



Hanna Haavisto, Heli Hartikainen

TRANSNATIONAALINEN OSAAMINEN SUUN TERVEYDENHOITOTYÖSSÄ

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Suuhygienisti (AMK)
Suun terveydenhuollon ko
Opinnäytetyö
31.3.2011

Tekijä(t) Otsikko	Hanna Haavisto, Heli Hartikainen Transnationaalinen osaaminen suun terveydenhoitotyössä
Sivumäärä Aika	41 sivua 31.3.2011
Tutkinto	Suuhygienisti
Koulutusohjelma	Suun terveydenhuollon koulutusohjelma
Ohjaaja(t)	lehtori, Tuula Toivanen-Labiad lehtori, Marja Roos
<p>Opinnäytetyö on tehty osana Erikulttuuritaustaisten asiakkaiden suun omahoitoa tukevien sähköisten terveysneuvontapalvelujen kehittäminen –hanketta. Hankkeen tarkoituksena on edistää erikulttuuritaustaisten asiakkaiden suun terveyden omahoitoa innovatiivisten suuhygienistin toteuttamien netti- ja puhelinkonsultaatiopalvelun avulla. Hankkeen tavoitteena on kehittää monikulttuuristaustaisille asiakkaille suunnattuja suun terveydenhoitopalveluja. Lisäksi tavoitteena on edistää verkostoyhteistyötä Metropolia Ammattikorkeakoulun suunhoiton opetusklinikan ja työelämäyhteistyökumppaneiden kanssa.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata transnationaalisen osaamisen viitekehyksen pohjalta, millaista osaamista suun terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla hoitaessaan eri kulttuuritaustaisia potilaita. Transnationaalinen osaaminen koostuu viidestä osa-alueesta: analyyttinen, emotionaalinen, luova, viestintään liittyvä ja toiminnallinen osaaminen. Näitä osa-alueita on sovellettu suun terveydenhoitotyön osaamiseen.</p> <p>Opinnäytetyön tietoperusta rakentuu näyttöön perustuvaan tietoon sekä kokemus- ja asiantuntijatietoon. Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin myös maahanmuuttajien laillisia oikeuksia sekä suuhygienistin ammattia ohjaavia lakeja ja eettisiä periaatteita.</p> <p>Transnationaalinen osaaminen suun terveydenhoitotyössä korostaa yhteistä hoitotapaa toimivan ja luottamusta herättävän vuorovaikutuksen avulla. Siinä korostetaan myös aitoa halua ja kiinnostusta kohdata asiakas yksilöllisesti hänen henkilökohtaiset arvonsa, kokemuksensa ja voimavaransa huomioon ottaen. Lisäksi transnationaalinen osaaminen kannustaa suun terveydenhoitotyön ammattilaisia innovatiivisuuteen uudistamaan ajatteluaan ja toimintaansa. Työelämän asettamat vaatimukset kuten aika- ja resurssipula sekä asenteet ja ennakkoluulot saattavat kuitenkin toimia onnistuneen vuorovaikutuksen esteinä. Siksi suun terveydenhoitotyön ammattilaisten tulisi pyrkiä jatkuvaan itsekritiikkiin ja pyrkiä tunnistamaan transnationaalisen osaamisen kehitystarpeet työssään.</p>	
Avainsanat	transnationaalinen viitekehys, vuorovaikutus, suun omahoito, suun terveys, hammashoito, kulttuuri, monikulttuurisuus, emotionaalinen, luovuus

Author(s) Title	Hanna Haavisto, Heli Hartikainen Transnational Competence in Oral Health Care
Number of Pages Date	41 pages 31st of March 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Oral Hygiene
Instructor(s)	Tuula Toivanen-Labiad, Lecturer Marja Roos, Lecturer
<p>This final project was made as a part of the Development of Electronic Oral Self-Care Support Services for Customers from Different Cultural Backgrounds - project. The project aims to promote oral health self-care in customers with different cultural backgrounds by using innovative online and phone consultation services conducted by an oral hygienist. The goals of the project are the development and promotion of oral health care services targeted for multicultural customers and to increase co-operation between Metropolia University of Applied Sciences oral care teaching clinic and work partners.</p> <p>This final project aims to describe, on the basis of the transnational competence framework, the knowledge and skills oral health professionals should have in treating patients from different cultural backgrounds. Transnational competence consists of five sections: analytical, emotional, creative, communications and operational expertise. These sections have been applied to the oral health care knowledge.</p> <p>The data was based on evidence based scientific, experimental and expert knowledge. The literature review also examined the legal rights of immigrants, as well as laws and ethical principles governing the profession of oral hygienist.</p> <p>Transnational competence in oral health care emphasizes the common care view through working and confidential interaction. It also emphasizes the genuine desire and interest to confront a customer individually noticing one's personal values, experiences and resources. In addition, transnational competence encourages oral health care professionals to reform innovatively their thinking and performing. Working life requirements, such as time and resource constraints as well as the attitudes and prejudices, however, may act as a barrier in successful interaction. Therefore, oral health care professionals should aim for continuous self-criticism and try to identify the developmental needs of transnational competence in their work.</p>	
Keywords	transnational framework, interaction, oral self-care, oral health, dental care, culture, multiculturalism, emotional, creativity

