



Maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön käsityksiä mielenterveyspalveluista Espoossa



Peurala, Vuokko

2010 Laurea Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Otaniemi

Maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön käsityksiä mielenterveyspalveluista Espoossa

Vuokko Peurala
Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma
Johtaminen perhetyössä ja perhehoitotyössä
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2010

Vuokko Peurala

Maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön käsityksiä mielenterveyspalveluista Espoossa

Vuosi 2010 Sivumäärä 59

Tämän opinnäytetyön tavoite on tuoda esiin mielenterveyspalveluita käyttävien maahanmuuttajien käsityksiä ja arvioita mielenterveyspalveluista Espoossa. Maahanmuuttajien käsitykset välitettiin muille sidosryhmille: hoitohenkilöstölle, hallinnolle ja päättäjille.

Opinnäytetyössä käytetään soveltaen asiakaslähtöistä arviointimenetelmää Bikva-mallia, joka rajattiin koskemaan perusterveydenhuoltoa. Opinnäytetyön arvioinnin kohteesta, Espoon mielenterveyspalveluista, kerättiin aineistoa kuuden asiakkaan ryhmähaastattelulla. He kaikki olivat 17-41-vuotiaita pakolaisia. Tässä opinnäytetyössä haastatelluista asiakkaista käytetään nimitystä maahanmuuttajat.

Hoitohenkilöstön haastattelut kerättiin kolmen työntekijän ryhmähaastattelulla ja yhden työntekijän yksilöhaastattelulla. Hoitohenkilöstö pohti maahanmuuttaja-asiakkaiden palveluissa kokemia ongelmia omasta näkökulmastaan ja arvioi palvelua. Haastattelut suoritettiin teemahaastatteluna.

Arvioinnin perusteella maahanmuuttajat kokevat, että hoitoon pääsy kestää liian kauan. He näkevät myös, että kieliongelmat ja rajalliset mahdollisuudet saada tulkkausta heikentävät maahanmuuttajien mahdollisuuksia saada ja käyttää mielenterveyspalveluja.

Saatuun hoitoon oltiin tyytyväisiä ja hoitosuhteissa syntyi luottamusta. Hoitohenkilöstöä rajoittavia tekijöitä ymmärrettiin. Jonkin verran uskottiin, että Suomessakin yleistyneet maahanmuuttajakielitteiset asenteet vaikuttavat hoidon saamiseen. Hoitohenkilökunta näkee tasa-vertaisuuden toteutuvan hoitoon pääsyssä maahanmuuttajien ja valtaväestön kesken. Hoitohenkilöstö arvioi maahanmuuttajien tyytymättömyyden johtuvan siitä, että toiveet ja tarjottu palvelu eivät kohtaa.

Maahanmuuttajat halusivat olla vuorovaikutuksessa valtaväestön kanssa, ja kokivat kieliongelmiensa ja kontaktien puutteen vaikuttavan heikentävästi mielenterveyteen. Hoitohenkilöstö koki, että pitkät odotusajat kielikursseille turhauttavat maahanmuuttajia.

Maahanmuuttajien mukaan mielenterveyspalveluiden kehitystyössä heidän osaltaan tulisi huomioida kunkin palveluntarvitsijan koko elämäntilanne ja hoidon tarve nykyistä paremmin. Se toteutuisi kehittämällä yhteistyötä Espoon kunnan eri yksiköiden ja sektorien välillä.

Haastatellut maahanmuuttajat ovat toiveikkaita tulevaisuuden suhteen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää maahanmuuttajien mielenterveyspalveluita kehitettäessä.

Vuokko Peurala

Immigrant Clients' and Care Personnel's Views of Mental Health Services in Espoo

Year	2010	Pages	59
------	------	-------	----

The purpose of this Master's theses is to include immigrant clients in the evaluation of mental health services in Espoo.

The client-orientated Bikva evaluation model was applied. The study was narrowed down to primary health care and information gathering was qualitative. Immigrant clients of mental health care services, had an opportunity to express and describe their views of the services. Six immigrant clients were interviewed in a group interview. They all were 17-41-year-old refugees. In this study they are referred to as immigrants.

The next interviewees were the mental health professionals and the interview was based on the themes from the previous one. The group interview comprised of three employees and there was also a separate interview of one employee. Clients' and professionals' experiences and opinions with the feedback were transferred to the other peer groups: the administration and the policymakers of the city.

Based on the evaluation, immigrant clients experience that access to mental health services is too slow. They feel that language problems and limited interpreting services are weakening immigrants' opportunities to enter and use mental health services.

The immigrants were satisfied with the care once they received it. They also felt that they could trust the mental health care provider during the treatment process. In some cases the immigrants felt that negative attitudes towards immigration might have affected the chances of getting into service. The mental health care personnel see equal opportunities in the amount of given care between the immigrants and the majority. They assess that the immigrants' dissatisfaction is a result of the situation where the hopes and the given service do not meet.

The immigrants are keen to interact with the majority and feel the language problems and the lack of contacts have a weakening effect on their mental health. The care personnel see that the long wait for language courses is frustrating and has an effect on immigrants' mental health.

The outcome of the study is that it is important to consider all aspects of immigrants' lives when providing care for immigrant clients and developing mental health services. There is a need to develop varied health and mental health treatment approaches addressing the needs of a diverse, multicultural and multilingual population. This is possible by increasing the co-operation between the units in Espoo municipal services as well as all the other sectors working for immigrants' improved mental health. The interviewed immigrants were hopeful of the future. The findings of the study can be benefited to improve mental health services in Espoo.

Key words immigrants, refugees, mental health care, Bikva evaluation

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Maahanmuuttajien mielenterveys ja palvelut	7
2.1	Maahanmuuttajien mielenterveyteen vaikuttavat tekijät	7
2.2	Aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyden hoito	8
2.3	Maahanmuuttajan mielenterveyden hoitopolku Espoossa	9
3	Monikulttuurinen hoitotyö maahanmuuttajien mielenterveystyössä	12
3.1	Transkulttuurinen hoitotyö ja vuorovaikutus.....	12
3.2	Kulttuurinen kompetenssi	13
3.3	Kokonaisvaltaisen hoidon teoria - Leiningerin malli	14
4	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset	16
5	Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut	17
5.1	Asiakaslähtöinen arviointimenetelmä	17
5.2	Opinnäytetyön eteneminen Bikva-arviointimallin mukaisesti	18
5.3	Aineiston hankinta	20
5.3.1	Aineiston hankinta maahanmuuttajien ryhmähaastattelulla.....	20
5.3.2	Aineiston hankinta hoitohenkilöstön ryhmähaastattelulla	24
5.3.3	Aineiston hankinta hoitohenkilöstön yksilöhaastattelulla	25
5.4	Aineiston analyysi	25
6	Tulokset.....	30
6.1	Maahanmuuttajaryhmän haastattelun tulokset.....	30
6.1.1	Palvelujen saatavuus.....	30
6.1.2	Ongelmat palveluissa.....	31
6.1.3	Hoitohenkilöstön osaaminen.....	31
6.1.4	Vuorovaikutus hoidossa	33
6.1.5	Vuorovaikutuksen merkitys maahanmuuttajille	33
6.1.6	Mielenterveyttä huonontavat asiat	34
6.1.7	Mielenterveyttä edistävät asiat	35
6.2	Hoitohenkilöstön haastatteluiden tulokset ja kommentit	36
6.2.1	Palvelujen saatavuus ja niihin hakeutuminen	36
6.2.2	Ongelmat palveluissa.....	37
6.2.3	Hoitohenkilökunnan osaaminen palveluissa.....	38
6.2.4	Vuorovaikutus hoidossa ja vuorovaikutuksen merkitys.....	39
7	Hallinnon osallistaminen.....	40
8	Poliittisen päättäjän osallistaminen	42
9	Pohdinta	43
9.1	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	43
9.1.1	Opinnäytetyön luotettavuus	43

9.1.2	Opinnäytetyön eettisyys.....	46
9.2	Tulosten tarkastelu	48
9.3	Tulosten hyödynnettävyys, jatkotutkimusaiheet sekä kehittämissuositukset	52
	Lähteet	53
	Liitteet.....	55
	Liite 1 Maahanmuuttajaryhmän haastattelukysymykset	55
	Liite 2 Hoitohenkilökunnan haastatteluohje	56
	Liite 3 Maahanmuuttajien suostumus haastattelun nauhoitukseen	58
	Liite 4 Haastattelupyynnö hoitohenkilöstölle	59

1 Johdanto

Maahanmuuttajien määrä on kasvanut nopeasti Suomessa viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Pakolaisuuteen ja turvapaikanhakuprosessiin liittyvät vaikeat kokemukset aiheuttavat psyykkistä epätasapainoa ja vaikeuttavat uuteen maahan asettumista. Omaan taustaan liittyvien tekijöiden lisäksi mielenterveyteen vaikuttavat tulomaassa koetut asiat, sosiaalinen verkosto, koulutus- ja työmahdollisuudet sekä yleiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan. Mielenterveyspalveluita käyttävien maahanmuuttajien ongelmat ovat usein laaja-alaisia ja he tarvitsevat niihin kokonaisvaltaista tukea.

Maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvät haasteet ovat suuria ja siten myös palvelujärjestelmiin kohdistuu paljon haasteita. Maahanmuuttajataustaisia asiakkaita on vähemmän mielenterveyspalvelujen käyttäjinä, vaikka maahanmuuttajilla on todettu olevan kantaväestöön verrattuna merkittävästi huonompi psyykinen terveys. Useiden kansainvälisten tutkimusten mukaan traumaperäiset oireet, masennus ja krooninen psykosomaattinen oireilu ovat yleisiä maahanmuuttajilla.

Sektoritutkimuksen neuvottelukunnan (2009) tekemän selvityksen mukaan, maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen järjestämisen ja niiden toimivuuden haasteellisuudesta on tehty viime vuosina tutkimuksia ja ne ovat osoittaneet, että maahanmuuttajien hoitamiseen tarvittavaa osaamista tulee kasvattaa. Tarvitaan lisää tutkimusta maahanmuuttajien mielenterveyteen ja kuntoutukseen liittyvistä palvelutarpeista, hoitoon hakeutumista edistävistä ja estävistä sekä hoidosta hyötymiseen vaikuttavista tekijöistä. Maahanmuuttajien aiempaa suurempi osallistaminen tutkimuksen eri vaiheissa todettiin tärkeäksi. Maahanmuuttajien kokema tarve ja hoitohenkilöstön näkemys palvelun tarpeesta saattavat erota toisistaan. (Sektoritutkimuksen neuvottelukunta 2009.)

Kotouttamislain tultua voimaan toukokuussa 1999, Espoon maahanmuuttajien kotouttamisohjelman mukaan, vuonna 2000 tavoitteeksi asetettiin, että maahanmuuttajilla on samanlainen mahdollisuus hakeutua ja saada mielenterveyspalveluja kuin valtaväestöllä. Pakolaisilla tiedettiin olevan tarvetta palveluille, mutta heitä ei palvelujen piirissä kuitenkaan näkynyt. Palvelukentän todettiin olevan kovin hajanainen. Perustettiin työryhmä kehittämään maahanmuuttajien mielenterveyspalveluja.

Aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut-työryhmä selvitti tuonhetkisen tilanteen, tarpeet ja tarjonnan, ja teki toimenpide-ehdotuksia. Työryhmä näki tarpeellisena seurata maahanmuuttajan hoitopolkua. Seuranta suositeltiin tekemään vuosittain.

Työryhmän toimenpide-ehdotuksen mukaan Espoossa aloitettiin maahanmuuttajien mielen-

terveysasioiden vastuuhenkilötoiminta. Vastuuhenkilötoiminnan koordinoijana toimiva Maahanmuuttajapalveluiden psykiatrian erikoissairaanhoidaja tarjosi tätä päivittävää tutkimushanketta opinnäytetyöksi Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijalle. Ammatillinen kiinnostukseni maahanmuuttajien mielenterveyteen ja sen tukemiseen vaikuttavista asioista on kasvanut työskenneltyäni yli kymmenen vuotta maahanmuuttajaperheiden parissa.

Tässä opinnäytetyössä käytetään tanskalaista Bikva-mallia, joka on asiakaslähtöinen arviointimenetelmä. Arviointi ei jää kapeasti asiakasnäkökulman varaan, vaan pyrkii saattamaan asiakasnäkökulman dialogiseen vuorovaikutukseen. Tämän opinnäytetyön arvioinnin kohteesta, Espoon mielenterveyspalveluista, kerättiin aineistoa kuuden asiakkaan ryhmähaastattelulla, kolmen työntekijän ryhmähaastattelulla ja yhden työntekijän yksilöhaastattelulla.

Maahanmuuttajien käsitykset ja arviot mielenterveyspalveluista välitettiin palvelun tuottajien hoitohenkilöstölle. Hoitohenkilöstö pohti maahanmuuttaja-asiakkaiden palveluissa kokemia ongelmia omasta näkökulmastaan ja arvioi palvelua. Nämä palautteet välitettiin edelleen Espoon mielenterveyspalveluiden johdolle ja kunnallisille päättäjille. Näin palvelusta luotiin monipuolisempaa näkemystä kaikille osapuolille. Tällä arviointiprosessilla on saatu konkreettisia ehdotuksia palvelujen kehittämiseksi.

2 Maahanmuuttajien mielenterveys ja palvelut

2.1 Maahanmuuttajien mielenterveyteen vaikuttavat tekijät

Maahanmuuttoviraston mukaan (2008) maahanmuuttaja on maasta toiseen muuttava henkilö. Pakolainen on henkilö, jolla on perusteltua aihetta pelätä joutuvansa vainotuksi rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskunnalliseen ryhmään kuulumisen tai poliittisen mieltäpidon vuoksi. Pakolaisaseman saa henkilö, jolle jokin valtio antaa turvapaikan tai jonka UNHCR toteaa olevan pakolainen.

Maahanmuuttajaan kohdistuu muuttonsa kautta erilaisia psykososiaalisia haasteita. Ongelmia ilmenee elämän eri alueilla ja niihin vaikuttavat useat eri tekijät, kuten henkilön sukupuoli, koulutustausta ja ikä. Pakotetun maahanmuuton läpikäyneiden mielenterveysongelmat ovat moninkertaiset toisiin maahanmuuttajiin verrattuna. Traumaperäiset oireet, masennus ja krooninen psykosomaattinen oireilu ovat maahanmuuttajilla yleisiä. Tutkimukset osoittavat, että muutto on suuri stressitekijä. Maahanmuuton yhteydestä heikkoon fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen on vahvaa näyttöä monesta tutkimuksesta. Muuton aiheuttama stressin lisääntyminen voi ylittää ennestään mielenterveysongelmille alttiissa ihmisessä kriittisen rajan ja laukaista psyykkisiä oireita, jotka vaativat hoitoa. (Schubert 2007, 186-87.)

Maahanmuuttaja käy läpi sopeutumisprosessin asettuessaan uuteen maahan. Sopeutumiseen liittyviä ongelmia voi tulla esille monen vuoden jälkeenkin. Epärealistiset odotukset uuden asuinpaikan tarjoamista mahdollisuuksista aiheuttavat ahdistuneisuutta, joka voi johtaa kulttuurishokkiin. Kulttuurishokki on aktiivinen prosessi, jossa yksilö kohtaa muutoksen haasteita. Prosessiin liittyvät tunteet ovat osin kriisiä kuvastavia. Yksilö voi ahdistua ja olla alakuloinen. Erityisesti pakolaisilla pakenemiseen liittyvät tilanteet ovat olleet traumatisoivia. Traumaattiset kokemukset vaikuttavat ihmiseen yksilöllisesti. Trauman jälkeisiä oireita esiintyy usein yhdessä masennusoireiden tai ahdistusoireiden kanssa. (Schubert 2007, 179–193.)

Raudan (2005) mukaan maahanmuuttajat kärsivät pääsääntöisesti samoista mielenterveyshäiriöistä kuin valtaväestö. Tietyt tautitilat voivat muuttua maahanmuuton seurauksena, esimerkiksi kroonisesti mielisairailta voi olla riittävä kyky toimia omassa ympäristössään, mutta maahanmuuton jälkeen he voivat olla täysin toimintakyvyttömiä ja avuttomia. Samoin jotkin oireyhtymät liittyvät selkeästi maahanmuuttoon edeltäviin tapahtumiin kuten sotaan, vainoon ja kidutukseen. Jotkin oireyhtymät voivat taas liittyä tai pahentua pelkästään maahanmuuton jälkeisten tapahtumien seurauksena, jolloin esimerkiksi sosiaalisen verkoston puute, rasismi ja yksinäisyys pahentavat tilannetta. (Rauta 2005, 24.)

Useiden eurooppalaisten tutkimusten mukaan mielenterveyden ongelmat ovat maahanmuuttajilla yleisempiä kuin kantaväestössä. Erityinen riskiryhmä ovat pakolaistaustaiset maahanmuuttajat ja turvapaikanhakijat. Syrjintäkokemusten tiedetään liittyvän maahanmuuttajan ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen, mutta niiden merkitys vakavampien häiriöiden synnyssä on kartoittamatta. Itsemurhakuolleisuus on yleensä alhaisempaa etnisissä vähemmistöissä verrattuna länsimaiseen kantaväestöön. Yleisesti ottaen etnisten ryhmien itsemurhahallut tulomaassa ovat heijastavat lähtömaiden itsemurhamääriä ja itsemurhan kulttuurista hyväksyvyyttä. (Malin ja Suvisaari 2010, 157–158.)

2.2 Aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyden hoito

Mielenterveyslain (1990) mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien, mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyshäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1990.)

Mielenterveystyön asiakkaaksi tulevat maahanmuuttajataustaiset henkilöt eivät ole yksi homogeeninen ryhmä. Joukossa on opiskelijoita, pakolaisia ja työkomennuksen takia Suomeen muuttaneita ihmisiä. Näiden ryhmien psyykkiset tarpeet vaihtelevat toisistaan eroavien elämäntilanteiden mukaisesti. Kuitenkin on olemassa tekijöitä, jotka ovat kaikille yhteisiä. Olenaisiin tekijä on vieraaseen maahan muuttamiseen liittyvä stressi. (Schubert 2007, 179.)

Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen järjestämisen ja niiden toimivuuden haasteellisuudesta on tehty viime vuosina tutkimuksia ja ne ovat osoittaneet, että maahanmuuttajien hoitamiseen tarvittavaa osaamista tulee kasvattaa. Tarvitaan lisää tutkimusta maahanmuuttajien mielenterveyteen ja kuntoutukseen liittyvistä palvelutarpeista, hoitoon hakeutumista edistävästä ja estävästä sekä hoidosta hyötymiseen vaikuttavista tekijöistä. (Sektoritutkimuksen neuvottelukunta 2009, 75.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa siirtolaistaustaisten on todettu hakeutuvan tarpeeseensa tai sairastavuutensa nähden terveydenhoitoon harvemmin, joutuvan odottamaan kauemmin hoitoon pääsyä ja saattavan jäädä kokonaan vaille hoitoa useammin kuin valtaväestöön kuuluviin. Heidän saamansa hoidon on myös todettu olevan laadultaan muun väestön saamaa hoitoa heikompaa. (Malin ja Suvisaari 2010, 147.)

Rauta tähdentää selvityksessään (2005), että tie psykiatrisen hoidon piiriin ei ole helppo ja yksinkertainen. Usein ongelmana on, ettei tiedetä kehen otetaan yhteyttä, miten toimitaan ja kuka ottaa vastuun. Hänen mukaansa kaikki maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöt eivät tarvitse erikoissairaanhoidon toimenpiteitä, vaan suuri osa hoituu selkeästi perusterveydenhuollon tasolla. Usein ei ole henkilöä, jolle nämä potilaat voitaisiin ohjata ja joka voisi seurata tilannetta hiukan pidempään ja ottaa hoitovastuun. Kotouttamislain piirissä olevat asiakkaat ovat tässä suhteessa paremmassa asemassa sen vuoden, kuten paluumuuttajat, tai kolmen vuoden ajan kun heidän palvelunsa on keskitetty. Ongelmallisempia ovat niiden maahanmuuttajien tilanteet, jotka ovat olleet jo pidempään maassa tai jotka eivät syystä tai toisesta ole seurannan piirissä. Raudan selonteon yhtenä suosituksena oli, että maahanmuuttajan mielenterveydenhoito tulisi aloittaa aina yleisen terveydentilan ja psykososiaalisen tilanteen kartoituksella. Kartoitukset tulisi keskittää yhteen paikkaan ja se tulee tehdä systemaattisesti kaikille. (Rauta 2005, 95-97.)

2.3 Maahanmuuttajan mielenterveyden hoitopolku Espoossa

Aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut Espoossa-tutkimus tehtiin vuonna 1999 voimaan tulleen kotouttamislain edellyttämän kotouttamisohjelman seurauksena. Aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut -työryhmä oli yksi kuudesta jatkotyöryhmästä. Sen tehtävänä oli selvittää kyseisten palveluiden sen hetkinen tilanne; tarpeet ja tarjonta. Tar-

koituksena oli tehdä toimenpide-ehdotuksia sekä esittää suunnitelma siitä, miten tilannetta ja toimenpiteiden toteutumista tullaan seuraamaan. Työryhmä näki tarpeellisena seurata maahanmuuttajan hoitopolkua: mihin tahoon maahanmuuttaja on ottanut yhteyttä mielen-terveysongelmiensa takia, mihin hänet on ohjattu, missä hänet on vastaanotettu, tapahtuiko hoidon keskeytyksiä ja jos tapahtui, niin mitkä syyt johtivat siihen. Tätä seurantaa suositeltiin tekemään vähintään kerran vuodessa. Suositeltiin myös psykiatrisen sairaanhoitajan lisäväkanssin perustamista toimenpiteiden toteutumisen ja ylläpidon seuraamiseksi. (Aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut -työryhmän loppuraportti 2002.)

