



Monikulttuurisuus Suomen
terveydenhuollossa

ETENE-julkaisuja 11



Monikulttuurisuus Suomen **terveydenhuollossa**

*ETENE:n 5. kesäseminaari
Helsinki, 17. elokuuta 2004*

■ Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE)
SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ



ISSN 1458-6193
ISBN 952-00-1642-2 (nid.)
ISBN 952-00-1643-0 (PDF)

Yliopistopaino
Helsinki 2005

TIIVISTELMÄ

Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), 5. kesäseminaari, Helsinki, 17.8.2004, 46 s. (ETENE-julkaisuja, ISSN 1458-6193:11) ISBN 952-00-1642 - 2

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta järjesti viidennen kesäseminaarinsa monikulttuurisuudesta ja sen vaikutuksista Suomen terveydenhuollossa. Keskustelun alustajina toimivat mm. muualta Suomeen tulleet kätilö sekä juuri valmistunut sairaanhoitaja, monikulttuurisuuden opettaja, tulkki, maahanmuuttoneuvoja sekä romaniväestön edustaja. ETENE oli koonnut aiheesta myös kirjallisuuskatsauksen. Näiden esitysten pohjalta neuvottelukunta jatkoi keskustelua aiheesta myös syksyn 2004 kokouksissa. Työryhmä, johon kuului neuvottelukunnan varapuheenjohtaja Leena Niinistö, jäsenet Pekka Louhiala, Marjatta Blanco Sequeiros ja Sirpa Peura sekä ETENE:n pääsihteeri Ritva Halila, kokosivat käydystä keskustelusta julkaisun yhteenvedon. Yhteenveto päätettiin koota ETENE:n aiemmin laatimien terveydenhuollon yhteisten eettisten periaatteiden pohjalta.

Keskustelussaan neuvottelukunta totesi, että kansainvälistymisen myötä terveydenhuolto on monien haasteiden edessä lähitulevaisuudessa. Maassamme elävät toisen kulttuurin ja vieraan kielen edustajat ovat oikeutettuja yhdenvertaiseen kohteluun sekä tarpeensa mukaisiin palveluihin terveydenhuollossa. On välttämätöntä keskustella siitä, mitä voidaan sisällyttää osaksi terveydenhuoltoa ja mitä ei. Muualta Suomeen muuttaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt tarvitsevat erityistukea ja -koulutusta työhönsä sekä suomalaisten valtaväestön että muiden kulttuurien edustajien kanssa. Yhteistä ymmärrystä voidaan lisätä myös tulkkipalveluiden kautta.

Alustuksista ja seminaarissa käydystä keskustelusta ETENE:n pääsihteeri on koonnut keskustelumuioston. Aiheesta koottu kirjallisuuskatsaus käsittelee monikulttuurisuutta lähinnä 1990-luvulla ja sen jälkeen kiinnittäen huomiota myös romaniväestön historiaan Suomessa. Julkaisun liitteenä ovat terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet.

Asiasanat: arvot, kulttuuri, monikulttuurisuus, syrjintä, tasavertaisuus, terveydenhuolto, ulkomaalainen, vähemmistö

SAMMANFATTNING

Multikulturalism inom hälso- och sjukvården i Finland. Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE), 5:e sommarseminarium, Helsingfors, 17.8.2004, 46 s. (ETENE:s publikationer, ISSN 1458-6193:11) ISBN 952-00-1642 - 2

Riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården anordnade sitt femte sommarseminarium om temat multikulturalism och dess inverkan när det gäller den finska hälso- och sjukvården. Diskussionen inleddes av bl.a. en barnmorska och en nyutexaminerad sjukskötare som immigrerat till Finland, en lärare i multikulturalism, en tolk, en rådgivare för invandrare och en representant för den romska befolkningen in Finland. ETENE har också sammanställt en litteraturöversikt om temat. Delegationen fortsatte diskussionen vid sina möten hösten 2004 utgående från dessa anföranden. Arbetsgruppen, som bestod av delegationens vice ordförande Leena Niinistö, medlemmarna Pekka Louhiala, Marjatta Blanco Sequeiros och Sirpa Peura samt ETENE:s generalsekreterare Ritva Halila, gjorde upp ett sammandrag av diskussionerna för publikationen. De beslöt att sammandraget görs på basis av de gemensamma etiska principer för hälso- och sjukvården som ETENE tidigare utarbetat.

Delegationen konstaterade vid sina diskussioner att internationaliseringen inom en nära framtid medför ett flertal utmaningar för hälso- och sjukvården. De representanter för andra kulturer och språk som lever i Finland är berättigade till lika behandling och sådana hälso- och sjukvårdstjänster som de är i behov av. Det är nödvändigt att diskutera vad som kan integreras i hälso- och sjukvården och vad som inte kan. De yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som invandrat till Finland behöver särskilt stöd och utbildning för sitt arbete med representanter för både majoritetsbefolkningen och andra kulturer. Samförståndet kan också ökas genom tolkservice.

ETENE:s generalsekreterare har sammanställt en promemoria om anförandena och diskussionerna vid seminariet. Litteraturöversikten kring temat behandlar multikulturalism främst på 1990-talet och därefter och fäster också uppmärksamhet på den romska befolkningens historia i Finland. De gemensamma etiska principerna för hälso- och sjukvården finns som bilaga till publikationen.

Nyckelord: diskrimination, hälso- och sjukvård, jämlikhet, minoritet, multikulturalism, utlänning, värden

SUMMARY

Multiculturalism in Finnish Health Care. National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE), 5th Summer Seminar, Helsinki, 17 August 2004, 46 pp. (ETENE Publications, ISSN 1458-6193:11) ISBN 952-00-1642 - 2

The National Advisory Board on Health Care Ethics arranged its fifth summer seminar on the theme multiculturalism and its impact in Finnish health care. The discussion was initiated by, among others, a midwife and a newly qualified nurse who have immigrated to Finland, a teacher of multiculturalism, an interpreter, an immigrant advisor and a representative of the Romani population in Finland. ETENE had also compiled a literary survey on the theme. The Advisory Board continued the discussion on the theme based on these addresses at its meetings in autumn 2004. The working group consisting of the vice-chair of the Advisory Board Leena Niinistö, members Pekka Louhiala, Marjatta Blanco Sequeiros and Sirpa Peura as well as ETENE's General Secretary Ritva Halila, compiled a summary of the discussions for the publication. It was decided that the summary is compiled based on the joint ethical principles prepared by ETENE previously.

The Advisory Board stated in its discussions that as a result of the internationalisation development Finnish health care is faced with many challenges in the near future. Representatives of other cultures and foreign languages who are resident in Finland are entitled to equal treatment and the health services they are in need of. It is necessary to discuss what can be integrated into Finnish health care and what cannot. Health care professionals that have immigrated to Finland need special support and training for their work with both representatives of the Finnish majority population and members of other cultures. Joint understanding can be increased by means of interpreter services as well.

ETENE's General Secretary has compiled a memorandum of the addresses and discussions at the seminar. The literary survey deals with multiculturalism mainly in the 1990s and thereafter, and it also pays attention to the history of the Roma population in Finland. The joint ethical principles for health care in Finland are attached to the publication.

Key words: culture, discrimination, equality, foreigner, health care, minority, multiculturalism, values

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä	3
Sammanfattning	4
Summary	5
Termejä	8
Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa	9
Johdanto	9
Oikeus hyvään hoitoon	10
Ihmisarvon kunnioitus	11
Itsemääräämisoikeus	12
Oikeudenmukaisuus	12
Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri	13
Yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto	13
Kirjallisuutta	13
Monikulttuurisuus terveydenhuollossa: seminaarin ohjelma	15
Monikulttuurisuus terveydenhuollossa: seminaarimuistio	16
Monikulttuurisuus ja suomalainen terveydenhuolto tänään <i>Sari Ahonen</i>	22
Johdanto	22
Monikulttuurisuus teoriassa ja käytännössä	22
Teoreettiset lähtökohdat	22
Ihmisoikeusajattelu lainsäädännön taustalla	23
Akkulturaatioteoriaa: Miten erilaisuuteen voidaan suhtautua?	24
Monikulttuurisuus käytännössä - esimerkkinä Suomen romanit	25
Assimilaation aikakausi	25
Kohti kulttuurista itsemääräämisoikeutta	26
Monikulttuurisuus terveydenhuollossa	27
Perustietoa maahanmuuttajista	27
Kokemuksia suomalaisesta terveydenhuollosta	28
Maahanmuuttajien näkökulma	29
Terveydenhuollon henkilöstön näkökulma	30
Tulkkaukseen liittyviä ongelmia	31
Tulevaisuudenkuvia	32
Terveydenhuollon työvoimapula	32
Asenneilmapiiri meillä ja muualla	33
Suomalaisten suhtautumisesta maahanmuuttajiin	33
Monikulttuurisuus muissa Euroopan maissa	35
Lopuksi	36
Kirjallisuutta	36
Liite 1: Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet	38
Liite 2: ETENE:n jäsenet ja varajäsenet	43
Liite 3: ETENE-julkaisut	44

TERMEJÄ

- Ulkomaalainen:* Toisen maan kansalainen tai vailla kansalaisuutta oleva.
- Siirtolainen:* Henkilö, joka muuttaa pysyvässä tarkoituksessa toiseen maahan hankkiakseen siellä toimeentulonsa; ei turisti eikä opiskelija.
- Siirtotyöntekijä, –työläinen:* Henkilö, joka hakeutuu toiseen maahan hankkiakseen elantonsa, mutta ei asetu maahan pysyvästi.
- Pakolainen:* Geneven pakolaissopimus 1951 määrittelee pakolaisen: “pakolainen on henkilö, jolla on perusteltua aihetta pelätä joutuvansa vainon kohteeksi rodun, uskonnon, kansallisuuden, tiettyyn yhteiskuntaluokkaan kuulumisen tai poliittisen mielipiteen takia tai on joutunut lähtemään kotimaastaan siellä vallitsevien olosuhteiden takia eikä hän saa kotimaassaan sitä suojaa, joka kansalaiselle kuului”.
- Kiintiöpakolainen:* Kiintiöpakolaiset tulevat YK:n pakolaisasiain komissariaatin (UNHCR = United Nations High Commissioner for Refugees, www.unhcr.ch) ylläpitämillä pakolaisleireiltä.
- Turvapaikan hakija:* Turvapaikan hakija on henkilö, joka on hakenut poliisilta tai rajavartiolaitokselta turvapaikkaa. Henkilö on turvapaikan hakija, kunnes saa hakemukseensa kielteisen tai myönteisen päätöksen.
- Perheen yhdistäminen:* Kiintiöpakolaisella, turvapaikan saaneella ja oleskeluluvan suojelun tarpeen vuoksi tai humanitaarisin perustein saaneella on oikeus perheenyhdistämiseen. Edellä mainittu henkilö voi saada Suomeen aviopuolisonsa ja alaikäiset, naimattomat lapsensa tai sisaruksensa.
Alaikäinen voi saada Suomeen vanhempansa ja alaikäiset, naimattomat sisaruksensa.
- Pakolaisten paluumuutto:* Kansainvälinen pakolaistoiminta tähtää aina siihen, että pakolaisiksi joutuneet voisivat turvallisesti palata takaisin kotimaahansa.

MONIKULTTUURISUUS SUOMEN TERVEYDENHUOLLOSSA

Johdanto

Suomalaisen terveydenhuollon tapahtumat, arvot ja asenteet heijastavat sitä ympäröivää yhteiskuntaa ja sen tapahtumia ja arvomaailmaa. Vaikka monikulttuurisuutta termillä on käytetty Suomessa vasta 1990-luvulta lähtien, Suomessa on vuosisatoja elänyt monien muiden kulttuurien edustajia. Kulttuurisen sivistyneistön 1800-luvulla muodostivat muualta tulleet emigrantit, lähinnä ruotsinkieliset ja venäläiset. Suomessa ainakin suurimmissa kaupungeissa vaikuttivat myös muut kulttuurit, ja vaikutteita saatiin myös Saksasta, Ranskasta ja Englannista. Suomessa vähemmistökulttuureita ovat edustaneet romanit mutta myös saamelaiset sekä pienet juutalais- ja tataariyhteisöt. Talvi- ja jatkosodan jälkeen Suomeen sijoitettiin lähes puoli miljoonaa karjalaista, jotka olivat suomalaisia, mutta joista monet edustivat eri uskontokuntaa ja erilaisia arkipäivän tapoja. Heidät voitiin joillakin tahoilla nähdä myös uhkana, kun maata jouduttiin pakkolunastamaan ja asuttamaan sodanjälkeisissä jälleenrakennuksen ja sotakorvausten maksamisen vuoksi puutteellisissa oloissa. Asuttamisen onnistuminen vaati määrätietoista tiedottamista ja suunnitelmallista toimintaa. Silti kesti pitkään ennen kuin karjalaisten “vierastaminen” vaimeni ja erilaisuuden positiiviset puolet pääsivät esiin.

Suomalaiset ovat myös itse muuttaneet maasta. Mm. 1970-luvulla Ruotsiin muutti satojatuhansia suomalaisia etenkin Pohjois- ja Itä-Suomen syrjäseuduilta parempia elinolosuhteita toivoen. Vain osa Ruotsiin siirtyneistä muutti pysyvästi takaisin.

1960-1970 -luville saakka maahanmuutto oli yksittäistä ja liittyi työhön, opiskeluun tai perhesuhteisiin, osittain siihen vaikutti myös kansainvälisesti lisääntynyt matkailu. 1970-luvulla Suomi otti muiden maiden tavoin vastaan ensimmäisen suuremman pakolaismäärän Chilen vallankaappauksen jälkeen. Sittemmin Suomi otti vastaan UNHCR:n pakolaisleireiltä Vietnamin venepakolaisia, ja Somalian sisällissodan yhteydessä maahan saapui somalialaisia. 1990-luvulla maahanmuuttajien määrä kasvoi erityisesti alkuperältään inkeriläisten saatua “paluumuuttajaoikeudet”. Monet näistä inkeriläislähtöisistä olivat asuneet toisen maailmansodan jälkeen eri puolilla entistä Neuvostoliittoa ja sopeutuneet silloiseen kulttuuriyhteisöönsä. Tämän vuoksi suuri osa Suomeen muuttavista inkeriläisistä ei hallinnut suomen kieltä. 1990-luvulla myös UNHCR:n leireiltä vastaanotettujen pakolaisten kiintiötä nostettiin vähitellen. Suomessa alkoi olla laajahko muiden kulttuurien kirjo. Suomen pakolaismäärät ovat edelleen muihin Länsi-Euroopan maihin verrattuna pienet, mutta aikaisempaan verrattuna moninkertaiset. Lisäksi Suomeen on pysyvästi muuttanut yliopistojen ja yritysmaailman kansainvälistymisen lisääntyneitä korkeakoulujen opettajia ja teknologian ja liiketalouden ammattilaisia, sekä saapunut opiskelijoita, joista vain osa jää pysyvästi Suomeen.

Vuonna 2003 Suomesta haki turvapaikkaa 3221 henkeä. Samana vuonna ulkomaalaisvirasto myönsi turvapaikan tai siihen rinnastettavan humanitaarisen oleskeluluvan 501 henkilölle, kielteisen päätöksen sai 2443 hakijaa. Vuonna 1990-2003 Suomesta haki turvapaikkaa 29 463 henkilöä, joista 8 939 sai turvapaikan tai humanitaarisen oleskeluluvan. Turvapaikkaprosessin eräs ongelma Suomessa on pitkä käsittelyaika. Vuonna 2003 keskimääräinen turvapaikkahakemuksen käsittelyaika oli hieman vajaa vuosi. Kaikkine

valitusteineen lopullisen päätöksen saaminen voi kestää neljäkin vuotta. Periaatteessa turvapaikanhakijalla on mahdollisuus tehdä töitä turvapaikkaprosessin aikana tietyin edellytyksin, mutta käytännössä luvan saaminen tähän on ollut vaikeaa, vaikka hakijalla olisi osoittaa työpaikka itselleen.

Tieteen ja teknologian kehitys oli voimakasta 1900-luvun loppupuolella. Tällöin myös suomalaisen terveydenhuollon kehitys oli nopeaa. Koulutusmahdollisuudet ja -määrät lisääntyivät koko maassa, ja myös hoitokulttuurissa painottui suomalaisuus. Erityisen nopeaa kehitys oli 60-luvun lopulta alkaen: Terveydenhuollon monia uusia teknisiä menetelmiä otettiin käyttöön samaan aikaan kun keskussairaalarjestelmää rakennettiin. Samaan aikaan kun 1990-luvulla muiden kulttuurien edustajien määrä lisääntyi voimakkaasti Suomessa, suomalainen yhteiskunta koki myös taloudellisen laman, terveydenhuollon resurssija supistettiin ja yhteiskunnan palveluita jouduttiin tarkastelemaan myös taloudellisen hyödyn näkökulmasta. Tulkkipalveluita, joita ilman vieraan kulttuurin edustajan asioita ei välttämättä saatu hoidettua hyvin, tarvittiin aiempaa enemmän. Muualta Suomeen muuttaneilla on monia erilaisia, myös terveydenhuollon sektorille kuuluvia tarpeita ja toiveita. Muualla terveydenhuollon koulutuksen saaneilla on joskus hyvin toisenlainen ammatillinen koulutus ja puutteellinen tuntemus suomalaisesta yhteiskunnasta ja kulttuurista, mikä on vaikeuttanut heidän työllistymistään ja työssä selviytymistään. Tämä on tuonut haasteita mm. terveydenhuollon ammattihenkilöiden perus-, jatko- ja täydennyskoulutukselle.

Myös terveydenhuolto kohtaa kansainvälisyyden ja monikulttuurisuuden haasteet entistä useammin arkipäivän työssä. Eri kulttuurien edustajia on sekä terveydenhuollon asiakkaina että ammattilaisina. Kulttuurien erilaisuudet terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan sekä hänen läheistensä kohdatessa ovat haasteita, joita ETENE tarkasteli vuoden 2004 kesäseminaarissaan etiikan näkökohdista. Eettisen tarkastelun lähtökohdaksi neuvottelukunta otti vuonna 2001 laatimansa terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet.

Oikeus hyvään hoitoon

Oikeus hyvään hoitoon merkitsee, että terveydenhuollon palveluita tarvitseva saa tarvitessaan tilanteensa edellyttämää asiantuntevaa apua. Maahanmuuttajien tarpeet terveydenhuollon asiakkaina ovat usein erilaiset kuin ns. valtaväestön. Eri kulttuureilla on osin erilaisia käsityksiä terveydestä ja sairaudesta, yksilöstä ja yhteisöstä, elämästä ja kuolemasta, ja perinteet ja uskomukset saattavat aiheuttaa molemmin puolin väärinymmärryksiä ja epäluuloa. Meillä nykyään vallitsevaan melko yksilökeskeiseen ajattelutapaan tottuneen on joskus vaikea ymmärtää potilasta, jonka yhteisössä potilasta koskevia päätöksiä tekee joku muu kuin potilas, esimerkiksi koko potilaan lähiyhteisö.

Terveydenhuollon ammattihenkilön tärkein työkalu monikulttuurisessa kohtaamisessa on ammatillinen tieto, ymmärryskyky, sensitiivisyys sekä vuorovaikutustaito potilasta kunnioittaen ja potilaan arvomaailman tasolla. Potilaan tapojen, elämän ja arvojen kunnioitus sekä hänen tahtonsa noudattaminen on peruslähtökohta keskusteltaessa eri hoitovaihtoehdoista. Vaikka terveydenhuollossa tapahtuvien päätösten tulee tapahtua tietyissä tapauksissa yhteisymmärryksessä myös potilaan läheisten kanssa, on tärkeää painottaa sitä, että potilaan oma tahto ja toiveet tulevat aidosti kuulluiksi.