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Transnationaalisen osaamisen viitekehys – mikä se on?	2
3	Analyttinen osaaminen	4
	3.1 Kulttuurin ja etnisyyden vaikutus yksilön maailmankatsomukseen	4
	3.2 Monikulttuurinen yhteiskunta	7
	3.3 Maahanmuuttajat – keitä he ovat?	7
	3.4 Maahanmuuttajien koettelemusten ja kulttuurisokin huomioiminen	8
	3.5 Kokemuksen kautta oppiminen ja äänetön ammattitaito	10
4	Emotionaalinen osaaminen	11
	4.1 Ihmisarvon kunnioitus	11
	4.2 Empatialla kohti aitoa kiinnostusta	12
	4.3 Emotionaalisen osaamisen esteet	13
	4.3.1 Syrjintä, rasismi ja ennakkoluulot	14
	4.3.2 Ihmisoikeudet	16
	4.4 Itsetuntemus avainsana kulttuurista herkkyyttä oppiessa	17
5	Luova osaaminen	18
	5.1 Vaatimuksena kestävä luovuus ja luova asiantuntijatyö	19
	5.2 Käypä hoito- suositukset	19
	5.3 Oppivan organisaation kautta luovaksi asiantuntijaksi	20
6	Viestintään liittyvä osaaminen	21
	6.1 Vuorovaikutus viestinnän lähtökohtana	22
	6.2 Kulttuurien välinen viestintä	22
	6.3 Ammatillinen vuorovaikutus transnationaalisisessa osaamisessa	24
	6.3.1 Asiantuntijakeskeisyys	25
	6.3.2 Asiakaskeskeisyys	25
	6.4 Yhteisen kielen löytäminen	26
	6.4.1 Tulkkipalvelut ja niiden toimivuus Suomessa	27
	6.4.2 Selkokieli	29
7	Toiminnallinen osaaminen	30
	7.1 Tavoitteellinen työskentely	30
	7.2 Positiivisen vuorovaikutuksen ylläpito	31
	7.3 Konfliktien ja ongelmien ratkominen	32
	7.4 Kyky luottamukseen	33
	7.5 Toimiminen haasteiden ja paineiden alla	33
8	Pohdinta	34
	Lähteet	38

1 Johdanto

Jokaisella pysyvästi Suomessa asuvalla on oikeus hyvään ja laadukkaaseen terveydenhoitoon sekä kohteluun kulttuuritaustastaan huolimatta. Terveydenhoito tulee järjestää siten, ettei se loukkaa potilaan ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Tasa-arvoisen ja laadukkaan hoidon varmistamiseksi, meidän tulee toimia niin kansallisten kuin kansainvälistenkin arvojen, normien ja periaatteiden mukaisesti (Vuori-Kemilä – Lindroos – Nevala – Virtanen 2005: 57). Nämä arvot ja normit nousevat muun muassa oman alamme terveydenhuollon eettisistä periaatteista, joita ovat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen avunanto (Mönkkönen 2007: 34). Ihmisarvo sekä sen kunnioittaminen, sisältävät myös ajatuksen kaikille ihmisille kuuluvista yhtäläisistä perusoikeuksista eli ihmisoikeuksista (Vuori-Kemilä ym. 2005: 61).

Terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnan päämääränä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja kipujen lievittäminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994). Päämäärään pitää pyrkiä jokaisen potilaan kohdalla, kulttuuritaustoista huolimatta. Monet oman alansa ammattilaiset tuntevat itsensä kuitenkin usein avuttomiksi kohdatessaan maahanmuuttaja-asiakkaita, aivan kuin heidän koulutuksellaan ja kokemuksellaan hankkimansa ammattitaito katoaisi taivaan tuuliin. Poikkeava tausta ei kuitenkaan hävitä työntekijän ammattitaitoa, vaan pikemminkin haastaa sen. Maahanmuuttajathan ovat myös niitä samoja ihmisiä, joita varten ammattitaito on hankittu. Eri kulttuuritaustaisuus ei sinänsä siis ole ongelma, jonka pitäisi antaa häiritä asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välistä suhdetta, mutta se tuo maahanmuuttajan kohtaamiseen tekijöitä, joista on hyvä olla perillä parhaan mahdollisen hoitotuloksen aikaan saamiseksi. (Forsander 1994d: 52.)

Kansainvälisessä tutkimuksessa on todettu että, maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöryhmät ovat alttiita suun terveydentilan heikkenemiselle. (Zini – Vered – Sgan-Cohen. 2009.) Palveluiden käytön ja hoidon yleisimpinä esteinä nähdään kommunikaatio-ongelmat hoitohenkilökunnan ja hoidettavan välillä. Kommunikointia hankaloittavat luku- ja kielitaidottomuus sekä kulttuuriset erot tavoissa ja uskomuksissa. Näiden lisäksi vuorovaikutuksen hankaluus voi johtua osapuolten kielteisistä asenteista toisiaan kohtaan. Maahanmuuttajien terveystalveluiden käyttöön

ja hoitoon hakeutumiseen vaikuttavat osaltaan myös varattomuus ja työttömyys. Kaikki nämä tekijät yhdessä vaikuttavat negatiivisesti terveystalouden toteutumiseen, mikä puolestaan uhkaa erikulttuuritaustaisen hyvinvointia, toimintakykyä sekä elämän voimavaroja. (Gissler – Malin – Matveinen – Sarvimäki – Kangasharju 2006: 13–14.)

Maahanmuuttajien kohtaamiseen ei ole olemassa mitään yleispätevää metodia tai tekniikkaa, koska olemme tekemisissä ryhmän kanssa, joka vastaa kirjavuudeltaan maailman väestöä. Tähän ryhmään kuuluu kaikkia ikä- ja sosiaaliluokkia, joiden koulutus, kansallisuus ja kokemukset vaihtelevat. (Forsander 1994d: 52.) On kuitenkin olemassa joitakin viitekehyksiä, jotka antavat suuntaa maahanmuuttajien kanssa työskentelemiseen. Olemmekin tutustuneet työssämme yhteen, transnationaalisen osaamisen viitekehykseen, joka koostuu viidestä eri osaamisalueesta. Olemme soveltaneet tätä mallia oman alamme pariin ja pohtineet laajemmin, mitä kaikkea transnationaalinen osaaminen voisi pitää sisällään juuri suun terveydenhuollon näkökulmasta.

2 Transnationaalisen osaamisen viitekehys – mikä se on?

Potilaalla on oikeus päättää asioistaan oman elämänsä katsomuksensa sekä ajatus- ja arvomaailmansa mukaisesti. Hänellä on oikeus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, joka edellyttää tietoa sairaudesta, hoidosta ja eri hoitovaihtoehdoista. (Mönkkönen 2007: 32.) Potilaan itsemääräämisoikeus velvoittaa, että hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Jotta asiakas voisi tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä ja antaa suostumuksensa hoidolle, on hänen ja terveydenhuollon hoitohenkilökunnan löydettävä yhteinen näkemys sairaudesta, hoidon tarpeesta ja hoitovaihtoehdoista. Eri kulttuureista tulevien potilaiden kanssa toimiessa tämä edellyttäisi terveydenhuollon henkilöstöltä todella laajaa kaikkien kulttuurien tuntemusta ja hallintaa. Sen sijaan, että hoitohenkilökunnalta edellytettäisiin lähes mahdotonta kaikkien kulttuurien tuntemusta, tarvitaan yhteisen näkemyksen luomiseksi kokonaisvaltaisempaa lähestymistapaa. (Sainola-Rodriguez 2007: 217; Sainola-Rodriguez 2006.)

