämänhistoriaan ja kotoutumisen vaikeuksiin. Sainola-Rodriguez (2009) tuo esille tutkimuksessaan, että osa hoitohenkilökunnasta valikoituu hoitamaan maahanmuuttajia. Kaikki hoitajat eivät mielellään halunneet hoitaa maahanmuuttajataustaisia potilaita, omahoitajuus keskittyi niille, joilla oli muun muassa kielitaitoa, vaikkei yhteistä puhuttua kieltä olisikaan. Näkisin, että terveydenhuoltohenkilöstön asenteellisuuden ja ennakkoluulojen liittyvän selkeästi riittämättömään koulutukseen kulttuurisista asioista. Hoitamiseen liitetään rasismia, joskin siihen suhtaudutaan ristiriitaisesti ja osa hoitohenkilökunnasta kieltää sen olemassaolon.

Asiantuntevuus ja ammatillinen pätevyys hoitotyössä tulisi sisältää kulttuurisen kompetenssin. Se parantaa hoitohenkilökunnan kykyä havaita eri kulttuureista tulevien potilaiden tapaa ilmentää kipua, huomioida kulttuuriset uskomukset ja käytännöt hoidon tarpeen määrittelyssä ja tunnistaa tietyille väestöryhmille ominaiset taudit ja poikkeavuudet hoitojen vaikutuksissa.

Pakolaisten terveydenhuoltoon kannattanee voimavaroja suunnata vieläkin enemmän onnistuneen kotoutumisen edistämiseksi ja terveyden voimavarojen parantamiseksi ja ylläpitämiseksi. Periaate terveystalouden järjestämisessä on, että kaikki kansalaiset ovat samanlaisten palveluiden piirissä, jolloin ei korosteta jonkin erityisryhmän erityistarpeita. Terveyden edistämisen painopisteiden lähihistorian analyysissä on todettu, että 2000-luvulla terveyden edistämässä pyritään huomioidaan erityisesti kulttuuriset tekijät yhteisöllähtöisyyden, eettisyyden, psykososiaalisten ja teknologisten tekijöiden lisäksi sekä asiakkaiden hallinnan tunteen vahvistamisen lisäksi. Tietoa ei ole siitä, miten tämä terveystalouden linjaus toteutuu kulttuurivähemmistöjen terveydenedistämässä. (Malin & Gissler 2016, 124.)

LÄHTEET

Abdelhamid, P. & Koskinen, L. 2009. Monikulttuurisen hoitotyön haasteet. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 95–97.

Airola, E. 2013. Kun kulttuurit kohtaavat- Terveyspalvelujen monikulttuurisuus ja laatu terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 9.4.2016 <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/84623/gradu06756.pdf?sequence=1>

Castaneda, A., Lehtisalo, R., Schubert, C., Pakaslahti, A., Halla, T., Mölsä, M. & Suvisaari, J. 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Teoksessa A. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 2012:61.

Cools, C., Kahla, E. & Tuominen, R. 1998. Kasvotusten potilaan kanssa. Teoksessa Tuominen, R. (toim.) Kulttuurien kohtaaminen terveydenhuollossa. Juva: WSOY, 34.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. 2016. Sairaanhoidtaja (AMK). Viitattu 25.4.2016 <http://www.diak.fi/hakijalle/Hakeminen%20koulutukseen/Koulutusohjelmat/hoitoty%C3%B6n%20koulutusohjelma/Sivut/Hoitoty%C3%B6n-suuntautmisvaihtoehto.aspx>
Erikoissairaanhoidonlaki 1.12.1989/1062.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Tampere: Vastapaino. 178.

Globalis. 2016. ISIS. Viitattu 23.3.2016 <http://www.globalis.fi/Konfliktit/ISIS>

Halla, T. 2007. Psykkisesti sairas maahanmuuttaja. Duodecim 2007 (123), 469–475.

Heikkurinen, J., Vauhkonen, J. & Väliavaara, S. 2007. Asiakkaana maahanmuuttaja. Selvitys maahanmuuttaja-asiakkaiden tyytyväisyydestä Lahden avoterveydenhuollosta saamaansa hoitoon ja

palveluun. Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidtaja AMK. Opinnäytetyö. Viitattu 9.4.2016 <https://www.theseus.fi/xmlui/bitstream/handle/10024/11086/2007-09-11-01.pdf?sequence=1>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 111–113.

Idehen-Imarhiagbe, E. 2006. Expectations and experiences of nursing care. A Study of Nigerian Communities in Helsinki Region, Finland. Kuopio yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Opinnäytetutkielma.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset- Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun yliopisto.

Järvinen, R. 2004. Ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuri: erilaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon jäsenyksissä. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 9.4.2016 <http://tampub.uta.fi/handle/10024/67310>

Kallio, Tomi J. (2006). Laadullinen review-tutkimus metodina ja yhteiskunnallinen lähestymistapa. Hallinnon tutkimus 25: 2, 18–28.

Kankkunen P & Vehviläinen- Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy, Helsinki. 45.