Kulttuurit saattavat törmätä paitsi suomalaisen ammattihenkilön ja muusta kulttuurista lähtöisin olevan potilaan ja hänen perheensä kohtaamisessa myös muusta kulttuurista

Suomeen tulleen terveydenhuollon ammattihenkilön ja suomalaisen potilaan kohdatessa. Terveydenhuollon ammattihenkilö tarvitsee aina tietoa ja ymmärrystä potilaansa ja häntä ympäröivän yhteisön arvomaailmasta ja yhteisön tavoista. Suomeen työhön tuleva toisen kulttuurin edustaja tarvitsee täydennyskoulutusta myös kulttuuriin, arvoihin ja tapoihin liittyvissä asioissa. Koko työyhteisön on tuettava vieraasta kulttuurista tulevan henkilön sopeutumista.

Jotta erilaisista oloista tuleva ja vierasta kieltä puhuva potilas voi kääntyä terveydenhuollon puoleen, hän tarvitsee tietoa siitä, miten terveydenhuolto voi häntä auttaa. Julkisen vallan tehtävänä on tarjota maassa asuville ymmärrettävää tietoa ja tarvittaessa tulkkipalvelua ja muuta tukea, jotta heidän oikeutensa hyvään hoitoon toteutuu. Viranomaiset ovat hyvin keskeisessä asemassa esim. kiintiöpakolaisten ja turvapaikan saaneiden kotouttamisessa ja maahanmuuttajien koulutuksessa. Kolmannen sektorin järjestöt, kuten esimerkiksi Suomen Punainen Risti ja Pakolaisneuvonta ry, ovat merkittävässä asemassa Suomessa olevien ulkomaalaisten informoinnissa ja tukemisessa käytännön asioissa. Eri-tyisen tärkeää on varmistaa pakolaisstatusta vasta hakevien ihmisoikeuksien toteutumisen.

Yhteisymmärrys ja vuorovaikutustaito ovat olennainen osa potilaiden hoitoa niin suomalaisten parissa kuin vähemmistöjen ja muiden kulttuurien edustajien kanssa. Taustaselvittelyt sekä arkipäivän käytäntöjen selville saaminen voivat olla monimutkaisia ja aikaa vieviä. Hoidon sujumattomuus voi loppujen lopuksi olla kiinni hyvinkin yksinkertaisista ja helposti ratkaistavista seikoista. Tulkkipalvelut ovat vastaanotto- tai osastokäynneillä käytettynä kertakustannuksena kalliita, mutta voivat pitkällä aikavälillä tuottaa huomattavia kustannussäästöjä säästämällä uusintakäynneissä, jatkohoidon sujuvuudessa ja ennen kaikkea, jos niillä pystytään parantamaan potilaan hyvinvointia ja terveyttä. On tärkeää muistaa, että potilaan kokemus hoidon hyödyllisyydestä riippuu monista asioista, myös kulttuurista ja sen arvoista. Jos potilasta hoidetaan ilman hänen kulttuurinsa tuntemusta hän voi tuntea itsensä huonosti kohdelluksi ja huonosti ymmärretyksi. On selvää että terveydenhuollon ammattihenkilö ei voi tuntea kaikkia kulttuureja ja tapoja, mutta kyselemällä ja kuuntelemalla herkällä korvalla voidaan päästä lähemmäs potilaan parasta, hyvän tekemistä ja välttää vahinkoa ja harmeja.

Tietoa terveystalvasta voidaan lisätä kirjallisilla tiedotteilla ja oppailla eri kieli- ja kulttuuritilat huomioiden. Esimerkiksi Apteekkien koulutus- ja tiedotussäätiö on julkaissut piktogrammioppaan lääkeneuvontaan, jossa piktogrammien lisäksi keskeiset lääkeneuvontaan liittyvät lauseet on käännetty kymmenelle kielelle. Yhteistyö eri alojen ja eri alueiden välillä parantaa mahdollisuuksia tähän ja optimoi voimavarojen käytön. Internet on nykyisin myös tärkeä tiedotuskanava.

Ihmisarvon kunnioitus

Jokaisella on yhtäläinen ja ainutkertainen ihmisarvo, niin suomalaisella kuin muualta tulleella. Suomen perustuslaki kieltää syrjinnän. Terveydenhuollon kohtaamisissa, toimenpiteissä ja niiden suunnittelussa on tärkeää kohdata potilas ja hänen läheisensä omista lähtökohdistaan. Ihmisen kunnioittamiseen kuuluvat hänen arvojensa, uskontonsa ja uskomustensa kunnioittaminen. Siihen kuuluvat myös itsemääräämisoikeuden ja yksilön vaikutusmahdollisuuksien edistäminen. Suomalainen ja länsimainen ihmiskäsitys perustuvat yksilön oikeuksiin. Suuressa osassa maailmaa ihmiskäsitys liittyy läheisesti perheeseen ja yhteisöön, ja yksilöllä on yhteisön sisällä erilainen arvo kuin nykyisessä länsimai-

nessa kulttuurissa. Erilaisten käsitysten ymmärtäminen, kunnioitava ja sensitiivinen lähestymistapa auttavat terveydenhuollon ammattihenkilöä tulkitsemaan vieraan kulttuurin edustajan viestit ja hoitamaan häntä.

Itsemääräämisoikeus

Terveydenhuollossa itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen edellyttää tietoja mm. terveydentilasta, sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehtoista.

Terveydenhuollossa muista kulttuureista tulevan potilaan ollessa kyseessä kohdataan joskus tilanteita, joissa perhe haluaa vahvasti rajoittaa potilaan tietoa sairaudestaan. Vaatii herkkyyttä ja ymmärrystä, jotta nämä tilanteet voidaan selvittää potilasta ja hänen arvojaan ja kulttuuriaan kunnioittavalla tavalla, ja niin, että potilaan itsemääräämisoikeutta myös kunnioitetaan päätettäessä hänen hoidostaan. Alaikäisten kohdalla on toimittava lapsen edun mukaisesti ja myös lasta kuullen.

Potilaalla on toisaalta oikeus tietää ja toisaalta halutessaan oikeus olla tietämättä terveydentilastaan, ellei menettelyllä vahingoiteta kolmatta osapuolta.

Oikeudenmukaisuus

Oikeudenmukaisuus edellyttää, että yhtäläisen hoidon tarpeessa olevat potilaat riippumatta iästään, sukupuolestaan, etnisestä, sosiaalisesta, kulttuuri- ym. taustastaan hoidetaan yhtenäisten periaatteiden mukaisesti. Oikeudenmukaisuuteen kuuluu myös, että yksilö saa hoitoa tarpeensa mukaan. Tarve ei välttämättä ole aina helposti tunnistettavissa erilaisista kulttuureista lähtöisin olevien kohdalla. Mm. mielenterveysongelmia peitetään eräissä kulttuureissa enemmän kuin toisissa, ja ne voidaan ilmaista totutusta poikkeavalla tavalla. Siksi ne voivat jäädä tunnistamatta. Pakolaisilla saattaa olla esim. kokemuksia kidutuksesta. Kidutuksen eri muodoista ja niiden pitkäaikaisseurauksista on maassamme harvoilla kokemusta. Suomessa on kuitenkin keskuksia (mm. Kidutettujen kuntoutuskeskus Diakonissalaitoksella), joista terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat saada tukea ja apua toimiessaan näiden potilaiden parissa. Eritysongelmaisten hoidon keskittäminen voi olla järkevää, ellei se ole etäisyyksien vuoksi kohtuutonta.

Suomeen tulevia maahanmuuttajia kohdellaan jo lähtökohtaisesti eri tavoin. Ns. pakolaistasuoksella maahamme muuttaville on turvattu terveydenhuollon toimenpiteitä ja tutkimuksia, joihin muulla statussilla maahan tulevilla voi olla myös tarvetta (esim. infektioiden hoito, rokotukset). Kiintiöpakolaisten terveystarkastuksilla on pyritty tunnistamaan ja hoitamaan potilaita, joilla on sellaisia hoidettavia tauteja, jotka ovat yleisiä alueille, joista pakolaisia on Suomeen tullut (mm. tuberkuloosi). Muuta kautta Suomeen tuleville tarkastuksia tehdään vain, jos tutkittavalla on oireita, ja jos hän osaa hakeutua tutkimuksiin. Heillä voi olla kuitenkin myös hoidettavissa olevia terveysongelmia. Suomessa he ovat oikeutettuja ehkäiseviin palveluihin kuten rokotuksiin, neuvolatarkastuksiin jne. Tiedon jakaminen helposti ymmärrettävässä muodossa on olennaista, jotta Suomessa asuvat osaavat hakeutua tarvitsemiinsa palveluihin.

Keskeinen eettinen kysymys monikulttuurisuudessa on rajankäynti hyväksyttävien ja kiellettyjen, tarkoituksenmukaisten ja ei-tarkoituksenmukaisten käytäntöjen välillä. Rajat sille, mitä suomalaisessa terveydenhuollossa pidetään hyväksyttävänä, mitä voidaan ym-

märtää ja sulattaa toimintakulttuuriin ja mitä on jätettävä sen ulkopuolelle lähtevät avoimesta keskustelusta. Keskustelussa on ennakkoluulottomasti ja yhdenvertaisesti tarkastettava sekä epätarkoituksenmukaisia suomalaiseseen kulttuuriin liittyviä että muualta tulevia käytäntöjä.

Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri

Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen on jokaisen terveydenhuollossa toimivan oikeus ja velvollisuus. Monikulttuurisessa terveydenhuollon kohtaamisessa tarvitaan ennen kaikkia ennakkoluulottomuutta, herkkyyttä ja ymmärrystä sekä vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksia. Eri alojen ammattilaisten on tärkeää tunkea ja tunnustaa toistensa taidot. Muualla koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt tarvitsevat myös tukea työyhteisöltään esimerkiksi terveydenhuollon toimintaa koskevien säännösten hallinnassa sekä myös tietoa suomalaisten arvomaailmassa tärkeistä asioista. Ongelmien ja ristiriitojen selvittely edistävät työyhteisön hyvinvointia ja tyytyväisyyttä ja palvelevat siten potilaan hyväksi tehtävän työn onnistumista.

Yhteistyö ja keskinäinen arvonanto

Terveydenhuollossa tarvitaan yhteistyötä sekä yksilöiden että yhteisön hyvän saavuttamiseksi ja optimoimiseksi. Eri toimijoiden välillä tarvitaan vuorovaikutusta ja saumaton työnjako. Jotta potilaat voisivat huolehtia omasta terveydestään ja hakeutua tarvitsemansa hoitoon he tarvitsevat tietoa terveydenhuollon mahdollisuuksista jo ennen kuin he tarvitsevat terveydenhuollon palveluita. He tarvitsevat tietoa myös sairauksien ennalta ehkäisystä. Lasten ja nuorten kotouttamisessa maahamme neuvolat, kouluterveydenhuolto ja nuorisopoliklinikat ovat tärkeitä toimijoita. Kielen opetuksessa sekä yhteiskunnan palveluista tiedottamisessa keskeisessä asemassa ovat mm. kuntien opetus- ja työvoimaviranomaiset. Valtakunnallinen ohjaus ja kansallinen koordinaatio lienee yhä tärkeämpää tulevaisuudessa maahanmuuttajaväestön kansainvälistyessä.

Suomalaiset eivät ole monikulttuurisuuskysymyksessä vain antava osapuoli ja palveluiden tarjoaja. Muista kulttuureista ja elinympäristöistä Suomeen tulevat ihmiset opettavat suomalaisille yhteisöllisyyttä ja tuovat yhteisöjen ja yhteiskunnan arvokeskusteluun uusia näkökulmia. Muualta tulevat voivat rikastuttaa terveydenhuollon työyhteisöä ja työvoimaa ja helpottaa monista kulttuureista lähtöisin olevien potilaiden ymmärtämistä, kohtaamista ja hoitamista. Toiseuden ja erilaisuuden positiiviset ja negatiiviset vaikutukset on hyvä tunkea ja tunnistaa.

Mitä paremmin yhteistyö ja keskinäinen arvonanto terveydenhuollossa toteutuu, sitä inhimillisempää ja parempaa ovat hoito ja sen tulokset. Se on kaikkien yhteinen etu.

Kirjallisuutta

Lainsäädäntö + kv sopimukset

Suomen perustuslaki 731/1999

Ulkomaalaislaki 301/2004

Ulkomaalaisasetus 142/1994

Laki maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta 493/1999

Yhdenvertaisuuslaki 21/2004

Kansalaisuuslaki 359/2003

Valtioneuvoston asetus kansalaisuudesta 799/2004

Lapsen oikeuksia koskeva yleissopimus (SopS 60/1991)

Euroopan Neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi (sopS 18-19/1990, 86/1998)

Hyödyllisiä linkkejä:

Valtionhallinto:

- Työministeriö: www.mol.fi

- Ulkomaalaisvirasto: www.uvi.fi

- Valtionvarainministeriö: www.suomi.fi/suomi/maahan-_ja_maastamuutto/

Kansalaisjärjestöjä:

- Pakolaisneuvonta ry. Lisätietoja: www.pakolaisneuvonta.fi

- YK:n pakolaisapu. Lisätietoja: www.unhcr.ch

- Amnesty International. Lisätietoja: www.amnesty.fi

- Ihmisoikeusliitto. Lisätietoja: www.ihmisoikeusliitto.fi

- Suomen Pakolaisapu. Lisätietoja www.pakolaisapu.fi

- Infopankki: Helsingin kaupungin ylläpitämä informaatio sivusto maahanmuuttajille. Lisätietoja: www.infopankki.fi

Piktogrammiopas lääkeneuvontaan: Apteekkien koulutus- ja tiedotussäätiö.



Valtakunnallinen terveydenhuollon
eettinen neuvottelukunta (ETENE)

MONIKULTTUURISUUS TERVEYDENHUOLLOSSA

Aika: 17.8.2004 klo 9.30 – 16.00

Paikka: Sosiaali- ja terveysministeriö, kokoushuone Meritulli, Meritullinkatu 8,
Helsinki

Läsnä: ETENE:n jäsenet ja varajäsenet
kutsutut asiantuntijat

OHJELMA:

- 9.00 – 9.30 Ilmoittautuminen ja kahvi
- 9.30 – 9.45 Seminaarin avaus
ETENE:n pj Paula Kokkonen
- 9.45 – 10.30 Monikulttuurisuus suomalaisessa terveydenhuollossa.
ETENE:n selvitys. Korkeakouluharjoittelija Sari Ahonen
- 10.30 – 11.15 Terveydenhuollon ammattihenkilönä vieraan kulttuurin edustaja:
AMK kätilö, terveydenhoitaja Batulo Essak, Vantaa
- 11.15 – 11.45 Terveydenhuollon asiakkaana vieraan kulttuurin edustaja
Suunnittelija Mohsen Tavassoli, Helsingin seudun
asioimistulkkipalveluskeskus
- 11.45 – 12.00 Keskustelua
- 12.00 – 13.00 LOUNAS
- 13.00–14.15 Ihanteet ja arki: terveys - sairaus, yhteisö - yksilökäsityksistä eri
kulttuureissa.
Projektipäällikkö, FT Marja Tiilikainen, Ihmisoikeusliitto
Pääsihteeri Sarita Friman-Korpela, Romaniasiaain neuvottelukunta
Kommenttipuheenvuoro: maahanmuuttajaneuvoja Inna Lankinen,
Helsingin kaupunki
- 14.15 – 15.15 Kouluttajan ja opiskelijan näkökulma.
Lehtori Kyösti Voima, Diakonia- Ammattikorkeakoulu
sairaanhoitaja Rose Opudo, Laakson sairaala
- 15.15 – 16.00 Miten kulttuurien kohtaamista voisi edistää? – Loppukeskustelu



KESÄSEMINAARI

Aika 17.8.2004 klo 9-16
Paikka Kokoushuone Meritulli, STM, Helsinki
Läsnä: Paula Kokkonen, puheenjohtaja (1§), Leena Niinistö, varapuheenjohtaja

Jäsenet ja varajäsenet: Jyrki Pinomaa, Markku Lehto, Timo Keistinen, Vuokko Rauhala, Anne Boström, Pirkko Lahti, Esko Alhava, Marjatta Blanco Sequeiros, Aira Pihlainen, Hannu Hausen, Kalle Mäki, Jaana Kaleva-Kerola, Irma Pahlman, Merja Nikkonen, Pekka Louhiala, Sirkku Eho, Sirpa Asko-Seljavaara.

Alustajat ja muut: AMK kättilö, terveydenhoitaja Batulo Essak, Vantaa, suunnittelija Mohsen Tavassoli, Helsingin seudun asioimistulkikeskus, projektipäällikkö, FT Marja Tiilikainen, Ihmisoikeusliitto (x), pääsihteeri Sarita Friman-Korpela, Romaniasiain neuvottelukunta, korkeakouluharjoittelija Outi Salmela, Romaniasiain neuvottelukunta, maahanmuuttajaneuvoja Inna Lankinen, Helsingin kaupunki, maahanmuuttajaneuvoja Mohamed Abdullahi, Helsingin kaupunki, lehtori Kyösti Voima, Diakonia-Ammattikorkeakoulu, sairaanhoitaja Rose Opudo, Laakson sairaala.

ETENE: Nina Lindqvist-Wheatley, osastosihteeri, Outi Kontinen, TUKIJA:n jaosto-sihteeri, Ritva Halila, pääsihteeri, Sari Ahonen, korkeakouluharjoittelija.

1 Seminaarin avaus

ETENE:n puheenjohtaja Paula Kokkonen avasi kokouksen ja toivotti ETENE:n jäsenet ja varajäsenet sekä alustajat tervetulleiksi seminaariin. Paula Kokkonen viittasi puheessaan Suomen allekirjoittamiin ihmisoikeussopimuksiin ja kansainvälistymiskehitykseen. Suomi on ollut aktiivisesti mukana ihmisoikeustyössä erityisesti Euroopan Neuvostossa. Myös biolääketiedesopimuksen syntysanat lausuttiin aikanaan Helsingissä Euroopan neuvoston bioetiikkakomitean kokouksessa.

2 Monikulttuurisuus suomalaisessa terveydenhuollossa: Kirjallisuuskatsaus

Sari Ahonen on koontanut kesän 2004 aikana kirjallisuuskatsauksen monikulttuurisuudesta erityisesti terveydenhuollossa. Hän totesi aluksi seminaarin aiheen olevan hyvin ajankohtaisen viitaten mm. Helsingin Sanomien kuukausiliitteen kirjoitukseen. Kirjallisuuskatsauksessa on tilastotietoa Suomen ulkomaalaisväestöstä, etnisistä vähemmistöistä sekä tietoa tutkimuksista joissa käsiteltiin aihetta, asenteita sekä kokemuksia suomalaisista ja ulkomaalaisista. Suomessa on asunut pitkään omia suomalaisia etnisiä vähemmistöjä, mutta ulkomaalaisväestön ja samalla vieraiden kulttuurien edustajien määrä lisääntyi selvästi vasta 1990-luvulla. Monikulttuurisuuden käsitteenä syntyi ja sitä alettiin käyttää vasta 1990-luvun alkupuolella tutkittaessa. Jos monikulttuurisuuden käsitteeseen kuuluu erilaisten kulttuurien läsnäolo sekä erilaisuuden hyväksyminen ja sietäminen, voidaan Suomessa puhua monikulttuurisuudesta kuitenkin vasta 1990-luvulta lähtien. Kuitenkin kirjallisuuskatsaukseen otettiin mukaan myös romanit ja heihin kohdistuvan assimilaatiopolitiikan ilmiöt. Kansainväliset ihmisoikeussopimukset sekä Suomen perusoikeus uudistus ovat vauhdittaneet ihmisoikeuslähtöistä ajattelua, mutta edelleenkin sekä Suomessa että kaikissa muissakin

tutkituissa maissa on olemassa kirjallisuuskatsauksessa mainittu ja selitetty etninen hierarkia. Tulevaisuudessa terveydenhuollon työvoimapula haastaa pohtimaan, miten Suomi ja suomalaiset suhtautuvat meillä kansainvälistymiseen, kasvavaan ulkomaalaisväestöön ja meille vieraisiin kulttuuriin erityispiirteisiin.