Transnationaalisen osaamisen viitekehys on malli, jossa on kartoitettu vaatimuksia, joita edellä mainittu kokonaisvaltaisempi lähestymistapa hoitohenkilökunnalta edellyttää. Kokonaisvaltaiseen lähestymistavan tietoja ja taitoja on tutkinut Professori

Peter Koehn, valtiotieteilijä Montanan yliopistosta Missoulasta. Hän on useiden tieteiden pohjalta koonnut viisi osaamisaluetta, joissa selvitetään terveystieteisiin, arvostuksiin, uskomuksiin sekä hoitoon osallistumiseen, huomioimiseen ja tukemiseen liittyviä seikkoja, sekä niiden merkityksiä hoitotilanteessa. (Sainola-Rodriguez 2006.)

Viitekehyksen tarkoituksena ja pyrkimyksenä on siis ohjata yhteisen hoitonäkemyksen löytymiseen hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. Transnationaalisisessa osaamisessa nostetaan esille etenkin dialogisen vuorovaikutuksen, keskinäisen tiedonsiirron ja yhteisymmärryksen merkitystä, jotta maahanmuuttaja saisi laadukasta ja tarkoituksenmukaista hoitoa. Niin hoitohenkilökunnan kuin maahanmuuttajapotilaan innovatiivisuutta löytää hyviä ja yhteisiä toimintatapoja korostetaan hoidon laadun parantamiseksi. (Sainola-Rodriguez 2007: 217.)

Transnationaalisen viitekehyksen mukaan hoitohenkilökunnan kulttuurien tuntemuksella ei ole yhtä suurta painoarvoa kuin aidolla ja kokonaisvaltaisella kiinnostuksella kohdata maahanmuuttaja-asiakas yksilönä. Tärkeää on havainnoida potilaan oman kertomuksen ja kokemuksen kautta kulttuurin, etnisen taustan, sosiaalisen aseman ja uskonnon vaikutuksia terveyteen, sairauteen ja hoitoon liittyviin asioihin. On siis huomioitava, että eri kansallisten ryhmien sisällä on myös eroavaisuuksia liittyen kokemuksiin, poliittisiin ja sosioekonomisiin asemiin sekä maahanmuuttoon liittyviin syihin. Siksi yhteisen näkemyksen löytämiseksi on kuunneltava maahanmuuttajan henkilökohtaisia kokemuksia ja kertomuksia, sekä ymmärrettävä niiden merkitys hoitotilanteessa. (Sainola-Rodriguez 2007: 217; Sainola-Rodriguez 2006.)

Viitekehys korostaakin juuri maahanmuuttajan roolia aktiivisena hoitoon osallistujana, koska hän itse on tärkein terveytensä ja sairautensa esiintuoja ja hän itse osaa määrittää kulttuuriset merkitykset sairautessaan ja hoidossaan. Tämä edellyttää myös maahanmuuttajan kiinnostusta uuden kotimaansa hoitokäytäntöjä ja näkemyksiä kohtaan, ei vain hoitohenkilökunnan kiinnostusta maahanmuuttajaa kohtaan. (Sainola-Rodriguez 2007: 217,222.)

Transnationaalisen osaamisen viitekehyksen osa-alueet ovat analyyttinen, emotionaalinen, luova, viestintään liittyvä ja toiminnallinen osaaminen (Koehn – Rosenau 2002: 110). Olemme lähteneet tarkastelemaan näiden osaamisalueiden sisältöjä, sekä sitä, mitä ne käytännössä tarkoittavat. Transnationaalinen viitekehys ei

tietenkään ole ainoa malli, miten kohdata erikulttuuritaustainen asiakas, mutta voimme mallia hyödyntämällä paneutua siihen, millaisia valmiuksia juuri meillä suun terveydenhuollon ammattilaisilla pitäisi olla erikulttuuritaustaisia ihmisiä hoidettaessa.

3 Analyyttinen osaaminen

Analyttinen osaaminen keskittyy tiedollisiin lähtökohtiin. Sen tavoitteena on ymmärtää tiedon merkitys terveydenhuollon kohtaamisissa. Hoitohenkilökunnan tulisi ymmärtää yhteiskuntaan, terveydenhuoltoon ja ihmisen henkilökohtaiseen maailmaan liittyvien arvojen, uskomusten ja käytäntöjen merkitys hoitotilanteissa. Analyttinen osaaminen vaatii kykyä huomioida yksilöllisesti eri kulttuurista tulevan elämäntilanne, voimavarat, taustat sekä kulttuuriset ja poliittiset rajoitteet hoidon aikana. Se sisältää myös taidon toimia tilanteen mukaan sekä taidon tunnistaa tilannekohtaisesti sopivin ja tarkoituksenmukaisin käyttäytymismalli, hyödyntäen myös aikaisempaa henkilökohtaista kokemusta maahanmuuttajien kanssa toimimisesta. (Koehn -- Rose-nau 2002: 110–111.)