Kern, S. 2015. Migration crisis becomes public health crisis. Gatestone institute. International policy council. Viitattu 2.4.2016 <http://www.gatestoneinstitute.org/6838/germany-migration-health-crisis>

Keränen, R. & Ronkainen, R. 2011. Vieraskielisen potilaan ohjaus natiiviröntgentutkimuksissa- Opas röntgenhoitajille. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Radiografia ja sädehoito. Opinnäytetyö. Viitattu 9.4.2016 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/31419/Riikka_Keränen%20Riikka_Ronkainen.pdf?sequence=1

Kivimäki, S. 2012. Tampereen yliopisto. Kuinka tämän tuntisi omaksi maakseen. Suomalaisuuden kulttuurisia järjestyksiä. Viestinnän, median ja teatterin yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

Koivu, M. 2013. Clinical supervision and well-being at work. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 13.4.2016 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1148-3/urn_isbn_978-952-61-1148-3.pdf

Koivusilta, L. 2012. Terveyserojen sosioekonomiset taustatekijät. Teoksessa Honkasalo, M-L. & Salmi, H. (toim.) Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen. Turku: Painosalama Oy, 319–357.

Koskimies, K. & Mutikainen, H-K. 2008. Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina. Helsingin ammattikorkeakoulu stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Terveystieteen Opinnäytetyö. Viitattu 9.4.2016 <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/37374/stadia-1205762091-7.pdf?sequence=1>

Koskinen, L. 2009a. Kulttuuri, monikulttuurisuus, monikulttuurinen hoitotyö ja maahanmuuttaja käsitteinä. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 18–19.

Koskinen, L. 2009b. Hoitotyön kansainvälistyminen ja monikulttuuristuminen. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. (toim.) Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 25,27.

Koskinen, S., Castaneda, A., Solovieva, N. & Laatikainen, T. 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Teoksessa A. Castaneda, S. Rask, P. Koponen, M. Mölsä & S. Koskinen (toim.) Terveys ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 2012:61.

Kyllönen-Saarnio, E. Nurmi, R. 2005. Maahanmuuttajanaiset ja väkivalta. Opas sosiaali- ja terveysalan auttamistyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:15. Viitattu 14.4.2016 http://stm.fi/documents/1271139/1359676/Maahanmuuttajanaiset_ja_vakivalta_fi.pdf/25a81350-ebbe-453b-a8c2-2d9761ded566

Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Tutkiva hoitotyö. 6(2). 23–28.

Kääriäinen, M. & Lahtinen M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18(1), 37–45.

Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkinä syö- pää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. Tutkiva hoitotyö. 6 (2), 23– 29.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 (17), 3-12.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1).

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.21,23.

Lehtinen, R-L. 2006. Kiire haasteena, aika mahdollisuutena. Hoitajien ja lähijohtajien kiireelle antamia merkityksiä konservatiivisessa hoitotyössä. Kuopion yliopisto. Terveystieteet. Pro gradu- tutkielma. Viitattu 13.4.2016 [https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/gradu-tutkielma.Viitattu 13.4.2016 https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/graduRLehtinen.pdf/2775d661-b7ab-4de1-a4cc-af8457b7d12a](https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/gradu-tutkielma.Viitattu%2013.4.2016%20https://www2.uef.fi/documents/1084483/1438176/graduRLehtinen.pdf/2775d661-b7ab-4de1-a4cc-af8457b7d12a)

Lukkarinen, N. 2013. Kulttuurien kohtaamisen tarkastelua terveydenhuollossa -Opintokokonaisuus terveydenhoitajaopiskelijoille. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 9.4.2016 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/61021/Lukkarinen_Nora.pdf?sequence=1

Maahanmuuttovirasto. 2013. Afganistan-maakatsaus. Viitattu 23.3.2016. http://www.migri.fi/download/42251_Afganistan-_maakatsaus_24.1.2013.pdf?72eecb6a1606d388

Maahanmuuttovirasto. 2015a. Somalian tilanne, lokakuu 2015. Viitattu 20.4.2016
http://www.migri.fi/download/63312_Somalian_tilannekuva_lokakuu_2015.pdf?9dc7f7216bdfd288

Maahanmuuttovirasto 2015b. Syyrian tilannekatsaus 1 Viitattu Maahanmuuttovirasto. 2015c. Perusteettomasti turvapaikkaa hakeneiden albanialaisten määrä on moninkertaistunut. Viitattu 20.4.2014 http://www.migri.fi/medialle/tiedotteet/lehdistotiedotteet/lehdistotiedotteet/1/0/perusteettomasti_turvapaikkaa_hakeneiden_albanialaisten_maara_on_moninkertaistunut_61245

Maahanmuuttovirasto. 2016a. Turvapaikka- ja pakolaistilastot. Viitattu 29.2.2016
http://www.migri.fi/tietoa_virastosta/tilastot/turvapaikka-_ja_pakolaistilastot

Maahanmuuttovirasto. 2016b. Irakin tilanne, lokakuu 2015. Viitattu 23.3.2016.
http://www.migri.fi/download/63197_irakin_tilanne_lokakuussa_2015.pdf?776acf609249d388

Malin, M. & Gissler, M. 2006. Maahanmuuttajien terveys- ja sosiaalipalveluiden saatavuus, laatu ja käyttö oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Teoksessa J. Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hyvinvointivaltion rajat-hanke. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 115–133.