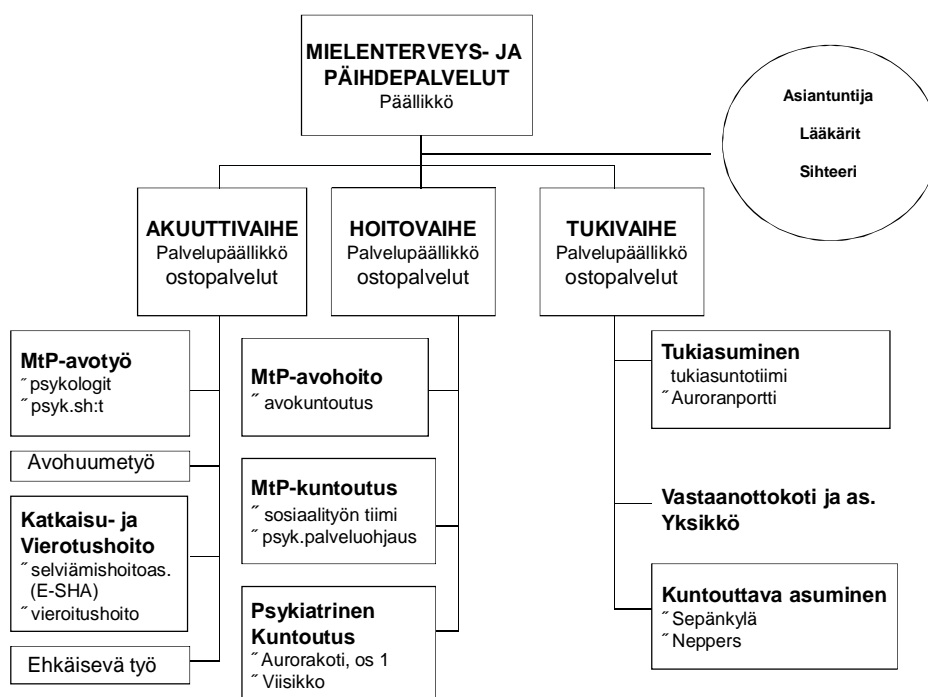
Työryhmän loppuraportissa vuonna 2002 kehittämissuosituksina kirjattiin maahanmuuttajien mielenterveysasioiden vastuuhenkilötoiminta. Päätettiin myös maahanmuuttajille suunnatusta mielenterveys- ja sosiaalipalveluista, Espooseen tulevien pakolaisten yhteisestä vastaanottomallista, maahanmuuttajataustaisten perhetyöntekijöiden lisäämisestä sosiaalityöntekijöiden pariksi alueille sekä kuntouttavien kielikurssien, työtoiminnan ja terapian järjestämisestä erilaisissa muodoissaan mielenterveysongelmista kärsiville maahanmuuttajille. Vastuuhenkilötoiminnan pää- tavoitteena on taata maahanmuuttajille yhdenvertaiset mahdollisuudet kunnallisiin mielen-terveyspalveluihin muun väestön kanssa. Työryhmän loppuraportin mukaan vastuuhenkilöjärjes- telmää ajateltiin mahdollisesti hyödynnettävän aikuisten maahanmuuttajien hoitopolun toi- mivuuden seuraamiseksi vähintään kerran vuodessa, mikäli vastuuhenkilöt olisivat siihen val- miita.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama MASTO-hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi edistää masennuksen varhaista tunnistamista ja tehokasta akuuttivaiheen hoitoa. MASTO-hankkeen mukaan depressiota voidaan hoitaa tehokkaasti. Hyvä hoito on mo- nialaista yhteistyötä. Hankkeen masennusta ehkäisevä toiminta kohdistetaan riskiryhmiin, joihin maahanmuuttajat luetaan kuuluvan. Masennuksen suhteen riskiryhmään monet maa- hanmuuttajat kuuluvat pitkäaikaisen tai vaikean psykososiaalisen kuormituksen vuoksi. (MAS- TO-hankkeen toimintaohjelma 2008-2011.) Espoon kaupunki on mukana hankkeessa.

Espon Mielenterveys- ja päihdeohjelman (2009) mukaan halutaan erityisesti parantaa palve- lujärjestelmän eheyttä. Sen mukaan on tärkeää viranomaisten toimesta varmistaa eheä koko- naisuus erityisesti sellaisten asiakas- ja potilasryhmien hoidossa, jotka eivät itse pysty huoleh- timaan siitä, että he saavat laadukasta ja sujuvaa palvelua ja hoitoa. Tässä opinnäytetyössä mukana olevat maahanmuuttajat ovat mielestäni juuri tällainen potilasryhmä. Haastattele- mani työntekijät ovat Espon perusterveydenhuollossa työskenteleviä. (Kuvio 1)

Vuoden 2010 alusta lähtien Espooseen on avattu vaihteittain uusia Hyksin psykiatrisia polikli- nikkoja, joihin pienempien yksiköiden toimintaa keskitetään. Uusilla poliklinikoilla on aikai- sempaa paremmat valmiudet tarjota tieteellisesti tehokkaiksi todettuja ja yksilöllisesti suun- niteltuja hoitoja potilaille ja heidän läheisilleen. Muutosten yhteydessä mitään nykyisiä toi- mintoja ei lopeteta eikä henkilökuntaa vähennetä. Muutosten tavoitteena on ollut hoidon

laadun parantaminen. Yhteistyötä perusterveydenhuollon, potilaiden ja muiden yhteistyötoimien kanssa kehitetään tarjoamalla nopeita konsultaatioita ja potilasta lähelle tulevia hoitomalleja. Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) tiedotteen mukaan hoito voidaan tarvittaessa toteuttaa myös kaupunkien terveysasemilla tai jopa potilaan kotona. Asuinalue ei jatkossa enää tiukasti määrittele hoitoa toteuttavaa työryhmää, vaan siitä voidaan sopia yksilöllisesti. Espoon, Kauniaisten ja Kirkkonummen alueella sijaitsevien Hyksin psykiatrian poliklinikkojen toiminta keskitettiin vuoden 2010 alusta kahdelle uudelle poliklinikalle, jotka sijaitsevat Espoon keskuksessa ja Leppävaarassa. (HUS 2009.)



Kuvio 1: Espoon mielenterveys- ja päihdepalveluiden organisaatio vuonna 2010

3 Monikulttuurinen hoitotyö maahanmuuttajien mielenterveystyössä

3.1 Transkulttuurinen hoitotyö ja vuorovaikutus

Raudan (2005) tekemän selvityksen mukaan maahanmuuttajien mielenterveyden hoito Suomessa on ”jäykkää ja maahanmuuttajia hoidetaan samoin periaattein kuin valtaväestöä”. Kyseisen selvityksen mukaan alalle tarvittaisiin lisää maahanmuuttajatyöhön koulutusta saanutta psykiatrista henkilökuntaa, koulutettuja tulkkeja ja ennen kaikkea tutkimustietoa maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvästä ilmiöstä. (Rauta 2005, 7.)

Transkulttuurisuus-termillä on useita synonyymejä, joskin suomenkieleen sana on vakiintunut käyttöön transkulttuurisena ja termiä käytetään terveydenhuollossa yhdistettynä muun muassa hoitotyöhön ja psykiatriaan. Esimerkkejä ovat transkulttuurinen hoitotyö ja transkulttuurinen psykiatria. Transkulttuurisen avainsana on kulttuuri ja sen erojen ja yhtäläisyyksien tunnistaminen hoitamisen kontekstissa. Hoitotyössä potilaan kulttuurin huomioimisella on pitkä historia niissä maissa, joissa maahanmuutto on ollut vilkasta. Suomessa kiinnostus transkulttuurista hoitotyötä kohtaan on nousussa, joskin kehitystä on vaikeuttanut koordinoitujen tutkimusten ja suomenkielisen kirjallisuuden puute. (Sainola-Rodriguez 2009, 41–42.)

Viestinnän toimivuus on olennaisin väline ihmissuhdetyön onnistumista ajatellen. Viestinnän ongelmat peilautuvat esimerkiksi kokemukseen terveydenhuollosta. Vuorovaikutustilanteessa ihminen havaitsee toisessa vain pienen osan niitä tekijöitä, joista rakentuu tämän ihmisen kulttuurinen identiteetti. Yleensä nämä liittyvät erityisesti käytökseen, puhekieleen ja ulkoihin asioihin, kuten vaatetukseen. Kulttuurien kohdatessa nämä asiat saattavat viedä huomion keskustelutilanteessa ja johtaa väärinymmärryksiin ja uudelleentulkintoihin. Vilpitön ja avoin asenne toista kohtaan helpottaa kommunikointia, ja olennaisinta viestinnän onnistumisen suhteen onkin, että yksilö tiedostaa kaikki ne erilaiset väylät, joiden kautta ihmiset kommunikoiivat. Lisäksi hänen kannattaa huomioida omat kulttuuriset asenteensa, jotka muokkaavat omalta osaltaan vuorovaikutussuhdetta. (Schubert 2007, 141–142.)

Kaikessa auttamistyössä on työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen laatu keskeistä hyvän lopputuloksen kannalta. Tämä korostuu entisestään maahanmuuttaja-asiakkaiden kohdalla. Erityisesti silloin, kun kyseessä on psyykinen huonovointisuus, asiakas voi olla hyvin peloissaan ja epäluuloinen hoidon suhteen. Myöskään työntekijä ei ole vapaa peloista ja epäluuloista. Hyvän vuorovaikutuksen avulla ylitetään kohtaamista vaikeuttavia kulttuurisia tekijöitä ja luodaan yhteinen näkemys työskentelylle. Työskentelyn onnistuminen edellyttää, että asiakkaan ja työntekijän välille syntyy aito luottamus. Luottamus ei synny itsestään tai tapaamisten sivutuotteena, vaan sitä rakennetaan tietoisesti osana hoitoprosessia. Luottamuksen rakentamiselle on tärkeää antaa riittävästi huomiota ja aikaa. Eteneminen ”itse asiaan”,

ennen kuin luottamus on syntynyt, voi estää vuorovaikutusta ja pitkittää prosessia lyhentämisen sijaan tai jopa katkaista asiakassuhteen. (Haavikko 2009, 38.)

Ihmisten välinen kommunikaatio on sosiaalisten suhteidemme ydin. Terveystieteiden palvelujen tarjoaminen perustuu kielelliseen yhteisymmärrykseen hoitavan henkilön ja potilaan välillä sekä puheessa kuin myös elekielessä. Väärinkäsitysten mahdollisuus kasvaa huomasti, jos potilaalla ja lääkäriellä ei ole käytettävissä yhteistä kieltä. (Schubert & Kruus, 2010, 297.) Tulkin käyttö mahdollistaa molemminpuolisen ymmärtämisen sekä antaa työntekijälle mahdollisuuden työskennellä maahanmuuttajan kanssa.

3.2 Kulttuurinen kompetenssi

Sainola-Rodriguez (2009) kuvaa väitöskirjassaan *kulttuurisen kompetenssin* käsitettä, jota kansainvälisesti ja meillä Suomessakin on käytetty kuvaamaan sitä kykyä ja niitä taitoja, joita hoitohenkilöstö tarvitsee kyetäkseen kohtaamaan kulttuurisesti erilaisten asiakkaidensa hoidon tarpeita. Useihin eri tutkijoihin viitaten hän toteaa, että tutkimustulosten mukaan hoitotyön kulttuurisen kompetenssin on todettu parantaneen muun muassa henkilöstön kykyä havaita eri kulttuurista tulevien ihmisten tapaa ilmentää kipua, huomioida kulttuuriset uskomukset ja käytännöt hoidon tarpeen määrittelyssä ja tunnistaa tietyille väestöryhmille ominaiset taudit ja poikkeavuudet hoitojen vaikutuksissa. Sen sijaan sen ei ole todettu vähentäneen terveyteen liittyvää epätasa-arvoisuutta tai muutoin parantaneen hoitotuloksia. (Sainola-Rodriguez 2009,14.)

Kulttuurisen kompetenssin mukainen ”kulttuuristen taitojen opettelu” saattaa jopa johtaa ajattelemaan, että monikulttuuriset kohtaamiset olisivat jotenkin erilaisia kuin kohtaamiset yleensä. Kohtaamisiin ei myöskään voi opetella mitään ”niksejä”, että niistä suoriutuisi paremmin. Ilman analyttisempää näkemystä kulttuurista sen huomiointi voi jäädä ilmiöksi, joka on käytännön hoitamisessa vain satunnaisesti esillä. Kulttuurisen tiedon ja taidon lisäksi tämän päivän monikulttuurisissa hoitokohtaamisissa on tärkeä tunnistaa sosiaalinen todellisuus, jossa maahanmuuttajat terveysongelmineen elävät. Hoitaminen ei tapahdu tyhjiössä, vaan työhön vaikuttaa ympäröivän yhteiskunnan konteksti, sen rakenteet, lait, ohjelmat ja sopimukset. Sosiaalisen todellisuuden ymmärtäminen edellyttää dialogia henkilöstön ja maahanmuuttajien välillä. (Sainola-Rodriguez 2009,14.)

On hyvä tietää, kuuluuko asiakas yksilö- tai yhteisökulttuuriin ja pitää tämä mielessä pohdittaessa asioitten merkityksiä ja vaikutuksia yksilötasolla. Yhteisökulttuurista tulevan voi olla vaikea ymmärtää yksilön oikeuksia ja velvollisuuksia oman elämänsä järjestämisessä, koska aiemmin yhteisön asema on aina ollut yksilön asemaa vahvempi. Yksilökulttuurista tulevan työntekijän voi taas olla hankalaa ymmärtää, että yhteisö voi tulla asiakkaan maailmassa en-

nen yksilöä. Jokainen ihminen kasvaa kulttuuriinsa pitkän sosialisatioprosessin myötä. Vaikka samassa kulttuurissa eläneet sosiaalistuvat samaan laajempaan kulttuuriseen kehikkoon, kulttuuri saa kuitenkin yksilötasolla erilaisia ilmenemismuotoja. Arkipäivän toimintaa yksilötasolla ohjaavat kulttuuriset koodit voivat vaihdella sen mukaan, onko henkilö koulutettu vai kouluttamaton, asuuko hän kaupungissa vai maaseudulla, onko hän mies vai nainen, tuleeeko hän varakkaasta vai varattomasta suvusta. Tätä tietoa ei voi hankkia etukäteen lukemalla tai muilla keinoin. Asiakkaita voi tulla yli sadasta eri maasta eikä ennakkotietojen hankkiminen kaikista kulttuureista ole mahdollista. Työntekijä saa kaiken tarvitsemansa tiedon kysymällä sitä asiakkaaltaan. Vuorovaikutuksen onnistuminen edellyttää riittävän hyvää yhteisen kielen hallintaa. Terapia- ja muussa työssä, missä kieli ja puhuminen on työskentelyn väline, tämä on ehdoton vaatimus. Kuitenkin myös muissa palveluissa on hyvä varata paikalle ammattitulkki, mikäli yhteisen kielen ymmärtäminen ei ole riittävää. (Haavikko 2009, 36 38.)

Vuonna 2002 Aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden-työryhmä suoritti kyselyn Espoon perusterveydenhuollon mielenterveystyöntekijöille. Tuolloin selvisi, että maahanmuuttaja-asiakkaita oli työntekijöiden mukaan vähän ja työntekijät vastasivat sen johtuvan siitä, että maahanmuuttajilla ei ollut riittävästi tietoa mielenterveyspalveluista, kieli- ja kulttuuriongelmissa sekä siitä, että maahanmuuttajien arveltiin kuuluvan erillisten erikoispalveluiden piiriin. Yli puolet vastaajista (N=10) oli sitä mieltä, että maahanmuuttajat tarvitsisivat enemmän mielenterveyden tukemista kuin kantasuomalaiset. Asiakassuhteet koettiin myös vaikeina ja vaativina. Yli puolella vastanneilla (N=10) ei ollut mitään koulutusta maahanmuuttaja-asioissa ja lopuillakin vain satunnaisesti. Eniten yhteneviä kehittämistoiveita työlle saatiin koulutuksen osalta. (Aikuisten Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut-työryhmän lopuraportti 2002.)

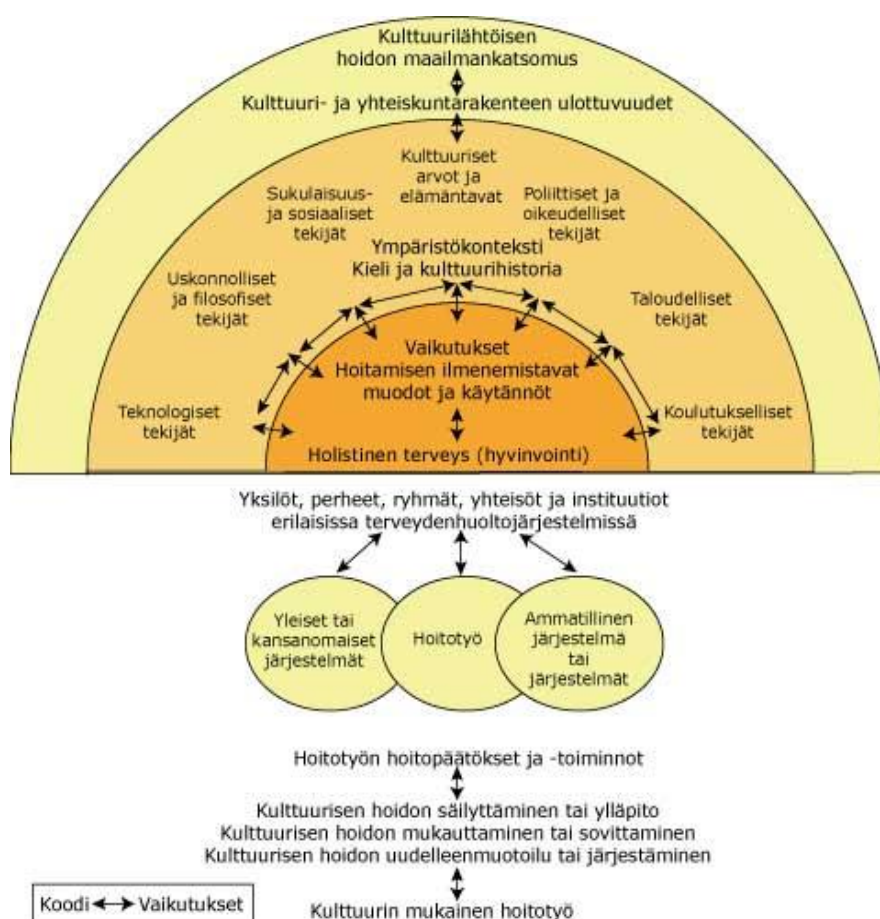
3.3 Kokonaisvaltaisen hoidon teoria - Leiningerin malli

Hyks Psykiatrian Helsingin sairaaloiden moniammatillisessa työryhmässä vuosina 2005-2006 laadittu Monikulttuurinen hoitomalli keskittyy maahanmuuttajapotilaiden kulttuurilähtöiseen hoitamiseen. Työryhmän yhteiseksi viitekehikseksi valittu Madeleine Leiningerin kulttuurilähtöisen hoidon teoria on alun perin johdettu antropologiasta. (HYKS 2006.)

Leiningerin teoria on johdettu antropologiasta. Hän muotoili teoriansa siten, että sen käsitteet kuuluvat nimenomaan hoitotyön alaan. Hän määrittelynsä mukaan *transkulttuurinen hoitotyö* on tärkeä hoitotyön alue, joka keskittyy maailman eri kulttuurien ja alakulttuurien vertailevaan tutkimiseen ja analysointiin erityisesti hoitamiskäyttäytymiseen, hoitotyön sekä terveyttä ja sairautta koskevien arvojen, uskomusten ja käyttäytymismallien osalta. Sen päämääränä on muodostaa tieteellinen ja humanistinen tietoperusta eri kulttuureille ominaisten

ja kaikille kulttuureille yhteisten hoitotyön käytäntöjen tuottamiseksi. Leiningerin mukaan transkulttuurisen hoitotyön päämääränä ei ole pelkästään tulla tietoiseksi eri kulttuureista tai oppia ymmärtämään niitä. Tavoitteena on tehdä kulttuurista ammatillisen hoitotiedon ja hoitokäytännön perusta, joka antaa lähtökohdan käsitteiden muodostumiselle sekä hoidon suunnittelulle ja toteuttamiselle. (Marriner-Tomey 1994, 413-414.)

Teoria kulttuurilähtöisen hoidon monimuotoisuudesta perustuu käsitykseen, jonka mukaan eri kulttuureihin kuuluvat ihmiset pystyvät enimmäkseen itse kertomaan ja ratkaisemaan, minkälaista hoitoa he haluavat hoitoalan ammattilaisilta. Kyseessä on kokonaisvaltainen teoria, joka ottaa huomioon ihmisen koko elämän ja sen muuttuvan kokonaisuuden, johon kuuluvat yhteiskuntarakenteen, maailmankuva, kulttuuriarvot, ympäristöolosuhteet, kielelliset ilmaisut sekä kansanomaiset ja ammatilliset hoitojärjestelmät. Näistä lähtökohdista voidaan toteuttaa terapeuttista hoitoa. (Marriner-Tomey 1994, 414-415.)



Kuvio 2: Leiningerin auringonsumalli

Leiningerin auringonnousumalli (kuvio 2) kuvaa hänen teoriansa pääelementtejä. Auringonnousumalli symboloi auringon (hoitamisen) nousua. Ympyrän yläpuoli kuvaa yhteiskuntarakenteen osatekijöitä ja maailmankatsomuksellisia tekijöitä, jotka vaikuttavat hoitoon ja terveyteen kielen ja ympäristön välityksellä. Nämä tekijät vaikuttavat kansanomaisiin, ammatillisiin ja hoitotyön järjestelmiin, jotka on sijoitettu mallin alempaan puoliskoon. Yhdessä nämä puoliskot muodostavat kokonaisen auringon, joka edustaa sitä, mitä sairaanhoitajien täytyy ottaa huomioon ymmärtääkseen inhimillistä hoitoa ja terveyttä. (Marriner-Tomey 1994, 420.)

4 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset

Tähän opinnäytetyöhön liittyvässä tutkimuksessa tarkistellaan Espoon aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyden hoitoa asiakaslähtöisesti. Tutkimusmenetelmänä käytetään asiakaslähtöistä arviointimenetelmää Bikva-mallia, jossa mielenterveyspalveluja käyttävät maahanmuuttaja-asiakkaat otetaan mukaan arviointiin. Asiakkaiden osallistumisella kyetään välittämään terveydenhuollon hoitohenkilöstölle, johdolle ja päättäjille mitkä asiat he kokevat tärkeinä. Bikva-mallissa johdolle ja päättäjille tuodaan esille vain sellainen asiakkaiden ja kenttätyöntekijöiden palaute, johon he voivat vaikuttaa ja johon heillä on toimivaltaa. Opinnäytetyö on rajattu koskemaan perusterveydenhuoltoa.