Kirjallisuuskatsaus herätti paljon keskustelua. Katsaukseen toivottiin enemmän vielä kirjallisuusviitteitä, ja keskustelussa nostettiin esiin myös Suomen historia ja suurvaltapolitiikka erityisesti 1800- ja 1900-luvuilla. Ruotsin ja Venäjän vallan aikaan suomalaisia assimiloitiin ruotsalaisiksi ja venäläisiksi siinä onnistumatta. Suomessa sivistyneistö oli tällöin varsin monikulttuurista, vaikkakin lukumääräisesti ulkomaalaisia ei Suomessa ollutkaan yhtä paljon kuin nykyisin.

Sekä kirjallisuuskatsauksen teossa että muualla ongelmana on käsitteiden hajanaisuus ja täsmentymättömyys, jolloin samoilla termeillä on eri julkaisuissa eri merkitys. Kirjallinen materiaali perustui ministeriön informaation avulla tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen, mikä on voinut vaikuttaa siihen että yliopistojen ja korkeakoulujen omia julkaisuja ei ole haussa löytynyt, ja ajanpuutteen vuoksi kaikkea materiaalia ei ole voitu ottaa mukaan katsaukseen.

3 Terveydenhuollon ammattihenkilönä vieraan kulttuurin edustaja

Kättilö Batulo Essak tuli Suomeen Moskovasta turvapaikanhakijana vuonna 1991. Hän aloitti pian maahamme tulon jälkeen suomen kielen opiskelun ja pääsi sairaalaan töihin. Ennen Suomeen tuloaan hän oli valmistunut kättilöksi Moskovassa, mutta sai laillistuksen myös Suomessa 1995 jatkokoulutuksen jälkeen ja on työskennellyt aluksi sairaalassa, sittemmin neuvolassa ja projektityössä. Keväällä 2004 hän valmistui terveydenhoitajaksi. Vastaanotto hänen mukaansa on ollut koko ajan hyvä, koska maahanmuuttajat ovat tarvinneet omakielisiä palveluita ja Batulo Essakin kielitaito on laaja.

Alustuksessaan Baluto Essak pohti eroja Suomen ja Somalian välillä terveydenhuollossa. Somaliassa suvun läsnäolo ja huolenpito on tärkeää, vanhempien kunnioitus normi. Ihmiset ovat sitkeitä, positiivisia ja toiveikkaita.

Ongelmia somaleille terveydenhuollossa tuottavat mm. erilainen perhe- ja yhteistyömalli sekä kieli- ja kommunikaatiovaikeudet. Somaliassa perhe on mukana kaikissa asioissa arjessa. Somaleilla terveystieto on myös puutteellista ja heillä on erilainen tapa neuvotella terveyteen ja perheeseen liittyvistä asioista, erilainen aikakäsitys ja ajankäyttö. 10 vuotta sitten terveydenhuollossa ei ollut vielä valmiuksia erilaisuuden ja traumaattisten kokemusten kohtaamiseen, joita somalit olivat kokeneet ennen Suomeen tuloaan kotimaassaan. Mielenterveysongelmat jäävät usein tunnistamatta kulttuurierojen ja kommunikaatio-ongelmien vuoksi. Uudessa ympäristössä nuoreksi ja aikuiseksi kasvaminen aiheuttaa myös ristiriitoja vanhempien kanssa eikä nuorille löydy tarpeeksi erityispalveluja. Positiivisia asioita taas ovat terveydenhuollon maksuttomuus sekä asian-tuntemus, ammattitaito ja laadunvalvonta, potilaiden yhdenvertainen kohtelu sekä hyvät koulutusmahdollisuudet. Somalinaisten keskinäiset verkostot tukevat tiedonkulkua.

Työyhteisöt ovat erilaisia, syrjintää voi kokea monin eri perustein, myös monien muiden syiden kuin ihonvärin perusteella. Hänen oman kokemuksen mukaan rassistiset käyttäytymismallit voi usein kumota omalla asenteella. Kielitaito ja monikulttuurinen tausta on hyödyksi, niitä tarvitaan ja arvostetaan. Työkielen ja –kulttuurin tunteminen on tärkeää, ja sen oppimiseen on tehtävä paljon työtä.

Ihminen on kaikkialla samanlainen, ihmisen perustarpeet samat. Somaleilta suomalaiset voivat oppia yhteisöllisyyttä, yhteistä, ylikansallisesti verkottunutta vastuunkantoa ja talkoohenkeä, yritteliäisyyttä ja kekseliäisyyttä sekä uskoa tulevaisuuteen. Ulkomaalaisen on oltava muita rohkeampi, reippaampi, avoimempi, uteliaampi, myönteisempi päästäkseen mukaan työyhteisöön ja toimintaan. Ensimmäinen askel ulkomaalaiselle on lähteä mukaan. Batulo Essakin mukaan suomalaiset ovat paljon monikulttuurisempia kuin luullaan, monet ovat työskennelleet ulkomailla, ja

nuoristakin monet ovat kasvaneet ainakin osan ajasta ulkomailla

4 Terveysthuollon asiakkaana vieraan kulttuurin edustaja

Suunnittelija Mohsen Tavassoli Helsingin seudun asioimistulkkipikeskuksesta tuli Suomeen pakolaisena 1990-luvun alussa Iranista. Hän kertoi asiakkaan näkökulmasta sekä tulkin tehtävistä ja merkityksestä terveydenhuollossa, kun asiakkaana on vieraan kulttuurin edustaja. Moshen Tavassoli on itse tullut Suomeen osin sattumalta, samoin kuin monet muut pakolaiset. Hänellä oli vahva vieraiden kielten taito (mm. ranska) tullessaan Suomeen, joten hän koulutautui tämän vuoksi asioimistulkiksi. Asioimistulkkien koulutuksessa on tärkeää paitsi kielen myös kulttuurin käsitteiden opettelu.

Suomessa on nykyisin n. 30 000 ulkomaan kansalaista, näistä 20-22 % on pakolaisia. Tähän määrään kuuluu ihmisiä eri olosuhteista ja lähtökohdista. Tulkkaus auttaa vieraskielistä arjen asioissa sekä myös selkiyttämään käsitteistön eroavaisuuksia. Kulttuurieroavaisuudet vaikuttavat esim. psykologisissa testeissä suoriutumisessa, mikäli käsitteisiin ei kiinnitetä riittävästi huomiota. Väärinymmärryksistä erilaisissa tilanteissa saattaa syntyä suuria ja pitkäaikaisia konflikteja, ja asioimistulkin käyttäminen näissä tilanteissa voi paitsi helpottaa olla aivan välttämätöntä toimenpiteen suorittamiseksi. Usein asiat myös hoituvat helpommin, jos ihmiset ymmärtävät toisiaan.

Tulkeilla on oma ammattisäännöstö, joissa painotetaan vaitiolovelvollisuutta, tietojen oikeaa käyttöä, ammattitaitoa, puolueettomuutta ja riippumattomuutta. Suomen lainsäädännön mukaan jokaisella on oikeus käyttää omaa kieltään ja tulla kuulluksi omalla kielellään erityisesti asioissa jotka koskevat häntä itseään ja hänen etujaan. Lainsäädännössä on säännöksiä tulkkauksesta mm. kielilaisissa, hallintolaisissa, potilaslaissa sekä sosiaalihuollon asiakaslaissa. Asioimistulkkeja tarvitaan ja käytetään paljon erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa.

5 Ihanteet ja arki: terveys - sairaus, yhteisö - yksilökäsitteistä eri kulttuureissa

Projektipäällikkö, FT Marja Tiilikainen Ihmisoikeusliitosta väitteli syksyllä 2003 filosofian tohtoriksi tutkimalla somalilaisien elämää Suomessa. Somalit ovat edelleenkin suurin yksittäinen pakolaisryhmä ja afrikkalaisryhmä Suomessa. Somalien kautta suomalainen yhteiskunta joutui kohtaamaan uusia perinteitä ja tapoja, sekä suuremmassa mittakaavassa ylipäättään islamin uskonnon. Islamilaisia on nykyisin Suomessa n. 30 000, tataareita on alle tuhat, ja suomalaisia muslimiksi kääntyneitä on n. 500. Somalien tulo Suomeen herätti myös uudenlaisia kysymyksiä ja pohdintoja terveydenhuollossa, mm. liittyen ympärileikkaukseen. Somalit olivat monikulttuurisuuden tienraivaaja, ja somalien tulo Suomeen vaikutti uskonnollisen monimuotoisuuden lisääntymiseen. Ongelmakohtissa on jouduttu pohtimaan, missä määrin toisia tapoja voidaan joustaa, mihin tehdä rajat.

Maahanmuuttajan ja suomalaisten kohtaamisessa Marja Tiilikainen painotti neljää eri näkökohtaa: Terveys, sairaus, ihmiskäsitys, terveydenhuolto sekä myös biolääketiede ovat kulttuurisesti määriteltyjä, myöskin Eurooppa ei ole tässä suhteessa homogeeninen kokonaisuus. Esimerkkinä hän käytti Saksaa ja Ranskaa joissa käytetään terveydenhuollossakin paljon homeopaattista lääkitystä, joita Suomessa ei ole käytössä terveydenhuollossa lainkaan. Sairauden ja sairauksien merkitys kertoo kulttuurin arvoista. Esim. Somaliassa mielenterveyden ongelmat ovat stigmatisoituja, häpeällisiä ja siksi niitä on vaikeaa tunnustaa. Mielenterveys sairauksista kärsivä myös helposti eristetään yhteisöstä. Terveiden ja sairauden käsite ovat myös henkien sävyttämiä. Hulluus nähdään, toisin kuin meillä Suomessa, parantumattomaksi tilaksi. Huolet ja stressi ilmitulevat fyysisinä oireina, joita on helpompi kuvata.

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on rakennettu suomalaisia varten. Suomessa on tärkeitä ajat sekä kirjallinen informaatio. Lääkkeissä on eläinperäisiä valkuaisaineita (esim. eläinperäinen liivate) jota muslimin on vaikeaa hyväksyä. Terveysthuolto on myös hyvin yksilö-

keskeistä, somalialaisessa yhteisössä perheellä on keskeinen merkitys.

Somalialaisessa kulttuurissa oireet kertovat myös paljon muusta kuin sairaudesta, ne imevät itseensä merkityksiä. Puhe oireista viittaa elämän epäjärjestykseen, ristiriitaan tai hajaannukseen, diasporaan. Somalialaisilla on huoli oman maan tapahtumista ja siellä olevista sukulaisista. Oireilla ihminen voi ilmaista kärsimystä josta hän ei muuten pysty puhumaan.

Somalialaisen kohtaaminen nostaa esiin omat stereotyyppiset käsitykset ja ennakkoluulot ja epäluulot jotka joutuu tunnistamaan ja tunnustamaan. Media luo ja pitää myös yllä ennakkoluuloja ja stereotyyppioita. Esimerkkinä hän nosti esiin, että välttämättä musliminaiselle ei kerrota ehkäisystä, vaikka tiedon tarve voi selvitä kysymällä. Ammatillisuus on hyvä muistaa myös vieraan kulttuurin edustajien kanssa. On tärkeää myös ymmärtää miten pakolaisuus ja yhteisöllinen traumakokemus edelleen vaikuttaa arjessa. Suomessa tätä liikaa psykologisoidaan ja yritetään hoitaa yksilöterapialla.

Keskustelussa todettiin, että vaikka meillä potilaita ei rekisteröidä kansallisuuden tai kulttuuri-taustan vaan kansalaisuuden mukaan, mm. sairaskertomuksiin kirjataan usein kulttuurinen tausta. Tämä usein myös auttaa potilaan vaivojen ja oireiden ymmärtämisessä. Kulttuuri ei kuitenkaan ole staattinen tila vaan se rakentuu jatkuvasti. On tärkeää miettiä myös, meneekö toisesta kulttuurista tulevan potilaan oireet vierauden ihmettelyyn vai tunnistetaanko potilaan todelliset oireet.

Pääsihteeri Sarita Friman-Korpela Romaniasiain neuvottelukunnasta kertoi romanien tulleen Suomeen sekä Ruotsin että Baltian maiden kautta jo 1500-luvulla. Romaniväestöllä on oma kieli, ja heillä on perustuslakiin kirjattu oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Myös muuhun lainsäädäntöön on kirjattu romanien oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin. Suomessa asuu n. 10 000 romanian, ja Ruotsin puolella asuu noin 3000 suomalaista romanian. Romaneita on aiemmin syrjitty ja Euroopassa edelleen syrjitään. Suomessa tilanne on parantunut 1900-luvulla, ja Suomi on ollut edelläkävijänä myös Euroopassa romanien elinolosuhteiden parantamisessa.

Romanit käyttävät terveyspalveluita valtaväestöä vähemmän. Romani pitää itseään terveenä, jos hänen sairautensa tai vammansa ei vaikeuta hänen elämäänsä ratkaisevasti. Romaneilla on omat puhtaus- ja häveliäisyystavat, jotka on tärkeää ottaa huomioon terveydenhuollossa. Puhtaus-tavat, jotka koskevat mm. astioiden ja ruuan käsittelyä, pyykinpesua ja eri sukupolvien välistä kanssakäymistä, ovat perua kiertävästä elämäntavasta. Eri ikäiset romanit eivät puhu keskenään sukupuoliasioista, esim. raskauteen liittyvistä asioista. Pääväestöön kuuluvien ihmisten kanssa keskustelu ei ole sopimatonta, mutta koska sukupuoliasioista ei ole puhuttu, voi tilanne olla nuorelle romanille hämmentävä ja hänen on vaikeaa löytää sanoja näille asioille. Suku huolehtii itse sairaistaan ja vammaisistaan, eikä heitä mielellään sijoiteta laitoksiin. Romanin joutuessa sairaalaan lähes koko suku on tukemassa häntä siellä. Hoitohenkilökunta tarvitseeikin erityistä ymmärrystä kohdata romanien tavat. Esim. oman yöpuvun tai liinavaatteiden käyttö tuovat romaneille turvallisuutta ja hoitoa voisi helpottaa jos niiden käyttö voisi olla heille mahdollista.

Maahanmuuttajaneuvoja Inna Lankinen muutti viisi vuotta sitten Suomeen Venäjältä inkeriläisenä paluumuuttajana. Hän työskentelee maahanmuuttajaneuvojana Helsingissä itäisessä suurpiirissä. Maahanmuuttajien neuvontapiste on suomessa EU-kehityshanke. Toiminta vakiintui vuoden 2004 alusta, tilastointia tehty vuoden 2004 ensimmäiseltä vuosipuoliskolta. Pisteessä työskentelee neljä työntekijää.

Maahanmuuttajien neuvontapisteessä koettu maahanmuuttajien suurin ongelma on heiltä puuttuvat perustiedot suomalaisesta yhteiskunnasta sekä se, että maahanmuuttajat eivät ymmärrä heitä koskevan asian sisältöä. 72 % asiakkaista kysyy sosiaaliturvasta, 68 % työoloista, 61 % oleskeluluvasta sekä 21 % terveydenhuollosta. Neuvojat auttavat maahanmuuttajia mm. ajanvarauksessa lääkärille, selvittävät kysymyksiä ja auttavat ymmärtämään päätöksiä ja ohjeita. Osa maahanmuuttajista ei osaa lukea tai kirjoittaa ja siksi kirjalliset hoito-ohjeet jäävät noudattamatta. Tietämättömyys hoitojärjestelmästä on usein ongelma mm. kuntoutuksessa, korvaushakemuksissa tai hoitoon tulossa. Venäjän kielialue koostuu monista kansoista ja nykyisin myös monista valtioista ja niiden osista ja Suomessa myös venäjänkielinen maahanmuuttajaväestö

on kotoisin hyvin monenlaisista kulttuureista, joissa kieli on ainoa yhdistävä tekijä. Entisen Neuvostoliiton terveydenhuoltojärjestelmä oli hyväntasoinen ja kaikille maksuton tai halpa, mikä on muuttunut viime vuosikymmenen aikana. Ikääntyvät ovat kaikista huonoimmassa asemassa. Tämä voi selittää tyytymättömyyttä myös Suomen terveydenhuoltojärjestelmään.

Inna Lankinen näkee suhtautumisessa maahanmuuttajiin myös rakenteellista etnistä hierarkiaa: esimerkkinä tästä on pakolaisten pakollinen lääkärintarkastus, paluumuuttajilla tätä ei ole. Paluumuuttajat jäävätkin helposti monien sosiaali- ja terveydenhuollon etujen ulkopuolelle.

Monet Suomeen muuttavat venäjänkieliset kieltäytyvät tulkista, vaikka sellaista usein tarvittaisiin johtuen mm. Neuvostoliitossa mielenterveysongelmaisten kärsimästä poliittisesta vainosta.

6 Kouluttajan ja opiskelijan näkökulma

Lehtori Kyösti Voima, Diakonia-Ammattikorkeakoulusta kertoi koulunsa monikulttuurisuuskoulutuksesta, joka on sosiaali-, kasvatus- ja terveysalojen (sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat) opiskelijoille pakollista (15 ov). Monikulttuurisuusopinnot sijoittuvat opintojen loppupuolelle. Opintojaksoon kuuluu harjoittelu, 8 vk kotimaassa, 12 vk ulkomailla.

Opintojen keskeinen tavoite on, että opiskelija kykenee kohtaamaan eri kulttuureista tulevia asiakkaita, tunnistaa maailmanlaajuisen köyhyyden ja syrjäytymisen haasteita sekä kehittyä asiakaslähtöisissä ammattikäytännöissä moniammatillisissa ryhmissä. Opinnoissa opiskelija tutustuu kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin sekä niiden merkitykseen, ammattietiikkaan, monikulttuurisuuteen ja Suomen maahanmuuttopolitiikkaan, maasta toiseen muuttavan ihmisen elinolosuhteisiin ja kulttuuriin, uskontoon ym. Terveydenhuollon eriytyvissä opinnoissa monikulttuurisuutta lähestytään naisten, lasten ja nuorten terveyteen liittyvistä kysymyksistä, mm. lapsen odotuksesta, seksuaaliterveydestä, tartuntatautien ehkäisystä, terveyden edistämisestä sekä terveydestä meillä ja muualla. Käytännön harjoittelussa sairaanhoidon opiskelijat ovat pääkaupunkiseudulla naistentautien ja lastentautien yksiköissä, terveydenhuollon opiskelijat äitiys- ja lastenneuvoloissa, joskus kouluterveydenhuollossa. Ulkomailla harjoitusympäristö vaihtelee. EU-maihin ja Suomen lähialueille saa varsin hyvin rahoitusta, kaukaisemmissa kohteissa harjoittelun rahoittaminen on ongelmallista.

Ulkomailla voidaan oppia paljon eri kulttuureista, elämäntavoista, myös eri tavoista toimia terveydenhuollossa. Haasteina ovat tavoitteita ja sisältöjä riittävästi palvelevien kohteiden valinta ja turvallisuus, opiskelijoiden valinta, sekä etukäteisvalmennus, ohjaus ja tuki. On tärkeää reflektoida jälkikäteen kokemusta ulkomailla ja sitä kautta kasvattaa kansainvälinen harjoittelu osaksi ammattillista osaamista.

Kyösti Voima nosti keskusteluun kysymyksen, miten monikulttuurisuusopetus vastaa nykyelämän tarpeisiin ja terveydenhuollon asiakkaiden tarpeisiin.