Mannila, S. 2008. Maahanmuuttajien terveys. *Lääkärilehti* 63 (32), 2509–2513.

Metsämuuronen, J. 2005. Näyttöön perustuva päätöksenteko ja systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Psykologia* 40, 5–6, 578–581.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. *Metodologia-sarja* 4. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mulder, R. 2013. Hoitotyöntekijöiden kulttuurinen kompetenssi. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro gradu – tutkielma. Viitattu 20.4.2016 <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/84885/gradu06955.pdf?sequence=1>

Mäntyharju, E. & Siili, T. 2010. Monikulttuurisen asiakkaan kohtaaminen sairaalassa - hoitohenkilöstö- ja asiakasnäkökulma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Nummelin, E. & Nuutinen, L-K. 2011. Eri kieliryhmien tarpeet terveyspalveluiden käytössä ja käytönohjauksessa. Metropolia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidtaja. Opinnäytetyö. Viitattu 9.4.2016 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/35229/OP-PARI.pdf?sequence=1>

Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoidtajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 13.4.2016 <https://tampub.uta.fi/handle/10024/67168>

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Viitattu 25.4.2016 http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2006/Ammattikorkeakoulusta_terveydenhuoltoon.

Oroza, V. 2007. Maahanmuuttaja yleislääkärin vastaanotolla. Duodecim 2007 (123), 441–447.

Oulun ammattikorkeakoulu. 2014. Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön ohje. Viitattu 20.4.2016 <https://oiva.oamk.fi/utills/opendoc.php?aWRfZG9rdW1lbnR0aT0xNDMwNzY0Njky>

Oulun ammattikorkeakoulu. 2016. Opinto-opas 2015–2016, Hoitotyön tutkinto-ohjelma. Viitattu 20.2.2016 <http://www.oamk.fi/opinto-opas/koulutusohjelmat/?koulutus=sai2015&k=s2015>

Oulun kaupunki. 2016. Koulutustarjonta. Viitattu 11.4.2016 <http://www.oulu.fi/koulutustarjonta/education-programmes/1%3%A4%3%A4ketieteen-koulutusohjelma>

Oulun seudun ammattipiisto 2016. Viitattu 11.4.2016 <http://www.osao.fi/>

Pirinen, I. 2008. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 9.4.2016 <http://tampub.uta.fi/handle/10024/67804>

Punainen Risti. 2016. Irak. Viitattu 23.3.2016 . <https://www.punainenristi.fi/node/799/lahi-ita-pohjois-afrikka/irak>

Räty, M. 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Tampere: Tammi, 48.

Sainola-Rodriguez, K. 2007. Maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa – transnationaalinen taitoko? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2007: 44.

Sainola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Väitöskirja.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja 2011.

Sisäministeriö. 2016. Turvapaikanhakijoita saapui viime vuonna ennätysmäärä. Viitattu 29.2.2016 <http://www.intermin.fi/fi/maahanmuutto/turvapaikanhakijat>

Social Progress Imperative 2016. Social progress index 2015 Finland. Viitattu 29.2.2016 <http://www.socialprogressimperative.org/data/spi/countries/FIN>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Omakielisten palvelujen turvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:1.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2004:11. Viitattu 10.4.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/yksityiset-palvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus eli sote-uudistus. Viitattu 8.4.2016 <http://alueuudistus.fi/soteuudistus>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b. Sairaalat ja erikoissairaanhoido. Viitattu 10.4.2016 <http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoido>

Stolt, M. & Routasalo, P. 2007. Tutkimusartikkelin valinta ja käsittely. Teoksessa: Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digi-paino- Turun yliopisto. 58–70.

Suomen pakolaisapu. 2016. Pakolaisuus Suomessa. Viitattu 1.3.2016 <http://pakolaisapu.fi/pakolaisuus/pakolaisuus-suomessa/>

Taavela, R. 1999. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Väitöskirja.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016a. Perusterveydenhuolto. Viitattu 8.4.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/perusterveydenhuolto>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2016b. Yksityiset palvelut. Viitattu 10.4.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/yksityiset-palvelut>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Toukoma, T. 2001. Venäjänkielisten maahanmuuttajien terveys- ja sairauskäsitykset sekä suhtautuminen suomalaiseen terveydenhuoltoon. Helsingin yliopisto. Kulttuuriantropologian laitos. Pro gradu –tutkielma. Hakupäivä 14.4.2016 <http://helda.helsinki.fi/handle/10138/14227>

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

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 93.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.

Valtiontalouden tarkastusvirasto 2014. Kotouttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 3/2014. Viitattu 24.3.2016
https://www.vtv.fi/files/3854/3_2014_Kotouttaminen_sosiaali-ja_terveydenhuollossa.pdf

Vierola, E. 2010. Ei ne oikein halua apua. Terveydenhoitajien kokemuksia maahanmuuttajanaisten kohtaamasta parisuhdeväkivallasta. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Kätilön suuntautumisopinnot. Opinnäytetyö. Viitattu 9.4.2016
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/30634/Vierola_Eeva.pdf?sequence=2

Vo, Thanh T. 2008. Maahanmuuttajaäidit neuvolan asiakkaina. Maahanmuuttajaäitien kokemuksia maahanmuuttajien terveysaseman ja tavallisen terveysaseman palveluista. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Terveydenhoitaja. Opinnäytetyö.