Opinnäytetyön odotetaan voivan vaikuttaa työmallien ja työskentelytapojen kehittämiseen. Asiantuntijoiden mukaan on tärkeää ottaa palveluja käyttävät maahanmuuttaja-asiakkaat mukaan palveluiden arviointiin, suunnata tutkimusta maahanmuuttajien parissa tehtäviin haastattelututkimuksiin ja etnografisiin tutkimuksiin ja luoda yhteys asiakkaiden ongelmien ymmärtämisen ja palvelun välille. (Sektoritutkimuksen neuvottelukunta 2009, 72).

Tämän opinnäytetyön tavoite on tuoda esiin mielenterveyspalveluita käyttävien maahanmuuttajien käsityksiä ja arvioita palvelusta ja niiden kehittamisestä. Asiakkaiden kuvaukset esitellään hoitohenkilöstölle ja molemmat näkemykset välitetään muille sidosryhmille.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset

- 1) Miten aikuiset mielenterveyspalveluita käyttävät maahanmuuttajat arvioivat Espoon mielenterveyspalveluita?
- 2) Miten hoitohenkilöstö arvioi Espoon aikuisille maahanmuuttajille tarjolla olevia mielenterveyspalveluita?

5 Opinnäytetyön menetelmälliset ratkaisut

5.1 Asiakaslähtöinen arviointimenetelmä

Bikva-mallin kehitti tanskalainen Hannele Krogstrup ja lyhennelmä BIKVA tulee tanskan kielen sanoista Brugerinddragelse i Kvalitetsvurdering eli asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajana. Tavoitteena on ottaa mielenterveyspalveluja käyttävät maahanmuuttaja-asiakkaat mukaan arviointiin ja kehittää palveluita asiakkaiden näkemysten perusteella. Palveluja käyttävien asiakkaiden näkemykset valjastettiin kehittämistyön välineiksi arviointiprosessissa ja saatettiin vuoropuheluun eri haastatteluvaiheiden tutkittavien kanssa. Asiakkaan näkökulmasta laatu syntyy kenttätyöntekijöiden ja asiakkaiden välisissä kohtaamisissa. (Krogstrup 2004, 7-9.)

Arviointi pitää sisällään arvon määrittämisen. Korkealaatuinen arviointi vaatii hyvin harkittua tutkimusasetelmaa ja havaintoaineiston keräämistä, analysointia ja tulkintaa. Arvioinnin tavoitteena on tiedon ja ymmärryksen lisääminen toiminnasta, jota tarkastellaan. Tässä arvioinnin kohteena on Espoon aikuisille maahanmuuttajille suunnatut mielenterveyspalvelut. Arvioinnissa selvitetään vastataanko asiakkaiden tarpeisiin, kuinka palvelu toimii ja jos ongelmia miksi ei toimi sekä kuinka palvelu voidaan tehdä paremmaksi. (Robson 2001, 25-27.) Arvioijan on mahdotonta tehdä hyvää työtä luottamalla pelkästään omiin resursseihinsa. Tarvitaan kaikkien arviointiin osallistuvien aktiivista sitoutumista, jotta arvioinnilla olisi mahdollisuuksia olla hyödyllinen ja käyttökelpoinen. (Robson 2001, 32.)

Bikva-arviointimalli haastaa onnistuessaan osallistujia pohtimaan totuttuja tapoja, toimintakäytäntöjä ja -oletuksia sekä nostaa mahdollisesti esiin kehittämideoita palvelun parantamiseksi. Menetelmä pystyy myös paneutumaan syvällisemmin asiaan ja lisäämään ymmärrystä siitä, miten asiakkaat ymmärtävät ja tulkitsevat oman tilanteensa suhteessa palvelujärjestelmään. Se ei anna määrällistä tietoa siitä, moniko asiakas on tyytyväinen, vaan antaa tietoa siitä, miten asiakkaat tulkitsevat palvelukokemuksia ja hoitoa ja mitä asioita he katsovat tärkeiksi kehittämiskohteiksi. Menetelmällä saavutetaan kaksikehäistä oppimista, jolloin organisaatio voi nähdä tilanteen eri toimijoiden kannalta ja varsinkin asiakkaiden kautta. Asiakasnäkökulma ei kuitenkaan tarkoita sitä, että mennään mukaan asiakkaiden ehdoilla, vaan sitä, että luodaan uutta ymmärrystä kaikille osapuolille. (Hänninen ym. 2007, 13-15.)

Krogstrup (2004) on pohtinut sitä, että asiakkaat eivät ole vain asiakkaita vaan myös kansalaisia. Kansalaisen käsitteeseen sisältyvät asiakkaiden oikeudet koskien tasa-arvoa lain edessä ja sosiaalisia oikeuksia, jotka varmistavat aineellisen turvaverkon. Kansalaisen käsitteeseen liittyy myös velvollisuuksia. On myös otettava huomioon yhteiskunnan kokonaisuus, mikä tarkoittaa, että yhteiskunnan tehtävä ei ole pelkästään asiakkaiden tarpeiden täyttäminen. Kokonaisedun huomioon ottaminen määrittellään lainsäädännössä paikallisesti poliittisilla ja taloudel-

lisillä tärkeysjärjestyksillä. Ne toteutetaan kunnan paikallisessa budjetoinnissa, jossa osittain määritellään interventiot ja asetetaan ne tärkeysjärjestykseen ryhmien välillä. (Krogstrup 2004, 8.)

Tässä opinnäytetyössä sovelletaan erilaisia metodologisia lähestymistapoja, joita kutsutaan paradigmoiksi. Tulkinnallisessa, hermeneuttisessa paradigmassa, kiinnostuksen kohteena ovat osallisten prosessin aikana esiintyvillä ilmiöillä antamat tulkinnat ja merkitykset. (Anttila 2007, 23.) Tässä hermeneuttisen tutkimuksen keinoin suoritettussa opinnäytetyössäni olen saanut haastateltavilta haastatteluissa tutkittavaa tietoa, mitä olen tulkinnut ja analysoinut. Opinnäytetyössä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan tarkoituksena on ollut antaa Espoossa asuville maahanmuuttajille mahdollisuus kertoa kokemuksiaan mielenterveyspalveluista Espoossa ja toiveena on siirtää tätä tietoa palveluiden järjestäjille. Laadullisessa tutkimuksessa on periaatteessa tärkeää, että henkilöt joilta tietoa kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 87–88.) Mielenterveyteen vaikuttavat niin monet asiat, että aineiston ajateltiin kertyvän monipuolisista kuvauksista.

5.2 Opinnäytetyön eteneminen Bikva-arviointimallin mukaisesti

Bikva-mallin tavoitteena on kyseenalaistaa olemassa olevat käytännöt ja toimintatavat. Mallin etuna on se, että sen avulla saavutetaan parempi yhteisymmärrys sen välillä, mitä asiakkaat kokevat ongelmansa ja miten hoito toteutuu eri tasoilla.

Arvioinnin toteuttaminen Bikva-mallin neljän vaiheen mukaisesti (kuvio 3):

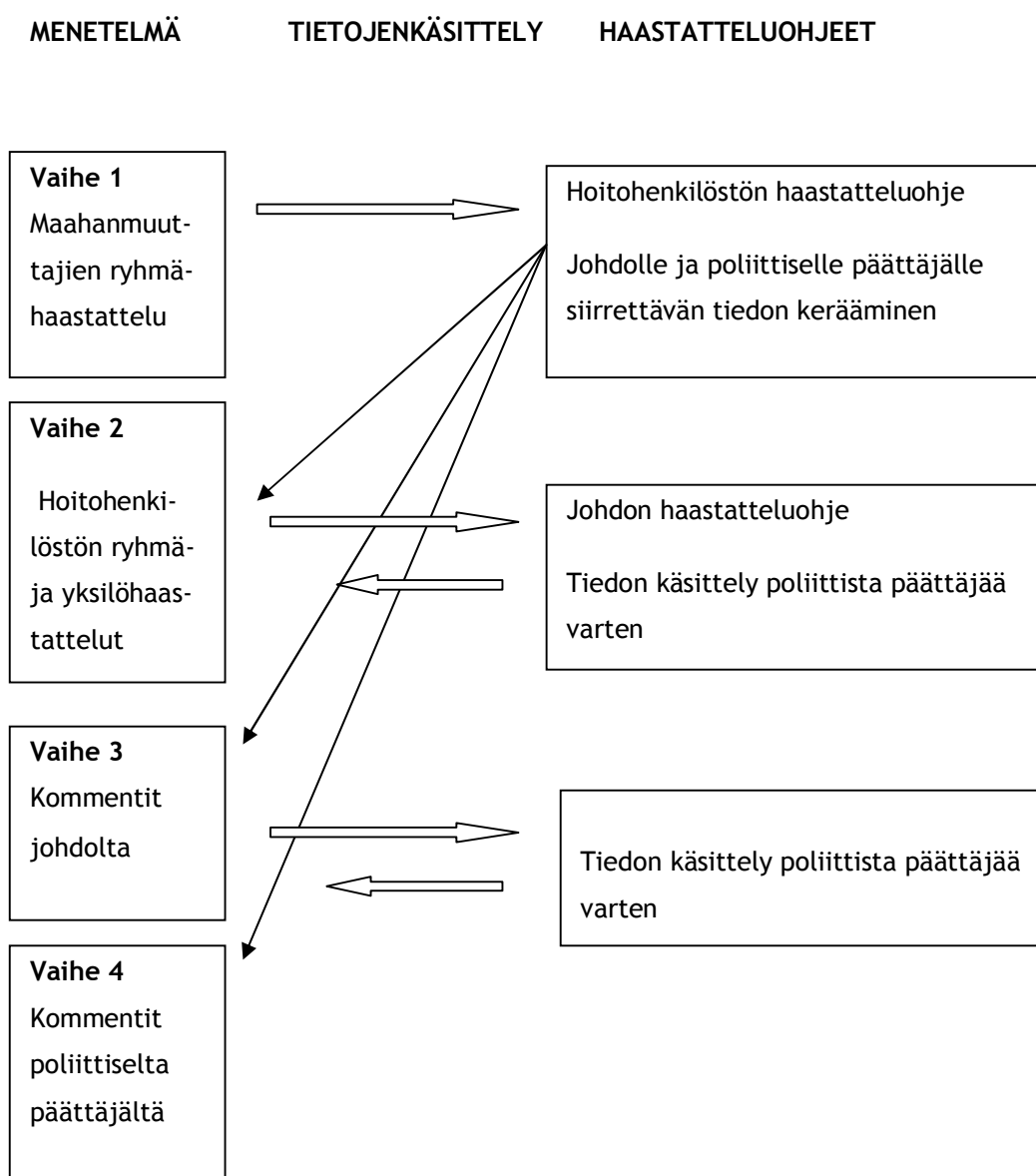
Kuviossa 3 on kuvattu arvioinnin eteneminen vaiheittain. Kuviossa vasemman puoleisissa kentissä ovat opinnäytteen sidosryhmät ja käytetty menetelmä. Paksut oikealle osoittavat nuolet osoittavat, että haastattelun perusteella laaditaan ”ketjun seuraavan lenkin” haastatteluohje. Pienemmät paksut vasemmalle osoittavat nuolet kuvaavat kaksikehäistä oppimista.

Pystysuorat ”ohuet” nuolet osoittavat, mille sidosryhmille haastatteluohje on tarkoitettu. Hoitohenkilöstölle esitellään heidän toimintatapojaan koskeva asiakkaiden palaute. Hallintojohdolle esitellään maahanmuuttaja-asiakkaiden ja hoitohenkilöstön palaute. Poliittiselle päättäjälle esitellään asiakkaiden ja hoitohenkilöstön palaute sekä johdon kommentit.

1. vaihe aloitetaan ryhmähaastattelusta, jossa asiakkaita pyydetään kertomaan ja perustelemaan, mitä he pitävät myönteisenä ja mitä kielteisenä mielenterveyspalveluissa. Ryhmähaastattelun tuloksena saadaan tietoa kokemuksista ja subjektiivisia laatuarvioiteja. Lisäksi pyydetään heidän terveisensä palveluiden tuottajille ja päättäjille. Laaditaan haastatteluohje,

jossa on asiakkaiden kokemukset systematisoitu tiettyihin teemoihin hoitohenkilöstölle haastattelua varten.

2. vaiheessa haastatellaan hoitohenkilöstöä. Asiakkaiden näkemykset toimivat keskustelun moottorina. Tarkoituksena on pohtia, mihin asiakkaiden arviot heidän mielestään perustuvat ja pohditaan syitä asiakkaiden kokemuksiin ongelmiin. Myös johdon toimintaa voidaan pohtia ja arvioida. Ensisijainen tavoite on, että hoitohenkilöstö pohtii omia käytäntöjensä asiakkaiden palautteiden pohjalta ja tekee konkreettisia ehdotuksia hoidon parantamiseksi.



Kuvio 3: Mielenterveyspalveluiden arvioinnin eteneminen Bikva-mallia mukaellen

3. vaiheessa asiakkaiden ja hoitohenkilöstön haastatteluista saatu palaute esitellään johdolle. Tarkoituksena on pohtia syitä asiakkaiden ja hoitohenkilöstön palautteeseen.

4. vaiheessa asiakkaiden ja hoitohenkilöstön haastatteluista sekä johdolta saatu palaute esitellään poliittisille päättäjille, ja tarkoituksena on saada heidät tietoisiksi näiden toimijoiden palautteen syistä. (Krogstrup 2004,15.)

Vaiheissa 1. ja 2. toteutettiin maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön haastattelujen aineiston hankinta ja analysointi.

5.3 Aineiston hankinta

5.3.1 Aineiston hankinta maahanmuuttajien ryhmähaastattelulla

Maahanmuuttajien ryhmähaastattelu kesällä 2010 oli haastatteluista ensimmäinen. Haastattelut rajattiin koskemaan aikuisia mielenterveyspalvelujen piirissä olevia maahanmuuttajia. Ryhmähaastatteluun valittiin ryhmä maahanmuuttajia, joita motivoitiin osallistumaan kertomalla heille, että haastattelussa on mahdollisuus tuoda esiin sellaisia asioita, joita he toivoisivat mielenterveyspalvelujen työntekijöiden ottavan huomioon työssään. Heille kerrottiin myös Bikva-mallin mukaisesta mahdollisuudesta kehittää palveluita.

Ryhmän jäsenten tuli olla saman kielen taitajia, koska ryhmähaastattelu useamman tulkin kanssa olisi ollut liian vaikeaa. Asiakkaat olivat kaikki pakolaisia ja Espoon Maahanmuuttajapalveluiden asiakkaita. Maahanmuuttajapalveluiden kautta haastateltavien etsiminen ajateltiin sujuvan vaivattomimmin. Olin esittänyt toiveen Maahanmuuttajapalveluiden sairaanhoitajalle informoida asiakkaita ryhmissä ja muissa tapaamisissa kevään 2010 aikana. Ennen kuin ehdin laittaa ilmoitusta haastateltavien etsimisestä, sairaanhoitajalle oli ilmoittautunut ryhmähaastatteluun sopiva määrä haastateltavia. Yhden ilmoitettua suostumuksestaan, myös muita halukkaita oli ilmoittautunut.

Bikva-mallissa tiedonkeruu tapahtuu yleensä ryhmähaastattelujen avulla. Ryhmähaastattelu ei silti ole välttämätön edellytys mallin toteutukselle, mutta sille on useita käytännön perusteluita. Ryhmähaastattelu perustuu aikaisempiin kokemuksiin yksilöhaastatteluista sosiaalipsykiatrisen alueella mallin kehittämisen yhteydessä. Vaikka asiakkaille selitettiin, että haastattelun tavoitteena oli kuulla heidän kokemuksiaan sosiaalipsykiatrisesta interventtiosta, heidän palautteensa oli usein hyvin tunnepitoista. Ryhmähaastattelun etuna on, että painopiste ei ole kovin tunnepitoisissa ja yksilöllisissä asioissa vaan niissä luotetaan enemmän nimettömyyteen. Ryhmän haastateltavat ottavat enemmän kantaa toistensa perusteluihin kuin siihen, mitä

odottavat haastattelijan haluavan kuulla. Ryhmässä tehtävä yhteistyö innostaa vivahteikkaampaan palautteeseen kuin yksilöhaastattelussa. (Krogstrup 2004, 11.)

Joissakin tilanteissa on suositeltavaa käyttää yksilöhaastattelua tai havainnointia. Tällaisia tilanteita syntyy ensisijaisesti silloin, kun asiakkailta on niin heikot kyvyt, etteivät he pysty osallistumaan ryhmähaastatteluun, tai silloin, kun arvioija haluaa esittää tavallista henkilökohtaisempia kysymyksiä. Esimiehiä on usein vain yksi ja silloin tehdään yksilöhaastattelu. Ryhmähaastattelua käytetään erityisesti asiakkaiden, kenttätöntekijöiden, johtajien ja poliittisten päättäjien osallistamisessa. Näin halutaan edistää kommunikaatiota, johon sidosryhmien muodollinen asema valtahierarkiassa vaikuttaa mahdollisimman vähän. (Krogstrup 2004, 11.)

Tässä arviointityössä haastatteluista osa on tehty ryhmähaastatteluna. Eskolan ja Suorannan mukaan (2000, 94) ryhmähaastatteluksi luonnehditaan haastattelu, jossa paikalla on samalla kertaa useita haastateltavia, mahdollisesti haastattelijoitakin. Tavoitteena on siis ryhmäkeskustelu tutkijan haluamasta aiheesta tai teemoista. Hirsjärvi ja Hurme (2006) kuvaavat haastattelulajeja olevan monia ja myös monia tapoja toteuttaa haastattelu käytännössä. Heidän mukaansa tavallisin tapa on tehdä yksilöhaastatteluja. Ne saattavat tuntua aloittelevasta tutkijasta helpommin toteutettavilta kuin muunlaiset haastattelumuodot. Ryhmähaastattelu on monissa tapauksissa käyttökelpoinen menettely, ja ryhmähaastattelujen suosio näyttääkin viime vuosina huomattavasti lisääntyneen. (Hirsjärvi ja Hurme 2006, 61.)

Maahanmuuttajien haastattelun tekeminen nimenomaan ryhmähaastatteluna oli minulle ensimmäinen vaihtoehto alusta lähtien. Pohdin yksilöhaastattelussa asiakkaan helpommin menevän omiin traumaattisiin muistoihinsa kuin arvioivan palveluita. Haastattelut ajattelin tekeväni yksilöhaastatteluina, jos hyöty siitä olisi näyttänyt olevan suurempi kuin ryhmähaastattelun hyöty. Johtopäätös oli, että yksilöhaastattelu tarjoaisi huonot mahdollisuudet tutkia tavoitteena olevaa asiaa eli asiakkaiden arviota mielenterveystyöstä. Mielenterveyden ongelmista puhuminen on vaikeaa ja haastattelun uskottiin nostavan pintaan vaikeita muistoja. Näiden pakolaisten tiedettiin vielä olevan Maahanmuuttajapalveluiden tuen piirissä. He eivät siten jäisi yksin tunteidensa kanssa, mikäli tarvitsisivat tukea haastattelun jälkeen.

Tulkin käyttö haastattelussa puolsi myös ryhmähaastattelua ja onnistuin saamaan haastateltavat samasta kieliryhmästä. Olen työskennellyt pitkään tulkin välityksellä maahanmuuttajaperheiden kanssa ja koin itselleni kertyneen siitä kokemusta hyvin. Tulkkikustannuksista olin sopinut Espoon Maahanmuuttajapalveluiden kanssa ja olin myös valmis itse kustantamaan osan. En myöskään arastellut kohdata maahanmuuttajaryhmää. Kokemuksesta tiesin, että vilpittömyyteni palvelun parantamisen puolesta sekä haluni saada maahanmuuttajiasiakkaiden ääni kuuluviin tulisi välittämään ryhmälle. Luotin ryhmähaastattelun onnistumiseen ja valitsin sen. Halusin haastatella maahanmuuttajia tulkin välityksellä varmistaakseni molemmin puolisen ymmärryksen. Krogstrup kertoo (2004, 27) Bikva-mallin pilottikunnissa

pohditun paljon sitä, millaisia menetelmiä tulisi käyttää, kun ollaan tekemisissä erityisesti heikot kommunikointitaidot ja vain vähän sosiaalisia taitoja omaavien asiakkaiden kanssa. Nämä ongelmat voidaan hänen mukaansa ratkaista huomaavaisuudella ja hienotunteisuudella.

Aluksi haastatteluun lupautui neljä asiakasta, mutta haastatteluajan tultua, paikalle saapui kuusi haastateltavaa. Haastattelussa mukana haastateltavien ja haastattelijan lisäksi oli avustavassa roolissa Maahanmuuttajapalveluiden erikoissairaanhoidtaja sekä tulkki. Aikaa haastattelulle varattiin kaksi tuntia ja haastattelua jatkettiin haastateltavien ja tulkin suostumuksella vielä puoli tuntia. Tilaisuudessa oli runsaasti tarjottavaa ja haastattelu sujui hyvässä hengessä. Kaikki haastateltavat osallistuivat keskusteluun ja olivat selvästikin halukkaita tuomaan esiin ajatuksiaan mielenterveyspalveluista sekä pohtimaan omaan mielenterveyteensä vaikuttavia asioita.

Oman alustukseni, opinnäytetyöni tarkoituksesta, kertomiseni jälkeen avustaja alusti maahanmuuttoprosessin yleisistä vaikutuksista muuttajaan. Hän kertoi, että olemme kiinnostuneita siitä, miten voidaan auttaa ihmistä, joka on tullut uuteen maahan. Hän kertoi, että on tutkittu niitä keinoja millä voidaan auttaa sekä työntekijöiden kokemuksia työskentelystään maahanmuuttajien ja pakolaisten kanssa ja lisäsi, että vähemmän on kuitenkin tutkittu sitä, mitä maahanmuuttajat itse haluavat sanoa. Hän sanoi, että tässä tutkimuksessa kysytään mielenterveyspalveluista ja millä keinoilla voitaisiin auttaa maahanmuuttajan sopeutumista.

Ryhmähaastattelu toteutettiin teemahaastatteluna. Teemahaastattelussa haastattelun aihepiirit, teema-alueet, on etukäteen määrätty (Eskola & Suoranta 2000,86). Hirsjärven ja Hurmeen (2009, 195) mukaan teemahaastattelussa kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Haastattelua varten laadittiin haastattelurunko, johon sisällytettiin kysymyksiä teemoittain (Liite 1). Nämä teemat olivat aikaisempien tutkimusten perusteella nousseet haasteellisiin esiin maahanmuuttajien mielenterveysasioissa. Näiden teemojen mukaisten kysymysten avulla haastattelijan toivottiin vain aktivoivan ryhmän keskustelua. Asiakkaiden ryhmähaastattelun toteutuksen yhteydessä on huomattava, että voi syntyä tilanteita, joissa on välttämätöntä ”ohjata” keskustelua. Bikva-mallissa haastattelu suositellaan aloittamaan avoimella kysymyksellä: mikä asia on teidän mielestänne hyvin? Aivan alussa ei tässä haastattelussa siihen päästy. (Hänninen ym. 2007,15.)