Sairaanhoitaja Rose Opudo Laakson sairaalasta kertoi tulleen Suomeen viisi vuotta sitten. Hän opetteli ensimmäisen vuoden aikana suomen kielen, sen jälkeen hän on valmistunut sairaanhoitajaksi Helsingissä ammattikorkeakoulun kansainvälisellä koulutuslinjalla. Opiskelussaan hänellä ei ollut ongelmia osittain ehkä hyvän suomen kielen taidon vuoksi. Myös harjoittelupaikassa suomen kielen hallinnasta on ollut hyötyä, koska hän samalla on voinut paremmin tutustua työ-kulttuuriin. Hän pääsi töihin pian valmistumisensa jälkeen. Hän on kokenut aluksi vierastamista, mutta oman avoimen ja positiivisen suhtautumisensa avulla hän on sekä sopeutunut hyvin työ-yhteisöön että rakentanut luottamuksen potilaisiin ja heidän omaisiinsa.

Rose Opudo painotti kulttuurisen tietoisuuden tärkeyttä, sitä, että ihminen oppii tuntemaan oman kulttuurinsa ja ymmärtämään toisia.

7 Loppukeskustelu: Miten kulttuurien kohtaamista voisi edistää ?

Keskustelu kulttuurien kohtaamisesta jäi aikataulusyistä vähäiseksi, osittain siksi että keskustelua käytiin jo alustusten yhteydessä. Suomi kansainvälistyy, samoin kuin monet muutkin maat. Terveystenhoito reflektoi asioita yhteiskunnassa. Monikulttuurisuus terveydenhuollossa herättää keskustelua ja haasteita monilta puolilta. Valtakulttuurin muutokset, vähemmistökuulttuurien erityispiirteet, sekä uudet kulttuurit paitsi asiakkailta myös lisääntyvässä määrin työtovereilla tuovat terveydenhuoltoon paitsi uusia vastattavia haasteita myös tarpeen oppia hyväksymään ja sietämään erilaisia tapoja tehdä arjen työtä. On tärkeää tuntea, tietää ja ymmärtää monenlaisten elämäntapojen, toimintatapojen ja perinteiden olemassaolo. Suomalaiset yhteisöt voivat oppia paljon meille tulleilta uusien kulttuurien edustajilta ja maahamme muuttavilta. On kuitenkin tärkeää muistaa, että jokainen terveydenhuoltoon tuleva potilas on yksilö eikä häntä tai hänen tarpeitaan pidä kategorisoida hänen syntyperänsä perusteella.

Terveyspalveluiden käyttäjille pitää antaa tietoa terveyspalvelujärjestelmästä sekä järjestelmän pelisäännöistä, mutta on tärkeää mukauttaa säännöt myös vastaamaan terveydenhuolto- ja palveluiden käyttäjien tarpeita (esim. kirjalliset tai suulliset ohjeet, varausjärjestelmä, tulkit). Toiseuden ja erilaisuuden positiiviset ja negatiiviset puolet on hyvä tietää ja tunnistaa. On tärkeää tuntea maailmassa tapahtuvat muutokset, ja esimerkiksi pakolaisten kohdalla ottaa huomioon ja ymmärtää terveydenhuollon asiakkaan lähtömaan tilanne ja mahdolliset traumaattiset kokemukset ennen Suomeen muuttamista.

Terveydenhuolto heijastaa koko yhteiskuntaa. Sen vahvuus tai heikkous riippuu siitä miten erilaisuutta voidaan ottaa huomioon, miten sitä ymmärretään ja miten hyödynnetään yhteisön kehityksessä. On tärkeää huomata valtakulttuurin ja vähemmistökuulttuurin sekä uusien kulttuurien vaikutus. Terveydenhuolto on työtä ihmisten kanssa.

Perustekijäksi monikulttuurisen yhteiskunnan kehittämisessä ja kehittämisessä nähtiin ihmisyyden. Tähän liittyvät läheisesti ihmisarvo ja sen kunnioitus, tasavertaisuuden puolustaminen sekä monet muutkin terveydenhuollon etiikan keskeiset teemat. Erilaisuus ja sen sieto ovat osa ihmisyyttä yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa.

Keskeinen eettinen kysymys monikulttuurisuudessa on rajankäynti hyväksyttävien ja kiellettyjen, tarkoituksenmukaisten ja ei-tarkoituksenmukaisten käytäntöjen välillä. Ympärileikkauskeskustelu on pieni jäävuoren huippu mutta liittyy vahvasti monikulttuurisuuteen ja sen hyväksymiseen. Arjen käytäntöjä voidaan selvittää paljon keskustelemalla, kuuntelemalla ja huomioimalla toisen kulttuurin edustajaa ja hänen läheisiänsä. Rajat sille, mitä pitää hyväksyä, ymmärtää ja sulauttaa toimintakulttuuriin ja mitä jättää ulkopuolelle lähtee avoimesta keskustelusta.

Leena Niinistö
ETENE:n varapuheenjohtaja

Ritva Halila
Pääsihteeri

MONIKULTTUURISUUS JA SUOMALAINEN TERVEYDENHUOLTO TÄNÄÄN

Johdanto

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on esitellä monikulttuurisuutta suomalaisessa terveydenhuollossa. Katsauksen painopiste on terveydenhuollon kysymyksissä, mutta mukaan on otettu näkökohtia historiallisesta kehityksestä, ajankohtaista tietoa, tilastoja sekä tulevaisuudenkuvia taustoittamaan käsiteltävää aihetta. Nykymittakaavassa monikulttuurisuuden merkitys kasvoi 1990-luvun alussa maahanmuuttajien ja pakolaisten määrän kasvaessa moninkertaiseksi. Ennen tätä Suomi oli väestö- ja kulttuurirakenteeltaan sangen homogeeninen. Ruotsinkieliset ovat olleet yhteiskunnallisesti näkyvä ryhmä, jonka oikeus omaan kieleen ja kulttuuriin on ollut turvattu koko itsenäisyyden ajan. Muiden kansallisten vähemmistöjen asema ei ole ollut yhtä ongelmaton, kuten romaniväestön asemaa kuvaavaa esimerkki tulee osoittamaan.

Monikulttuurisuus käsitteenä edellyttää useiden etnisten ryhmien olemassaoloa sekä vuorovaikutusta ryhmien välillä, mutta ennen kaikkea se edellyttää erilaisuuden ymmärtämistä ja toisten kulttuurien huomioon ottamista. Voidaan kysyä, missä määrin Suomi on monikulttuurinen maa. Vaikka kansainvälistymiskehitys on ollut nopeaa 1990-luvulla ja ulkomaalaisten määrä on kuusinkertaistunut kymmenessä vuodessa, heidän osuutensa Suomen väestöstä oli vuonna 2002 vain 2% (Tilastokeskus 2003a). Kansainvälisesti arvioituna maahanmuuttajia on Suomessa poikkeuksellisen vähän. Maahanmuuttajien nopea määrällinen lisääntyminen on kuitenkin merkinnyt melkoista haastetta suomalaiselle yhteiskunnalle. Vieraiden kulttuurien kohtaaminen ei aina suju ongelmitta. Tässä kirjallisuuskatsauksessa keskitytään ensisijaisesti tarkastelemaan 1990-luvun alun jälkeistä aikaa. Tutkimukset joihin katsauksessa viitataan keskittyvät pääsääntöisesti tähän aikaan. Saatavilla oleva tutkimusmateriaali on toistaiseksi ollut vähäistä ja haastatteluotokset pieniä. Monikulttuurisuuden tutkimus Suomessa on kuitenkin vilkasta ja tuloksia julkaistaneen laajasti lähivuosina, vaikka tutkimus mm. kieli- ja kulttuurierojen vuoksi ei ole ollut ongelmattonta.

Monikulttuurisuus teoriassa ja käytännössä

Teoreettiset lähtökohdat

Monikulttuurisuus sekä siihen liittyvät aiheet kuten rasismi ja etninen identiteetti herättävät paljon poliittisia intohimoja. Keskustelijat eivät välttämättä ole perehtyneet ilmiöihin ja niistä tehtyihin selvityksiin. (Liebkind 2000.) Esittelen aluksi ihmisoikeusajattelua ja sen merkitystä mm. etnisten vähemmistöjen aseman parantamisessa toisen maailman sodan jälkeen. Sen jälkeen esittelen akkulturaatioteoriaa ja siihen liittyviä luokittelutapoja. Lopuksi yhdistän nämä kaksi hahmottamistapaa ja käytännön esimerkin avulla osoitan, kuinka näiden avulla on mahdollista jäsentää ja ymmärtää myös monikulttuurisuutta.

Ihmisoikeusajattelu lainsäädännön taustalla

Monikulttuurisuuden ympärillä käyty eettinen keskustelu kiinnittyy nykyään voimakkaasti ihmisoikeusajatteluun ja sen filosofisiin lähtökohtiin. Nykyisen ihmisoikeusajattelun juuret ovat 1600-luvun liberalismissa, mutta aineksia ihmisoikeusajattelusta esiintyy kaikissa suurissa maailmanuskonnoissa. John Locke (1632 – 1704) pidetään yhtenä ihmisoikeusajattelun merkittävimmistä kehittäjistä.

Ihmisoikeusajattelu kansainvälistyi YK:n hyväksyessä ihmisoikeuksien julistuksen joulukuussa 1948. Etnisten ja mielipideryhmien vainon tultua julki Euroopassa haluttiin vastaavat tapahtumat estää kansainvälisin sopimuksin. Ihmisoikeuksille on tunnusomaisista yleisyys, luovuttamattomuus ja perustavanlaatuisuus. Yleisyys tarkoittaa, että oikeudet koskevat kaikkia ihonväriin, rotuun, sukupuoleen tai yhteiskunnalliseen asemaan katsomatta. Toisaalta yleisyydellä viitataan myös yleismaailmallisuuteen; oikeudet ovat samat kaikkialla maailmassa. Luovuttamattomuus puolestaan tarkoittaa, että ihmisellä on luonnollisia eli synnynnäisiä oikeuksia, joita ei voi ottaa pois. Esimerkiksi orjuuttaminen on kielletty tällä perusteella. Kolmas tunnusmerkki eli perustavanlaatuisuus tarkoittaa, että oikeuksien piiriin katsotaan kuuluvan vain tärkeinä pidetyt oikeudet. Ihmisoikeusjulistuksessa mainitaan yhdenvertaisuus, kansalais- ja vapausoikeudet, poliittiset oikeudet sekä taloudelliset, sosiaaliset ja sivistykselliset oikeudet. (Tarkempaa tietoa ihmisoikeuksista sekä YK:n ihmisoikeuksienjulistuksesta löytyy mm. seuraavista osoitteista www.ihmisoikeudet.net, www.ykliitto.fi, www.ihmisoikeusliitto.fi sekä www.formin.finland.fi)

YK:n ihmisoikeusjulistuksen jälkeen lisäksi Suomi on allekirjoittanut noin 40 kansainvälistä ihmisoikeussopimusta, kuten pakolaisten asemaa koskevan yleissopimuksen, kaikkinaisen rotusyrjinnän poistamista koskevan sopimuksen, taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan yleissopimuksen, kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan yleissopimuksen, kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskevan yleissopimuksen sekä yleissopimuksen lasten oikeuksista. Vasta Euroopan neuvostoon liittymisen jälkeen lainsäädäntömme on harmonisoitu vastaamaan kansainvälisiä ihmisoikeussopimuksia. Hyvänä esimerkkinä tästä on vuonna 1995 voimaan tullut perusoikeusuudistus, jonka myötä Suomea sitovien ihmisoikeussopimusten asema ja merkitys maamme oikeusjärjestelmässä vahvistui.

Kansainvälisten ja kansallisten sopimusten ja lakien ohella myös monet muut merkittävät asiakirjat ohjaavat keskustelua etnisten vähemmistöjen ja maahanmuuttajien oikeuksista ja velvollisuuksista. Perustuslakimme takaa omille etnisille vähemmistöille ja maahanmuuttajille oikeuden elää oman kulttuurinsa mukaan. Toinen tärkeä asiakirja maahanmuuttajien terveystalvelujen laadun tarkastelun kannalta on Suomen hallituksen maahanmuutto- ja pakolaispoliittinen ohjelma vuodelta 1997. (Sisäasiainministeriö 1997:5) Eduskunta hyväksyi sen pohjalta vuonna 1999 lain maahanmuuttajien kotouttamisesta ja turvapaikanhakijoiden vastaanotosta. Ohjelmassa ja laissa määritellään perusoikeuksien pohjalta maahanmuuttajien oikeudet ja velvollisuudet ja todetaan niiden olevan samoja kuin suomalaisten. (Taavela 1999.)

Ihmisoikeusajattelu on lainsäädännön perusta, ja se ohjaa mm. tuomioistuinten ja terveydenhuollon toimintaa. Eri kulttuuriyhteisöissä mm. yksilö- ja yhteisökäsitykset vaihtelevat, ja siksi syntyy joskus jopa lähtökohtaisia näkemuseroja. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa on tärkeää kuunnella eriäviä näkemyksiä ja pyrkiä ymmärtämään niiden filosofisia lähtökohtia. Seuraavaksi siirrytään tarkastelemaan, mitä erilaisuuden kohtaaminen

käytännössä tarkoittaa. Mitä todella tapahtuu, kun erilaiset ihonvärit, koulutustasot, ajattelutavat ja kulttuurit kohtaavat?

Akkulturaatioteoriaa: Miten erilaisuuteen voidaan suhtautua?

Akkulturaatiolla tarkoitetaan kulttuurin muutosta, joka syntyy eri kulttuurien kohtaamisessa. Akkulturaatio voidaan ymmärtää joko tilana tai prosessina. Prosessina akkulturaatio merkitsee ajan kuluessa tapahtuvia muutoksia ihmisten uskomuksissa, arvoissa, asenteissa, käyttäytymisessä, tunteissa sekä samaistumiskuvioissa. Tilana tarkasteltaessa mitataan akkulturaation astetta, joka ilmenee yksilön käyttäytymisenä, tunteina ja asenteina tietyllä hetkellä. Viimeksi mainittu näkemys on yleisin akkulturaation hahmotustapa. (Liebkind 2000.)

Yksi keskeisimmistä tekijöistä akkulturaatioprosessissa on valtion ja valtaväestön suhtautuminen kulttuuriin vähemmistöihin tai maahanmuuttajiin. Suhtautumistavan valinta tapahtuu seuraavien kysymysten kautta: Halutaanko vähemmistöjen tai maahanmuuttajien kulttuuri säilyttää osittain tai kokonaan ja tuetaanko valtion/valtaväestön toimesta vähemmistökulttuurien tai maahanmuuttajien yhteyksiä valtakulttuuriin. Vastausten perustella syntyy neljä vaihtoehtoista suhtautumistapaa: kotoutuminen, sulauttaminen, eristäminen ja karkottaminen/kansanmurha. (Taavela 1999.)

Kulttuuriset vähemmistöt ja maahanmuuttajat määrittävät myös oman suhtautumisen valtioon ja valtakulttuuriin. He arvioivat, haluavatko he säilyttää oman kulttuurinsa ja haluavatko he pitää kiinteät suhteet valtakulttuuriin. Ääripäissään tämä tarkoittaa joko oman kulttuurin täydellistä hylkäämistä tai oman kulttuurin säilyttämistä koskemattomana. (Liebkind 2000.) Seuraavaksi esitellään lyhyesti kaikki suuntautumisvaihtoehdot.

Kotouttamisessa valtio pyrkii suunniteltujen toimenpiteiden avulla kannustamaan maahanmuuttajia omaksumaan valtakulttuurin arvoja, normeja ja toimintatapoja ja toisaalta säilyttämään aineksia omasta kulttuuristaan. Tavoitteena on kaksikulttuurisuus eli yksilön *sopeutuminen* ja integroituminen yhteiskuntaan omaa kulttuuriperimäänsä säilyttäen.

Monikulttuurisesta yhteiskunnassa eri väestöryhmillä on oma kulttuuri, yhteiset poliittiset intressit ja kyky esittää vaatimuksia yhteiskunnalle. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa valtio myös tukee etnisiä ryhmiä oman kulttuurinsa ja identiteettinsä säilyttämisessä. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa ihmisryhmät elävät sovussa kulttuuri-eroista huolimatta.

Eristäytymisessä yksilö haluaa säilyttää oman kulttuurinsa kokonaan, kehittää sitä ja välttää yhteydenpitoa valtakulttuuriin. Sopeutuminen yhteiskuntaan on tällöin vaikeaa. Valtion tai valtaväestön pyrkiessä tietoisesti sijoittamaan maahanmuuttajat tai etniset ryhmät omille asuinalueilleen, kouluihin, ammatteihin ja palvelujärjestelmiin puhutaan *eristämisestä*. Maahanmuuttajien eristämistä harjoitetaan varsinkin huonosti erilaisuutta suvaitsevilla maissa.

Sulautumisessa (assimilaatio) yksilö hylkää kulttuurinsa ja omaksuu uuden. Valtio voi sulauttaa vähemmistön jäseniä mm. heikentämällä heidän yhteenkuuluvuuttaan irrottamalla heidät ryhmistään ja liittämällä pakolla enemmistöön.

Kulttuurittomuus (marginalisaatio) mahdollistuu maahanmuuttajan torjuessa sekä lähtömaansa että kohdemaansa valtakulttuurin, jolloin hän ei kuulu kumpaankaan. Valtion harjoittaessa marginalisaatiota näitä väestönosia vainotaan karkotusten ja murhien avulla. (Taavela 1999)

Haluavatko maahanmuuttajat säilyttää kulttuurinsa?
Tukeeko valtio maahanmuuttajien kulttuurin säilymistä?

		Kyllä	Ei
Haluavatko maahanmuuttajat pitää kiinteät suhteet valtakulttuuriin? Haluaako valtio tukea maahanmuuttajien yhteyksiä valtakulttuuriin?	Kyllä	Yksilö: Sopeutuminen, Integraatio, kotoutuminen Valtio: Kotouttaminen	Yksilö: Sulautuminen, Assimilaatio Valtio: Sulauttaminen
	Ei	Yksilö: Eristäytyminen Hylkääminen Valtio: Eristäminen	Yksilö: kulttuurittomuus Marginalisaatio Valtio: Karkottaminen, kansanmurha

Kuvio1. Maahanmuuttajien tavat sopeutua ja valtioiden keinot sopeuttaa heidät uuteen kulttuuriin.(Taavela 1999.)

Tästä suhtautumisvaihtoehtoluokituksesta voi olla hyötyä kun pohditaan, miten meidän pitäisi suhtautua vähemmistöryhmiin ja maahanmuuttajiin, tai mikä on meidän tämänhetkinen suhtautumistapamme. Jaottelu auttaa myös arvioimaan, missä määrin Suomi on monikulttuurinen maa. Jaottelusta voi olla hyötyä myös terveydenhuollossa kohdattaessa vähemmistökulttuurien ja maahanmuuttajaryhmien edustajia ja arvioitaessa, ovatko he eristäytyneitä, sulautumassa vai integroitumassa yhteiskuntaan; ja mihin vaihtoehtoon heitä pitäisi tukea sekä mihin heitä ohjataan. Jaottelu toimii taustana seuraavassa esimerkissä.

Monikulttuurisuus käytännössä - esimerkkinä Suomen romanit

Nykytilanteen ymmärtämiseksi on mielekästä luoda silmäys Suomen historiaan ja tarkastella, miten omiin etnisiin vähemmistöihin on suhtauduttu. Tuon seuraavaksi esiin näkökulman, jonka mukaan etnisten vähemmistöjen edustajia on pyritty sulauttamaan osaksi valtaväestöä aina 1900-luvun loppupuolelle asti (STM 1999:9). Esimerkissä keskitytään Suomen romanien asemaan, sillä muiden vähemmistöjen assimiloinnista on vaikea saada tietoa. Kirjallisuushaussa sanalla assimilaatio ei löytynyt asiaa käsittelevää kirjallisuutta.