Wahlbeck, K., Manderbacka, K., Vuorenkoski, L., Kuusio, H., Luoma, M-L. & Widström, E. 2008. Quality and Equality of Access to Healthcare Services. Stakesin raportteja 2008:1. Viitattu 9.4.2016
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R1-2008-VERKKO.pdf>

Wathen, M. 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma. Viitattu 9.4.2016
<https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/77868/gradu01737.pdf?sequence=1>

Yliharju, T. 2014. Maahanmuuttajataustaisen asiakkaan kokemuksia asiakaslähtöisyydestä toimintaterapiassa. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 9.4.2016
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/80813/Yliharju_Tuuli.pdf?sequence=1

LIITTEET

TAULUKKO 1. KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TUTKIMUKSET

LIITE 1

Tekijä ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	Päätutkimustulokset	Johtopäätökset	Luotettavuus
Wahlbeck, K., Manderbacka, K., Vuorenkoski, L., Kuusio, H., Luoma, M-L. & Widström E. 2008 Quality and Equality of Access to Healthcare Services.	Tavoitteena oli arvioida terveydenhoidon saavuutta kahdeksassa EU:n jäsenmaassa kiinnittämien huomiota kolmeen haavoittuvaan ja syrjäytymisvaarassa olevaan ryhmään eli maahanmuuttajiin, ikääntyneisiin ja mielenterveysongelmiin	Tutkimuksessa todettiin hoitopaасыn epäoikeudenmukaisuutta, terveyspalvelujen tarjonnan epätasa-arvoa ja sairaalapalveluiden käytössä, laadussa ja tuloksissa ilmeni eroja.	Terveyspalveluja käyttävien maahanmuuttajien määrä kasvaa jatkossa ja asettaa uusia haasteita terveydenhuoltojärjestelmille. Tärkeänä pidettiin, että päättäjät ja tutkijat ovat tietoisia sellaisten ohjelmatoimenpiteiden ja tutkimusten tarpeista, joilla turvataan terveydenhoidon saavuuden oikeudenmukaisuus ja yhdenmukainen laatu kaikille.	Raportti liittyy eurooppalaiseen HealthQUEST-hankkeeseen. Hankeen koordinoinnin hoiti European Health Management Association (EHMA). Raportti on laadittu analysoimalla kirjallisuutta, ohjelma-asiakirjoja ja laisäädäntöä sekä haastatteleamalla asiantuntijoita ja syrjäytymisvaarassa olevien ryhmien edustajia.
Vo, Thanh T. Maahanmuuttajaäidit neuvolan asiakkaina. Maahanmuuttajaäitien kokemuksia maahanmuuttajien terveysaseman ja tavallisen terveysaseman palveluista. 2008.	Tarkoituksena oli kuvailla Oulun seudun maahanmuuttajaäitien kokemuksia maahanmuuttajien terveysaseman ja tavallisen terveysaseman palveluista.	Maahanmuuttajaäidit olivat tyytyväisiä ja kiitollisia saamiinsa neuvolapalveluihin. He olisivat kaivanneet enemmän aikaa ja tukea neuvolaikäntiensä aikana. He kokivat kieliongelmat hankaliksi. Tärkeimmiksi neuvolapalveluiksi he kokivat tulkkipalveluiden käytön terveydenhoitoon liittyvien tietojen ja hoito-ohjeiden antamisessa. He olisivat toivoneet enemmän keskustelua parisuhteesta, lastenkasvatuksesta, harrastuksista ja ensiavusta sekä lääketieteellisistä asioista.	Jos he saisivat enemmän tietoja Suomesta ja yleisesti suomalaisesta terveydenhuollosta, silloin edistäisi maahanmuuttajaäitien ja heidän perheidensä kotoutumista. Useamman vuoden asioinnin samassa paikassa todettiin myös edistävän heidän kotoutumistaan.	Tutkimusaineisto on kerätty haastatteluilla, joissa on turvattu anonymisyys. Haastattelut on toteutettu vapaaehtoisuuteen perustuen. Haastatteluissa on käytetty tulkkia apuna. Opinnäytetyön tekemisessä on noudatettu sille määrättyjä ohjeita ja laadullisen tutkimuksen ohjeita noudattaen.