Bikva-mallissa asiakkaat ovat oppimisen käynnistäjiä. Tavoitteena on, että mielenterveyspalveluita käyttävät maahanmuuttaja-asiakkaat voivat omasta näkökulmastaan omin sanoin kuvailla ja tulkita näkemyksiään mielenterveyspalveluista. Vaikkakin haastatteluun voi valmistautua laatimalla valmiita kysymyksiä, avoimella avauksella ajatellaan annettavan tilaa asiakkaiden omille painotuksille ja tulkinnoille. (Hänninen ym. 2007,15.)

Asiakkaiden haastattelu on Bikva-menetelmän keskeinen osa, koska juuri asiakkaat lähtökohdaisesti määrittävät arviointikysymykset. Arviointi on asiakaslähtöistä, mutta se ei jää kapeas-

ti asiakasnäkökulman varaan, vaan pyrkii saattamaan asiakasnäkökulman dialogiseen vuorovaikutukseen. Pyrkimys on näin luoda uutta ymmärrystä ja kehittää palveluja. (Hänninen ym. 2007,14.)

Haastattelussa oli tärkeää kertoa opinnäytetyöni tarkoituksesta sekä varmistaa, ettei kenelläkään ollut mitään haastattelun nauhoittamista vastaan. Asia selitettiin tulkin välityksellä ja kaikki haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 3).

Haastateltavilta kysyttiin perustiedoista vain ikä ja Suomessa olo aika. Keskustelu lähti vilkkaasti käyntiin ja palveluiden arvioinnin lisäksi heillä oli paljon kysyttävää terveystalvveluihin liittyen. Näihin kysymyksiin pystyi avustaja antamaan vastauksia välittömästi. Haastattelun aikana hän kertoi asiakkaalle hammaslääkäripäivystyksestä, puhelintulkkauksesta, kielikurssien tasoista sekä Maahanmuuttajapalveluiden asiakkuusprosessin päättymisvaiheesta ja sen jälkeisestä mahdollisuudesta saada tukea, mikä oli asiakkaalle epäselvää. Kaikki nämä aiheet nousivat asiakkailta kysymyksiin. Avustaja myös neuvotteli tulkin kanssa tulkkausajan pidentämisestä. Hänen tukensa avulla sain itse keskittyä haastattelijan rooliini ja olin tyytyväinen siihen, että paikalle vaivautuneet haastateltavat saivat heti vastaukset heitä askarruttaviin kysymyksiin

Haastattelun edetessä haastattelija joutui välillä ohjaamaan keskustelua takaisin palveluiden arviointiin. Muutama kertaan kiitin haastateltavaa hienotunteisesti hänen näkökulmastaan, ja kysymykselläni ohjasin hänet takaisin mielenterveyspalveluihin liittyviin asioihin. Tuolloin ilmoitin siirtäväni heidän pohdintansa ja huolensa eteenpäin hoitohenkilökunnalle, johdolle ja päättäjille.

Haastattelu eteni hyvässä hengessä. Olin yllättynyt puheenvuorojen määrästä ja siitä, että haastateltavat olivat valmiita kertomaan kokemuksistaan avoimesti. Jonkun kritisoidessa tai pohtiessa hänen mielestään palvelussa olevia outoja käytäntöjä, muut osallistuivat keskusteluun innokkaana ja kaikki yltyivät yhdessä nauramaan näille oudoille käytännöille. Koska keskusteltavaa tuntui olevan paljon ja tulkille sopi, kerroimme ryhmälle, että heidän niin suostuessaan jatkamme vielä puoli tuntia, jotta saamme koottua kaikkien näkemykset siitä, mitä he toivovat kerrottavan päättäjille.

Tulkin osuus oli iso haastattelussa. Hän tulkkasi kaikkien muiden kommentit ja oli siis äänessä haastattelun alusta loppuun. Olin keskustellut tulkin käytön tarpeellisuudesta Maahanmuuttajapalveluiden sairaanhoitajan kanssa. Sovimme, että hän on yhteydessä tulkkitoimistoon ja varaa tulkin. Hän kertoi tekevänsä varauksen tulkista, jonka hän tiesi olevan hyvin ammattitaitoinen. Haastattelutilaisuuden alussa mietimme tulkin kanssa yhdessä tulkkausajan ja haastattelijan sekä haastateltavien kannalta parhaan istumajärjestyksen. Kerroin haastateltaville tarkkaan opinnäytetyöstäni, haastattelun tarkoituksesta sekä haastattelun kulusta, enkä siksi käynyt erikseen asioita läpi tulkin kanssa. Tulkki tulkkasi heti puheenvuorojen jälkeen tai

puhujan puhuessa pitkään hän teki muistiinpanoja ja tulkkasi sitten kokonaisuuden. Kerran hänen itse puhuessaan pitempään kuin mitä puheenvuoro oli ollut, mukana ollut avustaja tiedusteli häneltä mitä hän oli sanonut. Tulkki kertoi selittäneensä tarkempaan sitä, että Maahanmuuttajapalveluiden asiakkuuden päättymisen jälkeen haastateltavien tulee itse tilata lääkäri- sekä muut hoitoajat. Tämä oli ollut epäselvää useammalle haastateltavalle ja he olivat tiedustelleet sitä. Koko tulkkauksen ajan tulkki oli asiallinen ja kuunteli tarkkaavaisena jokaisen puheenvuoron. Jos puhuttiin toisen puheen päälle, tulkki nosti aavistuksen verran kättään viimeksi aloittanutta kohti ja sai näin keskustelun etenemään rauhallisemmin.

Haastattelun lopuksi kiitin kaikkia osallistumisesta ja erikseen tulkkia hyvin tehdystä työstä. Kiitin haastateltavia rohkeudesta puhua vaikeista ja hyvin henkilökohtaisista asioista. He kiittivät mukaanpääsystä ja huoneen täytti iloinen puheensorina. Yksi haastateltavista toi minulle puhelinnumeron ja kertoi olevansa valmis keskustelemaan enemmän, jos tarvitsisin lisää haastateltavia.

5.3.2 Aineiston hankinta hoitohenkilöstön ryhmähaastattelulla

Lokakuussa 2010 tein haastattelut hoitohenkilöstölle, yhden ryhmähaastattelun ja yhden yksilöhaastattelun. Haastateltaviksi valittiin terveydenhuollon henkilöstöä, joka hoitaa maahanmuuttajapotilasta ja ohjaa hänet mahdollisesti eteenpäin erikoissairaanhoidon. Ryhmähaastatteluun osallistujat tekivät kaikki akuuttivaiheen mielenterveystyötä ja yksilöhaastattelussa oli hoitohenkilöstöön kuuluva työntekijä Espoon terveystalosta. Yksilöhaastattelulla halusin laajentaa työntekijöiden näkemyksiä maahanmuuttajien esiin tuomista ongelmista.

Ryhmähaastattelusta sovin ryhmän esimiehenä toimivan työntekijän kanssa. Alustavasi haastatteluun oli tulossa neljä työntekijää, mutta haastatteluun osallistui kolme, neljännen sairastuttua. Esimies oli saanut sähköpostitse viestin haastattelupyynnöstä. Sähköpostin liitteenä oli lyhyt kuvaus opinnäytetyöstäni ja sen tarkoituksesta. Ilmoitin ryhmälle heidän suostumuksellaan tallentavani haastattelun. Haastatteluteemojen kerroin nousevan maahanmuuttajaryhmän haastattelusta ja asiakkaiden näkemysten toimivan keskustelun moottorina ja että ryhmä voi yhdessä pohtia syitä asiakkaiden kokemuksiin ongelmiin. Kerroin haastattelun ensisijaisena tavoitteena olevan, että hoitohenkilöstö pohtii mielenterveyspalveluita sekä omaa toimintaansa asiakkaiden palautteiden pohjalta ja tekee konkreettisia ehdotuksia hoidon parantamiseksi. Haastattelu käytiin asiakashaastattelun aineiston alustavan analysoinnin jälkeen nousseiden teemojen mukaan. Teemat olivat mielenterveyspalvelut, tiedonkulku, henkilökunnan osaaminen ja vuorovaikutus. (Liite 2.)

Kaikilla haastateltavilla oli yli kymmenen vuoden työkokemus ja he kaikki pohtivat maahanmuuttajaryhmän keskustelusta nousseita aiheita ja heidän kuvauksia ongelmista kommentoi-

den asioita omasta näkökulmastaan. Haastattelussa minun roolini oli esitellä ne teemat, joita olimme maahanmuuttajaryhmän kanssa käyneet läpi sekä kuvaukset niistä asioista, jotka maahanmuuttajat kokivat ongelmiksi. Yhtä tärkeää oli tuoda esiin maahanmuuttajien toiveita ja odotuksia mielenterveyden hoidosta, palveluista ja asioista joiden he kertoivat huonontavan mielenterveyttään tai edistävän sitä.

Oman roolini koin haastavana, koska ryhmän mahdollisuudet osallistua haastatteluun oli ajallisesti lyhyempi kuin olisin alun perin toivonut. Sovimme kuitenkin haastattelun alussa selkeästi haastattelun pituudesta ja pysyimme aikataulussa. Lähes tunnin haastattelussa työntekijät onnistuivat jäsentämään ja kuvaamaan oman näkökulmansa vilkkaalla keskustelulla maahanmuuttajien näkemyksistä ja minä koin onnistuneeni tuomaan esiin maahanmuuttajien näkemykset suunnitelmani mukaisesti.

5.3.3 Aineiston hankinta hoitohenkilöstön yksilohaastattelulla

Espoon terveyspalvelujen hoitohenkilöstöön kuuluvan työntekijän puhelinhaastattelusta sovin samoihin aikoihin kuin hoitohenkilöstön ryhmähaastattelusta. Saatua yhteyden tähän työntekijään ja hänen ilmaistua halukkuutensa osallistua, halusin tehdä yksilohaastattelun ja hyödyntää hänen useamman vuoden työkokemustaan huolimatta Bikva-mallin yleisestä ryhmähaastattelukäytännöstä. Arvelin hänen tuovan oman näkökulmansa maahanmuuttajien esittämisiin kokemuksiin mielenterveyspalveluista, koska hänen työtehtävänsä maahanmuuttajien parissa olivat erilaiset kuin ryhmähaastattelun työntekijöiden työtehtävät.

Kuten muutkin työntekijät, hän ilmoitti ajankäyttönsä olevan rajallinen, joten ehdotin hänelle puhelinhaastattelua. Tämä sopi hänelle ja näin keskustelulle jäi enemmän aikaa. Kerroin hänelle esittäväni maahanmuuttajaryhmän keskustelusta nousseita aiheita ja heidän kuvauksiaan ongelmista, joita toivoin hänen kommentoivan oman työtehtävänsä näkökulmasta. Hänelle sopi myös puhelun nauhoittaminen. Puhelu kesti lähes 40 minuuttia ja siinä ajassa kävimme läpi samat asiat kuin työntekijöiden ryhmähaastattelussa oli käyty.

5.4 Aineiston analyysi

Tutkimusmenetelmällisesti Bikva-malli on jokseenkin helppokäyttöinen, sillä vaativin osa siitä on haastatteluaineistojen luotettava analyysi (Anttila 2007, 140). Asiakasryhmästä saatu tutkimusaineisto ja sen laajuus määrittelee paljolti mitä analyysiä käytetään. Opinnäytetyön kaikki haastattelut analysoitiin sisällönanalyysillä.

Vilkan (2005, 139–140) mukaan sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusmenetelmän metodi, jossa etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Näitä koskeva tieto on esitettävissä sanallisina tulkintoina. Sisällönanalyysiä voidaan tehdä joko aineistolähtöisenä tai teorialähtöisenä sisällönanalyysinä.

Opinnäytetyön tavoite oli tuoda esiin mielenterveyspalveluita käyttävien maahanmuuttajien käsityksiä ja arvioita palvelusta ja niiden kehittämistä, joten analysointi haluttiin tehdä aineistolähtöisesti ja välttää maahanmuuttajilta saadun tiedon muuttuminen. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2002, 92) sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällönanalyysi on tutkimusmenetelmä, jossa aineisto hajotetaan osiin ja kootaan uudella tavoin loogiseksi kokonaisuudeksi. Tavoitteena on luoda hajanaisesta aineistosta mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota, josta voidaan tehdä tulkintoja ja päätelmiä. (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 93.)

Maahanmuuttajien ryhmähaastattelu tallennettiin. Haastattelu purettiin kirjoittamalla se sanatarkasti tekstiksi. Rivivälillä 1,5 kirjoitettua tekstiä syntyi 25 sivua. Aineiston käsittely alkoi haastattelun lukemisella. Aineisto pelkistettiin siitä erottamalla ja merkitsemällä ne olennaiset asiat, joissa maahanmuuttajat kuvaavat mielenterveyteensä liittyviä asioita ja sen hoitoon liittyviä palveluita. Ilmaukset alleviivattiin erivärisillä kynillä ja ilmauksen teema kirjattiin litteroidun aineiston sivun reunaan, mikä auttoi ilmausten poimimista eri konseptille. Analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus. Haastateltavan kuvaus tiivistettiin pelkistymmäksi kuvaukseksi.

Aineisto analysoitiin kahteen kertaan. Ensin aineisto teemoiteltiin. Teemoittelu tapahtui siten, että ensin aineistosta pelkistämisen ja ryhmittelyn jälkeen teemoiksi nousivat keskeiset ilmaukset haastatteluaineistosta, niin että usein toistuvat asiat valittiin yhdeksi teemaksi. Myös yksittäinen puheenvuoro saattoi olla teema, mikäli se toi haastatteluun uuden näkökulman. Aineistosta muodostettiin neljä teemaa (Liite 2), ja näin luotiin runko hoitohenkilökunnan kanssa käytävää arviointikeskustelua varten.

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena on siirtää asiakasryhmältä saatu tieto eteenpäin, joten haastatteluista saatua aineisto haluttiin käsitellä nimenomaan aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin.

Toisessa aineiston analyysikerrassa tehtiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009, 135) mukaan sisällönanalyysi on induktiivista, kun sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Se perustuu lähinnä induktiiviseen päätelyyn, jota tutkimuksen ongelmanasettelu ohjaa. Induktiivisessa analyysissä pyritään tutkimusaineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, etteivät aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat ohjaa analyysia.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
a4/s12 ”Psykologi antoi kolme aikaa, mutta kuukauden välein, minusta ne on pitkiä välejä.”	Aikojen välit liian pitkiä.	Huonoa palvelussa.	Palvelun saatavuus
a4/s13 ”Myös sairaanhoitajaa on vaihdettu. Kerran tapasin toisen ja...”	Hoitava henkilö vaihtui toiseen yhden kerran jälkeen.	Saanut palvelua	
a5/s5 ”Minun puolestani oli helppo saada aika psykologille.”	Koki saaneensa ajan psykologille helposti.		
a4/s7 ”Olemme todella kiitollisia, että täällä Suomessa saamme paljon palvelua.”	Pääsyt palveluun		
a3/s5 ”Kielipuutteen vuoksi on tosi hankalaa...”	Kielen puutteellisuus vaikeuttaa palveluun hakeutumista.	Kieliongelmat	Ongelmat palvelussa
a3/s3 ”Ongelmana on se, että kielipuutteen...”	Suomen kielen puutteen vuoksi ei pysty hakemaan palvelua		
a6/s9 ”Tulkki aika loppui kesken asiainnin...”	Tulkkaamisaika liian lyhyt	Tulkki ongelmat	
a4/s3 ”Nyt puhutaan tulkkipalvelusta. Onko mahdollista...”	Tulkkia liian vähän.		

Taulukko 1: Esimerkki maahanmuuttajien ryhmähaastattelun aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä

Aineisto ryhmiteltiin yhtäläisten ilmaisujen joukoiksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan kategoriaan, alaluokkaan, ja annettiin kategorialle sisältöä kuvaava nimi. Tässä kategoriassa eteneminen oli analysoinnin hitain vaihe, sillä haastateltavien ilmaisun merkitys haluttiin ymmärtää oikein. Oli tärkeää palata litteroituun aineistoon ja varmistaa isommasta asiayhteydestä mitä haastateltava oli halunnut ilmaista ja mihin kategoriaan ilmaisu siten kuului. Analyysia jatkettiin yhdistämällä samansisältöisiä alakategorioita muodostettaessa yläluokkia. (Taulukko 1.)

Analyysin tuloksena aineistosta muodostui seitsemän yläluokkaa ja kullekin 2-6 alaluokkaa. Luokille annettiin niiden sisältöä kuvaavat nimet. Yläluokat olivat palvelujen saatavuus, ongelmat palveluissa, hoitohenkilöstön osaaminen, vuorovaikutus hoidossa, vuorovaikutuksen merkitys maahanmuuttajille, mielenterveyttä huonontavat asiat ja mielenterveyttä edistävät asiat. (Taulukko 2).

Alaluokka	Yläluokka
Saanut palvelua Epäluulo palvelua kohtaan Epäselyys palvelussa Rajoituksia palvelussa Tyytyväisyys palvelussa Huonoa palvelussa	Palvelujen saatavuus
Tiedonpuute Kieliongelmat Tulkki-ongelmat	Ongelmat palveluissa
Yksilöllisen hoidon toteutuminen Luottamus hoidossa Hoitohenkilökunnan monikulttuurinen osaaminen Huonoa hoidossa	Hoitohenkilöstön osaaminen
Suomalaisten asenteet vaikuttavat palvelujen järjestämiseen Huono kohtelu Kokonaisvaltaisen palvelun järjestäminen	Vuorovaikutus hoidossa
Vuorovaikutus läheisten kanssa Vuorovaikutuksen puute aiheuttaa syrjäytymistä Toivotaan vuorovaikutusta valtaväestön kanssa	Vuorovaikutuksen merkitys maahanmuuttajille
Maahanmuuttoprosessi Ei saanut palveluita Kielitaidottomuus estää asioiden hoitamista Heikko taloustilanne huonontaa mielialaa Kokonaisuutta ei oteta huomioon Ulkomaalaisvastaisuus Vuorovaikutuksen puute	Mielenterveyttä huonontavat asiat
Hyvä hoito edistää mielenterveyttä Säännölliset ja tiheimmät tapaamiset hoidossa Kielikurssille pääsyn mahdollisuus Toive sopeutumista edistävien asioiden järjestymisestä Vuorovaikutus Kotoutumista tukevat asiat	Mielenterveyttä edistävät asiat

Taulukko 2: Maahanmuuttajien ryhmähaastattelun aineiston luokittelu

Aineistolähtöisessä analyysissä on yhdistelty käsitteitä ja saatu vastaus tutkimustehtävään. Analyysissä on edetty haastateltavien kuvauksista saadusta empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä heidän saamastaan palvelusta. Näiden avulla saatiin vastauksia ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, miten aikuiset maahanmuuttajat arvioivat mielenterveyspalveluita Espoossa.

Hoitohenkilöstön haastattelut purettiin kirjoittamalla ne sanatarkasti tekstiksi. Haastattelut purettiin kirjoittamalla ne sanatarkasti tekstiksi. Ryhmähaastattelusta aineistoa kertyi rivivälillä 1,5 kirjoitettua tekstiä kymmenen A4-sivua ja yksilöhaastattelusta viisi sivua. Analysoinnissa käytettiin myös sisällönanalyysiä ja analyysi toteutettiin samalla tavalla kuin maahanmuuttajienkin aineistona analyysi. Ryhmä- ja yksilöhaastatteluaineisto analysoitiin yhdessä.

Hoitohenkilöstön haastatteluaineistosta muodostui neljä yläluokkaa ja kullekin 2-7 alaluokkaa. Yläluokat olivat palvelujen saatavuus, ongelmat palvelussa, henkilöstön osaaminen palvelussa sekä vuorovaikutus hoidossa ja vuorovaikutuksen merkitys. (Taulukko 3).

Alaluokat	Yläluokat
Tasavertaisuuden toteutuminen palveluissa Palvelun saamisen vaikeus Hoitotahon sopivuuden arvioiminen Rajoitukset palvelussa Eri kulttuuriryhmien suhtautuminen mielen- terveyden hoitoon Turhautuminen palvelussa Resurssit	Palvelujen saatavuus
Kieliongelmat Tulkki-ongelmat/tulkin käyttö	Ongelmat palvelussa
Yksilöllinen hoito Pettymykset palvelussa Luottamus hoitosuhteessa Asiakkaan kannattelu Oma ammatillinen kehittyminen Monikulttuurinen osaaminen	Henkilöstön osaaminen palvelussa
Huono kohtelu Kielikurssit ja työ mielen-terveyden edistäjä- nä Vuorovaikutus kotoutumisen tukena Yhteistyö muihin palveluihin Suomalaisten asenteet Halukkuus vuorovaikutukseen	Vuorovaikutus hoidossa ja vuorovaikutuksen merkitys

Taulukko 3: Hoitohenkilöstön haastattelujen aineiston luokittelu

6 Tulokset

6.1 Maahanmuuttajaryhmän haastattelun tulokset

6.1.1 Palvelujen saatavuus

Palveluiden saatavuudesta tuli esille tyytyväisyys palveluihin, epäluulo palvelua kohtaan, epäselvyys ja rajoitukset palveluissa sekä huono kohtelu. Mielen terveyspalveluihin pääsemistä kuvattiin hyvin monimuotoisesti. Palvelun piirissä oloon oltiin enimmäkseen tyytyväisiä sitten kun hoitoon päästiin. Haastateltavat kertoivat, että ollessaan Espoon Maahanmuuttajapalveluiden tuen piirissä, he saavat apua mielen terveyden hoidossa ja että heitä on ohjattu palvelujen piiriin. Keskustelussa nousi esiin, että heillä oli epätietoisuutta siitä, miten he pääsevät palveluihin jatkossa ja kuka tilaa ajan, sitten kun he eivät enää ole maahanmuuttajapalveluiden asiakkaita. Nyt he kertoivat heitä ohjatun omalle lääkärille ja psykologille, jotka arvioivat jatkotuentarpeen. He kuvasivat sitä, miten aikoja oli saatu alussa, mutta sitten niitä oli harvennettu ja uusien aikojen odotusajat olivat pitkiä. He pohtivat, onko tilanne koko Suomessa näin vaikea. Yksi haastateltavista kysyi, jätetäänkö vain maahanmuuttajat ilman mielen terveyspalvelua. Heille selitettiin tilanteen olevan vaikean kaikille, ei vain maahanmuuttajille.