Assimilaation aikakausi

Romaniväestö saapui Suomeen 1500-luvulla sekä idästä että lännestä. Valtaväestö suhtautui uuteen maahanmuuttajaryhmään alusta asti kylmäkiskoisesti. Romanit herättivät ulkonäöllään ja elämäntavallaan voimakkaita reaktioita jopa siinä määrin, että valtio pyrki karkottamaan heidät maasta. 1637 voimaan tulleen hirttolain nojalla karkottamiskäskyä rikkoneen romanin sai tappa. Melko nopeasti asenteet muuttuivat kuitenkin suopeammaksi ja karkottamisen sijasta siirryttiin harjoittamaan assimilaatiopolitiikkaa. (STM 1999:9.)

Pietari Brahen määräyksestä 1660-luvulla romaneja siirrettiin suomalaisten ohella asuttamaan erämaita itärajan tuntumassa. Tavoitteena oli saada romaniväestö asettumaan

aloilleen ja sittemmin myös suojelemaan ja puolustamaan asuttamiaan alueita Venäjää vastaan. Brahen mittava asuttamisprojekti onnistui valtaväestön voimin edesauttamaan valtion laajentumispyrkimyksiä ja uuden itärajan vakiinnuttamista, mutta se ei tuottanut toivottavaa tulosta romaniväestön assimiloimisessa - huolimatta hirtto-, karkotus- ja pakko-työmääräyksistä romanit jatkoivat kulkuaan. Paikoilleen asettuminen ei yksinkertaisesti sopinut yhteen vuosisatojen saatossa muovautuneen liikkuvan elämäntavan kanssa. (Mustalaisasiain neuvottelukunta 1981.)

1800-luvulta alkaen vaeltava elämäntapa yritettiin hävittää uusien lainsäädännöllisin keinoin: irtolaislaki mahdollisti 1980-luvun loppupuolelle vailla vakinaista asuntoa olevien, maata kiertelevien romanien sulkemisen työ- tai rangaistuslaitoksiin. Vielä 1900-luvulla assimilaatiopolitiikka on ollut Suomen virallista politiikkaa. Vuonna 1900 ns. Wallenin komitea ehdotti valtion politiikan tavoitteeksi romanien täydellisen sulauttamisen valtaväestöön. Komitean mielestä sulautuminen edellytti luopumista omasta kielestä ja kulttuurista. Komitea asetti tavoitteeksi mustalaiskielen täydellisen hävittämisen. Lapset siirrettiin valtaväestön pariin kasvamaan, jotta heidän luonnollinen yhteytensä kieleen ja kulttuuriin katkeaisi. (STM 1999:9.)

Myös kirkko on yrittänyt omilla keinoillaan saada romanit sulautumaan yhteiskuntaan. Aluksi romaneja ei saanut kastaa eikä haudata, mutta 1600-luvulla kirkko aloitti käännytystyön. 1900-luvun alussa kaikki romanit kuuluivat jo valtion kirkkoon. Valtion ja kirkon linjojen yhtenäisyys näkyy myös siinä, että vuonna 1906 perustettiin erityinen mustalaislähetys toteuttamaan Wallenin komitean tavoite- ja toimenpide-ehdotuksia. (Mustalaisasiain neuvottelukunta 1981; Viita 1967.)

Kun romanipolitiikkaa arvioitiin uudelleen vuonna 1953, pitäytyi Paavo Mustalan komitea Wallenin komitean viitoittamalla assimilaatiolinjalla. Tällä kertaa ehdotettiin perustettavaksi uusia lastenkoteja, erityiskoteja nuorille romaneille sekä Norjan mallin mukaan toimivia erillisiä romanikyliä. Lisäksi ehdotettiin oppivelvollisuuden valvontaa sekä järjestelmällistä työhön ohjaamista. (STM 1999:9.)

Toisen maailmansodan jälkeen yhteiskunnallinen rakennemuutos alkoi heikentää romaniväestön elinmahdollisuuksia. Agraarikulttuurin katoamisen myötä romaniväestö menetti mahdollisuuden jatkaa perinteistä elämäntapaansa ja siihen kytkeytyneitä elinkeinoja, kuten hevoskauppaa. Toisaalta sopeutuminen teolliseen toimintaympäristöön ja kaupunkimaisiin elinolosuhteisiin on ollut heille vaikeampaa kuin valtaväestölle keskimäärin. 1950-luvulla alettiin kiinnittää huomiota romaniväestön heikkoon sosiaaliseen ja terveydelliseen asemaan, mutta vasta seuraavalla vuosikymmenellä romanikysymys nousi yhteiskunnalliseen keskusteluun. (STM 1999:9; Viita 1967.)

Kohti kulttuurista itsemääräämisoikeutta

Romanien asema nousi laajempaan tietoisuuteen 1960-luvulla ja samalla romanit alkoivat tiedostaa omat oikeutensa. Vuonna 1968 romanit saivat oman edustajansa mustalaisasiain neuvottelukuntaan. Uusi neuvottelukunta kiinnitti huomiota romanien alistettuun asemaan ja alkoi vaatia kansainvälisten ihmisoikeussopimusten mukaisesti romaneille tasa-arvoisia oikeuksia ja kohtelua. Romanien yhteiskunnallinen asema alkoi merkittävästi parantua. Muutos näkyy mm. 1992 valmistuneessa perusoikeuskomitean mietinnössä, jonka mukaan kaikilla ihmisillä on oikeus yhtäläiseen lain suojaan, omaan kieleen ja kulttuuriin. (STM 1999:9.)

Romanien ihmisoikeudet tunnustettiin virallisesti vasta vuonna 1995

perusoikeusuudistuksessa (969/1995): Suomen hallitusmuodon 5 §:ssä (nykyisen Suomen perustuslain 6 §:ssä) kiellettiin syrjintä sukupuolen, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Hallitusmuodon 14 §:n 3 momentissa (nykyisen perustuslain 17 § 3 momentti) säädettiin saamelaiden, romanien ja muiden ryhmien oikeudesta ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Perusoikeusuudistuksessa romaniväestön asema turvattiin ensi kertaa romanit oman ryhmänään mainiten laissa. Samalla valtiolta sitoutui tukemaan oman kielen ja kulttuurin kehittämistä. (STM 1999:9.)

Nykyään suurin osa romaneista on sopeutunut valtaväestön normeihin. Osittaisesta sulautumisesta huolimatta he ovat kyenneet säilyttämään monia keskeisiä tapakulttuuriinsa ilmenemismuotoja, kuten vanhempien kunnioittamisen. Romanien kulttuurinen vastarinta on pitänyt pakkosopeuttamisen pitkät vuodet: romanit ovat ennemminkin integroituneet kuin assimiloituneet valtakulttuuriin. (STM 1999:9.)

Lopuksi on syytä muistuttaa, että vaikka romanien, saamelaiden ja muiden vähemmistöjen ihmisoikeuksien tunnustaminen on merkittävä askel kohti todellista tasa-arvoa, keskinäisen luottamuksen aikaansaaminen vaatii pitkän ajan sekä ennen kaikkea itsemääräämisoikeutta edistäviä toimenpiteitä. (STM 1999:9.)

Edellä on tarkasteltu monikulttuurisuutta yleisellä tasolla ja pyritty tarjoamaan sekä historiallista ymmärrystä että käsitteellisiä jäsennostapoja tämän moniulotteisen ilmiön hahmottamiseksi. Nyt on aika siirtyä tarkastelemaan monikulttuurisuuden ilmenemistä suomalaisessa terveydenhuollossa.

Monikulttuurisuus terveydenhuollossa

Perustietoa maahanmuuttajista

Maahanmuuttajalla tarkoitetaan kaikkia maahan muuttaneita riippumatta heidän maahanmuuton syyistä tai lähtömaasta. Maahanmuuttaja-termi toimii yläkäsitteenä, joka sisältää mm. alakäsitteet pakolainen, siirtolainen, paluumuuttaja, ulkomaalainen ja turvapaikanhakija. Arjen käytännöissä sanan käyttötapana kuitenkin vaihtelee: Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön mukaan maahanmuuttajia ovat ne ulkomailta Suomeen muuttaneet, joilla ei ole Suomen kansalaisuutta. (Taavela 1999.) Terminologian epäyhtenäinen käyttö onkin merkillepantavaa: eri viranomaiset käyttävät toisistaan poikkeavia määrittelyperusteita, minkä vuoksi kohderyhmän hahmottaminen voi olla vaikeaa. Kategorisointiin liittyvään problematiikkaan palataan tarkemmin kartoituksen loppupuolella. Joka tapauksessa tässä vaiheessa on hyvä tiedostaa, että kategoriat kertovat tavastamme puhua erilaisuudesta ja toiseudesta.

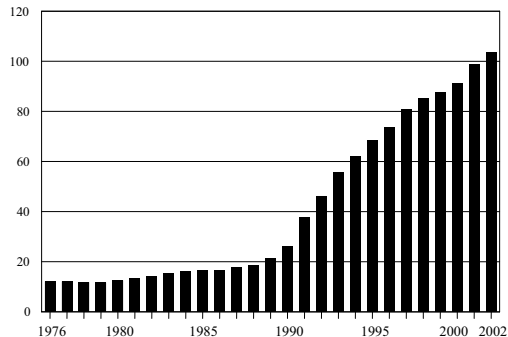
Vuonna 1987 Suomessa asui vajaat 18 000 ulkomaan kansalaista, joista yli puolet oli lähtöisin Länsi-Euroopan maista. Pakolaisia oli vastaanotettu 900 ja vain 46 henkilöä haki Suomesta turvapaikkaa. (Jaakkola 2000.) Vuonna 2003 lopussa Suomessa asui jo 107 100 ulkomaalaista 160 eri maasta ja saman vuoden loppuun mennessä Suomi oli ottanut vastaan yhteensä 22 250 pakolaista. Muutosvauhti on ollut melkoinen. (Työministeriö, Monitori 2/2003, tilastoliite.)

Ensimmäiset merkittävät pakolaisryhmät saapuivat 1970-luvun alussa Chilestä. Sen jälkeen Suomi vastaanotti ns. Vietnamin venepakolaisia. Vuodesta 1986 Suomi alkoi vastaanottaa sata kiintiöpakolaista vuodessa, mutta vuonna 1989 kiintiö nostettiin 500:aan ja

nytemmin se on 700 henkilöä vuodessa. Seuraavat merkittävät pakolaisryhmät saapuivat 1990-luvulla Somaliasta ja entisen Jugoslavian alueelta. (Tilastokeskus 2003a.)

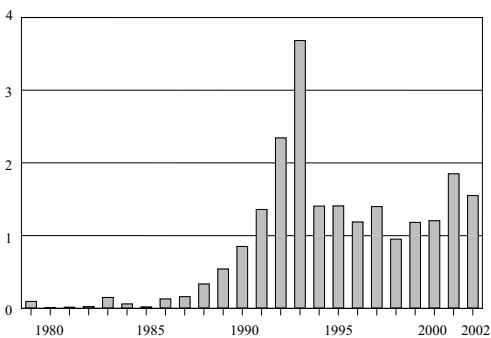
Tuhatta

Kuvio 2. Ulkomaalaisten määrä vuosina 1976-2002. Lähde: Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2002, Tilastokeskus



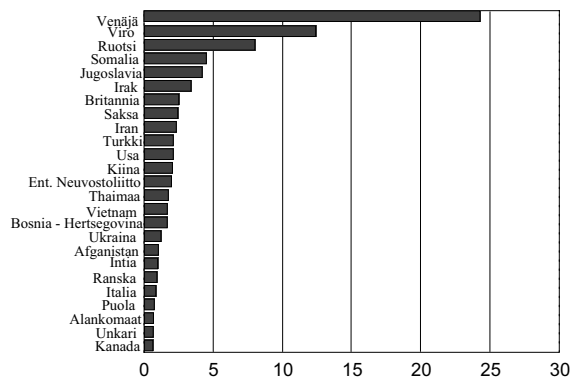
Tuhatta

Kuvio 3. Suomeen saapuneet pakolaiset vuosina 1979-2002. Lähde: Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2002, Tilastokeskus



Venäläiset ovat tällä hetkellä suurin ulkomaalaisryhmä Suomessa. Seuraavilta sijoilta löytyvät virolaiset, ruotsalaiset ja somalit. Alla olevasta kaaviosta näkyy yksityiskohtaisemmin kunkin kansalaisuusryhmän määrä maassamme. (Tilastokeskus 2003a)

Kuvio 4 Suurimmat kansalaisuusryhmät 2002. Lähde: Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2002, Tilastokeskus



Tuhatta

Kokemuksia suomalaisesta terveydenhuollosta

1990-luvun alussa Suomeen saapui etenkin inkeriläisiä paluumuuttajia entisen Neuvostoliiton alueelta sekä turvapaikan hakijoita sotaa käyvistä maista kuten Somaliasta ja Jugoslavian alueelta. Muuttovirta ulkomailta Suomeen on kiihtynyt koko 1990-luvun. Kehityskulku on pakottanut viranomaiset omaksumaan uusia toimintatapoja. Kysymys ei ole vain vieraiden kulttuurien kohtaamisen aiheuttamista paineista, vaan myös muuttuneesta

lainsäädännöstä ja kansainvälistyneestä toimintakulttuurista. Myös terveydenhuollossa on jouduttu kohtaamaan kansainvälistymisen aiheuttamat haasteet, eikä uuteen tilanteeseen sopeutuminen ole sujunut aivan kitkatta. Seuraavassa esitellään tutkimusten valossa sekä maahanmuuttaja-asiakkaiden että henkilöstön kokemuksia terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuudesta.

Maahanmuuttajien näkökulma

Riitta Taavela (1999) keskittyy tutkimuksessaan tarkastelemaan itsemääräämisoikeuden sekä ihmisläheisen, empaattisen ja tasa-arvoisen kohtelun toteutumista maahanmuuttajien saamista terveyspalveluissa. Hänen kyselynsä vastasi yhteensä 33 virolaista, inkeriläistä ja venäläistä maahanmuuttajaa. Tutkimukseen vastanneet olivat tyytyväisiä terveyspalvelujen laatuun ja saamaansa kohteluun perusterveydenhuollossa, mutta samalla he kritisivat suomalaisten suhtautumistapaa ja saamaansa kohtelua. Kaikkein tyytymättömiä olivat 1950-luvun jälkeen syntyneet. Tutkimukseen osallistuneet maahanmuuttajat käyttivät terveyspalveluja melko vähän, muutaman kerran vuodessa. Syyksi vähäiseen asiointiinsa he ilmoittivat monia syitä kuten uuden kotimaan hoitokulttuurin ja organisaatiokäytäntöjen outouden sekä kielivaikeudet. Lisäksi lääkärissä käyntien esteenä oli pelko tulla leimatuksi terveyspalvelujen hyväksikäyttäjäksi. Tutkituilla oli hyvä käsitys suomalaisista terveydenhuollon työntekijöistä ja heitä pidettiin muita suomalaisia sivistyneempinä.

Taavelan tutkimustulokset saavat tukea tilastokeskuksen tutkimuksesta *Maahanmuuttajien elinolot* (Tilastokeskus 2003b), jossa on kartoitettu neljän eri maahanmuuttajaryhmän terveyspalvelujen käyttöä. Kirsti Pohjanpään (Tilastokeskus 2003b) mukaan venäläiset olivat kaikkein tyytymättömiä saamiinsa terveyspalveluihin. Venäläisistä joka kolmas ja virolaisista joka neljäs ilmoitti, ettei ollut saanut tarvitsemaansa hoitoa. Yleisin syy riittämättömään hoidon saantiin oli venäläisten ja virolaisten mukaan huonosti järjestetyt terveyspalvelut. Myös huonot kokemukset hoidosta, varojen puute sekä epäily, ettei hoidosta ole apua, aiheuttivat tyytymättömyyttä. Lisäksi joka kymmenes venäläinen ilmoitti kielivaikeudet sairauden riittävän hoidon esteeksi.

Taavela (1999) esittää omassa tutkimuksessaan, että maahanmuuttajien kulttuuri- taustojen, ja yksilöllisten tarpeiden huomioimisen eli palvelun hyvän laadun esteitä ovat sekä maahanmuuttajien että työntekijöiden kielteiset asenteet ja ennakkoluulot. Tämän lisäksi kielivaikeudet, tietämättömyys vieraista kulttuureista sekä organisaation ongelmat kuten kiire, henkilökunnan vähyys ja joustamattomuus heikensivät hoidon laatua. Näiden esteiden raivaaminen on tutkijan mielestä välttämätöntä, mikäli maahanmuuttajien asemaan terveyspalvelujen käyttäjinä halutaan parantaa.

Pohjanpään (Tilastokeskus 2003b) tutkimuksen mukaan tyytymättömyys ei kosketa kaikkia maahanmuuttajaryhmiä. Selvä enemmistö niistä maahanmuuttajista, jotka olivat tarvinneet terveyspalveluja viimeisen 12 kuukauden aikana olivat mielestään saaneet riittävää hoitoa. Vietnamilaisista tyytyväisiä oli 89%, somalialaisista 83%, virolaisista 61% ja venäläisistä 47%. Kaikissa neljässä maahanmuuttajaryhmässä miehet ja naiset ovat yhtä tyytyväisiä saamaansa palveluun terveyseskuksessa.

Yleisesti maahanmuuttajien terveydentilasta voidaan todeta (Tilastokeskus 2003b), että heillä on enemmän oireita ja hampaat huomattavasti huonommassa kunnossa kuin suomalaisilla keskimäärin. Terveimpiä ovat somalialaiset ja sairaimpia ovat venäläiset ja virolaiset. Lähes joka viidennellä maahanmuuttajalla on jokin työntekoa tai sosiaalista

kanssakäymistä haittaava pitkäaikaissairaus. Huolestuttavinta tutkijoiden mukaan on kuitenkin maahanmuuttajien masentuneisuus ja unettomuus, sillä joka kolmas maahanmuuttaja ilmoitti kärsineensä masennuksesta viimeisen kuukauden aikana. Useimmiten lääkärissä ovat käyneet somalialaiset ja vietnamilaiset. Näiden pakolaisryhmien joukosta löytyvät myös ne, jotka olivat käyneet vähintään kuusi kertaa lääkärin vastaanotolla viimeisen puolen vuoden aikana.

Taavela (1999) ottaakin huomioon näiden pakolaisryhmien erityistarpeet väittäessään, että maahanmuuttajat tarvitsevat muuta väestöä enemmän terveyspalveluja maahan-tuloa seuraavan parin vuoden aikana. Etenkin mielenterveyspalvelujen kehittämiseen pitää kiinnittää huomiota. Monilla maahanmuuttajilla on takanaan traumaattisia kokemuksia, jopa kidusta, mutta muutenkin kotoutuminen on pitkäkestoinen, stressiä aiheuttava psyykinen ja sosiaalinen prosessi. Riitta Järvinen (2004) käsittelee näitä teemoja väitös-kirjassaan *Ammatillisen maahanmuuttotyön kulttuuri*. Hän pureutuu teorian ja kokemuksen avulla maahanmuuttajien psykologiseen sopeutumiseen sekä kidutettujen kuntouttamiseen liittyvään problematiikkaan. Hänen mukaansa näitä kysymyksiä ei ole otettu vielä tarpeeksi hyvin huomioon maahanmuuttajatyössä.

Myös sosiaali- ja terveysministeriön selvityksen (1998:12) mukaan maahanmuuttajat ovat muuttonsa alkuvaiheessa monipuolista apua tarvitseva ryhmä, koska Suomeen on valikoitunut etenkin pakolaisten ryhmässä erityispalveluja tarvitsevia kuten vammaisia sekä sotaa, kidutusta ja pakolaisleirielämää kokeneita ihmisiä. Vaikka taustalla ei olisi-kaan traumaattisia kokemuksia, maahanmuuttajien elämänhallinta helposti horjuu. Tämä saattaa johtaa syrjäytymiseen yhteiskunnallisista instituutioista ja sosiaalisista verkostoista. Oma identiteetti horjuu etenkin miehillä jotka tulevat perinteisistä kulttuureista. Niissä miehen tehtävä on elättää perheensä. Elämä Suomessa saattaa muodostua eristyneeksi ja merkityksettömäksi. Tuloksena voi olla erityisavun tarve esimerkiksi mielenterveys- tai perheongelmien takia.