Vierola, E. Ei ne oikein halua apua.Terveystenhoitajien kokemuksia maahanmuuttajanaisten kohtaamasta parisuhdeväkivallasta.2010.	Tarkoituksena oli selvittää minkälaisesta parisuhdeväkivallasta maahanmuuttajanaiset kärsivät. Tarkoituksena oli myös kartoittaa, miten terveydenhoitajat voivat puuttua parisuhdeväkivaltaan ja mitkä ovat heidän käytössään olevat auttamisen välineet.	Tutkimustulosten mukaan naiset voivat kärsiä väkivallan kaikista eri muodoista riippumatta heidän kansallisuudesta ja kulttuurista. Terveystenhoitajat kokivat, että heidän auttamismahdollisuudet ovat rajalliset.	Ammattilaisten saatavilla tulisi olla sellaista koulutusta, että väkivalta on helpommin tunnistettavissa ja uhrin auttamiseen paremmat välineet. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia sitä, kuinka hoitotyön ammattilaiset ovat onnistuneet työsään ehkäistä parisuhdeväkivaltaa ja auttaa siitä kärsiviä naisia.	Aineiston keruu on tehty haastatteluilla ja ovat toteutettu nimettöminä ja luottamuksellina. Haastattelut ovat myös toteutettu yksilöhaastatteluina. Mittaustulosten toistettavuutta ei pystytty todistamaan. Tutkimustuloksissa on kuitenkin päädytty hyvin samankaltaisiin tuloksiin, joita oli saatu myös aiemmissa tutkimuksissa selville. Tutkimustuloksia ei voida kuitenkaan yleistää.
Nummelin, E. & Nuutinen, L-K. Eri kieliryhmien tarpeet terveyspalveluiden käytössä ja käytönohjauksessa. 2011.	Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa maahanmuuttajien terveystarpeita käsitteleviä tutkimuksia.	Esille nousivat tiedonsaanti ja kielimuurin tuomat haasteet, jotka vaikuttavat paljon hoitoon hakeutumiseen ja sitä kautta hoitotyöhön. Tämä puolestaan heijastui vahvasti kokemuksiin terveyspalveluiden käytöstä.	Terveyspalveluiden käytönohjaus vaatii kuitenkin yhä kehittämistä, jotta ennaltaehkäisevä hoitotyö sekä terveyden edistäminen voitaisiin huomioida paremmin. Materiaalia terveysasioista kaivataan eri muodoissa ja eri kielillä.	Tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Kirjallisuuskatsauksessa on arviointi alkuperäistutkimusten laatua. Sisällönanalysissä on pelkistetty aineistoa hyvin, joka tukee tutkimuksen luotettavuutta.
Koskimies, K. & Mutikainen, H-K. Maahanmuuttajat terveydenhuollon asiakkaina. 2008.	Työ kuvailee tutkimuskirjallisuuden valossa maahanmuuttaja-asiakkaiden kokemuksia terveydenhuollon palveluista ja terveydenhuollon työntekijöiden kokemuksia maahanmuuttajista asiakkaina.	Tutkimusten pohjalta nousivat esille kieli- ja kommunikaatiovaikeudet terveydenhuollon palveluiden keskeisimpänä haasteena. Maahanmuuttajat olivat tyytymättömiä terveydenhuollossa esiintyvään jatkuvaan kiireeseen, ajanpuutteeseen ja toivoivat myös muutosta henkilökunnan asenteisiin.	Tutkimustulosten mukaan hoitotyöntekijät tarvitsevat eri kulttuureihin liittyvää koulutusta. Jatko-tutkimusaiheeksi ehdotettiin kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten laaja-alaisen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen kokoamista maahanmuuttajaryhmistä ja hoitohenkilökunnasta, heidän asenteistaan ja kokemuksistaan sekä maahanmuuttajien tyytyväisyydestä terveydenhuollon palveluihin. Lisäksi ehdotettiin tutkimuksia koskien eri maahanmuuttajaryhmiä, jotta heiltä saataisiin kokemustietoa palvelujen kehittämiseksi vastaamaan maahanmuuttajien tarpeita.	Työn luotettavuutta lisäävät määrätellyt valintakriteerit, valitun aineiston esittely sekä induktiivisen sisällönanalyyysin käyttö ja sen esittely. Tarvittaessa tekijät ovat hakeneet neuvoja ja ohjausta informaatioilta, äidinkielenopettajilta ja opinnäytetyönohjaajilta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että tekijöitä on kaksi, joka on mahdollistanut keskustelun, pohdinnan ja kritiikin sekä eri tutkimusten ristiinlukemisen hyödyntämisen työn puitteissa.