Psykologin kanssa keskustelemaan oli päässyt useimmat heistä. Psykologin vastaanotolle heitä oli ohjattu Maahanmuuttajapalveluista sekä omalta lääkäriltä. Aikoja oli saatu alussa hyvin ja tiiviisti, mutta sitten vastaanottoaikojen välit oli pidentynyt. Eräs haastateltavista kuvasi tiiviimpien tapaamisten olleen tueksi hänen mielen terveydelleen. Tapaamisaikojen väliä oli harvennettu hänen mielestään liian pitkiksi. Hän kertoi ymmärtävänsä psykologeja ohjaavat rajoitukset aikojen antamisen suhteen. Hän itse koki, että kaksi tai kolme aikaa kuukaudessa olisi auttanut häntä paremmin. Yksi haastateltavista koki, että hän oli saanut helposti psykologin vastaanotolle ajan. Toinen kertoi, että sairaanhoitaja, jota hän oli tavannut, oli vaihdettu toiseen. Keskustelussa kävi ilmi, että heille ei ollut aivan selvää psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykologin työtehtävien ero.

Eräs haastateltava kertoi olevansa huolissaan itsensä ja perheensä puolesta mahdollisen hätätilanteen koettaessa. Hän pohti mitä tapahtuu, kun kielitaito ei riitä avun pyytämiseen, esimerkiksi ambulanssin tilaamiseen. Kielitaidottomuus oli usein esteenä kaikkien terveyspalveluiden saavuttamiseen. Haastateltavat kertoivat useaan otteeseen tulkin tärkeydestä palvelun saavuttamisessa ja tulkkien puutteesta myös jääneensä palveluita paitsi. Tulkkien saamisen vaikeutta ihmeteltiin ja jopa epäiltiin tulkkien saamisen vaikeuden olevan terveyspalveluissa tekosyyn olla tilaamatta ja käyttämättä tulkkia. Yksi haastateltavista ehdotti terveysasemille

palkattavan asioimistulkkija, joiden palvelut olisivat aina saatavilla. Toinen toivoi valtion lisäävän tulkkikoulutusta tilanteen parantamiseksi.

6.1.2 Ongelmat palveluissa

Ongelmat palveluissa ilmenivät tiedonpuutteena, kieli- ja tulkkiongelmia. Kieliongelmat olivat iso este palveluiden saavuttamisessa, niin mielenterveysasioissa kuin muussakin terveydenhoidossa. Haastateltavat kokivat tulkin saamisen useinkin mahdottomaksi. Maahanmuuttajien terveydenhoito terveysasemalla pitäisi alkaa tulkin varaamisesta. Haastateltavat kertoivat tilanteista, jolloin oli ollut epävarmuutta siitä, onko kukaan varannut tulkkia. Puhelintulkkauksen mahdollisuudesta asioimiseen heillä ei ollut aikaisempaa tietoa. Tässä haastattelussa siitä kuultuaan, he tiedustelivat, miten sitä saadaan.

Eräällä haastateltavalla oli tulkin asioimisaika loppunut kesken asiointia ollessa vielä jäljellä. Hän kertoi joutuneensa jatkamaan palvelussa ilman tulkkia epätietoisena minne mennä. Toinen sanoi jättäneensä asian hoitamisen kesken, kun tulkkia ei saatu. Naistentautien lääkärille oli eräs odotellut aikaa lähes vuoden. Myös se, että ei ollut tietoa, onko tulkki varattu asiointiin, huolestutti monia ennen käynnille menoa. Yleisesti oltiin sitä mieltä, että asiat eivät etene kielitaidottomuuden ja tulkin puutteen vuoksi sekä kerrottiin sairauksien pahenevan tai lisäsairauksien kehittymisen kun palveluihin ei päästä ajoissa.

Terveyspalveluihin menoa arasteltiin kieliongelmiensa vuoksi. Yksi haastateltava kertoi pohtineensa, mitä sanoisi ja miten hoitaa asia ilman yhteistä kieltä. Usein ei ollut kyse vain omasta asiasta, myös perheenjäsenten asioita jouduttiin hoitamaan kielitaidottomana. Vähäisestä suomen tai englannin kielen taidosta koettiin olevan hyötyä, mutta sen ei koettu riittävän vaikeiden lääketieteellisten termien tai lääkkeiden selosteita ymmärtämään. Englannin kielen taitamisesta koettiin olevan sekä hyötyä, että haittaa. Eräs haastateltavista kertoi pärjäävänsä englannin kielellä terveydenhoitopalveluissa melko hyvin, kun toinen taas kertoi konfliktitilanteesta, joka oli aiheutunut hänen käyttäessään englantia. Hän kertoi hoitohenkilöstön jäsenen huutaneen hänelle englannin kielen käytöstä laboratoriossa.

6.1.3 Hoitohenkilöstön osaaminen

Hoitohenkilöstön osaaminen piti sisällään yksilöllisen hoidon toteutumisen, tyytyväisyyden, huonon hoidon, luottamuksen hoidossa ja monikulttuurisen osaamisen. Hoitohenkilökunnan hoitotyötä arvioitiin kohteliaalla äänensävyllä ja saatuun hoitoon oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä. Oma lääkäri vilautti keskusteluissa useasti ja lääkäreiden arvioitiin olevan ymmärtäväi-

siä. Eräs haastateltava kertoi olleensa tyytyväinen keskusteltuaan lääkärin kanssa ja että keskustelusta oli ollut paljon apua hänen jaksamiseensa. Vaikka keskustelu oli ollut hyvää, hän toivoi kuitenkin, että olisi päässyt psykiatrille, joka hänen mielestään pystyisi paremmin auttamaan mielenterveysasioissa. Eräs haastateltavista palasi keskustelussa useaan otteeseen kokemuksiinsa ensimmäisessä asuinkunnassaan ja kertoi saamastaan hyvästä hoidosta. Hän kertoi lääkärin ymmärtäneen hänen tilannettaan hyvin. Hän sanoi kokeneensa voimaannuttavana sen, että lääkäri huomasi hänellä olevan toiveita ja halua päästä eteenpäin. Hän sanoi lääkärin kehuneen häntä. Hän kuvaili itse tuntevansa tilanteensa ja voimavaransa hyvin ja haluaisi nyt Espoossa oppia suomenkieltä ja päästä työelämään.

Toinen haastateltava kuvasi yleislääkärin esittäneen hänelle outoja kysymyksiä ja tämän olleen syyn, miksi luottamusta hoitosuhteessa ei syntynyt. Hän kertoi lääkärin kysyneen häneltä, onko hän aikonut tehdä itsemurhaa tai oliko hän koskaan aikonut hypätä parvekkeelta. Hän ei ymmärtänyt, miksi sellaisia kysymyksiä oli hänelle esitetty. Hän kertoi itsellään tietysti olevan vaikeuksia, mutta ettei hänellä silti ole ollut itsetuhoisia ajatuksia. Useampi haastateltava yltyi tuossa vaiheessa ihmettelemään ja kuvailemaan moisten kysymysten aiheuttamia tunteita. He kertoivat itsemurhan olevan heidän uskontonsa mukaan kielletty teko, periaatteessa. He kertoivat näiden kysymysten olevan heille outoja ja nauroivat sitten lääkärin muisuttaneen kysymyksillään, että on olemassa sellainen kuin itsemurha. He nauroivat yhteen ääneen asialle ja eräs heistä lisäsi heidän elämänsä Suomessa olevan hidasta itsemurhaa. Hän kuvaili heidän tilannettaan seuraavasti:

Meidän tilanne on sama kuin puu, joka on otettu maasta ja laitettu väkisin toiseen maahan sekä jätetty yksin siihen. Puu on jätetty yksin ja sitä on pyydetty hoitamaan itse itsensä, kukkimaan. Jos jätetään puu ilman hoitoa, ilman palvelua, niin puu kuolee pikku hiljaa. Että kun ei ole edellytyksiä siihen ja puu on sellaisessa uudessa maassa ja ilman tukea ja apua. Se on meidän tilanne, ilman tukea ja apua emme pysty sopeutumaan tähän maahan.

Psykologien ammatillista osaamista arvioitiin hyväksi. Yksi haastateltava arvioi psykologin ymmärtävän maahanmuuttoon liittyviä ongelmia ja toinen koki saaneensa yksilöllistä palvelua saman tulkin käyttämisellä tapaamisilla psykologin ehdotuksesta. Toinen kuvasi sitä, että häntä kehoitettiin itse ottamaan yhteyttä lääkäriin, hieman painostavana. Kielitaidottomana hän koki sen olevan hankalaa. Eräs kuvasi luottamusta syntyneen hoitosuhteessa ja ettei psykologi ollut ottanut kantaa lääkitykseen, koska se hänen mukaansa oli lääkärin asia. Kuvattiin myös sitä, miten lääkkeitä on ohjeistettu ottamaan säännöllisesti ja niitä kerrottiin kuitenkin otettavan vain tarvittaessa.

Yksi haastateltava kuvasi tapaamisten menneen hyvin psykologin kanssa, mutta kertoi haluavansa tavata vain psykiatria, jonka kokee pystyvän auttamaan parhaiten itseään. Hän sanoi odottavansa mieluummin aikaa psykiatrille. Hoitotapahtumiin ei keskusteluissa juurikaan päästy. Hoitohenkilökunnan osaamista arvioitiin melko yleisellä tasolla. Koin, että hoitotapah-

tumia ei haluttu kuvailla tarkempaan niiden yksityisyyden vuoksi.

6.1.4 Vuorovaikutus hoidossa

Vuorovaikutus hoidossa tuli esille kohteluna, kokonaisvaltaisena palveluna ja suomalaisten asenteena. Palveluissa kohdatuista vuorovaikutustilanteista keskusteltaessa ilmeni heidän saaneen huonoa kohtelua. Huonoa kohtelua ilmaistiin tapahtuneen enimmäkseen tyytymättömyyden, mutta myös huutamista oli tapahtunut. Tuntemattomat kanssaihmiset olivat tukena terveysasemalla vaikeassa vuorovaikutustilanteessa, jota eräs haastateltavista kuvaili näin:

Palvelussa loukkausta tapahtuu puhetyylillä. Kerran kohtasin sellaisen huonon kohtelun ja lähdin pois. Seisoin vain kadulla ja itkin kaksi tuntia. Periaatteessa minulla olisi ollut mahdollisuus vastata siihen loukkaukseen samalla tavalla, mutta en tehnyt sitä. Tuntui pahalta. Kaksi kertaa sain onnettomuuden riskin, koska kävelin kadulla hajamielisenä. Onneksi oli muita ihmisiä, jotka lohduttivat minua.

Yksi haastateltavista kuvasi heillä olevan kaksinkertaisen ongelman. Ensimmäisen ongelman hän kertoi olevan sen, miksi he joutuivat pakenemaan omasta maastaan ja mitä he kantavat mukanaan. Toinen ongelma on se, mitä he kohtaavat Suomessa. Hän sanoi kuulleen, että noin 60 % suomalaisista vastustaa maahanmuuttoa Suomeen ja nimenomaan pakolaisia. Hän pohti, miten tämä vaikuttaa palveluiden antamiseen maahanmuuttajille.

Sen takia kun suomalaiset eivät itse halua maahanmuuttajia Suomeen, he eivät myöskään halua myöntää sopivia palveluita sille ihmiselle. Joskus tulee mieleen, että hankimme YK:n kautta toisen maan, joka hyväksyy maahanmuuttajia.

Kaikkien elämän osa-alueiden nähtiin liittyvän yhteen ja koettiin, ettei palveluja järjestetä asiakkaan kokonaistilannetta katsoen. Yksi haastateltava sanoi, että ei ole olemassa vain yhtä yksittäistä ongelmaa.

6.1.5 Vuorovaikutuksen merkitys maahanmuuttajille

Maahanmuuttajille läheisten vuorovaikutus on merkittävää ja vuorovaikutuksen puute aiheuttaa syrjäytymistä. He toivoivat vuorovaikutusta valtaväestön kanssa. Vuorovaikutus maahanmuuttajaryhmän jäsenten mukaan koostui perheen sisäisestä vuorovaikutuksesta, vuorovaikutuksesta muiden läheisten ja kanssaihmisien kanssa sekä palveluihin liittyvästä vuorovaikutuksesta. Perheeltä, lähinnä omilta lapsilta, saatiin tulkkausapua, ystävät ja tuttavatkin auttoi-

vat kieliongelmissa. Tulkkien käyttö palveluiden saavuttamisessa ja hoidossa oli heille kaikille tärkeää ja ilman sitä ei hoidossa koettu pärjäävän.

Eräs haastateltavista toivoi omaa asuinalueita maahanmuuttajille, jossa olisi omat palvelut helpottamaan kanssakäymistä. Toinen ajatteli sen lisäävän syrjäytymistä ja toivoi voivansa olla kontaktissa valtaväestön edustajien kanssa. Hän ajatteli sen olevan hyväksi myös lapsilleen. Keskustelu käytiin hyvässä hengessä ja toinen keskusteltavista ilmaisi kunnioittavansa toisen mielipidettä, mutta sanoi olevansa itse eri mieltä.

Eräs haastateltavista kuvasi, että hän tapaa oikeastaan vain sosiaaliohjaajaa, eikä tiedä kuka muu hänen asioissaan auttaisi. Hänelle asia oli jäänyt hieman epäselväksi. Toinen toivoi vuorovaikutuksen lisääntyvän tulevaisuudessa kielikurssille, työharjoitteluun ja lopulta työelämään pääsemisen kautta. Hän kertoi kokevansa sen syrjintänä, että ei pääse opiskelemaan suomen kieltä ja näki sen, ettei pääse kielikurssille isona puutteena palveluissa.

Vuorovaikutukseen haluttiin valtaväestön edustajien kanssa työharjoittelu- ja työpaikkojen kautta. Suomalaiset kuvattiin hiljaisiksi, jotka tuskin puhuvat toisilleen saatikka sitten maahanmuuttajille.

6.1.6 Mielenterveyttä huonontavat asiat

Maahanmuuttajat sanoivat mielenterveyden hoidon hyödyn jäävän heikoksi muiden heidän elämäänsä liittyvien osa-alueiden ollessa hoitamatta. Eräs haastateltava kertoi, että ilman suomenkielen taitoa on vaikea sopeutua. Hänen suunnitelmansa eivät ole toteutuneet ja aika menee eteenpäin eikä mitään tapahdu. Huonon taloustilanteen kerrottiin tuovan stressiä ja vaikeuttavan naisellisuuteen liittyviä asioita, ja siten heikentävän mielialaa.

Haastateltavat innostuivat kuvaamaan sopeutumistaan estäviä asioita ja tulivat siihen tulokseen, että kaikki elämän osa-alueet vaikuttavat kaikkeen. Jos yksi asia ei toimi, se hankaloittaa toista osa-aluetta elämässä. Toimimattomat asiat he kokivat ahdistaviksi ja mielenterveyttä heikentäväksi. Oman kotimaan jättämisestä ei selvästikään haluttu puhua. Siihen kyllä viitattiin lähinnä ”omilla syillä” ja eräs haastateltava kertoi olleensa Suomeen tultuaan henkisesti todella väsynyt ja toivoneensa hoitoon pääsyä. Mielenterveyttä sanottiin myös huonontavan suomalaisten asenteet pakolaisia kohtaan. Eräs haastateltava pohti syrjäytyvänsä kontaktien puutteesta suomalaisten kanssa.

Heillä oli paljon kritisoitavaa vaikeudesta päästä kielikursseille. Kaikki haastateltavat, omissa puheenvuoroissaan, näkivät kielitaidottomuuden olevan esteenä asioiden hoidolle. Suurin osa heistä koki, että tämä heikentää mielenterveyttä. He kertoivat kotoutumisen etenevän hitaasti kun kielikurssille ei päästä. Kielikurssille pääsyn eväämisen sanottiin tuovan epä tietoi-

suutta ja aiheuttavan masennusta. Eräs haastateltavista taas kuvasi mielialaongelman olevan esteenä sopeutumiselle. Yksi ajatteli vanhenevansa ja työelämään pääsyn vain vaikeutuvan. Toinen sanoi joutilaisuuden olevan turhauttavaa. Ilman asioiden etenemistä tilanne nähtiin toivottomana ja joutilaisuuden kerrottiin tuovan huolia ja pahentavan mielenterveysongelmia.

He pohtivat kaikkien elämän osa-alueiden liittyvän tiiviisti yhteen.

Jos taloustilanne on ihmisellä huono, myös mieliala on huono. Ihmiselle tulee stressi varmasti jos on rahat vähissä. Nykyään tuntuu, että joudumme unohtamaan itsemme naisena. Emme voi ostaa hienoja asioita itsellemme. Meille myönnetyt rahat riittää just ruokaan ja tarvittaviin asioihin mitä koko perhe tarvitsee. Sen takia naisena olemme unohtaneet itsemme.

Päättäjille lähetetyissä viesteissä ryhmän jäsenet pohtivat maahanmuuttajan tarvitsevan kokonaisvaltaista tukea ja että auttavien tahojen pitäisi olla yhteistyössä keskenään.

Kielitaidon puuttumisen vuoksi asiat ei etene. Ilman kielitaitoa maahanmuuttaja ei voi sopeutua. Ei ole kuitenkaan olemassa yksittäistä ongelmaa, mielenterveysongelmaa tai kielitaidottomuutta. Maahanmuuttajan henkinen tila vaikuttaa myös oppimiseen, pystyykö hän keskittymään ja pystyykö hän oppimaan asiat kunnolla. Jos hän kärsii henkisesti, myös oppiminen kärsii.

6.1.7 Mielenterveyttä edistävät asiat

Hoidossa ymmärtäväinen lääkäri ja keskustelu auttoivat jaksamaan. Hoitoon pääseminen koettiin hyväksi ja säännöllisiä käyntejä toivottiin. Käyntien välien pituudet toivottiin lyhyeksi, kaksi tai kolme käyntiä kuukaudessa koettiin hyväksi. Tulkin käyttö tuo varmuutta ja turvallisuutta. Kontakteja muiden kanssa toivottiin nykyistä enemmän. Suomenkielen taitoa toivottiin päästävän kartuttamaan keskusteluissa valtaväestön kanssa.

Haastateltavista kaikki olivat halukkaita opiskelemaan suomenkieltä ja näkivät kielen opettamisen helpottavan asiointia sekä tuovan turvallisuutta. He kertoivat halustaan kielenopiskelun myötä päästä työharjoitteluun sekä työhön ja mukaan yhteiskunnan toimintaan. Eräs haastateltavista toivoi pääsevänsä nopeasti työelämään ja siten maksaa takaisin yhteiskunnalle, mitä siltä saa. He pohtivat heillä olevan nyt aikaa ja halua opiskella.

Millä tavalla ihminen sitten kehittää itseään, miten sitten pääsee nopeasti työelämään? Loppujen lopuksi on kai tarkoitus, että kaikki maahanmuuttajat pääsevät työelämään. No, millaista ratkaisua teillä on tähän ongelmaan?

6.2 Hoitohenkilöstön haastatteluiden tulokset ja kommentit

6.2.1 Palvelujen saatavuus ja niihin hakeutuminen

Hoitohenkilöstö sanoi maahanmuuttajien palveluun pääsyn olevan yhtä hyvää kuin muidenkin mielenterveyspalveluita käyttävien. He kertoivat, että maahanmuuttajille pyritään antamaan aikoja tasavertaisesti muiden kanssa. Koska työskennellään aikuisväestön kanssa, ketään ei laiteta edelle muita. Tiimissä kerrottiin pohdittavan sitä, pystytäänkö tässä tiimissä vastaamaan asiakkaan hoitotarpeeseen sekä päätettävän siitä, kuka ottaa hoitovastuun uudesta asiakkaasta. Hoitohenkilöstö pohti, että erikoissairaanhoidon tarpeessa olevilla ja erittäin vaikean traumaattiseen taustan omaavilla asiakkailla voi olla vaikeuksia löytää oikeaa hoitotahoa. Traumataustan ei ajateltu olevan ainoan tekijän maahanmuuttaja-asiakkaiden mielen terveyden huonontamisessa. Asiakkaiden kokemukset siitä, että ei päästä töihin eikä aina edes kielikurssille, turhauttaa ja masentaa maahanmuuttaja-asiakkaita.

Asiakkaaksi hakeutumisessa sanottiin olevan eroja kulttuuriryhmien välillä. Keskustelussa esiin nostetun maahanmuuttajaryhmän asiaa pohdittaessa todettiin kuitenkin, että toisella työntekijällä oli ollut asiakkaita kyseisestä ryhmästä ja toisella ei. Työtehtävät erosivat myös toisistaan. Pohdittiin tämän maahanmuuttajaryhmän mahdollista haluttomuutta käsitellä mielen terveysasioitaan perheen ulkopuolisten kanssa. Myös asiakkaan persoonallisuuden sanottiin vaikuttavan hoitoon hakeutumiseen. Maahanmuuttajia, joiden kanssa työskennellään tulkin kanssa, työntekijät sanoivat heillä olevan koko ajan.

Palvelujen saamista osataan myös vaatia. Asiakkaan persoonallisuuden ajateltiin vaikuttavan paljon siihen miten palveluita haetaan. Yksi työntekijä kuvasi kaikkein turhauttavimpana työssään sen, kun asiakas toivoo jotain muuta kuin keskustelutukea, sellaista mitä hänen antamassaan palvelussa ei ole mahdollista toteuttaa. Hän ei kirjoita lausuntoja, ja joskus asiakkaan käynnin tarkoituksena, voi olla vain saada lausunto jonkin tietyn asian eteenpäin viemiseksi.

Hoitohenkilöstö kertoi sen, että aikoja on antaa vain rajoitetusti, vaikeuttavan hoitosuhteen luomista. Työntekijöiden mahdollisuudet antaa aikoja ja käynteihin varatut ajat erosivat toisistaan, jo työnkuvankin vuoksi. Pohdittiin sitä, miten tämä ero vaikuttaa hoitosuhteen laatuun ja luo paineita hoitajalle. Kuitenkin tehdään työtä, jossa asiakkaan ja hoitajan välisen luottamuksen rakentumiseen tarvitaan aikaa.