Terveydenhuollon henkilöstön näkökulma

Tutkiessaan maahanmuuttajien palvelun laatua venäläisten, virolaisten ja inkeriläisten potilaiden kokemana Taavela (1999) kartoitti myös henkilöstön kokemuksia maahanmuuttajien hoitamisesta. Tulosten mukaan henkilöstöllä oli sekä kielteisiä että myönteisiä mielikuvia maahanmuuttajista. Työntekijät suhtautuivat venäläisiin ja inkeriläisiin kielteisemmin kuin virolaisiin. Terveydenhuollon henkilöstö koki maahanmuuttajat hankalaksi asiakasryhmäksi erityisesti kieliongelmiensa vuoksi. Huomattavaa osaa henkilöstöstä ärsytti maahanmuuttajien liiallinen vaativuus, hoito-ohjeiden ja sovittujen aikojen noudattamattomuus, sopeutumattomuus suomalaiseen kulttuuriin sekä vihamieliset käytöstavat. Suurin osa terveydenhuollon työntekijöitä ilmaisi kunnioittavansa maahanmuuttajien itsemääräämisoikeutta, mutta käytännössä kuitenkin suurin osa ei ollut koskaan kysynyt heiltä suostumusta hoitoon. Työntekijöiden mielestä suurin hoitoon liittyvä ongelma oli yhteisen kielen puute ja vaikeudet tulkin käytössä. Toinen suuri ongelma oli työntekijöiden ja maahanmuuttajien kulttuurisen tiedon puute.

Kulttuurierojen merkitys nousee myös esille Mirja Ekholmin (1999) tutkimuksessa: *Oletan heidän olevan muslimeja – miten terveydenhoitaja kohtaa somaliperheen äitiys- ja lastenneuvolassa*. Terveydenhoitajien mukaan somaleille suomalaisen aikakäsityksen omaksuminen tuotti vaikeuksia: he myöhästelivät vastaanotolta tai jättivät kokonaan tulematta. Heidän oli myös vaikea ymmärtää rintaruokinnan merkitystä tai sitä, miksi lääkekuuri tulee syödä loppuun. Terveydenhoitajien mielestä suurin kulttuurierojen aiheuttama

yhteistyöongelma liittyy naisten asemaan, sillä somalimies hoitaa perheen kaikki asiat – myös neuvolassa. Tämän asetelma lyö leimansa myös kommunikaatioon, sillä usein perheen pää hoitaa myös tulkkauksen neuvolatilanteessa. Terveystenhoitajilla askarruttikin kysymys, kuinka luotettavasti heidän viestinsä välitettiin vaimolle. Terveystenhoitajien mielestä juuri kielitaidottomuus on suurin kotoutumisen este. Harvat somalinaiset osaat suomea tai englantia.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (1998:12) *Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaina* tuotiin esille kuinka henkilökunnan mielestä maahanmuuttaja-asiakkaiden julkisiin palveluihin kohdistamat odotukset olivat usein ylimitoitettuja ja yksipuolisia. Sosiaalipalveluilta haluttiin pääsääntöisesti rahaa ja etuuksia, terveyspalveluilta lääkkeitä ja tutkimuksia. Muilta osin maahanmuuttajat halusivat henkilökunnan mukaan päättää itse elämästään. Tämän kaltainen yhteistyöhaluttomuus ja passiivisuus aiheutti henkilökunnan mukaan suurimmat ristiriidat asiakastyössä.

Kulttuurisen tiedon lisäämisen tarve tulee myös selkeästi esille tutkielmassa *Maailmalta meille – hoitohenkilökunnan kokemuksia pakolaislasten hoidosta* (Ahola-Lyytikäinen ym. 1997). Hoitohenkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa vieraista kulttuureista tulevien ihmisten hoitamisesta. Erityisen vähän tietoa henkilökunnalla on käytännön asioista, kuten ruokailusta, uskonnosta, kielestä ja tottumuksista. Hoitotyössä ei myöskään osata ottaa huomioon eri kulttuurien uskonnollisia lähtökohtia. Lisäksi yhteisen kielen puuttuminen vaikeuttaa hoitosuhteen luomista ja heikentää hoidon laatua. Yhteisen kielen puute ja siitä johtuvat kommunikaatiovaikeudet nousivat myös päälimmäisinä esiin Heidi Hatisen ja Kaisa Kukkosen (1995) tutkielmassa *Venäläispotilaiden hoito E-KKS:n hoitohenkilökunnan kokemana*.

Kulttuuritietoutteen kiinnitetään päähuomio myös Karoliina Kaijasillan ja Sari Kiskon tutkielmassa *Turun avoterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien valmiuksista hoitaa islamilaisesta kulttuurista tulevia potilaita* vuodelta 1995. Hoitajat kaipasivat tietoa islamilaisesta kulttuurista. Myös tulkin käyttöä hoitotilanteessa pidettiin tarpeellisenä ja hyödyllisenä kaikille osapuolille. Hoitoprosessin eri vaiheissa hoitajat olivat kokeneet suurimmiksi vaikeuksiksi kielivaikeudet, huolettoman aikakäsityksen, hoitomääräysten noudattamatta jättämisen sekä hoidon jatkuvuuden. Suurella osalla hoitajia oli myös vaikeuksia suhtautua esim. ympärileikattuihin naisiin.

Kaikissa näissä terveydenhuoltohenkilökunnan kokemuksia kartoittavissa tutkimuksissa nousivat esiin samat ongelma-alueet: kulttuuritietouden puute sekä kieliongelmat. Vaikka uusimman ja vanhimman tutkimuksen välillä oli viisi vuotta, teemat pysyivät samoina. Tähän ongelmaan on kiinnitetty huomioita myös kansallisella tasolla. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksessä (1998:12) sanotaan: “Riittävät ja helposti löytyvät tiedot kulttuurieroista auttaisivat osaltaan asiakastyötä. Samoin maahanmuuttajille tulisi tarjota ymmärrettävää tietoa palvelukulttuuristamme.” Ilmeisesti *Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana* -tyyppiset henkilöstölle suunnatut oppaat (Stakes 1995) eivät ole saavuttaneet kohderyhmäänsä.

Tulkkaukseen liittyviä ongelmia

Edellä nousi voimakkaasti esille tulkin rooli hoidon mahdollistajana sekä hoidon laadun turvaajana. Kaikissa tutkimuksissa nousi myöskin esille tulkkaukseen ja tulkin saatavuuteen liittyviä ongelmia: ammattitaitoisia tulkkeja ei ole tarjolla, tulkin käyttämisestä ei ole kokemusta, tulkin suomenkielen taito tai palvelujen tuntemus vaihtelivat suu-

resti. Ääritapauksessa tulkkauksesta vastaa perheenjäsen, jonka puolueettomuuteen ei voi aina luottaa, tai tulkkia ei käytetä lainkaan.

Tulkkaukseen liittyvät ongelmat on otettu esille myös sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa (2001:1) *Omakielisten palvelujen turvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Selvityksen mukaan tulkkaukspalveluissa on paljon parantamisen varaa erityisesti terveys-toimessa. Ensinnäkään terveydenhuollon toimijat eivät osaa käyttää tulkkipalveluja. Ongelmaa koskee erityisesti lääkäreitä, sillä he eivät välttämättä tiedosta tulkin tarvetta, eikä yksikkö tiedä, miten ja mistä tulkkeja voi hankkia. Toisaalta terveydenhuollon henkilös-töllä ei ole tarvittavaa koulutusta tulkin käyttöön.

Tulkkien ammattitaidossa on myös parantamista. Tulkkilta vaaditaan monia ominai-suuksia, kuten nuhteettomuutta, luotettavuutta, neutraaliutta, empatiaa ja eläytymiskykyä hyvän kielitaidon lisäksi. Aina nämä kriteerit eivät täyty vaan tulkeiksi valikoituu henki-löitä, joiden käsitys omasta ammattiroolistaan saattaa olla jäsentymätön. Tämän vuoksi tulkkien koulutukseen on kiinnitettävä aiempaa enemmän huomiota.

Yksi merkittävä ongelma on myös naistulkkien vähyys. Etenkin arabian ja albanian kieltä puhuvista naistulkeista on pulaa, koska muslimit paheksuvat naisten työntekoa. Kuitenkin gynekologin vastaanotolla, neuvoloissa ja monissa muissa terveydenhuollon toimipisteissä kaivattaisiin naistulkkeja. Turvapaikanhakijoiden alkuperää on mahdotonta arvioida ennakolta. Tämä vuoksi muuttuviin tilanteisiin on vaikea varautua vastaanotto- ja tulkkikeskuksissa, etenkin kun käytössä ei ole valtakunnallista tietokantaa harvinaisia kieliä puhuvista tulkeista. (STM 2001:1.)

Suomessa esiintyy myös alueellista eriarvoisuutta. Kainuussa ja Pohjois-Suomessa on vaikein tilanne. Tulkkien saatavuutta näillä alueilla voidaan parantaa merkittävästi videotulkkauksen avulla. Etätulkkauksen esteenä on kuitenkin laitteiston puute. Työvoima-toimistoissa, terveyskeskuksissa, sosiaalitoimistoissa, poliisissa ja Kelassa palvelee maahanmuuttaja-asiakkaita, mutta niissä ei tarvittavaa välineistöä. Sairaaloissa sen sijaan on videoneuvotteluvälineet, mutta niitä ei osata hyödyntää tulkkauksessa. (STM 2001:1.)

Tulevaisuudenkuvia

Terveydenhuollon työvoimapula

Lähitulevaisuudessa osaavasta työvoimasta ennustetaan olevan pulaa kaikilla työmarkkinasektoreilla, ei pelkästään sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. *Sosiaali- terveydenhuollon työvoiman ennakointitoimikunnan mietinnössä* (2001:7) ehdotetaan tuntuvaan aloituspaikkojen lisäystä sekä ammatillisen koulutuksen että korkeakoulutuksen puolella, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä säilyttää toimintakykyisyytensä suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle. Perinteisesti sosiaali- ja terveydenhuoltoala on ollut hyvin vetovoimainen eikä koulutukseen tulijoista ole ollut puutetta, mutta uudessa työmarkkinatilanteessa terveydenhuolto joutuu kilpailemaan pienevistä ikäluokista mui-den alojen kanssa.

Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 –julkaisun (2001:3) linjauksissa koros-tetaan terveydenhuollon työvoiman riittävyyden turvaamista uhkaavan työvoimapulan ai-kana sekä henkilöstön osaamisen jatkuvaa päivittämistä täydennyskoulutuksen avulla. Monikulttuurisuus on osa tulevaisuusstrategiaa, sillä tavoitteena on parantaa työntekijöi-den ja työyhteisöjen valmiuksia työskennellä monikulttuurisessa ympäristössä. Myös ul-

komaalaisten työntekijöiden integroitumista työelämään pyritään helpottamaan.

Maahanmuuttajat muodostavatkin merkittävän työvoimareservin, sillä tilastokeskuksen (2003a) tietojen mukaan vuonna 2002 Suomessa asuvista ulkomaalaisista 76 % oli työkäisiä, mutta työvoimaan heistä kuului vain 46%. Suurin osa heistä asuu Uudellamaalla, jossa työvoiman tarve on suurin. Maahanmuuttajien työttömyysprosentti oli vuoden 2002 lopussa 29, pakolaisten oli erityisen vaikeaa työllistyä.

Yksityiskohtaista tietoa Suomessa asuvista ulkomaalaisista terveydenhuollon ammattihenkilöistä on vaikea saada. Rekisteröintiperusteet vaihtelevat ja rekisteröijätahoja on useita. Lääkäriliiton tietojen mukaan Suomessa työskenteli 238 ulkomaalaista lääkäriä vuonna 2003. Opetusministeriö (työryhmämuistio 8:2002) on kartoittanut ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkäreiden ammatinharjoittamisoikeuksia ja työllistymistä. Vuonna 1994 voimaan tulleen lääkäreiden ammatinharjoittamislainsäädännön (laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994) mukaan ETA-alueen ulkopuolelta tulleen lääkärin on hyväksyttävä koulutuksensa TEO:ssa sekä suoritettava hyväksytysti Tampereen yliopiston järjestämä kuulustelu. Niihin on osallistunut vuoden 1995 alusta yhteensä 300 ETA-alueen ulkopuolelta tullutta lääkäriä, joista suurin osa on ollut kotoisin entisen Neuvostoliiton alueelta ja Virostä. Osallistuneista 180 on saanut ammatinharjoittamisluvan. Maaliskuussa 2002 terveydenhuollon ammattihenkilöistä annettua asetusta on muutettu siten että ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittanut lääkäri voi tietyin ehdoin saada Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselta luvan toimia tilapäisesti julkisen sektorin toimipisteessä ennen kuulustelun suorittamista enintään kahden vuoden ajan. Nykyään Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus järjestää työvoimapoliittisia "Lääkäriksi Suomeen" -kursseja.

Kaikesta huolimatta ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkäreiden on ollut vaikea integroitua työmarkkinoille. Ensinnäkin tietoa kotoutumis-, harjoittelu- ja kuulustelukäytännöistä on ollut vaikea saada. Toiseksi kielikoulutuksessa, valmentavassa koulutuksessa, harjoittelussa ja kuulustelujärjestelyissä on havaittu puutteita. Kirjallinen lääketieteen kliininen kuulustelu on osoittautunut vaikeaksi ETA-alueen ulkopuolelta tuleville lääkäreille. Opetusministeriön työryhmä peräänkuuluttaakin tehostettuja perehdyttämis- ja lisäkoulutusjärjestelyjä, jotta ETA-alueen ulkopuolelta tulleiden lääkäreiden osaamispääoma saadaan suomalaisen yhteiskunnan käyttöön.

Asenneilmapiiri meillä ja muualla

Jos palataan katsauksen alussa esitettyihin teoreettisiin lähtökohtiin ja pohditaan, mikä on suhtautumisemme maahanmuuttajiin, voidaan kysyä, toteutuvatko Suomessa maahanmuuttajien ihmisoikeudet niin kuin niiden pitäisi toteutua. Seuraavaksi tarkastellaan yksinkertaisia tutkimuksia suomalaisten asenteista maahanmuuttajia kohtaan. Ja aivan lopuksi luodaan silmäys muutamiin muihin Euroopan maihin - ja katsotaan, miten monikulttuurisuus niissä ilmenee.

Suomalaisten suhtautumisesta maahanmuuttajiin

Eurobarometrien 1997 ja 2000 mukaan suomalaiset suhtautuivat maahanmuuttajiin vuosina 1998 ja 2000 myönteisemmin kuin vuonna 1993, mutta vähemmän myönteisesti kuin 1987, jolloin ulkomaalaisten määrä Suomessa oli vielä melko pieni. Asenneilmapiiri vaihtelee merkittävästi ns. etnisen hierarkian mukaan. Tutkittaessa suomalaisten suhtautumista eri kansallisuusryhmiin ilmeni, että hierarkian yläpäässä ovat norjalaiset, englan-

tilaiset, tanskalaiset, ruotsalaiset sekä valkoiset amerikkalaiset, sillä 70 % suomalaisista toivoi heidän muuttavan Suomeen. Hierarkian alapäässä sen sijaan olivat marokkolaiset, turkkilaiset, kurdit, arabit ja somalialaiset, joiden Suomeen muuttamista toivoi vain alle 38%. Tämä hierarkia on pysynyt lähes samana vuosina 1987, 1993 ja 1998 tehdyissä tutkimuksissa. Tutkimusten mukaan suomalaisten asenteet ovat polarisoituneet siten, että ryhmät erotellaan toisistaan entistä voimakkaammin, ja erottelussa ryhmät asetetaan entistä hierarkkisempaan järjestykseen. (Järvinen 2004.)

Kaikkina tutkimusajankohtina naiset suhtautuivat miehiä myönteisemmin pakolaisiin ja humanitaarisista syistä vastaanotettaviin pakolaisiin, adoptiolapsiin sekä kehitysmaiden nälkäänäkeviin. Miehet puolestaan suhtautuivat myönteisesti ns. ”hyödyllisten” ulkomaalaisten kuten tiedemiesten, urheilijoiden, asiantuntijoiden sekä ravintolanpitäjien maahanmuuttoon. Miehet ovat naisia useammin sitä mieltä, että Suomen tulisi ensisijaisesti vastaanottaa koulutettuja ulkomaalaisia. (Jaakkola 2000.)

Tutkittaessa eri ammattiryhmien asennoitumista maahanmuuttajiin on ilmennyt, että ryhmien välillä asenteissa on merkittäviä eroja. Esimerkiksi poliisien on usein osoitettu olevan sekä muiden ammattialojen edustajia että suurta yleisöä ennakkoluuloisempia ja autoritaarisempia suhtautumisessaan maahanmuuttajiin. Sen sijaan terveydenhuoltoalan ammattilaiset ovat maahanmuuttajamyönteisiä, ehkä siksi, että heitä koulutetaan sitoutumaan potilaiden hyvinvoinnin edistämiseen taustasta riippumatta. Merkittävämpää kuin ammattiala tai sukupuoli ennakkoluuloisuuden kannalta on kuitenkin autoritaarisuus, sillä ne, jotka ovat autoritaarisia, ovat myös ennakkoluuloisempia kuin ne, joiden autoritaarisuus on vähäistä. Terveydenhuollossa ennakkoluuloisuuden uhka ei nousekaan autoritaarisuudesta vaan kulttuuritietoisuuden puutteesta, joka voi johtaa kyvyttömyyteen vastata eri kulttuuria edustavien asiakkaiden tarpeisiin. (Liebkind ym. 2000.)

Riitta Järvinen (2004) esittää väitöskirjassaan, että institutionaalinen maahanmuuttopolitiikka erottelee, jakaa ja luokittelee maahamme saapuvat ihmiset sen mukaan, mikä on ns. kansallinen etumme. Tämän lisäksi meillä on oma stereotyyppinen tapamme luokitella kulttuurit ja kansallisuudet hierarkkisesti paremmuusjärjestykseen. Näistä lähtökohdista poliittiset päättäjät ja virkamiehet laativat omat kategoriansa, jotka määrittävät käytäntöjä sekä luovat kulttuurisia merkityksiä. Maahanmuuttajia luokitellaan mm. kansallisuutensa, kansalaisuutensa ja kulttuuriin liittyvän kielen tai uskonnon perusteella (Taavela 1999). Nämä kategorisointiperusteet näyttävät määrittävän maahanmuuttajien kohtelua niin meillä kun muuallakin.

Tutkittaessa maahanmuuttajien syrjintäkokemuksia (Jasinskaja-Lahti ym. 2002) ilmeni, että maahanmuuttajaryhmien välillä on vakioiduista taustamuuttujista riippumattomia merkittäviä eroja. Somalit ja arabit olivat kaikkein eniten syrjintää kokeneita maahanmuuttajaryhmiä. Virolaiset puolestaan kokivat vähemmän syrjintää kuin venäläiset, vietnamilaiset tai Kosovon albaanit. Somalit ilmoittivat myös kokevansa työsyryntää useammin kuin muut maahanmuuttajaryhmät. Maahanmuuttajien syrjintäkokemukset ovat tutkijoiden mukaan yhteydessä heidän kokemaansa akkulturaatiostressiin: mitä enemmän syrjintää maahanmuuttajia joutuu kokemaan, sitä enemmän hän myös kärsii stressioireista.