Taulukko 1. jatkuu seuraavalla sivulla

Tekijä ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	Päättökäytännöt	Johtopäätökset	Luotettavuus
<p>Airola, E.</p> <p>Kun kulttuurit kohtaavat – Terveyspalvelujen monikulttuurisuus ja laatu terveydenhuoltohenkilöstön ja maahanmuuttajien kokemana. 2013.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on tutkia maahanmuuttaja-asiakkaiden ja heitä hoitavan ammattihenkilöstön näkemyksiä terveyspalvelujen monikulttuurisuudesta ja laadusta.</p>	<p>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 jousitamattomuus</p>	<p>Molempien osapuolten huomioiminen palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä on tärkeää, sillä yhteisymmärryksen saavuttaminen mahdollistaa yhteiseen hoitotapaan ja hyviin käytäntöihin pääsemisen. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa terveyspalvelujen tulee vastata mahdollisimman hyvin niin valtaväestön kuin myös maahanmuuttajien palvelutarpeita</p>	<p>Tutkimuksessa on pyritty muodostamaan mahdollisimman monipuolisen kuvan tutkittavasta ilmiöstä viittamalla aiempiin aihepiiriä koskeviin tutkimuksiin ja teorioihin. Tutkimuksen validiteettia lisää monipuolinen aineiston keruu ja jatkuvan vertailun käyttö tutkimusanalyysin aikana. Tutkimuksen haastatteluvaiheessa on käytetty myös tarkentavia ja selvittäviä lisäkysymyksiä, jota lisäävät saadun aineiston luotettavuutta. Lisäksi tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kohentaa tutkimuksen luotettavuutta.</p>
<p>Pirinen, I.</p> <p>Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltosyksikössä. 2008.</p>	<p>Väitöstutkimuksessa selvitettiin Tampereen kaupungin vastaanottokeskukseen kymmenen kuukauden aikana 2003–2004 tulleiden 170 turvapaikanhakijan terveydentilaa, heidän kokemuksiaan kidutuksesta ja muusta väkivallasta ja heidän terveyspalveluiden käyttöönsä kuuden kuukauden seuranta-aikana. Lisäksi arvioitiin turvapaikanhakijoiden terveydenhuollossa käytettävissä olevia voimavaroja.</p>	<p>Seuranta-aikana tutkittavat käyttivät runsaasti vastaanottokeskuksen terveydenhuoltosyksikön palveluita, vaikka heidät oli tulovaiheessa huolellisesti tutkittu. Vastaanottokeskuksen ulkopuolisia terveyspalveluita he käyttivät vähemmän, eniten mielenterveystoimiston ja hammaslääkärin palveluita. Tutkittujen huolenaiheet olivat samantyyppisiä kuin pienen terveyskeskuksen potilailta. Mielenterveyspalveluiden käyttö oli kuitenkin runsasta</p>	<p>Vastaanottokeskusten terveydenhuoltosyksiköt eivät pysty nykyisillä voimavaroilla järjestämään turvapaikanhakijoille kaikkia tarvittavia palveluita. Kussakin vastaanottokeskuksessa tulisi olla käytettävissä oma lääkäri. Erityisesti mielen terveyden ongelmien hoitamisessa tarvitaan ulkopuolista asiantuntemusta. Tulisi myös varautua siihen, että turvapaikanhakijoita tulee muiltakin kuin perinteisiltä alueilta, Aasiasta ja Afrikasta. On odotettavissa, että vastaanotolle tulee yhä enemmän potilaita, joilla on pitkäaikaisia sairauksia sekä korkeaan elintasoon ja ikääntymiseen liittyviä sairauksia. Samoin tulisi varautua siihen, että yhä useammalla turvapaikanhakijalla voi olla kidutus- tai pahoinpitelykokemuksia ja että heidän psyykinen terveydentilansa voi olla muusta syystä huono. Vastaanottokeskuksissa tehtävä vaativa ja henkisesti raskas työ edellyttää riittävät resurssit ja henkilökunnalle asianmukaisen työohjauksen. Turvapaikanhakijoiden terveyden selvittämiseen ja tarvittaviin hoitoihin liittyvät oikeudet ja rajoitukset tulisi selkeästi määritellä.</p>	<p>Tutkimuksessa on noudatettu tieteellisesti hyväksytyjä periaatteita ja tutkimusjärjestelyjä. Tietojen keruussa on noudatettu hyvää kliinistä tutkimus- ja hoitokäytäntöä kaikkien tutkittavien kohdalla. Tutkimusluvut on hankittu asianmukaisesti.</p>
<p>Wathen, M.</p> <p>Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana. 2007</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien kokemuksia maahanmuuttajien potilasohjauksesta. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa ja ymmärrystä siitä, kuinka eri kulttuurista tulleen potilaan erilainen kulttuuritausta ilmenee potilasohjaustilanteessa perusterveydenhuollossa toimivien sairaanhoitajien kokemana.</p>	<p>Analyysin tuloksena yhdistäväksi kategoriaksi muodostuivat maahanmuuttajien potilasohjauksen ominaispiirteet. Ominaispiirteet ja kaantuivat neljään yläkategoriaan eli asiakkuuteen, sairaanhoitajien valmiuksiin, kulttuurisiin tekijöihin ja potilasohjauksen haasteisiin. Alakategorioita kertyi kaksitoista kappaletta. Sairaanhoidajan vastaanotolle tulee usein nuoria, monilapsisia perheitä. Maahanmuuttajien sairaus- ja terveyskäsityksen erilaisuus tuli tuloksissa esille. Vuorovaikutustilanteet maahanmuuttajapotilaiden kanssa herättivät sairaanhoitajissa monenlaisia tunteita.</p>	<p>Terveydenhuoltohenkilöstö voi hyödyntää tutkimustuloksia potilasohjauksen kehittämisessä ja tuloksia voidaan hyödyntää myös terveysalan koulutuksessa.</p>	<p>Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi haastateltavien vapaaehtoisuus sekä esihaastattelu. Aineisto tallennettiin laadukkaalla äänityksellä sekä päiväkirjamerkinä haastattelun yhteydessä lisäsivät tutkimusaineiston luotettavuutta. Tutkija itse haastatteli, kirjoitti auki haastattelut ja analysoi ne, joka puolestaan lisää tutkimuksen luotettavuutta mutta toisaalta myös tutkijan tutkimustyöhön liittyvä koskemattomuus saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkija on noudattanut tutkimuksen tulosten julkaisemisessa yleistä periaatetta, että tutkimusraportti laaditaan mahdollisimman rehellisesti ja avoimesti.</p>