Hoitoon pääseminen vaatii asiakkaan oman soiton, mikä on hyvin vaativaa kielitaidottomalle ihmiselle. Myös muihin terveyspalveluihin päästäkseen asiakkaan tulee itse tehdä yhteydenotto. Kun sitten yhteyden saa, lääkäriaika saadaan vasta pitkän ajan päähän. Hoitoon pääsemisessä sanottiin olevan eroja alueittain. Myös työntekijöiden kesken oli eroja.

6.2.2 Ongelmat palveluissa

Hoitohenkilöstö kertoi kieli- ja tulkkiongelmien olevan suurimpia ongelmia palveluissa ja palveluun pääsyssä. Kieliongelmat vaikuttavat osaltaan palveluun pääsemiseen. Kieliongelmiin kerrottiin vaikeuttavan alkuvaiheen kartoitusta. Asiakkaan lähtötilanteen selvittely vie aikaa ja vaatii useimmiten tulkin. Tulkin käyttö koettiin sujuvana ja siitä oli paljon kokemusta. Työntekijät sanoivat painokkaasti, että tulkin saamisen vaikeus ei ole koskaan hoidon esteenä eikä heillä ollut kokemusta tai tietoa siitä, että hoitoa evättäisiin tulkin saamisen vaikeuteen vedoten. Eräs haastateltavista kertoi joskus kannustavansa yhteistyötahojen työntekijöitä tulkin tilaamisessa asiakkaalle. Haastateltavat kertoivat, että aikoja kyllä saatetaan vaihtaa ja sovittelua tulkin saamiseksi. Tämän sanottiin aiheuttavan sen, että ensimmäinen arviointikäynti saattaa mennä keskimääräistä pitemmälle. Tulkin tarpeellisuudesta työntekijät sanoivat keskusteleveransa asiakkaan kanssa ja noudattavansa asiakkaan toivetta. Myös vaiheesta, jolloin tulkki voidaan jättää pois, keskustellaan asiakkaan kanssa. Kerrottiin myös, että jos asiakas pystyy hoitamaan asiansa puhelimesta, tulkki tilataan vain jos asiakas toivoo.

Asiakkaan epävarmuutta tulkin mukaan saamisesta, kertoi eräs työntekijä lieventävänsä laittamalla kirjeeseen, jolla ilmoittaa tapaamisajasta, myös tulkin olevan varattu. Tulkkivarauksen seuraavaan tapaamiseen hän kertoi useimmiten tekevänsä aina jo tapaamisen aikana mahdollisuuksien mukaan. Tulkkausaika tulee aina tilata tulkkitoimistosta, eikä suoraan tulkkilta. Perheenjäsenen käyttämistä tulkkina ei hyväksynyt kukaan haastateltavista.

Tulkin avulla työskentelemisen koettiin olevan hankalaa joskus sen vuoksi, että asiakas tai muut tapaamisella mukana olevat keskustelevat tulkin kanssa eikä työntekijän, joka kuitenkin hoitotyötä tehdessään mielellään keskustelisi asiakkaan kanssa kasvotusten. Molempien hoitotahojen työnluonteeseen sanottiin toimivan vuorovaikutuksen kuuluvan olennaisesti.

Englannin kielen käyttämisestä asiakkaan kanssa nousi paljon keskustelua. Englanninkielisiä asiakkaita sanottiin olevan paljon ja heidän kanssaan saatettiin joskus keskustella hoitotilanteissa ilman tulkkia. Englanninkielen sanottiin olevan alkuun auttava tekijä, mutta työskentelelykielen usein olevan sitten eri. Tälläkin kertaa sanottiin mentävän kuitenkin asiakkaan toiveiden mukaan. Kummassakin haastattelussa asiakkaalle sanottiin tilattavan tulkki, jos asiakas sitä toivoo. Asiakkaan sekä työntekijän englannin taitamisen kerrottiin kyllä auttavan asioiden eteenpäin viemistä ja helpottavan asiakasta viranomaisverkostossa asioidessaan. Asiakkaan asemaan osattiin asettua ja pohdittiin, että maahanmuuttajalla ei ole helppoa vierasmaassa, jonka kieltä ei osaa. Sen sanottiin olevan vaikeaa ja työlästä ja olevan varmastikin niitä ongelmia, jotka huonontavat mielenterveyttä ja vievät itsemääräämisoikeuden tunnetta.

6.2.3 Hoitohenkilökunnan osaaminen palveluissa

Molempien haastatteluiden työntekijät kuvasivat sitä, miten perusterveydenhuollossa työskennellessään, heidän monipuolinen työnsä velvoittaa tietämään monesta asiasta ja huomioidaan asiakasta yksiköllisesti. Yksilöllisen hoidon sanottiin olevan peruseriaate molemmissa hoitotahoissa. Sen mukaan tutustutaan asiakkaan ongelmaan ja työskennellään yhdessä asiakkaan kanssa tehdyn sopimuksen mukaisesti. Varmistetaan se, mitä asiakas tarvitsee, mitkä ovat hänen voimavaransa ja mihin hoidossa keskitytään. Joskus maahanmuuttajien odotukset ja toiveet hoidon suhteen saattavat olla sellaisia, ettei niihin voida vastata. Esimerkiksi on toivottu lausuntoa perheen yhdistämisestä, vaikka työntekijän toimenkuvaan ei kuulu lausuntojen kirjoittaminen. Tämä aiheuttaa pettymystä asiakkaalle.

Luottamuksellisten asiakassuhteiden sanottiin syntyvän tai jäävän syntymättä, samoin kuten muidenkin asiakkaiden kanssa. Eräs työntekijä muisteli asiakassuhdetta, jossa luottamuksellisen suhteen syntymiseen tulkki omalla kauniilla tavallaan oli tärkeä. Luottamusta kerrottiin myös syntyvän, vaikka asiakkaan mahdollisesta itsetuhoisuudesta koettiin olevan välttämätöntä puhua hoidossa. Maahanmuuttajien keskuudessa sanottiin olevan paljon eroja, kuinka siitä puhumiseen suhtaudutaan. Hänen mielestään merkitystä on myös sillä missä sanamuodossa asia esitetään.

Luottamusta kerrottiin syntyvän varsinkin pitemmissä hoitosuhteissa. Maahanmuuttajat ovat kertoneet kokeneensa sen helpottava, että saavat tulla keskustelemaan asioistaan kun eivät ole päässeet mihinkään hoitoon. Yksi työntekijä kertoi joskus tuossa tilanteessa yrittävänsä saada asiakkaalle kannattelutukea avoimenterveystyön piiristä, mutta aikojen saanti on vaikeaa. Kun toisessa hoitotahossa koetaan asiakkaan lisäksi olevan liian traumatisoitunut heidän palveluissaan avun saamiseksi, asiakas jää yksin.

Hoitotahojen, joissa on maahanmuuttajatiimit tai organisaatioissa, joiden palvelut ovat suunnatut maahanmuuttajille, arveltiin pystyvän paremmin toteuttamaan monikulttuurista hoitoa. Työntekijän työn roolin sanottiin asettavan työskentelylle omat raaminsa. Todettiin, että työskentelyssä on aina parantamisen varaa. Omaan ammatilliseen kehittymiseensä hoitohenkilöstö kertoi maahanmuuttajien kohtaamisilla olleen suuri vaikutus. He kertoivat oppineensa työssään paljon asiakkailta ja kerryttäneensä näin kokemustaan maahanmuuttajien kanssa työskentelystä. Yksi työntekijä kuvasi, miten asiakkaiden kertomana heidän kulttuurinsa saataakin näyttää ihan erilaiselta, kuin mitä työntekijä on ajatellut. Toinen kertoi, että heille tarjotaan koulutuksia monikulttuurisissa asioissa, lähinnä Espoon Maahanmuuttajapalveluiden järjestämänä. Hän totesi, että on työntekijästä itsestään kiinni, osallistuuko koulutuksiin. Kulttuurierojen työntekijän ja asiakkaan kesken kerrottiin tuovan työhön yhden lisähaasteen.

6.2.4 Vuorovaikutus hoidossa ja vuorovaikutuksen merkitys

Hoitohenkilöstö kertoi vuorovaikutuksen sujuvan hyvin tulkin avustuksella. Asiakkaiden kokemuksiin huonosta kohtelusta keskusteltaessa, kaksi haastateltavaa sanoi työntekijän huutamisen asiakkaalle olevan yllättävää. Asiakkaiden kokemuksesta huonosta kohtelusta pidettiin valittavana ja haastateltavat halusivat pohtia sitä, mitä noissa tilanteissa tapahtuu. Eräs työntekijä pohti hänen mieleensä ensimmäisenä tulevan sen, että odotukset ja toiveet eivät kohtaa ja että petytään, kun asiat eivät menekään niin kuin oli ajateltu. Aikaisemminkin esimerkiksi otettu lausunnon saamisen mahdottomuus tai se, ettei aikaa saa kuin kuukauden päähän, saattaa olla pettymys ja näyttäytyä asiakkaan vihastumisena. Tämä tilanne mielletään sitten huonona kohteluna. Myös sen, että mikään ei suju ja kieli tuottaa myös ongelmia, sen että ei tule ymmärretyksi, ajateltiin aiheuttavan tunteen huonosta kohtelusta.

Myös hoidon aloittamisen viivästymisen ajateltiin tuntuvan huonolta kohtelulta. Pohdittiin myös, että kaiken sen menettäminen mitä on ollut kotimaassa, on varmastikin vaikeaa. Uuteen elämään sopeutuminen ymmärrettiin vaikeaksi ja pohdittiin kestävän kauan, ennen kuin itsetunto taas nousee.

Eräs työntekijä sanoi itsekin ihmetelleensä, miten maahanmuuttajien on niin vaikeaa päästä kielikurssille. Hän kertoi, että hän ei aina tiedä syitä siihen, miksi hoidossa oleva asiakas ei pääse kielikurssille. Toinen työntekijä taas kertoi mielenterveysongelman hoitamattomana tuovan kieli- ja opiskeluvaikeuksia. Hän sanoi sen vaikuttavan kokonaisvaltaisesti elämäntilanteeseen ja voivan altistaa muillekin sairauksille. Hän sanoi keskivaikeiden ja vaikeiden mielenterveysongelmien hankaloittavan maahanmuuttajan sitoutumista kielikursseille. Tämä taas vaikeuttaa kotoutumista. Hänen mielestään oli siksi harmillista, jos mielenterveyden hoito viivästyy.

Eräs työntekijä pohti verkostotyön olevan tärkeää maahanmuuttajan asioissa. Hän sanoi verkostotyön mahdollisuuden riippuvan työntekijän roolista, siitä miten verkostotyönteko on mahdollista. Hän pohti sellaisilla palveluyksiköillä, joissa on maahanmuuttajatiimi, yhteistyöhön maahanmuuttajan asioissa olevan hyvät mahdollisuudet. Hän pohti, että terveyspalveluiden henkilöstö voisi maahanmuuttajan tukena tuoda esiin maahanmuuttajan toiveita ja valmiutta päästä kielikurssille.

Terveystieteiden kirjallisuuden kerrottiin helpottavan maahanmuuttajien kokonaisuhoitoa terveyspalveluissa. Hyväksi koettiin asukastila, johon maahanmuuttajia ohjattiin. Siellä heidän asiakkaitaan avustetaan ajanvarauksissa ja työntekijät puhuvat useampaa kieltä. Sen koettiin tukevan ja helpottavan omaakin työtä.

Suomessa kerrottiin myös olevan ulkomaalaisuusvastaisuutta ja sen sanottiin vaikuttavan osittain kontaktien puutteeseen. Siihen, että maahanmuuttajat olivat ilmaisseet haastattelussa

toiveensa olla tekemissä ja vuorovaikutuksessa muiden kanssa, oltiin tyytyväisiä. Sen sanottiin tukevan mielenterveyttä.

Hyvä kuulla, että he haluaisivat olla tekemisissä muiden kanssa, se on varmasti mielenterveyttä tukeva asia muiden läheisten kanssa ja muutenkin suomalaisten kanssa. Se edesauttaa kotoutumista kyllä ihan varmasti ja hyvinvointia kokonaisuudessaan. Kyllähän sen tässä huomaa, että hyvin monelle se on mielenterveyttä tukeva asia. Nimenomaan se on heille se terapian korvike. Heille terapia on outo asia, mennä ulkopuoliselle tuntemattomalle ihmiselle puhumaan asioista. Ne ovat ne läheiset ja perheenjäsenet jotka on niitä, joille puhutaan. Parhaimmassa tilanteessa on heitä, joille voidaan puhua ja joilta saa apua ja tukea.

7 Hallinnon osallistaminen

Bikva-mallissa johtajien haastattelu tehdään samojen periaatteiden mukaan kuin muutkin ryhmähaastattelut. Haastattelun pohjana käytetään haastatteluohjeita, jotka on laadittu asiakkaiden ja kenttätyöntekijöiden kanssa tehtyjen haastattelujen perusteella. Ensiksi on arvioitava, ketkä johtajat otetaan mukaan. Kyse voi olla esimerkiksi yksikköjen johtajista, hallintojohtajista tai yhteistyöorganisaatioiden johtajista. Tämän harkinnan tuloksiin vaikuttaa se, mitä ongelmia edellisissä haastatteluissa on tullut esiin. Joskus voi olla vaikea tehdä ryhmähaastattelu johtajien kanssa varsinkin pienissä kunnissa, joissa johtajia on vähän. Voi olla myös vaikea ratkaista, ketkä johtajat otetaan mukaan. Tiedot käsitellään ja järjestetään ja haastatteluohjeet laaditaan noudattaen samoja periaatteita kuin edellisissä haastatteluissa. (Krogstrup 2004, 22.)

Johtajien osallistamista pohtiessani, päädyin osallistamaan hallinnon tason mukaan arviointiin. Olin maahanmuuttajien sekä hoitohenkilöstön haastatteluista nousseen aineiston tulosten perusteella tullut siihen tulokseen, että olisi tärkeää katsoa maahanmuuttajien mielenterveyden hoitoa laajemmassa kontekstissa, koska esiin oli noussut tarve yhteistyöhön eri yksiköiden ja sektoreiden välillä.

Tein päätöksen siirtää maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön näkemykset alustavassa puhelinkeskustelussa sekä kirjallisena sähköpostin välityksellä. Olin pohtinut sitä, että yrittäisin järjestää haastattelun sekä johdon että päättäjien kanssa ja käyttäisin aikaa muutaman kuukauden lisää ja toisena vaihtoehtona, että jättäisin näille tahoille kirjallisen raporttini heille hyödynnettäväksi. Tulin siihen tulokseen, että toivoin johdolta kommenttia joihinkin asioihin nyt ja tein ensimmäisen yhteydenoton johtoon ennen kuin olin yhteydessä päättäjiin. Koin tärkeäksi tehdä yhteenvedon sekä nostaa siitä kysymyksiä esitettäväksi.

Lähestyin Espoon kaupungin hallinnon mielenterveys- ja päihdepalvelujen päällikköä puhelimitse maahanmuuttajaryhmän sekä hoitohenkilöstön haastatteluiden jälkeen. Kerroin hänelle

opinnäytetyöstäni sekä aineistosta esiin nousseista tuloksista, joiden perusteella toivoin häneltä kommenttia. Hän kertoi ehdottamani aikataulun olevan haastattelulle mahdoton, mutta sanoi katsovansa aineistoni ja vastaavansa siihen itse tai pyytävänsä jonkun muun asiaa tuntevan vastaamaan kysymyksiini. Lähetin hänelle yhteenvedon aineistosta sekä muutaman kysymyksen niihin liittyen. En päässyt käsittelemään aineiston tuloksia ilman hänen kommenttejaan, joten muutaman päivän päästä lähestyin häntä sähköpostitse uudelleen. Hän kertoi tiedustelleensa olisiko kahdella muulla johtajalla mahdollisuus käsitellä kysymyksiäni tarkemmin, mutta vastasi itse osaan kysymyksiin jo samaisessa viestissään.

Hän kertoi Espoon olevan Masto-hankkeessa mukana vaikuttamassa ja Espoon toteuttaneen depressio-hoitomallia mallikkaasti. Mielenterveyspalvelujen saatavuutta hän kommentoi jonkin verran. Maahanmuuttajien hakeutuminen depressiokouluihin ei hänen mukaansa ollut tietävästi toteutunut. Hän sanoi yksilöllistä hoitoa tarjottavan terveysasemilla ja että maahanmuuttajat ovat tervetulleita Espoon uuteen mielenterveys- ja päihdepalvelujen keskuksen, Emppuun.

Kysymykset traumataustan vaikutuksesta palveluun pääsyyn ja kuinka sitä voitaisiin selkeyttää sekä yhteistyön parantaminen eri yksiköiden kesken maahanmuuttajan kokonaisvaltaisemman palvelun saamiseksi jäivät kommenttia, kuten myös maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön ehdotukset.

Olin toivonut tarkempia vastauksia häneltä, mutta olin tyytyväinen siihen, että maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön näkemykset olivat päässeet vuoropuheluun johdon kanssa.

Muutaman päivän kuluttua olin vielä kerran yhteydessä johtajaan, jolle sähköpostini oli siirretty. Tiedustelin aikataulua mahdollisten vastausten saamiseksi. Sain pian sähköpostissa erään hoitotiimin viestin ja siinä kommentit johtajille siirtämiini maahanmuuttajien ja hoitohenkilöstön näkemyksiin. Hoitotiimi oli sama kuin haastattamani. Toinen sähköposti tuli Mielenterveys- ja päihdepalveluiden päälliköltä, missä liitteenä olivat samat kommentit. Viestittely lisäsi dialogisuutta hoitohenkilöstön ja johdon kesken maahanmuuttajien asioissa.

Asiat ja näkemykset hoitotiimiltä tuleessa yhteenvedossa olivat yhteneväiset hoitohenkilöstön haastattelussakin esiin nousseiden tulosten kanssa. Vahvistusta aiemmin selville saatuihin tuloksiin sain heidän kertoessaan, että traumatausta ei sulje pois vastaanotolle pääsyä, maahanmuuttajat ovat tuoneet esille vaikeuksiaan päästä suomen kielen kurseille ja työelämään. Maahanmuuttajaperheiden vanhempien sanottiin kokevan itsensä toistuvasti yksinäisiksi ja yhteiskunnasta enemmän irrallaan oleviksi, kuin heidän lapsensa. He kuvasivat lisäksi hoitoon hakeutumisen syitä. Mielenterveyttä huonontavina ja hoitoon hakeutumisen syinä olivat aikaisemmin esille tulleiden syiden lisäksi perheen ristiriidat ja lääkärin läheteellä psykologeille tulleet pyynnöt psykologisista tutkimuksista. Esimerkkinä oli tutkimuspyyntö siitä, mikä mahdollisesti estää henkilöä oppimasta suomen kieltä.

8 Poliittisen päättäjän osallistaminen

Lokakuussa 2010 olin yhteydessä Espoon sosiaali- ja terveyslautakunnan jäsenen sähköpostitse. Annoin hänelle taustatiedot opinnäytetyöstäni ja kerroin olevani halukas siirtämään hänelle maahanmuuttajaryhmän sekä hoitohenkilöstön näkemykset. Kerroin myös odottelevani johtotason näkemystä asiaan.

Hän vastasi viestiini ja sanoi olevansa kiinnostunut ja kertoi lukevansa opinnäytetyöni mielellään. Sovimme ajan, jolloin soittaisin hänelle sopiakseni aikatauluista. Puhelinkeskustelussa hän totesi, että tutkimuksia, jossa maahanmuuttajan ääni tulee kuuluviin, on tehty vähän. Tiivistin hänelle maahanmuuttajien terveiset, että kieliongelmat ovat esteenä asioiden hoidolle ja että he kokevat hoidon aloituksen viivästyvän ja tapaamisten välien olevan liian pitkiä. Sanoin heidän kertoneen kotoutumisen olevan vaikeaa kun kielikurssille ei päästä ja tämän heikentävän heidän mielenterveyttään. Kerroin maahanmuuttajaryhmän jäsenten pohtineen maahanmuuttajan tarvitsevan kokonaisvaltaista tukea ja että auttavien tahojen pitäisi olla yhteistyössä keskenään.

Kerroin hänelle olleeni yhteydessä hallintoon ja odottavani sieltä vastauksia kysymyksiini. Alustavasti sovimme, että opinnäytetyöni valmistuttua hän saa siitä kopion ja saa siten kokonaiskuvan arvioinnista, jonka tuloksia hän voi hyödyntää. Näin maahanmuuttajien näkemyksen mielenterveyden hoidosta Espoossa siirtyvät päättäjien tasolle.

Bikva-mallin mukaan (Krogstrup 2004, 21–22) poliittisten päättäjien haastattelu tehdään samojen periaatteiden mukaan kuin muutkin ryhmähaastattelut. Poliittisten päättäjien ”haastattelu” on usein luonteeltaan keskustelua arviointituloksista. Voi olla tärkeää tuoda esiin ongelmat, jotka ovat aivan konkreettisesti poliittisten päättäjien ratkaistavissa. He ovat kuitenkin yleensä kiinnostuneita siitä, että koko arviointiprosessin tulos esitellään mielellään täydennettynä todellisilla tiedoilla sosiaalityön eri alueista ja mahdollisista suosituksista.

Bikva-mallin mukaan tiedonkeruu osuus ”päättö” poliittisiin päättäjiin joko niin, että Bikva-mallin toteutuksessa syntyneille ongelmille ei voida tehdä heti mitään. Sen voivat estää lakisääteiset määräykset tai sopimuksenomaiset suhteet. Mahdollista on, että poliittiset päättäjät voivat keskustella ongelmista ja päättää, että nykyistä käytäntöä ei muuteta tai poliittiset päättäjät tekevät päätöksiä syntyneiden ongelmien ratkaisemiseksi tarkoituksena muuttaa käytäntöä. (Krogstrup 2004, 22–23.)

Oman opinnäytetyöni kohdalla katson, että tiedon siirto valmiina raporttina hyödyttää parhaiten päättäjiä mielenterveyspalveluita kehitettäessä tai kun päätetään nykyisen käytännön jatkosta. Mielestäni maahanmuuttajan kokonaisvaltaisemman hoidon toteutumiseksi palveluita on tarve parantaa huomioimalla yhteistyön merkitys Espoon eri yksiköiden kesken.

9 Pohdinta

9.1 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

9.1.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyöni luotettavuutta lisää asiakaslähtöisen Bikva-mallin valitseminen arviointimenetelmäksi. Koska maahanmuuttajien aiempaa suurempi osallistaminen on todettu tärkeäksi, olen pohtinut mallin vastaavan parhaalla tavalla tiedon siirtymisessä asiakkailta palvelun tuottajille ja päättäjille. Tämä malli mahdollistaa maahanmuuttajien kokemusten esiin saamisen palveluista.