Suomen maahanmuuttopolitiikan tavoitteena on maahanmuuttajien nopea ja joustava kotouttaminen. Tutkija Inga Jasinskaja-Lahden (2002) mukaan tavoitteeseen on vielä matkaa, sillä maahanmuuttajien materiaalisten ja inhimillisten resurssien puute sekä heidän kohtaamansa syrjintä estävät heitä osallistumasta täysipainoisesti yhteiskuntamme toimintaan. Maahanmuuttajat ovat myös keskenään hyvin eriarvoisessa asemassa kohtelun suhteen. Suomalaisten suhtautuminen vaihtelee sen mukaan, mihin etniseen ryhmään

maahanmuuttaja kuuluu ja millä statuksella hän on Suomeen tullut. Nämä tekijät heikentävät myös maahanmuuttajien henkistä hyvinvointia.

Monikulttuurisuus muissa Euroopan maissa

Lopuksi esitetään tilannekuvia eurooppalaisesta asenneilmastosta. Kuvaukset ovat 1990-luvun puolivälistä, mutta antavat viitteitä siitä, millainen maahanmuuttajien asema on muissa maissa, koska asenteet muuttuvat hyvin hitaasti. Näin ollen kuvauksilla on käyttöarvoa pyrittäessä ymmärtämään maiden välisiä eroja. Kyntäjän tutkimus maahanmuuttajien sosiaalista asemaa kahdeksassa eri Euroopan maassa (Kyntäjä 1996) osoittaa, että Euroopassa ei ole yhtä yhtenäistä tapaa suhtautua maahanmuuttajiin.

Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa maahanmuuttajat pyritään integroimaan osaksi yhteiskuntaa monin eri tavoin. Maahanmuuttajille halutaan taata tasaveriset olosuhteet kantaväestön kanssa. Maahanmuuttajien integroitumisen kannalta pääsy työmarkkinoille on ensiarvoisen tärkeää, ja sitä tuetaan kaikissa kolmessa maassa. Tukitoimista huolimatta kaikkien näiden maiden työmarkkinoilla esiintyy etnistä syrjintää. Kaikissa kolmessa maassa Aasiasta ja Afrikasta tulevien on vaikea työllistyä. Ruotsissa 1990-luvun lama osoitti, että siirtolaisten työmarkkina-asema on heikompi kuin ruotsalaisilla. On myös osoitettu, että siirtolaislapset jäävät valmistumisensa jälkeen suuremmalla todennäköisyydellä työttömäksi kuin yhtä hyvin opinnoissaan menestyneet ruotsalaiset.

Alankomaiden perustuslaki kieltää kaikenlaisen syrjinnän, mutta käytännössä syrjintää on vaikea näyttää toteen ja sanktiot ovat lieviä. Alankomaissa etnisten ryhmien työmarkkina-asema on heikko. Erityisen huonossa asemassa ovat turkkilaiset ja marokkolaiset, joista yli puolet on pitkäaikaistyöttömiä. Alankomaissa integraatiopolitiikkaa on harjoitettu vasta muutamia vuosia, mikä käytännössä tarkoittaa työnhakuneuvonnan ja kielikurssien järjestämistä maahanmuuttajille.

Alankomaista poiketen Saksassa maahanmuuttajien työllisyystilanne on hyvä, vaikka he ovatkin sijoittuneet matalapalkka-aloille. Tämän vuoksi heidän työmarkkina-asemansa on epävarmempi kuin kantaväestöllä eikä heillä ole yhtäläisiä etenemismahdollisuuksia puutteellisen koulutuksen vuoksi. Maahanmuuttajille on kehitetty integraatio-ohjelma, joka tarjoaa neuvontaa, kielikursseja ja ammattikursseja. Saksan erityisongelmana on ollut erityisen syrjintää kieltävää lainsäädännön puute.

Ranska poikkeaa monista muista Euroopan maista siinä, että Ranskan integraatiomalli muistuttaa assimilaatiomallia. Maahanmuuttajat pyritään muuttamaan mahdollisimman nopeasti ranskalaisiksi. Kun maahanmuuttaja on omaksunut ranskan kielen, kulttuurin ja saanut kansalaisuuden, hän saa myös ranskalaisuuteen kuuluvat edut ja oikeudet. Ranskan malli ei tunnusta vähemmistöjen etnisiä, yhteiskunnallisia tai uskonnollisia erityis oikeuksia. Ranskan erityislaatuisuus piilee tavassa mieltää valtio kansalaisten väliseksi sopimukseksi: ryhmäkuuluvuudelle ei anneta merkitystä vaan tarkastelu tapahtuu aina yksilötasolla. Näin ollen etnisuus menettää merkityksensä. Kuitenkin integraatioon tähtäävä sosiaalipolitiikka on 1960-luvulta lähtien alkanut ottaa huomioon erilaisia väestöryhmiä ja erityisesti näiden koulutukseen, asumiseen ja työhön liittyviä erityiskysymyksiä. Lainsäädäntö on tarjonnut välineitä syrjinnän vastaiseen toimintaan, mutta epäsuoraa syrjintää se ei kykene kitkemään.

Espanjaan saapuu maahanmuuttajia erityisesti Marokosta ja muista köyhistä Afrikan maista sekä Etelä-Amerikasta. Suurin osa työluvan saaneista työskentelee kotiapulaisina, hotelli- ja ravintola-alalla, rakennuksilla, torimyyjinä ja maatalouden apu työvoimana. Ul-

komaalaisten ansiotaso on merkittävästi alhaisempi kuin kantaväestöllä, ja usein työskentelyolosuhteissa on pahoja puutteita. Vuonna 1994 Espanjan hallitus laati ulkomaalaisten sosiaalista integraatiota koskevan ohjelman, jonka mukaan ulkomaalaisten eri-arvoinen kohtelu on lopetettava sekä rasismia ja ulkomaalaisten hyväksikäyttöä vastaan on taisteltava. Espanjassa ei ole kuitenkaan kartoitettu ulkomaalaisiin kohdistuvaa hyväksikäyttöä ja syrjintää. Sen sijaan ulkomaalaisille suunnatun ammatti- ja kielikoulutuksen määrää on lisätty.

Iso-Britanniassa on pitkät siirtolaisperinteet ja maata voi kutsua monikulttuuriseksi sanan todellisessa merkityksessä. Viimeisen kahdenkymmenenviiden vuoden ajan rotujen välisiä suhteita koskevan lainsäädännön kehitys ja rotujen välisen tasapainon edistäminen ovat olleet brittiläisen integraatiopolitiikan kulmakiviä. Britit ovat laatineet syrjintää vastustavaa lainsäädäntöä ja luoneet institutionaalisia rakenteita tasa-arvon edistämiseksi. Kaikista toimenpiteistä huolimatta etninen hierarkia vaikuttaa myös Iso-Britannian työmarkkinoilla. Syrjintä kohdistuu erityisesti Afrikasta tulleisiin maahanmuuttajiin. Sen sijaan yhdysvaltalaisia ja eurooppalaisia kohdellaan kuin kantaväestöä.

Lopuksi

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli ensisijaisesti esitellä monikulttuurisuutta suomalaisessa terveydenhuollossa. Matkan varrella tutuksi ovat tulleet myös monet muut ilmiöt, kuten kansallisten vähemmistöjen asemaan liittyvä problematiikka, tuleva työvoimapula sekä eurooppalainen asenneilmasto kaikessa mosaiikkimaisuudessaan. Yhtä kaikki: tämä katsaus on osoittanut, että terveydenhuolto on aina kiinteässä yhteydessä ympäröivään todellisuuteen - myös monikulttuurisuuden osalta.

Kirjallisuutta

Ahola-Lyytikäinen Sirpa, Jäntti Hanna, Kakriainen Johanna, Markkanen Sari, Ojapelto Tiina, Orava Leila, Pesonen Sari, Pesonen Susanna, Vihtalahti Piia (1997): *Maailmalta meille – hoitohenkilökunnan kokemuksia pakolaislasten hoidosta*. Päättötyöt:3. Mikkeli terveydenhuolto-oppilaitoksen julkaisuja.

Ekholm Mirja (1999): *“Oletan heidän olevan muslimeja”- miten terveydenhoitaja kohtaa somaliperheen äitiys- ja lastenneuvolassa*. Espoo-Vantaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja: A35.

Hatinen Heidi, Kukkonen, Kaisa (1995): *Venäläispotilaiden hoito E-KKS:n hoitohenkilökunnan kokemana*. Sarja A: Opinnäytetyöt. Lappeenrannan terveydenhuolto-oppilaitoksen julkaisuja.

Jaakkola Magdalena (2000): *“Asenneilmasto Suomessa vuosina 1987-1999.”* Teoksessa Karmela Liebkind (toim.) *Monikulttuurinen Suomi – etniset suhteet tutkimuksen valossa*. Gaudeamus, Helsinki

Jasinskaja-Lahti Inga, Liebkind Karmela, Vesala Tiina (2002): *Rasismi ja syrjintä Suomessa – maahanmuuttajien kokemuksia*. Gaudeamus, Helsinki.

Järvinen Riitta (2004): *Ammatillisen mahanmuuttotyön kulttuuri – erilaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon jäsenyksissä*. Tampereen yliopisto.

Kaijasilta Karoliina, Kokko Sari (1995). *Turun avoterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien valmiuksista hoitaa islamilaisesta kulttuurista tulevia potilaita*. Turun terveydenhuolto-op-

pilaitoksen julkaisu No 11.

- Kyntäjä Eve (1996): *Maahanmuuttajien sosiaalinen asema kahdeksassa Euroopan maassa – maahanmuuttajat työmarkkinoilla ja palvelujen käyttäjinä Iso-Britanniassa, Alankomaissa, Saksassa, Ranskassa, Espanjassa, Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa*. Siirtolais tutkimuksia A 19. Siirtolaisinstituutti. Turku
- Liebkind Karmela, Haaramo, Juha, Jasinskaja-Lahti Inga (2000): “Kannattaa tutustua paremmin.” Teoksessa Karmela Liebkind (toim.) *Monikulttuurinen Suomi – etniset suhteet tutkimuksen valossa*. Gaudeamus, Helsinki
- Liebkind Karmela (2000): “Kun kulttuurit kohtaavat.” Teoksessa Karmela Liebkind (toim.) *Monikulttuurinen Suomi – etniset suhteet tutkimuksen valossa*. Gaudeamus, Helsinki.
- Mustalaisasian neuvottelukunta 1981: *Mustalaiset vähemmistönä suomalaisessa yhteiskunnassa*. Valtion painatuskeskus.
- Opetusministeriö 8:2002: *ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkäreiden ammatinharjoittamisoikeudet ja työllistyminen*. Työryhmämuistio.
- Pohjanpää Kirsti (2003a):”Maahanmuuttajien terveydentila.” Teoksessa Kirsti Pohjanpää, Seppo Paananen, Mauri Nieminen *Maahanmuuttajien elinolot – Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002*. Elinolot 2003:1.Tilastokeskus.
- Pohjanpää Kirsti (2003b):”Terveyspalvelujen käyttö.” Teoksessa Kirsti Pohjanpää, Seppo Paananen, Mauri Nieminen *Maahanmuuttajien elinolot – Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002*. Elinolot 2003:1.Tilastokeskus.
- Sisäasiainministeriö 1997:5: *Hallittu maahanmuutto ja tehokas kotoutuminen*. Maahanmuutto- ja pakolaispoliittisen toimikunnan mietintö. Komiteamietintö.
- Stakes 1995: *Ulkomaalainen terveydenhuollon asiakkaana – opas terveydenhuollossa työskenteleville*. Oppaita 28.
- STM 1998:12: *Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaina*. Selvityksiä. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 1999:9: *Romanipolitiikan strategiat*. Selvityksiä. Sosiaali- ja terveysministeriö
- STM 2001:1: *Omakielisten palvelujen turvaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Julkaisuja. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2001:3: *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2010 – kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa*. Julkaisuja. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2001:7: *Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö*. Komiteamietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö
- STM 2002:18: *Oikeus hoitoon – toteutuvatko perusoikeudet hoitoon pääsyssä?* Monisteita. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM 2002:3: *Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi*. Työryhmämuistio. Sosiaali- ja terveysministeriö
- STM 2002:6: *Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi*. Esitteitä Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Taavela Raija (1999): *Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa*. Kuopion yliopisto.
- Tilastokeskus 2003a. *Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2002*. SVT Väestö 2003:8. Tilastokeskus
- Tilastokeskus 2003b: Kirsti Pohjanpää, Seppo Paananen, Mauri Nieminen: *Maahanmuuttajien elinolot – Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002*. Elinolot 2003:1.Tilastokeskus.
- Viita Armas (1967): *Mustalaisväestön hyväksi*. Mustalaislähetys ry.

Liite 1.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet

ETENE-julkaisuja 1

Kutsu yhteiseen keskusteluun ja vastuuseen

Koko yhteiskunnassa tarvitaan jatkuvaa keskustelua terveydenhuollon yhteisestä eettisestä perustasta.

Poliittiset päättäjät, yhteiskunnalliset vaikuttajat, kansalaisjärjestöt ja terveydenhuollon kaikki ammattiryhmät ovat avainasemassa. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) on halunnut käynnistää keskustelua terveydenhuollon etiikasta, arvoista, tavoitteista ja periaatteista Suomessa. Yhtenä kansainvälisenä esimerkkinä tällaisesta aloitteesta oli Englannissa British Medical Journalin kokoon kutsuman ns. Tavistockin ryhmän tammikuussa 1999 julkaisemat ohjeet terveydenhuollon päättäjille ja ammattilaisille. ETENE asetti 1999 yhteisten eettisten ohjeiden jaoston pohtimaan yhteisten ohjeiden laatimista. Jaostoon valittiin Irma Pahlman, Aira Pihlainen, Vuokko Rauhala, Anneli Sarvimäki ja Ritva Halila. Jaoston jäsenet edustavat lääketieteen, hoitotieteen ja oikeustieteen aloja. Neuvottelukunta on seurannut jaoston työtä ja antanut sille eri vaiheissa kommenttejaan.

Jaosto kokosi käyttöönsä terveydenhuollon eri ammattiryhmien ja erityisalojen eettisiä ohjeita sekä suosituksia. Se laati oman luonnoksensa yhteisistä eettisistä periaatteista. Jaoston pohdintojen tulokset ovat olleet kentällä keskusteltavina ja saaneet paljon kannatusta. Nyt ne ovat koottuina oheiseen asiakirjaan, johon kuuluu taustamuistio sekä ETENE:n tärkeiksi katsomat terveydenhuollon eettiset periaatteet. Niiden julkaiseminen on yksi askel keskustelussa terveydenhuollon etiikasta. Asiakirja on sekä heijastuma yhteiskunnallisesta keskustelusta että yritys viedä arvokeskustelua eteenpäin. Periaatteilla ilmaistaan tämänhetkisiä terveydenhuollon näkymiä eettisestä näkökulmasta. Keskustelu, keskeiset kysymykset ja maailma muuttuvat, joten keskustelu periaatteista jatkuu. ETENE lähettää periaatemuistion terveydenhuollon päättäjien, luottamushenkilöiden ja kouluttajien käyttöön. Neuvottelukunta toivoo sen olevan hyödyksi luotaessa yhteistä pohjaa terveydenhuollon eettiselle keskustelulle ja käytännöille.

Helsingissä 12. joulukuuta 2001

Martti Lindqvist

ETENE:n puheenjohtaja

Terveydenhuolto ja etiikka

Terveydenhuollon päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. Terveydenhuollossa ollaan jatkuvasti tekemisissä ihmiselämän peruskysymysten kanssa. Etiikka tulee konkreettiseksi ja käytännölliseksi, kun on kysymys terveydestä ja sairaudesta, syntymästä ja kuolemasta, hyvästä elämästä sekä ihmisen haavoittuvuudesta ja rajallisuudesta. Terveydenhuollon ammattiryhmät ovatkin kautta aikojen kirjanneet itselleen eettisiä ohjeita ja periaatteita. Terveydenhuollon rakenteisiin ja käytännön työhön vaikuttavat myös muut kuin alan ammattilaiset. Kaikilla terveydenhuollon avainryhmillä ei ole kirjattuja eettisiä ohjeita. Silti voidaan ajatella, että heitäkin koskevat samat eettiset periaatteet, mitkä on vahvistettu muiden osalta.

Etiikka kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia maailmassa, jonka ihminen jakaa muiden kanssa. Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja paha, oikeaa ja väärää. Etiikan tehtävänä on auttaa ihmisiä tekemään valintoja, ohjaamaan ja

arvioimaan omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan toimintansa perusteita. Etiikka ei anna valmiita ratkaisuja, mutta se tarjoaa ajattelun ja pohtimisen välineitä. Monet käsitykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä ovat yleismaailmallisia, mutta niiden painotukset ja tulkinnat vaihtelevat kulttuurista toiseen ja poliittisten tilanteiden mukaan.

Terveydenhuollon ammattiryhmien eettiset ohjeistot perustuvat yhteisiin arvoihin, vaikka ne painottuvat eri ohjeistoissa eri tavoin. Keskeisinä niissä on ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen ja terveyden edistäminen. Monissa ohjeissa kielletään kidutus ja muu epäinhimillinen toiminta. Hoidon edellytetään pohjautuvan tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vankkaan kliiniseen kokemukseen. Potilaan edun vaatiessa kehoitetaan konsultoimaan ammattitoveria tai toisen ammatin edustajaa. Edelleen korostetaan luottamuksellisten tietojen salassapitoa, kollegiaalisuutta ja muiden ammattiryhmien kunnioittamista. Myös omasta hyvinvoinnista huolehtiminen ja omien rajojensa tunnistaminen on eettisesti tärkeää. Työntekijällä on velvollisuus ylläpitää ja kartuttaa omia tietojaan ja taitojaan sekä huolehtia työnsä riittävästä laadusta. Joissain ohjeissa otetaan kantaa myös yksityisen ammatinharjoittajan ilmoitusmenettelyn asiallisuuteen ja julkisiin esiintymisiin. Osittain samansuuntaisia eettisiä velvoitteita kuin ammattieettisissä ohjeissa on kirjattu myös lakeihin ja asetuksiin. Lainsäädäntö perustuu osaltaan yhteiskunnassa vallitseviin arvoihin ja eettisiin käsityksiin. Usein eettinen velvollisuus ylittää sen minimin, mitä laki edellyttää.

Terveydenhuoltoa ohjaavia keskeisiä säännöksiä ovat Suomessa perustuslakiin (731/1999) kirjatut perusoikeudet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaki (1062/1989). Lisäksi monissa muissa säädöksissä on terveydenhuoltoa koskevia normeja. Perusoikeudet ankuroituvat siihen, että kaikki ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Lapsia on kohdeltava tasa-arvoisesti yksilöinä ja heidän tulee saada vaikuttaa kehitystään vastaavasti itseään koskeviin päätöksiin. Perusoikeussäännökset takaavat oikeuden elämään, henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Julkisen vallan velvollisuus on turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut sekä edistää väestön terveyttä.

Terveydenhuollon valintoihin ja päätöksiin vaikuttavat keskeisesti myös voimaan saatetut kansainväliset ihmisoikeussopimukset, joista tärkeimpiä ovat Euroopan Neuvoston yleissopimus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi (439/1990) sekä ihmisoikeuksia ja biolääketiedettä koskeva sopimus (ETS 164/1997).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät tärkeimmät oikeudelliset periaatteet. Keskeisiä potilaan oikeuksia ovat oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus. Tärkein on potilaan itsemääräämisoikeus. Sen mukaan hoito edellyttää aina potilaan suostumusta. Potilaalla on oikeus kieltäytyä suunnitellusta hoidosta. Tällöin hänen kanssaan yhteisymmärryksessä on pyrittävä löytämään muu lääketieteellisesti hyväksyttävä hoito. Potilaalle on annettava kaikki ne tiedot, joilla on merkitystä hoidosta päätettäessä. Häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen henkilökohtaista vakaamustaan ja yksityiselämäänsä kunnioitetaan. Potilaan tiedot on pidettävä salassa ja luottamuksellisina. Myös omainen tai muu läheinen on juridisesti sivullinen. Jos potilas ei pysty terveydentilansa vuoksi pätevästi ilmaisemaan tahtoaan, se pyritään saamaan selville hänen läheistensä avulla.