Taulukko 1. jatkuu seuraavalla sivulla

Tekijä ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	Päättökäytännöt	Johtopäätökset	Luotettavuus
		<p>Potilasohjauksessa käytettiin monipuolisia ohjausmenetelmiä, mutta molemmipuoliset ymmärtämisvaikeudet tulivat myös kokemuksista esille. Perheyhteisöllisyys, vieras kieli ja sukupuoliroolien erilaisuus sekä uskonnollinen vakaumus ja ulkomaalaisten temperamenttisuus ilmenivät tämän tutkimuksen tuloksissa kulttuurisiin tekijöihin liittyvinä ominaispiirteinä. Potilasohjauksen haasteet jakaantuivat siinä ilmeneviin esteisiin ja häiriötekijöihin.</p>		
<p>Järvinen, R.</p> <p>Ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuri: erilaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon jäsenyksissä 2004.</p>	<p>Tutkimuskysymykset olivat: 1. Minkälaisia tieto- ja valtasuhteita maahanmuuttajatyö sisältää? 2. Minkälaisiin sosiaalisiin käytäntöihin ne kytkeytyvät? 3. Minkälaisia kulttuurin merkitysjärjestelmiä ne muodostavat?</p>	<p>Tutkimuksessa on esitetty miten maahanmuuttajia kategorisoidaan asiantuntijavallan määrittämien kulttuurimerkitysten kautta. Maahanmuuttajien kanssa työskennellessä ammattiauttajat ovat seuraavien kysymysten äärellä: Minkälaista apua ihmiset tarvitsevat, kuka sen määrittää ja miten vastata ammatillisesti näihin tarpeisiin? Miten asiakkaan tai potilaan ja työntekijän erilainen kulttuuritausta vaikuttaa ammattiin?</p>	<p>Ammattiauttajilla ei ole mahdollisuutta pitkiin ja kokonaisvaltaisiin suhteisiin, joiden kuluessa hän voisi jatkuvasti kerätä kokemuksellista tietoa eri kulttuuritaustaisten asiakkaiden kulttuuri-identiteetistä. Työ eri kulttuureista tulevien maahanmuuttajien parissa edellyttää sen myöntämisen, että oma tieto vieraista kulttuureista on aina rajallista ja sen, että ihmiset kulttuurisina toimijoina itse muokkaavat kulttuurista identiteettiään.</p>	
<p>Yliharju, T.</p> <p>Maahanmuuttajataustaisen asiakkaan kokemuksia asiakaslähtöisyydestä toimintaterapiassa. 2014.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla maahanmuuttajataustaisen asiakkaan kokemuksia asiakaslähtöisyydestä toimintaterapiassa</p>	<p>Tutkimuksen tulosten mukaan maahanmuuttaja-asiakkaan kokemuksissa korostui terapeutin aito kuunteleminen, toivon ylläpitämisen tärkeys sekä se, että asiakas sai itse vaihtaa terapiassa käytettäviin toimintoihin</p>	<p>Toimintaterapeutit voivat hyödyntää opinnäyte-työtään työskennellessään asiakaslähtöisesti maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa. Opiskelijat voivat hyötyä opinnäytetyöstään tehdessään omaa opinnäytetyötään tai opiskellessaan maahanmuuttajista tai asiakaslähtöisyydestä. Näin ollen myös toimintaterapian opettajat voivat hyödyntää opetuksessaan erityisesti keskeisissä tuloksissa esille tullutta tutkimustietoa. Opinnäytetyöni voi toimia keskustelun herättäjänä niin ammattilaisten keskuudessa kuin laajemminkin yhteiskunnassa, jossa monikulttuurisuus kasvaa</p>	<p>Tutkimuksen eteneminen on raportoitu selkeästi ja tuuden mukaisesti, analyysivaihe on avattu havainnollisten sitä kuvioiden avulla. Vahvistettavuutta tukevat myös asianmukaisesti laaditut lähdeviitteet. Aineistossa on havaittavissa joitakin keskeisiä ristiriitoja riippuen siitä, miten apukysymykset on muotoiltu. Näin ollen on hyvin mahdollista, että tiedonantaja pyrki antamaan sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia. Analysointivaiheessa on käytetty raportin kirjoitusosiossa suoria lainauksia, jotka tukevat tutkimuksen uskottavuutta, samoin kuin aineiston nauhoittaminen ja litterointi. Vahvistettavuutta on lisätty tarkastelemalla tutkimuksen tuloksia muiden tutkimusten valossa.</p>
<p>Lukkarinen, N.</p> <p>Kulttuurien kohtaamisen tarkastelu terveydenhuollossa - Opintokokonaisuus terveydenhoitajaopiskelijoille. 2014.</p>	<p>Tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa Nora Lukkarisen Oulun yliopistossa vuonna 2000 hyväksytyyn kulttuuriantropologian pro gradun tutkimusaineiston pohjalta opintokokonaisuus yhteistyössä Oulun ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoiden kanssa. Aihe liittyi maahanmuuttaja-asiakkaiden ja suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön välisiin kohtaamislanteisiin. Keskeisinä aihe-alueina olivat viestintä, käsitykset sairaudesta, terveydestä ja hoitomenetelmistä sekä kansanomaisten parantamismenetelmien käyttäminen.</p>	<p>Opiskelijoiden tavoitteena oli saada tiedollisia valmiuksia monikulttuuriseen hoitotyöhön ja tekijän tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa mielenkiintoinen opintokokonaisuus sekä tuoda esiin erilaisia kulttuureita ymmärtävää näkökulmaa.</p>	<p>asiakaslähtöisyyden tutkiminen monikulttuurisessa hoitotyössä voisi olla mielenkiintoinen uusi aihealue. Mielenkiintoista olisi saada tietää, miten maahanmuuttajat kokevat suomalaisessa terveydenhuollossa saamansa hoidon? Ovatko he tyytyväisiä hoidon laatuun vai tarvitsevatko uudenlaisia palveluita? Tämän jatkokehitysajatuksen ohella olen myös sitä mieltä, että OAMK:n opetussuunnitelmaa voisi kehittää terveysalan osalta vastaamaan paremmin monikulttuurisuuden osaamisvaatimuksia. Opetuksen määrää voisi lisätä kyseisestä aiheesta eri hoitotyön kursseille.</p>	<p>Tutkimuksen luotettavuutta on lisännyt opiskelijoilta kerätyt palautteet, jotka ovat liitetty tutkimuksen sisältöön.</p>