Haastattelun suorittajana olen pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman tarkasti tämän opinnäytetyön haasteltavat ja heidän näkökulmansa asiaan, jotta opinnäytteeni hyödyntäjät saavat riittävät välineet sen tutkimuksen sovellusarvon määrittämiseen eri konteksteissa. Olen pyrkinyt tarkkaan kuvaamaan koko arviointiprosessin, miten aineisto on kerätty ja miten sitä on teemoitettu ja analysoitu.

Pohdin tarkkaan ryhmähaastattelun ja yksilöhaastattelun etuja ja vaikeuksia, sekä puntaroin näiden vaihtoehtojen välillä keskustellen niistä opinnäytetyöni ohjaajien kanssa. Ryhmähaastattelun ajateltiin estävän jäsenten omien kokemusten tuonnin, etenkin kun arvioitavana ovat mielenterveyteen liittyvät asiat. En kuitenkaan arastellut kohdata maahanmuuttajaryhmää. Ajattelin yksilöhaastattelussa asiakkaan menevän mieluummin omiin vaikeisiin muistoihinsa kuin analysoivan palvelun toimivuutta. Luotin ryhmähaastattelun onnistumiseen ja valitsin sen.

Olen työskennellyt tulkin välityksellä maahanmuuttajaperheiden kanssa pitkään ja koin itseleni kertyneen siitä kokemusta hyvin. Hoitotyössä pitäisi käyttää ammattitulkkia aina silloin, kun hoitajalla ja potilaalla ei ole yhteistä kieltä. (Juntunen 2009, 150). Rinnastin haastattelun aiheen herkkyyden vuoksi hoitotilanteeseen. Tulkikustannuksista olin sopinut Espoon Maahanmuuttajapalveluiden kanssa ja olin myös valmis itse kustantamaan osan. Koska ammattitulkki tilattiin tulkkeskuksesta ja hänen ammattitaitoansa oli minulle tulkin kanssa työskentelyyn tottunut henkilö vakuuttanut, luotin siihen että hän tulkaa haastattelun parhaalla mahdollisella tavalla. Hänen työskentelynsä kuvauksen olen sisällyttänyt aineiston keruun kuvaukseen. Olin itse hyvin tyytyväinen hänen työskentelyynsä ja koin keskustelun pysyvän asiallisella ja luottamuksellisella tasolla.

Luotettavuutta lisää mielestäni se, että maahanmuuttaja-asiakkaiden näkemykset saatetaan yhteen hoitohenkilökunnan näkemysten kanssa ja nämä siirretään vielä johdolle ja päättäjille. Tässä prosessissa arvioinnin tiedotus hoituu samalla kun tieto siirtyy sidosryhmältä toiselle. Robsonin mukaan (2001, 32) arvioijan on mahdotonta tehdä hyvää työtä luottamalla pelkästään omiin resursseihinsa. Tarvitaan kaikkien arviointiin osallistuvien aktiivista sitoutumista, jotta arvioinnilla olisi mahdollisuuksia olla hyödyllinen ja käyttökelpoinen. Mielestäni kaikki sidosryhmät sitoutuivat hyvin arviointiin.

Konstruktivisessa tutkimuksessa esiin tulee tutkijan ja tutkittavien yhtenäinen näkemys tutkittavasta asiasta. Omaa rooliani tämän arviointiprosessin eteenpäin viejänä sekä suhdettani tutkittavaan asiaan tarkastelin ja pohdin koko opinnäytetyöprosessin ajan. Olen opinnäytetyössäni kuvaillut sekä omaa haastattelijan rooliani että haastatteluun osallistuneen Espoon Maahanmuuttajapalveluiden sairaanhoitajan roolia tarkkaan. Krogstrupin (2004, 26) mukaan Bikva-mallin käynnistämisessä yksi tärkeäksi koettu asia on, että haastattelija ei ole haastateltaville entuudestaan tuttu. Näin varmistetaan se, että asiakkaat voivat vapaasti kertoa kokemuksistaan pelkäämättä, että siitä saattaisi koitua hankaluuksia tulevissa asioinneissa. Avustajan mukana oloa etukäteen pohtiessani, tiesin, että haastateltaville tutun, henkilön läsnäolo saattaa häiritä haastateltavia ja vaikuttaa luottamuskysymykseen. Mietin hänen läsnäolostaan kuitenkin olevan enemmän hyötyä maahanmuuttajaryhmälle kuin haittaa. Mukana oleva avustaja ei ollut arvioitavien palveluiden henkilökuntaa ja tiesin hänen pystyvän tarvittaessa antamaan tietoa mielenterveyttä koskevista kysymyksistä sekä Espoon palvelujärjestelmistä. Haastattelijana sain hänen läsnäolostaan varmuuttaan ison haastatteluryhmän kanssa herkän aiheen läpikäymiseen.

Tietenkin voidaan pohtia sitä, miten haastateltavat ymmärtävät eri työntekijöiden roolit ja millaiset käsitykset heillä on työntekijöiden rooleista esimerkiksi palveluiden järjestymiseen. Nämä haastateltavat olivat kaikki olleet Suomessa keskimäärin kaksi vuotta. Arviointiin vaikuttaa yleensä se, kuinka arvioija on sisäistänyt kulttuuriin liittyvät toimintamallit ja käytötavat. (Schubert 2007, 141). Bikva-mallin luotettavuuden taso määrittyy sen mukaan, miten luotettavasti, systemaattisesti ja tarkasti arviointi on tehty. Eettiset ja käytännölliset näkökulmat on huomioitava. Bikva-mallin erikoisuutena asiakaslähtöisyys asettaa arvioinnille uusia vaatimuksia, jolloin on myös tärkeää arvioida, miten hyvin asiakaslähtöisyys on toteutettu arvioinnissa. Myös menetelmän erilainen tiedonvälitys asettaa vaatimuksia sille, että arvioinnissa on otettu huomioon ja kuunneltu eri osapuolia. (Hänninen ym. 2007, 17.)

Tutkimuksen aikataulu ja se, siihen tarvittavien lupien hakeminen tulee kuvata luotettavuuden vahvistamiseksi. Raportoinnissa, sekä suullisessa että kirjoitetussa, käy ilmi koko arviointiprosessi ja se, miten aineisto on kerätty ja miten sitä on teemoitettu ja analysoitu. Arviointiprosessi pitää sisällään myös sen, miten yhteisöt on informoitu arvioinnista ja miten arviointi

eteni. Arvioinnista tiedottaminen on oleellinen osa arviointia ja luo pohjan sen luotettavuudelle.

Bikva-arvioinnin laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kannalta keskeisinä määritteinä voidaan pitää uskottavuutta, siirrettävyyttä, varmuutta ja vahvistettavuutta. Uskottavuutta lisäävät muun muassa se, miten monipuolisesti on käytetty erilaisia aineistoja, miten käytetään erilaisia tekstikatkelmia, miten arvioija on pystynyt kuvaamaan ja perustelevaan aineiston luokittelua ja teemoittelua. Eriyisen lisän uskottavuuteen tuo se, miten arvioija reflektoi kokonaisuutta. Siirrettävyyttä voidaan pohtia sen perusteella, miten missä määrin tulosten voidaan olettaa soveltuvan myös laajempaan perusjoukkoon. (Hänninen ym. 2007, 17–18.)

Eskola ja Suoranta (2000, 210) ovat kuvanneet laadullisessa tutkimuksessa arvioinnin pelkistävän kysymykseksi tutkimusprosessin luotettavuudesta. Heidän mukaansa kvalitatiivista tutkimusta luetaan yleensä aina sillä mielellä, että löytyykö tutkimuksesta jotain sellaista, jonka voisi itsekkin allekirjoittaa. He kuvaavat hyvin sitä tunnetta, miten toisista tutkimuksista jää päällimmäiseksi mieleen elämän maku ja todellisuuden tuntu, kun toiset taas saavat aikaan piinaavan tunteen siitä, että onkohan asia noin kuinka tutkija sen väittää olevan. He kysyvät, miksi jossakin tutkimuksessa raportoidut havainnot ovat todemmantuntuisia kuin jossakin toisessa? Yksi vastaus voi olla siinä, että tutkimuksessa kerrotut tapahtumat ovat jollain lailla omakohtaisesti tuttuja ja oma kokemus voi ne vahvistaa. Kysymys on siis kokemusmaailmojen yhteneväisyydestä. Toisessa tutkimuksessa taas kenties runsaastakin havaintoaineistosta huolimatta jää lukijan päällimmäiseksi mielteeksi tunne siitä, että tutkijat eivät sittenkään saaneet kohteestaan irti kovinkaan paljon.

Eskola ym. toteavat (2000, 210), että kvalitatiivisen tutkimuksen arviointi ei silti voine olla pelkässä elämän maussa tai oman kokemuksen vahvistuksessa. Itse olen miettinyt edellä kuvattua ja pohtinut sitä, miten omakohtainen kokemukseni maahanmuutosta vaikuttaa siihen, miten ymmärrän maahanmuuttajaryhmän kokemuksia. Se, miten olen osannut kuvailla heidän kertomuksistaan esiin nousseita ilmiöitä ja käsitteistöä niitä niin, että lukija kuin lukija ymmärtäisi mahdollisimman toden tuntuisesti heidän kokemuksensa, jää muiden arvioinnin varaan. Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (1998, 220) mukaan raportin rakenteelliset ratkaisut samoin kuin löydettyjen käsitteiden kuvaus ja onnistunut nimeäminen nostavat tutkimuksen arvoa.

Arvioinnin kautta saatavan tiedon tulkintaprosessin ja tutkimuksen taustan sekä aikaisemmas- ta tutkimuksesta saadun tiedon esiyttämis- välille tuleva vuorovaikutussuhde muodostaa hermeneuttisen spiraalin. Kuitenkin tutkimuksen aikaan aikaisemmat tutkimustulokset pantiin syrjään tämän tutkimuksen tutkimustuloksia tulkittaessa. Näin voitiin keskittyä maahanmuuttajien tämänhetkisiin kokemuksiin mielenterveyspalveluista ja hoitohenkilökunnan näkemyksiin työstään ja tulkita niiden pohjalta aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen käyttäjien hoitoprosessin toimivuutta Espoossa. Tulkinnan synnyttyä palattiin takaisin esiy-

märrettyyn tietoon ja arvioitiin nykyistä hoitoprosessia uudelleen käyttäen aikaisempaa tietoa tulosten ymmärtämisen syventämiseen. Tehdyt tulkinnat saivat tukea toisista monikulttuurista hoitotyöstä käsittelevistä tutkimuksista. Eskola ja Suoranta (2000, 212) kuvaavat tätä luottavuuden vahvistumiseksi.

Eskola ja Suoranta (2000, 211) kertovat, että tutkimusten siirrettävyys on mahdollista tietyin ehdoin, vaikka yleisesti laadullisessa tutkimuksessa katsotaankin, sosiaalisen todellisuuden monimuotoisuudesta johtuen, etteivät yleistyksyet ole mahdollisia. Varmuutta tutkimukseen lisätään ottamalla huomioon tutkijan ennako-oletukset. Vahvistuvuus tarkoittaa sitä, että tehdyt tulkinnat saavat tukea toisiaan vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista.

Omien ennako-oletuksieni tukena olen käyttänyt esimerkiksi Sektoritutkimuksen neuvottelukunnan vuoden 2009 raporttia. Siinä todetaan, että tutkimuksia maahanmuuttajien mielenterveysasioita on tehty Suomessa, mutta maahanmuuttajia itseään on kuultu vähän. Raudan (2005, 7) tutkimuksesta sain tukea ajatukselleni, että maahanmuuttajien mielenterveyspalveluihin tarvittaisiin lisää maahanmuuttajatyöhön koulutusta saanutta psykiatrista henkilökuntaa ja koulutettuja tulkkeja. Lisää tarvitaan myös tutkimustietoa maahanmuuttajien mielenterveyteen liittyvistä ilmiöistä. Oma opinnäytetyöni liittyy alan aiempaan tutkimukseen viitekehyksessä viittaamieni tutkimusten ja Leiningerin hoitomallin kautta. Opinnäytetyöni tuo ensisijaisesti esille maahanmuuttajien näkemyksen.

9.1.2 Opinnäytetyön eettisyys

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2003, 26) sanovat jo tutkimusaiheen valinnan olevan eettinen ratkaisu. Tutkimuskohteen tai tutkimusongelman valinnassa kysytään, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tässä yhteydessä ongelmiksi koetaan usein seuraavat kysymykset: tulisiko valita vai erityisesti välttää muodinmukaisia aiheita, valitaanko aihe, joka on helposti toteutettavissa mutta joka ei ole merkitykseltään erityisen tärkeä; miten ylipäänsä tulisi ottaa huomioon aiheen yhteiskunnallinen merkittävyys.

Opinnäytetyöni alkuvaihe osui ajanjaksoon, jolloin Espoon ulkomaalaistaustaista väestöä ajateltivat runsaasti julkisuutta saaneet tapahtumat, jotka nostattivat maahanmuuttajavastaisia tunteita esiin mediassa. Minultakin kysyttiin miksi olin kiinnostunut maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden tutkimisesta. Minusta maahanmuuttajien mielenterveyden hoito kaikkein vaikutuksineen oli ajankohtainen ja kiinnostava tutkimuskohde.

Tutkimuseettiset näkökulmat on pyritty ottamaan huomioon koko työskentelyprosessin ajan ja olen huolehtinut siitä, että arviointia on tehty huolellisesti ja systemaattisesti.

Tutkimuslupa haettiin ohjeiden mukaisesti Espoon kaupungilta ennen kuin yhteenkään haastattavaan otettiin yhteyttä. Lupa-anomukseen liitettiin tutkimussuunnitelma, jota kävi selville tutkimusaineiston keruuseen liittyvät asiat, aikataulu sekä haastatteluihin ja raportointiin liittyvät asiat.

Maahanmuuttajille kerrottiin haastattelupyynnöstä esitettäessä sekä ryhmähaastattelun alussa tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tehtävät. Heille kuvailtiin millainen haastattelu tulee olemaan ja että siihen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkittavien anonymiteetin kerrottiin säilyvän läpi tutkimusprosessin. Heille kerrottiin etukäteen, että tulkin välityksellä käytävä keskustelu nauhoitetaan. Katsoin nauhoittamisen hyväksymisen kirjallisella sopimuksella olevan hyvin tärkeän. Asiaa käsiteltiin tulkin välityksellä pitkään ja varmistettiin, ettei kenellekään ollut epäselvää allekirjoitettavan lomakkeen tarkoitus.

Haastattelun mahdollisia traumaattisia muistoja herättäviä keskusteluita ennakoitiin, mutta haastattelun ilmapiiri sekä haastattelun lopussa puolin ja toisin lausutut kiitokset kertoivat, että haastattelu ollut mieluummin positiivinen ja toivoa herättävä kuin synkkiä ajatuksia tuova. Tulkin käyttö haastattelussa oli tärkeää ja haastateltavien oikeus.

Haastateltavat ovat antaneet oman näkökulmansa palveluista ja minun osuuteni on viedä heidän arviointinsa mielenterveyspalveluista eteenpäin. Kuten jo haastattelun kuvaamisen yhteydessä kerroin, koin tärkeänä sen, että olin haastateltaville ennestään tuntematon ja siten heidän hoitonsa ei ole riippuvaisia mitenkään minun roolistani. Koin tärkeänä sen, että mukana oli heille tuttu sairaanhoitaja, jolta he saivat tietoa, mutta että he voivat kertoa kokemuksistaan ilman pelkoa, että siitä koituisi vaikeuksia heidän asioinneissaan tulevaisuudessa.

Maahanmuuttajien haastatteluryhmä oli rajattu tutkimusjoukko, jossa toivottiin kaikkien jäsenten tulla kuulluksi. Tulkin käyttö oli mielestäni välttämätöntä, jotta haastateltavat ja haastattelija ymmärtäisivät toistensa sanoman. Tulkin käyttöön mielenterveystyössä liittyy edelleen ongelmia. On sekä työntekijöitä että asiakkaita, jotka syystä tai toisesta eivät halua tulkkia terapiatilanteeseen. Haastattelu mielenterveysasioissa liikkui alueella, jossa ajattelin pienenkin väärin ymmärryksen voivan aiheuttaa suuria tulkintavirheitä tutkimukseen, mutta myös haastateltavan mielenterveydelle.

Yksittäisiä henkilöitä on suojeltava niin, että heidän lausumansa eivät voi tulla tunnistetuksi tulosten julkistamisessa. Kun haastattelun aikana muutama kertaan jouduin hienotunteisesti haastateltavaa ohjaamaan takaisin mielenterveyspalveluihin liittyviin asioihin, pohdin tuolloin onko eettisesti oikein muuttaa puheenaihetta aiheeseen, jonka minä koin tärkeämmäksi kuin sen mistä hän oli keskustelemassa. Molemmat aiheet olivat tärkeitä, mutta ohjasin keskustelun takaisin aiheeseen, joka vie opinnäytetyöni tutkimusta eteenpäin. Ilmoitin kuitenkin siirtäväni hänen pohdintansa sekä huolensa eteenpäin hoitohenkilökunnalle, johdolle ja päät-

täjille. Eettisesti pohdittuna koin asiakaslähtöisessä opinnäytetyössä sen olevan välttämätöntä, jotta maahanmuuttajien ”ääni” saadaan kuuluviin. Tein voitavani ja siirsin mahdollisuuksien mukaan tietoa kaikkiin sidosryhmiin. Kokemattomuuteni tutkimuksen teon aikataulutuksen suunnittelemisessa varmastikin näkyi, mutta vilpittömyyteni asian tärkeyttä kohtaan toivottavasti on tullut esiin.

Suomessa on sitouduttu turvaamaan tutkimuksen eettisyys Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Helsingin julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus, ja sen uusi suomennos hyväksyttiin Suomen lääkäriliiton hallituksessa 10.5.2001. Helsingin julistus on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta se sopii hyvin myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. Kankkunen ja Vehviläinen viittaavat Helsingin julistukseen kirjassaan Tutkimus hoitotieteessä (2009, 173–174). Julistuksessa otetaan kantaa haavoittuviin ryhmiin: jotkin tutkittavat ryhmät ovat haavoittuvia ja tarvitsevat erityistä suojaa. Mielestäni opinnäytetyöni kohderyhmä, maahanmuuttajat, on haavoittuva ryhmä ja siksi opinnäytetyösäni olen pohtinut heidän näkökulmaansa tarkkaan ja ottanut huomioon eettiset kysymykset.

9.2 Tulosten tarkastelu

Palveluun pääsyn vaikeus ja siihen liittyvät kieli- ja tulkki-ongelmat nousivat esiin maahanmuuttajien kuvauksissa palveluista. Etenkin hoidon aloittamisen koettiin viivästyvän. Kysyttiin, onko koko Suomessa tilanne näin vaikea ja epäiltiin, että vain maahanmuuttajilta evätään hoitoa. Hoitoon oltiin melko tyytyväisiä, sitten kun sen piiriin päästiin. Tapaamisten tiheys oli maahanmuuttajien mielestä riittämätöntä heidän mielenterveytensä edistämiseksi. Työntekijät sanoivat pyrkivänsä tasavertaisuuteen ja maahanmuuttajien saavan palveluita siinä missä muutkin. He kuvasivat kuitenkin hoidon aloittamisen vievän hieman kauemmin maahanmuuttajien kanssa kuin muiden asiakkaiden. Yhtenä syynä olivat kielivaikeudet. Useinkin aikoja joudutaan sovittelemaan tulkin saamiseksi. Hoitoon päästyn aloittamista viivästyttää myös maahanmuuttajan traumataustan ja sen vakavuuden epäselvyys. Hoitotahot pohtivat, onko heidän tahonsa sopiva vastaamaan asiakkaan tarpeeseen. Vaarana on, että maahanmuuttajalle ei löydy ollenkaan sopivaa hoitotahoa ja asiakas jää yksin. Asiakkaiden turhautuminen siihen, että ei päästä töihin eikä aina edes kielikurssille, turhauttaa ja masentaa maahanmuuttaja-asiakkaita. Tämä näkyy hoidossa, kertoivat työntekijät.

Maahanmuuttajat toivoivat enemmän tulkkeja helpottamaan palveluihin pääsyä. Heillä oli myös kokemus, että hoitohenkilöstöllä on omat rajoitteensa työssä. Myös suomalaisten yleisten asenteiden ajateltiin näkyvän palvelujen tarjonnassa. Työntekijät kokivat resurssien vähyden olevan syy siihen, miksi hoidon aloittaminen viivästyy ja kuinka usein asiakkaita voidaan tavata. Myös he ajattelivat asenteiden vaikuttavan palvelun järjestämiseen. Eri kulttuu-

rien jäsenien hakeutumisesta hoitoon ei löytynyt selkeää yhteistä näkemystä työntekijöiden kesken.

Malin ja Suvisaari (2010) kertovat samansuuntaisista tuloksista tutkimuksessaan. Heidän mukaansa hoitoon hakeutuminen ja hoidon saaminen ei ole yksiselitteisesti riippuvaista vain yksilön sairastavuudesta tai halusta hoitaa omaa terveyttään. Hoitoon pääsyn esteenä voivat olla myös kommunikaatio-ongelmat hoidon antajan ja saajan välillä. Nämä vuorovaikutuksen ongelmat voivat johtua hoidon osapuolten kielteisistä asenteista toisiaan kohtaan ja kielitaidottomuudesta. (Malin & Suvisaari 2010, 147–148.)

Kielivaikeudet vaikuttivat myös siihen, että maahanmuuttajilla ei ollut tietoa kaikista terveydenhoitoon liittyvistä asioista ja kielitaidottomuus toi turvattomuuden tunnetta. Pohdittiin mahdollisia hätätilanteita ja miten niissä selvitä. Myös tulevaisuus mietitytti. He saavat nyt palveluita Maahanmuuttajapalveluiden kautta, mutta myöhemmin heidän tulee itse hoitaa nämä asiat. Rauta (2005) kuvaakin selvityksessään kotouttamistuen piirissä olevien maahanmuuttajien olevan turvallisemmassa asemassa (Rauta 2005, 96).