Ihmiseen sekä ihmisen alkioon ja sikiöön kohdistuvasta lääketieteellisestä tutkimuksesta säännellään laissa ja asetuksessa lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999, 986/1999). Tutkimuksen keskeinen periaate on ihmisarvon loukkaamattomuus, jota tulee kunnioittaa kaikessa lain tarkoittamassa tutkimustoiminnassa.

Terveydenhuollon järjestelmä ja rakenteet

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän tehtävänä on Suomessa asuvien ihmisten terveyden- ja sairaanhoito: sairauksien ehkäisy, diagnostiikka, hoito ja kuntoutus. Kuntien ylläpitämät terveyskeskukset ja sairaalat vastaavat suurimmasta osasta terveydenhuoltoa. Yksityinen terveydenhuolto vastaa osasta terveyspalveluita, mm. merkittävästä osasta työterveyshuoltoa. Apteekit ovat monille asiakkaille merkittävä silta terveydenhuoltoon. Apteekkien työntekijät informoivat ja ohjaavat potilaita lääkkeiden oikeassa ja turvallisessa käytössä. Yksityiset hoitolaitokset vastaavat suuresta osasta kuntoutustoimintaa. Terveydenhuoltojärjestelmässä toimii henkilöitä paitsi potilastyössä myös hallinnossa, luottamushenkilöinä poliittisessa päätöksenteossa sekä monessa muussa tehtävässä. Terveydenhuollon eri tahojen keskinäinen yhteistyö, sekä niiden joustava toiminta yhteiskunnan muiden sektoreiden ja potilaan itsensä kanssa on entistä tärkeämpää tavoiteltaessa väestön terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin parantamista.

Terveydenhuoltomme on käynyt viime vuosina läpi suuria muutoksia. Valtionosuus-uudistuksen myötä valtion ohjausta vähennettiin ja vastuu terveydenhuollon järjestämisestä siirtyi kunnille. Toiminnan tehostamisvaatimukset johtivat voimavarojen supistuksiin. Järkeistäminen toi usein selkeyttä, lisäsi toiminnan tehokkuutta ja paransi kustannusten hallintaa. Potilaiden eriarvoisuus riippuen erikoisalasta ja asuinpaikkakunnasta on kuitenkin lisääntynyt, ja muutokset ovat myös tuoneet lieveilmiönä mukanaan sen, etteivät kaikki potilaat ole aina saaneet niin hyvää hoitoa kuin mitä he ammattihenkilökunnan mielestä olisivat tarvinneet. Uudelleenjärjestelyt, kiristytävä työtahti ja kokemus työn hallinnan menettämisestä ovat johtamassa henkilöstön uupumiseen. Yhteiskuntamme ja toimintaympäristömme ovat muuttuneet ja muuttuvat koko ajan. Esimerkkejä muutostekijöistä ovat eliniän piteneminen, syntyvyyden lasku ja näiden myötä väestön ikärakenteen muutos, tutkimustiedon ja teknologian edistysaskeleet ja sovellukset sekä globalisaatio eli maapalloistuminen. Lääketieteen uudet saavutukset kuten elinsiirrot ja yhä tehokkaammin elämää ylläpitävät hoitokeinot ovat synnyttäneet suuria odotuksia, lääketieteen merkityksen ja mahdollisuuksien ylikorostamista sekä eettistä hämmennystä. Huomattava osa terveydenhuollon eettisestä arvopohjasta on säilynyt perinteisenä parituhatta vuotta. Elämän kunnioittaminen, hyvän tekeminen, vahingoittamisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus ovat edelleen keskeisiä periaatteita, joihin nykyisin kuuluvat myös potilaan itsemääräämisoikeuden ja elämän arvokkuuden korostaminen. Terveydenhuollon toimijoilla päättäjistä välitöntä potilastyötä tekeviin on edessään tehtävä, jossa on sovitettava hyväksyttävällä tavalla yhteen eettiset velvoitteet, lainsäädäntö sekä terveydenhuollon toimintaympäristön ja yhteiskunnan muutostekijät. Ratkaistavana on epäsuhta keinovalikoiman runsauden, palvelukysynnän muutosten ja voimavarojen välillä.

Priorisointi tarkoittaa asioiden asettamista tärkeysjärjestykseen. Terveydenhuollossa priorisoinnissa on useimmiten kysymys valinnoista palvelutarpeen ja taloudellisten mahdollisuuksien ristiriitatilanteissa. Tavoitteena pitäisi olla yhteisen ja yksilön hyvän tasapainottaminen sekä periaatteena mahdollisimman monien auttaminen käytettävissä olevien voimavarojen asettamisrajoissa. Eettisinä valintakriteereinä ovat hoidon vaikuttavuus, oikeudenmukaisuuden ja tasapuolisuuden toteutuminen sekä ihmisarvon ja potilaiden oikeuksien kunnioitus. Ilman arvokeskustelua sekä sovittuja selvästi ymmärrettäviä pelisääntöjä valinnat perustuvat helposti sattumaan, yksilön asemaan, palveluita haluavan kykyyn ajaa omaa asiaansa tai muihin kriittistä tarkastelua kestävämpiin perusteisiin.

Yhteistyötahojen suuri määrä, hoitojen monimutkaisuus ja erikoistuminen voivat johtaa kokonaisuuden hämartymiseen, pullonkaulojen syntymiseen, viiveisiin ja tehottomuuteen eli tosiasiallisesti tuhlaukseen. Jotta näin ei kävisi, terveydenhuollon eri tasojen ja toimijoiden yhteistyön mahdollisuus ja velvoite pitää määritellä uudella tavalla. Selvittämällä toisiinsa vaikuttavien toimintojen keskinäiset kytkennät parannetaan hoidon sujuvuutta, poistetaan päällekkäisyyksiä ja lisätään tehokkuutta. Ennakkoluuloton yhteistyö eri alueita hoitavien kesken luo mahdollisuuksia onnistua hyvän hoidon toteuttamisessa.

Lähteet

Suomen perustuslaki (731/1999)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994)

Kansanterveyslaki (66/1972)

Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989)

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)

Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999)

Työterveyshuoltolaki (743/1978)

Asetus ihmisoikeuksien ja perusvapauksien suojaamiseksi tehdyn yleissopimuksen ja siihen liittyvien lisä

TERVEYDENHUOLLON EETTISIÄ PERIAATTEITA

1. Oikeus hyvään hoitoon

Oikeus hyvään hoitoon merkitsee, että terveydenhuollon palveluita tarvitseva saa tilanteensa edellyttämää asiantuntevaa apua ilman kohtuuttomia viiveitä. Hyvän hoidon toteutuessa potilas, hänen omaisensa ja läheisensä kokevat olevansa asiantuntevissa ja turvallisissa käsissä ja tulevana hyvin hoidetuksi ja kohdelluksi. Heidä ymmärretään ja heidät hyväksytään. Hoiva on osa hyvää hoitoa. Siinä potilaan tarpeet ovat etusijalla. Potilaan oikeus hyvään hoitoon on tärkeä myös kuoleman lähestyessä. Siihen kuuluvat hyvä perushoito, henkinen ja hengellinen tuki sekä kivun ja muiden kärsimystä aiheuttavien oireiden hoito. Tuki ja ymmärtävä suhtautuminen läheisten suruun sekä tarvittaessa ohjaus lisäavun piiriin ovat keskeisiä asioita. ta.

Hyvän hoidon toteutuminen edellyttää vastuullisuutta terveydenhuollon kaikilla tasoilla. Päättäjien velvollisuus on huolehtia terveyspalveluiden toteuttamisedellytyksistä ja varmistaa välttämättömät voimavarat. Palvelujen tuottamisesta vastaavien tehtävä on huolehtia palveluiden saatavuudesta ja laadusta. Heidän on välitettävä päättäjille tietoa väestön hoidon tarpeesta ja sen muutoksista, tarvittavista hoitomenetelmistä sekä niiden vaikuttavuudesta väestön terveyteen. Eri tehtävissä toimivan henkilöstön tulee toteuttaa tarvittavat tutkimukset ja hoito yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, soveltaen lääketieteellisesti hyväksytyjä menetelmiä.

2. Ihmisarvon kunnioitus

Jokaisella on yhtäläinen ja ainutkertainen ihmisarvo. Ihmisen kunnioittamiseen kuuluvat inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus ja yksityisyyden suoja, hyvä vuorovaikutus ja rehellisyys sekä tiedonsaannin, yksilön vaikuttamismahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. Elämän viimeisillä hetkillä tarvitaan läsnäoloa, myötäelämistä, kunnioitusta ja potilaan toiveiden noudattamista. Ihmisarvon kunnioituksen tulee näkyä myös omaisten ja läheisten kohtelussa sekä terveydenhuollossa toimivien välisissä suhteissa.

3. Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus merkitsee ihmisen oikeutta päättää asioistaan oman elämäntarkoituksensa sekä ajatus- ja arvomaailmansa mukaisesti. Terveydenhuollossa itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua omaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen edellyttää tietoja mm. sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehdoista. Nämä tiedot

terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa potilaalle siten, että potilas ymmärtää asian. Potilaan tahtoa on kunnioitettava, hänen omaa kokemustaan arvostettava ja hänen kanssaan on haettava yhteisymmärrystä ilman johdattelua, painostusta tai pakkoa. Tarvittaessa ammattihenkilöstö hakee vaihtoehtoja ja kuulee asiantuntijoita. Jos potilas ei pysty sillä hetkellä ilmaisemaan eikä ole myöskään aiemmin ilmaissut hoitoa koskevaa tahtoaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen laillisen edustajansa, omaisen tai muun läheisen kanssa. Näin pyritään hoitoon, joka todennäköisesti olisi potilaan oman tahdon mukaista. Potilaalla itsellään on oikeus kieltäytyä henkään ja terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellisesta hoidosta. Jos alaikäinen ikänsä ja kehitystasonsa perusteella pystyy tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä, häntä hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan; muuten yhteisymmärryksessä hänen huoltajansa tai muun laillisen edustajan kanssa.

4. Oikeudenmukaisuus

Oikeudenmukaisuus edellyttää, että yhtäläisen hoidon tarpeessa olevat potilaat hoidetaan samojen periaatteiden mukaisesti. Oikeus asianmukaiseen hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun ei riipu potilaan iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, kulttuurista, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta tai vakaumuksesta. Mm. lasten, vanhusien sekä vajaavaltaiisten potilaiden oikeuksiin saada hyvää hoitoa on kiinnitettävä erityistä huomiota. Oikeudenmukaisuuteen vaikuttavat ratkaisevasti voimavarojen jako ja käyttö. Valtiovallalla on vastuu siitä, että kansalaiset ovat yhdenvertaisessa asemassa asuinpaikasta riippumatta. Kunnilla on terveydenhuollon palvelujen järjestämisvelvoite. Oikeudenmukaisuuden toteutuminen edellyttää, että terveydenhuollolla on käytössään riittävästi voimavaroja. Terveydenhuollon sisällä on huolehdittava niiden järkevistä ja tasa-arvoa noudattavasta käytöstä.

5. Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri

Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen on jokaisen terveydenhuollossa toimivan oikeus ja velvollisuus. Hyvää hoitoa ei synny ilman hyvää ammattitaitoa. Sisältöosaamisen lisäksi tarvitaan toimintaa koskevien säännösten ja suositusten hallintaa, eettisiä taitoja sekä vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksia. Näitä taitoja tulee voida ylläpitää ja kehittää. Yhteisesti hyväksytyihin arvoihin ja tavoitteisiin tähtäävä toimintatapa sekä edellytykset toimia näiden arvojen ja tavoitteiden mukaisesti lisää työyhteisön suorituskykyä ja hyvinvointia. Hyvinvoinnin kulmakivinä ovat oikeudenmukaiseksi koettu, keskusteleva ja kannustava johtaminen. Jokaisella työyhteisön jäsenellä on vastuu omasta ja toisten hyvinvoinnista. Ongelmien ja kehittämistarpeiden rehellinen selvittely, kuulluksi tuleminen, vaikuttamismahdollisuus sekä onnistumisen ja arvostuksen kokemukset edistävät työyhteisön hyvinvointia ja tyytyväisyyttä.

6. Yhteistyö ja keskinäinen arvonanto

Yhteistyötä tarvitaan eettisten näkökohtien, kustannusten hallinnan, vaikuttavuuden ja tehokkuuden tasapainottamisessa terveydenhuollossa. Kaikkien tulee pyrkiä pois sellaisesta etupiirijattelusta, jossa muiden tehtävät ja erikoisalajat tai heidän ammattitaitonsa ja osaamisensa jätetään huomiotta. Terveydenhuollossa tarvitaan vuorovaikutusta ja järkevää työnjakoa eri tehtävissä toimivien välillä. Keskinäinen luottamus ja vastavuoroinen tuki terveydenhuollon ammattilaisten ja päättäjien välillä sekä kaikkien osapuolten aito kumppanuus auttaa selviytymään yhteisestä haasteesta. Terveydenhuollon on vastattava inhimillisellä ja eettisesti kestäväällä tavalla väestön kasvavasta hoidon tarpeesta. Mitä paremmin yhteistyö ja keskinäinen arvostus terveydenhuollon hallinnossa ja kentällä tapahtuvat, sitä inhimillisempää ja parempaa hoitoa myös potilaat saavat. Se on kaikkien yhteinen etu.

Terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet löytyvät myös ETENE:n Internet-sivuilta osoitteesta www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf

ETENE:n JÄSENET JA VARAJÄSENET

1.10.2002-30.9.2006

Puheenjohtaja:

Apulaiskaupunginjohtaja Paula Kokkonen
Helsinki (16.8.2004 -30.9.2006)

Varsinaiset jäsenet:

Ekonomi Jyrki Pinomaa
Kuntokallio-Säätiö, Helsinki
Kuntoutussuunnittelija Markku Lehto
Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki
Johtajaylilääkäri Timo Keistinen
Vaasan sairaanhoitopiiri, Vaasa
Lääkäri Vuokko Rauhala
Keski-Suomen keskussairaala, Jyväskylä
Toiminnanjohtaja Pirkko Lahti
Suomen Mielenterveysseura, Helsinki
Ylilääkäri Veikko Aalberg
HUS Lasten ja nuorten sairaala, HUS
Lääkäri Marjatta Blanco Sequeiros
Oulu
Professori Hannu Hausen
Oulun yliopisto, Hammaslääketieteen laitos
Ylilääkäri Jaana Kaleva-Kerola
Länsi-Pohjan keskussairaala, Kemi
Hallintoneuvos Marita Liljeström
Korkein hallinto-oikeus, Helsinki
Professori Martin Scheinin
Åbo Academi, Turku
Professori, ma. Merja Nikkonen
Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos
Yliopistonlehtori Pekka Louhiala
Helsingin yliopisto, Kansanterveystieteen laitos
Sairaalasielunhoidon koulutussihteeri Sirkku Eho
Kirkkohallitus, Helsinki
Kansanedustaja Anne Huotari
Eduskunta
Kansanedustaja Tuula Väättäin
Eduskunta
Kansanedustaja Simo Rundgren
Eduskunta
Kansanedustaja Paula Risikko
Eduskunta

Asiantuntijat:

Arkkiatri Risto Pelkonen
Kauniainen
Farmaseuttinen johtaja Sirpa Peura
Suomen Apteekkariliitto, Helsinki

Varapuheenjohtaja:

Ylilääkäri Leena Niinistö
Katriinan sairaala, Vantaa

Varajäsenet:

Lääkäri Oiva Antti Mäki
Tampereen terveystieteiden keskus
Asiantuntija Kati-Pupita Mattila
Sininauhaliitto, Helsinki
Johtava ylilääkäri Rauno Mäkelä
A-klinikkasäätiö, Helsinki
Erityisasiantuntija Anne Boström
Suomen Työterveyshoitajaliitto ry, Helsinki
Suunnittelija Soili Nevala
Suomen lähi- ja perushoitajaliitto, Helsinki
Ylilääkäri Esko Alhava
Kuopion yliopistollinen sairaala, Kuopio
Koulutussuunnittelija Aira Pihlainen
Helsingin kaupunki, opetusvirasto
Lääkäri Kalle Mäki
Koskiklinikka, Tampere
Apulaisyylilääkäri Heikki Hinkka
Kangasalan terveystieteiden keskus
Lakimies Irma Pahlman
Hyvinkää
Professori Veli-Pekka Viljanen
Turun yliopisto, oikeustieteellinen tiedekunta
Professori Hans Åkerblom
Helsinki
Professori Jaana Hallamaa
Helsingin yliopisto, teologinen tiedekunta
Professori Helena Leino-Kilpi
Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos
Kansanedustaja Pehr Löfv
Eduskunta
Kansanedustaja Saara Karhu
Eduskunta
Kansanedustaja Merikukka Forsius-Harkimo
Eduskunta
Kansanedustaja Sirpa Asko-Seljavaara
Eduskunta

Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto:

pj, hallintoneuvos Raimo Pekkanen
Espoo

vpj, professori Helena Kääriäinen
Turun yliopisto, lääketieteellinen genetiikka

- 1 Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. (2001)
ISBN 952-00-1076-9
- 2 Gemensam värdegrund, gemensamma mål och gemensamma principer för hälso- och socialvården. (2001)
ISBN 952-00-1077-7
- 3 Shared Values in Health Care, Common Goals and Principles. (2001)
ISBN 952-00-1078-3
- 4 Kuolemaan liittyvät eettiset kysymykset terveydenhuollossa. (2002)
ISBN 952-00-1086-6
- 5 Eettisyyttä terveydenhuoltoon. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 1998-2002. (2003)
ISBN 952-00-1257-5
- 6 Hoidon hinta ja tasa-arvo terveydenhuollon eettisenä haasteena. (2003)
ISBN 952-00-1269-9
- 7 TUKIJA 1999-2002. ETENE/Lääketieteellinen tutkimuseettinen jaosto. (2003)
ISBN 952-00-1299-0
- 8 Saattohoito – Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) muistio. (2004)
ISBN 952-00-1435-7
- 9 Vård i livets slutskede – Promemoria utgiven av riksomfattande etiska delegationen inom hälso- och sjukvården (ETENE). (2004)
ISBN 952-00-1436-5
- 10 Autonomia ja heitteillejättö - eettistä rajankäyntiä. (2004)
ISBN 952-00-1458-6
- 11 Monikulttuurisuus Suomen terveydenhuollossa. (2005)
ISBN 952-00-1642-2

Valtakunnallinen terveydenhuollon
eettinen neuvottelukunta (ETENE)
Sosiaali- ja terveysministeriö
Kirkkokatu 14, Helsinki
PI 33, 00023 Valtioneuvosto
Puhelin (09) 160 01 (vaihte)
Faksi (09) 160 74312

Pääsihteeri Ritva Halila
sähköposti ritva.halila@stm.fi
Puhelin (09) 160 73834

Osastosihteeri Nina Lindqvist-Wheatley
sähköposti nina.lindqvist-wheatley@stm.fi
Puhelin (09) 160 74357

Sähköposti etene@stm.fi
Internet www.etene.org

Tätä julkaisua myy ja välittää:

Yliopistopaino Kustannus
Helsinki University Press
PL 4 (Vuorikatu 3 A)
00014 HELSINGIN YLIOPISTO
Faksi (09) 7010 2374
Puhelin (09) 7010 2363
books@yliopistopaino.fi
www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti

ISSN 1458-6193
ISBN 952-00-1642-2