Taulukko 1. jatkuu seuraavalla sivulla

Tekijä ja tutkimus	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	Päättötulokset	Johtopäätökset	Luotettavuus
<p>Henner, A. & Jussila, A-L.</p> <p>Vieraskielisen potilaan ohjaus nativiröntgentutkimuksissa – Opas röntgenhoitajille. 2011.</p>	<p>Tulostavoitteenamme oli suunnitella ja toteuttaa selkeä ja helppokäyttöinen opas röntgenhoitajille vieraskielisen potilaan ohjaukseen nativiröntgentutkimuksissa. Projektin toiminnallisena tavoitteena on auttaa röntgenhoitajaa ohjaamaan vieraskielisiä potilaita sujuvammin. Tuotteen avulla röntgenhoitajalla on paremmat mahdollisuudet kehittää valmiuksiaan kohdata vieraskielinen potilas työssään.</p>	<p>Palautekyselyyn vastanneet pitivät opasta helppokäyttöisenä ja toimivana sekä käyttökelpoisena nativikuvausympäristöön</p>	<p>Jatkokehityshaasteena opasta voisi kehittää kattamaan muitakin modaliteetteja, kuten tietokone-tomografian ja magneettikuvauksen. Sen voisi kääntää myös esimerkiksi venäjän kielelle, sillä venäläiset ovat suurin yksittäinen ulkomaalainen väestöryhmä Suomessa. Samantapaisen oppaan voisi tehdä myös maahanmuuttajakielillä.</p>	<p>Laadittua opasta on arvioitu laatukriteerien avulla ja opas on esitetattu.</p>
<p>Heikkurinen, J., Vauhkonen, J. & Väliavaara, S.</p> <p>Asiakkaana maahanmuuttaja. Selvitys maahanmuuttaja-asiakkaiden tyytyväisyydestä Lahden avoterveydenhuollosta saamaansa hoitoon ja palveluun. 2007.</p>	<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää maahanmuuttajien tyytyväisyyttä Lahden avoterveydenhuollon palveluihin ja selvittää kuinka hoitohenkilökunta kohtaa maahanmuuttajan asiakkaan näkökulmasta. lisäksi tarkoituksena oli selvittää maahanmuuttajien näkemystä, siitä kuinka heidän kulttuurinsa ja kielitaitonsa on otettu huomioon vastaanottolanteissa.</p>	<p>Tulosten mukaan maahanmuuttajat ovat tyytyväisiä saamiinsa terveydenhuollon palveluihin. Kulttuuriset erot ja kieli-ongelmat ovat vaikuttaneet palvelun laatuun. Tulosten perusteella hoitohenkilökunta on vastannut maahanmuuttaja-asiakkaan odotuksiin.</p>	<p>Jatkotutkimusaiheena ehdotetaan vertailua vastaavanlaisista tutkimuksista suomalaisten tyytyväisyydestä avoterveydenhuollon palveluihin. Vastaavaa tutkimusta voitaisiin tehdä suurimissa kaupungeissa ja koko maan kattavana tutkimuksena. lisäksi tyytyväisyyteen tai tyytymättömyyteen tekijöiden kartoittamista ja muuttajien vertailua keskenään kehityskohteiden löytämiseksi ja toiminnan parantamiseksi. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan myös terveydenhuoltoalan opiskelijoiden valmiuksia kohdata maahanmuuttaja asiakkaana sekä tutkia heidän valmiuksiaan kulttuurinmukaiseen hoitotyöhön.</p>	<p>Tutkimuksen luotettavuutta ovat hankaloittaneet laaditut kyselylomakkeet sisältöineen ja vastaajien suomenkielentaito. Luotettavuutta on myös häirinnyt tutkijaryhmän osallistuminen aineiston keruuseen, koska vastaajat suhtautuvat varauksella viranomaisiin ja ovat varovaisia vastaamaan varsinkin erimielistä oleviin asioihin. Toisaalta läsnäololla tutkijaryhmä on halunnut osoittaa tasa-arvoisuutta vastaajiin nähden.</p>