Hoitoon maahanmuuttajat olivat tyytyväisiä ja sen koettiin olevan tärkeä mielenterveysongelmien hoidossa ja edistämisessä. Hoitohenkilöstön kerrottiin ymmärtävän heidän tilannettaan ja olevan kannustavia. Osa haastateltavista koki, että perusterveydenhuollossa toteutettava hoito ei riitä, vaan toivottiin erikoistason hoitoa. Hoidossa ilmenneitä maahanmuuttajien pettymyksiä ja turhautumisia hoitohenkilöstö pohti johtuvan siitä, etteivät toiveet ja tarjottu hoitomuoto kohtaa.

Kuten Rauta on tähdentänyt selvityksessään (2006), tie psykiatrisen hoidon piiriin ei ole helppo ja yksinkertainen. Usein ongelmana on, ettei tiedetä kehen otetaan yhteyttä, miten toimitaan ja kuka ottaa vastuun. Hänen mukaansa kaikki maahanmuuttajien mielenterveyshäiriöt eivät tarvitse erikoissairaanhoidon toimenpiteitä, vaan suuri osa hoituu selkeästi perusterveydenhuollon tasolla. Usein ei ole henkilöä, jolle nämä potilaat voitaisiin ohjata ja joka voisi seurata tilannetta hiukan pidempään ja ottaa hoitovastuun. (Rauta, 2005, 95–96.)

Sekä maahanmuuttajat että hoitohenkilöstö kuvaavat hoidossa syntyvän luottamusta. Maahanmuuttajien kuvaukset luottamuksen syntymisestä liittyivät siihen, että hoitohenkilöstö kannusti heitä. Luottamusta horjuttivat hieman kysymykset itsetuhoisuudesta, mitä maahanmuuttajat kuvasivat lääkärin esittäminä outoina kysymyksinä. He sanoivat sen olevan uskontoaan vastaan. Hoitohenkilöstö sanoi itsetuhoisuudesta keskustelemisen olevan välttämätöntä hoidossa. Tärkeää työntekijöiden mielestä oli kuitenkin se, miten asia esittää.

Asiakkaan ja hoitajan välisen luottamuksen rakentumiseen tarvitaan aikaa. Työntekijät ovat kuunnelleet asiakkaan toiveita hoidosta ja oppineet paljon asiakkailta heidän kulttuuristaan. Tämä kuvastaa hoidossa tapahtuvan aitoa kohtaamista. Molemmissa hoitotahoissa kuvattiin, että maahanmuuttaja-asiakkailta saadaan hyvää palautetta hoidosta. Toisen tahon työntekijä

kuvasi asiakkaan kannattelua hänen odottaessaan hoidon aloittamista ja toisessa kuvattiin hoidossa päästävän luottamukselliseen suhteeseen. Kulttuurierojen työntekijän ja asiakkaan kesken kerrottiin tuovan työhön yhden lisähaasteen. Työntekijät kertoivat koulutusta maahanmuuttajien hoitamiseen tarvittavaan osaamiseen olevan tarjolla, lähinnä Espoon Maahanmuuttajapalveluiden tarjoamana. Koulutukseen hakeutuminen riippuu työntekijän omasta aktiivisuudesta.

Pitkään maahanmuuttajien hoitotyötä tehneen Haavikon mukaan kulttuurisen taustan huomiointi on olennaisen tärkeää, mutta tätä tietoa ei tarvitsekaan olla etukäteen. Työntekijä voi saada kaiken tarvitsemansa tiedon yksinkertaisesti kysymällä sitä asiakkaaltaan. Näin vältetään stereotyyppiset yleistykset ja voidaan nähdä asiakas oman henkilöhistoriansa kautta. Hyvän vuorovaikutuksen avulla ylitetään kohtaamista vaikeuttavia kulttuurisia tekijöitä ja luodaan yhteinen näkemys työskentelylle. (Haavikko 2009, 36–38.)

Leiningelin teoria kulttuurilähtöisen hoidon monimuotoisuudesta perustuu käsitykseen, jonka mukaan eri kulttuureihin kuuluvat ihmiset pystyvät enimmäkseen itse kertomaan ja ratkaisemaan, minkälaista hoitoa he haluavat hoitoalan ammattilaisilta. Tämän opinnäytetyön tulokset osoittavat maahanmuuttajilla olevan paljon kerrottavaa mielenterveyteensä liittyvistä asioista. He kuvasivat mielenterveyttään edistäviä ja huonontavia asioita monesta näkökulmasta ja toivoivat hoidossakin kokonaisuuden otettavan huomioon. Leiningerin kokonaisvaltainen teoria ottaa huomioon ihmisen koko elämän ja sen muuttuvan kokonaisuuden, johon kuuluvat yhteiskuntarakenteet, maailmankuva, kulttuuriarvot, ympäristöolosuhteet, kielelliset ilmaisut sekä kansanomaiset ja ammatilliset hoitojärjestelmät. Näistä lähtökohdista voidaan toteuttaa terapeuttista hoitoa. (Marriner-Tomey 1994, 414–415.). Oman opinnäytetyöni tulokset täsmäävät täysin Leiningerin teorian kanssa.

Vuorovaikutus maahanmuuttajaryhmän jäsenten mukaan koostui perheen sisäisestä vuorovaikutuksesta, vuorovaikutuksesta muiden läheisten ja kanssaihmistien kanssa sekä palveluihin liittyvästä vuorovaikutuksesta. Palveluissa kohdattiin huonoa kohteluakin. Lohtua saatiin kanssaihmisiltä. Perheeltä, lähinnä omilta lapsilta, saatiin tulkkausapua, ystävät ja tuttavatkin auttoivat kieliongelmissa. Kontaktien puute valtaväestön kanssa aiheuttaa syrjäytymistä. Maahanmuuttajat ovat halukkaita kontakteihin suomalaisten kanssa ja toivoivat sitä lapsilleenkin, mikä nähtiin hoitohenkilöstössä mielenterveyttä edistävänä ja kotoutumista tukevana. Maahanmuuttajat sanoivat heillä olevan kaksinkertaisen ongelma: miksi he jättivät kotimaansa ja haasteet nykyisessä asuinpaikassa Suomessa.

Maahanmuuttajilla oli halu edetä työelämää kielikurssien ja työharjoittelun kautta. Maahanmuuttajat pohtivat, että kielikursseille pääsemisen vaikeus sekä mielenterveyspalveluiden huono saatavuus ovat isot puutteet palveluissa. He kuvasivat heikon taloustilanteen aiheuttavan stressiä ja sen, että he ovat joutuneet unohtamaan itsensä naisena. He ilmaisisivat, että

kaikki elämän alueet liittyvät toisiinsa. Maahanmuuttajat sanoivat, ettei ole yksittäistä ongelmaa. Henkisen tilan sanottiin vaikuttavan oppimiseen, siihen pysyykö hän keskittymään ja oppimaan asioita.

Osa hoitohenkilöstöstä ilmaisi olevansa yllätynyt maahanmuuttajien kuvaamasta huonosta kohtelusta, mutta pohtivat varmasti sitä tapahtuvan. He kertoivat työssään näkyvän maahanmuuttajien turhautumisen siihen, että he eivät pääse kielikurssille. Kielenoppimisen ja työn saannin ajateltiin vaikuttavan edistävästi mielenterveyteen. Sektoritutkimuksen neuvotelukunnan selvitysraportin (2009, 70) mukaan kansainväliset tutkimukset antavat viitteitä siitä, että maahanmuuttajien mielenterveyttä edistäviä tekijöitä ovat mm. sosioekonominen asema, sosiaalinen tuki, riittävä kielitaito, yhteiskunnan tuntemus, työllistyminen ja syrjinnältä välttyminen.

Hoitohenkilöstö pohti yhteistyön eri yksiköiden parantavan maahanmuuttajien kokonaisvaltaisempaa hoitoa. He kertoivat kirjaamiskäytännön tukevan sitä jo nyt. Verkostotyön sanottiin olevan tärkeitä maahanmuuttajien asioissa. Pohdittiin työntekijän roolin kyllä vaikuttavan siihen, miten sitä on mahdollista toteuttaa. Molemmissa hoitotahoissa ajateltiin, että palvelusyksiköillä, joissa on maahanmuuttajatiimi, yhteistyöhön on hyvät mahdollisuudet.

Yhteenvedon voidaan todeta, että maahanmuuttajilla on vaikeuksia saada hoitoa mielenterveysongelmiinsa hoitoon pääsyn viivästymisen sekä kieli- ja tulkki-ongelmien vuoksi. Saatuun hoitoon oltiin tyytyväisiä ja siinä syntyi luottamusta. Hoitohenkilöstöä rajoittavia tekijöitä ymmärrettiin, mutta suomalaisten yleisen asenteen maahanmuuttajia kohtaan uskottiin vaikuttavan hoidon saamiseen. Hoitohenkilökunta arvelee tasavertaisuuden toteutuvan hoitoon pääsyssä maahanmuuttajien ja valtaväestön kesken ja he ajattelevat maahanmuuttajien turhautumisen johtuvan siitä, kun toiveet ja tarjottu palvelu eivät kohtaa. Myös pitkä odottaminen kielikurssille pääsyyn näkyy palvelussa turhautumisena.

Maahanmuuttajat totesivat kieliongelmiensa sekä kontaktien puuttumisen huonontavan heidän mielenterveyttään. He ilmaisivat halukkuutensa vuorovaikutukseen valtaväestön kanssa. He näkivät kokonaisvaltaisemman hoidon ja palveluiden yhdistämisen parantavan elämänlaatuun. Yhteistyötä eri yksiköiden ja sektorien välillä tulee lisätä maahanmuuttajan kokonaistilanteen parantamiseksi. Haastatellut maahanmuuttajat ovat toiveikkaita tulevaisuuden suhteen ja heillä on halu päästä kielikurssien, työharjoittelun sekä työn kautta mukaan yhteiskunnan toimintaan.

Hoitohenkilöstön pohdittua maahanmuuttajien esiin tuomia ongelmia heidän ajatuksensa ja kehittämisehdotuksensa siirrettiin johdolle ja päättäjille pohdittavaksi.

Johdon näkemys oli, että tarjottuihin ryhmiin eivät maahanmuuttajat osallistu. Tiedustellesani asiaa Maahanmuuttajapalveluiden työntekijältä, hän kertoi että sitoutuminen ryhmiin on

nousussa ja Maahanmuuttajapalveluiden toiminnallisessa mielenterveyttä tukevassa Mieli-ryhmässä on ollut osallistujia erityisen hyvin.

Tarkoituksena on ollut antaa maahanmuuttaja-asiakkaille mahdollisuus ilmaista näkemyksensä mielenterveyspalveluista ja niissä ilmenevissä ongelmista ja luoda yhteys palveluiden tarjoajiin, hoitohenkilöstöön, johtoon ja päättäjiin. Opinnäytetyön ajatellaan välillisesti vaikuttavan tulevaisuudessa työmallien ja työskentelytapojen kehittämiseen.

9.3 Tulosten hyödynnettävyys, jatkotutkimusaiheet sekä kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön hyötyinä ovat yhteistoiminnan lisääntyminen aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyttä hoitavien tahojen kesken. Maahanmuuttajien näkemykset ovat tulleet kuulluiksi hoitohenkilöstössä, johdossa sekä päättävällä tasolla. Suurimpana hyötynä on ollut mahdollistaa mielenterveyspalveluita käyttävien maahanmuuttajien saada äänensä kuuluviin ja positiivisen kokemuksen kautta kasvattaa asiakkaiden luottamusta palvelun pätevyyteen. Tutkimustulosten kautta saadun tiedon pohjalta voidaan lisätä yhteistyötä eri yksiköiden kesken maahanmuuttajien kokonaisvaltaisemman hoidon suunnittelemiseksi sekä hyödyntää tuloksia koulutusten suunnittelemisessa. Tällä arviointiprosessilla saatiin konkreettisia ehdotuksia palvelujen kehittämiseksi.

Maahanmuuttajille Espoossa tarjottavien mielenterveyspalvelujen toimivuutta tulisi tarkistella myös muulla tavoin, esimerkiksi kvantitatiivisen tutkimuksen keinoin. Palveluun pääsy, hoitojen pituudet, alueelliset erot sekä tulkin käyttö perusterveydenhuollossa voisivat olla tarkastelun kohteena. Myös sitä, miten maahanmuuttajat selviytyvät haasteista Maahanmuuttajapalveluiden tuen piiristä lähdettyään, tulisi tutkia.

Haastattelutilanteen onnistumisen innoittamana suosittelen toiminnallisten ryhmien lisäämistä maahanmuuttajille. Järjestöjen, myös maahanmuuttajien omien järjestöjen, hyödyntämistä ryhmien järjestämisessä sekä kontaktien mahdollistamisessa maahanmuuttajien ja valtaväestön kesken tulee lisätä.

Kehittämisehdotuksina maahanmuuttajat esittivät asioimistulkkien lisäämistä työsuhteeseen terveysasemille sekä tulkkipulaan lisättävää tulkkien koulutusta. Itse suosittelen monikulttuurisen työvoiman lisäämistä sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Lähteet

Aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut -työryhmä. Loppuraportti 2002. Espoon kotouttamisohjelman jatkotyöryhmän loppuraportti. Espoo.

Anttila, P. & Jyränki, R. 2001. Se on projekti - vai onko? Hamina: Akatiimi Oy.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.

Espoon Mielenterveys- ja päihdeohjelma 2007. www.espoo.fi/julkaisut. Luettu 15.1.2010.

Espoon kaupungin kotouttamisohjelma 2000. www.espoo.fi.

Haavikko, A. & Bremer, L. 2009. Ulkoisesti erilaisia, sisäisesti samanlaisia. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme S. 2006. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

HUS. Ajankohtaista. www.hus.fi/ajankohtaista. Luettu 18.2.2010.

HYKS-sairaanhoidon alue, HUS 2006. Monikulttuurinen hoitomalli. Psykiatrian toimiala. Psykiatriakeskus. Helsinki.

Hänninen, K., Julkunen, I., Hirsikoski, R., Högnabba, S., Paananen, I., Romo H. & Thomasén, T. 2007. Asiakkaat oppimisenkäynnistäjänä. Raportti BIKVA -arviointimenetelmän oppimisen kehistä. Stakes, Raportteja 6/2007. Helsinki.

Juntunen, A. 2009. Tulkin ja kulttuuritulkin käyttö taitona. Teoksessa Abdelhamid, P., Juntunen, A. & Koskinen, L. Monikulttuurinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kotoutumislaki 1999. www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990493. Luettu 10.1.2010.

Krogstrup, H. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. Hyvät käytännöt. Menetelmä-käsikirja. Helsinki: Stakes.

Malin, M. & Suvisaari, J. 2010. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Teoksessa Pakaslah-tti, A & Huttunen, M. (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Duodecim, 134-163.

MASTO-hankkeen toimintaohjelma 2008-2011. Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:41. www.stm.fi/c/document_library. Luettu 22.10.2010.

Rauta A. 2005. Selvitys maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen tarpeesta ja saatavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. www.stm.fi/julkaisut. Tulostettu 16.11.2009.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Sainiola-Rodriguez, K. 2009. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaaminen. Väitöskirja. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Kuopion Yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1302-8>. Tulostettu 20.11.2009.

Schubert C. 2007. Monikulttuurisuus mielenterveystyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Schubert, C. & Kruus, J. 2010. Tulkki yhteistyökumppanina. Teoksessa A. Pakaslahti & M. Huttunen (toim.) Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 297-304.

Sektoritutkimuksen neuvottelukunta. 2009. Osaaminen, työ ja hyvinvointi. Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Esiselvitysraportti. 9-2009. www.minedu.fi/OPM/Tarkennettu_haku. Luettu 20.4.2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Liitteet

Liite 1 Maahanmuuttajaryhmän haastattelukysymykset

Haastattelukysymykset:

Hoitoon ohjautuminen

Miten pääsit / jouduit palvelujen piiriin?

- Otitko itse yhteyttä vai ohjasiko sinut palvelun piiriin joku muu?

- Mihin sinut ohjattiin?

Hoitoprosessi

Mitä hyvää on palvelussa?

Miten hoito toimi?

Mitä huonoa/kehitettävää on palvelussa?

Millaista oli tiedonkulku eri yksiköiden välillä?

Millaista on hoitohenkilökunnan osaaminen?

Millaista on vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa?

Syntyikö luottamus sinun ja hoitohenkilökunnan välille?

Millaista on hoitohenkilökunnan tietoisuus kulttuuristasi?

Miten kulttuuriset tekijät ja sinun henkilöhistoriasi otettiin huomioon?

Millaista on hoitohenkilökunnan tietoisuus maahanmuuttoprosessin vaikutuksesta kotoutumiseen?

Käytettiinkö tulkkia?

Hoidon jatkuminen/päätttäminen

Jos hoitosuhde on päättynyt, mitkä tekijät vaikuttivat hoidon päättymiseen?

Terveisesi hoitohenkilökunnalle ja päättäjille

Liite 2 Hoitohenkilökunnan haastatteluohje

Haastatteluohje hoitohenkilökunnalle

Keskustelun aiheet:

Mielenterveyspalvelut

1 Miten mielestänne maahanmuuttajat saavat mielenterveyspalveluita?

- palveluiden riittävyys/rajoitukset palveluihin
- kieliongelmat palvelun saavuttamisessa, käytössä ja hyödyntämisessä
- palvelun viivästyminen - lisäsairaudet
- palveluita evätään maahanmuuttajilta
- ei tietoa palveluista
- epätietoisuudet palvelussa
- englannin kielen käyttö palveluissa
- hyvää palveluissa
- parantamisen varaa/huonoa palveluissa

2 Millaisena näette tulkin käytön?

- käytättekö tulkkia?

Tiedonkulku

1 Miten mielestänne yhteistyö eri hoitotahojen välillä toimii?

2 Millaisena näette maahanmuuttajan kokonaistilanteen huomioon ottamisen?

Hoitohenkilökunnan osaaminen

1 Mitä mielestänne on yksilöllinen hoito?

2 Millaista on mielestänne hoitohenkilökunnan monikulttuurinen osaaminen?

3 Syntyykö mielestänne hoitosuhteissa luottamusta?

4 Mitä mielestänne kuuluu hyvään hoitoon?

Vuorovaikutus

1 Miten mielestänne maahanmuuttajien ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutus toimii?

-tapahtuuko huonoa kohtelua

2 Miten maahanmuuttajien muut vuorovaikutussuhteet tukevat heidän mielenterveyttään?

-vuorovaikutus perheessä, läheisten, kanssa-ihmisten kanssa

- Vuorovaikutuksen puute

-suomalaisten asenteet

- maahanmuuttajien halukkuus vuorovaikutukseen suomalaisten kanssa

Terveiset päättäjille?

Liite 3 Maahanmuuttajien suostumus haastattelun nauhoitukseen

SUOSTUMUS

Suostun siihen, että haastattelu jossa olen mukana, nauhoitetaan.

Kukaan ulkopuolinen ei haastattelijan lisäksi saa kuulla nauhoitusta eikä nähdä nauhoitetun materiaalin kirjallista versiota. Henkilöyttäni ei voida tunnistaa valmiista työstä.

Tämä sopimus jää Maahanmuuttajapalveluiden sairaanhoitajalle ja hän huolehtii sen salassapidosta ja hävittämisestä.

Espoossa 10. kesäkuuta 2010

Haastateltava

Liite 4 Haastattelupyyntö hoitohenkilöstölle

Olen Sosionomi (Ylempi AMK) -opiskelija Laurea Otaniemessä. Opinnäytetyöni käsittelee aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalveluiden toimivuutta Espoossa. Toimeksiantaja on Espoon Maahanmuuttajapalvelut. Siellä työelämän mentorinani toimii maahanmuuttajien mielenterveysasioiden vastuuhenkilöiden koordinaattori psykiatrinen sairaanhoitaja. Ammatillinen kiinnostukseni maahanmuuttajien mielenterveyteen ja sen tukemiseen vaikuttavista asioista on kasvanut työskenneltyäni yli kymmenen vuotta maahanmuuttajaperheiden parissa. Kehittämistehtäväni on seurantatutkimus vuonna 2002 tehdylle Aikuisten maahanmuuttajien mielenterveyspalvelut Espoossa -selvitykselle. Sen tarkoitus on selvittää laadullisella asiakaslähtoisellä BIKVA-arviointimenetelmällä, miten vuonna 2002 luotu hoitopolku mielenterveyspalveluissa toimii tänä päivänä.

Kehittämistehtävässä on kaksi tutkimuskysymystä. Ensinnäkin miten aikuiset mielenterveyspalveluita käyttävät maahanmuuttajat arvioivat Espoon mielenterveyspalveluja. Tätä kysyin maahanmuuttajilta ryhmähaastattelussa, jossa haastateltavat kuvasivat palvelukokemuksia sekä hoitoa ja mitä asioita he katsovat tärkeiksi kehittämiskohteiksi.

Toiseen tutkimuskysymykseen, miten hoitohenkilökunta arvioi Espoon aikuisille maahanmuuttajille tarjolla olevia mielenterveyspalveluja, haetaan vastausta hoitohenkilökunnan ryhmähaastattelun avulla. Haastattelussa asiakkaiden näkemykset toimivat keskustelun moottorina ja pohditaan syitä asiakkaiden kokemuksiin ongelmiin. Ensisijainen tavoite on, että hoitohenkilökunta pohtii omia käytäntöjään asiakkaiden palautteiden pohjalta ja tekee konkreettisia ehdotuksia hoidon parantamiseksi. Maahanmuuttajien kokema tarve ja hoitohenkilökunnan näkemys palvelun tarpeesta saattavat erota toisistaan. Näistä pohdinnoista saadut tulokset siirretään hoitohenkilökunnan esimiehille ja sitä kautta edelleen johdolle ja päättäjille.

Käännyin tässä teidän puoleenne työntekijäryhmän haastattelun toivossa. Tunnette terveysasemanne ja osaatte parhaiten pohtia mistä osasta hoitohenkilökuntaa saadaan paras mahdollinen joukko pohtimaan asiaa. Toivoisin 1-1,5 tunnin mittaista haastattelua, jossa esitän maahanmuuttajaryhmän haastattelusta nousseesta aineistosta luotuja kysymyksiä, joihin henkilökunnan ryhmä vastaa. Haastattelun jälkeen haastattelu litteroidaan, aineisto analysoidaan ja tulokset siirretään johdolle ja päättäjille. Toivomus olisi, että haastattelu saataisiin järjestettyä syys-lokakuun vaihteessa ja viimeistään lokakuun alkupuolella. Minulle on myönnetty asianmukaiset luvat Espoon kaupungilta. Vastaan mielelläni kysymyksiinne.

Vastaustanne odottaen,

Vuokko Peurala

+358xxxxxxxxx

sähköposti: vuokko.peurala@laurea.fi