3.1 Kulttuurin ja etnisyyden vaikutus yksilön maailmankatsomukseen

Jotta voisimme ymmärtää erilaisten arvojen, uskomusten ja käytäntöjen merkitystä hoitotilanteessa sekä saada laajemman näkökulman erikulttuuritaustaisten potilaiden kohtaamiseen, on meidän ymmärrettävä maahanmuuttajuuteen liittyviä käsitteitä (Räty 2002: 8). Tästä syystä olemmekin perehtyneet syvällisemmin kulttuuriin käsitteenä sekä siihen vaikuttaviin tekijöihin ja sen muovautumiseen. Olemme myös perehtyneet etnisyyteen, sillä se on olennainen ominaisuus kulttuurin rinnalla (Hautaniemi 2001: 12).

Kulttuurilla tarkoitetaan tapaa ajatella, tuntea ja reagoida tiettyjen arvojen, moraalikäsitteiden, uskomusten ja tottumusten mukaan, joita ihminen on oman yhteisönsä jäsenenä omaksunut. Kulttuuria voidaan ajatella eri yhteisöjen persoonallisuutena siten, miten yksilötkin eroavat toisistaan. Ihmiset ovat ainutkertaisia, henkilökohtaiset arvot omaavia sekä toisistaan persoonallisuutensa vuoksi erottuvia yksilöitä, siinä missä eri kulttuuritkin. (Alitolppa-Niitamo 1993:18.)

Ihminen kasvatetaan oman kulttuurin jäseneksi, jolla tarkoitetaan, että ihminen ei synny tietyn kulttuurin jäseneksi, vaan hänet opetetaan elämään, toimimaan ja uskomaan tietyn kulttuurisen tulkintakehyksen mukaan. Tätä prosessia kutsutaan sosialisatioprosessiksi. Sosialisatioprosessissa omaksuttu tulkintakehys vaikuttaa yksilön maailmankatsomukseen, käsitykseen oikeasta ja väärästä sekä ihmisen olemassaolon ja elämäntehtävän merkitykseen siinä, missä yksilön arkisiin toimintoihinkin. Tulkintakehys ohjailee toimintaamme niin automaattisesti, että huomaamme sen vasta, kun joku toimii eri tavalla. (Räty 2002: 42–43.)

Samassa kulttuurissa elävät ihmiset katselevatkin maailmaa saman tulkintakehyksen läpi, jolloin heidän tavassa hahmottaa asioita on jotain yhtäläisyyksiä. Tämä vaikuttaa siihen, että samassa yhteisössä ymmärrämme toisiamme paremmin. Yhteisestä viitekehyksestä huolimatta jokainen yksilö rakentaa maailmaansa vielä yksilöllisen tulkintakehyksen läpi. Yksilöllinen tulkintakehys muodostuu ja muuttuu ihmisen omien näkökulmien ja kokemuksen myötä. (Forsander 1994a: 8-9.)

Henkilökohtaiset kokemukset muovaavat kulttuuria. Uudessa kulttuurissa ihminen omaksuu ympäristöstään paljon uusia sääntöjä, tapoja ja käytäntöjä arkipäiväisistä asioista selvitäkseen ja hiljalleen elämästä uudessa maassa tulee helpompaa. Näin ajateltuna kulttuuria voidaan pitää myös selviämisympäristönä, joka sisältää sen, mitä eläminen tietyssä ympäristössä edellyttää. (Forsander 1994a: 9-10.) Ihminen voi kuitenkin hallita useampia selviämistaitoja, joten hänen ei tarvitse hylätä vanhaa kulttuuriaan uutta oppiessa, vaan hän voi alkaa rakentamaan uutta vanhan päälle. Täten ihminen muuttuu omaksuessaan uutta ja muuttaessaan itse ympäristöään. Oppimalla toisilta syntyy uusi kulttuurinen muoto, joka on sekoitus uutta ja vanhaa, omaa ja lainattua. (Forsander 1994a: 9-10.)

Jokaisessa valtiossa, kansassa ja yhteiskunnassa on olemassa myös lukuisia alaryhmiä yhteisestä kulttuurista huolimatta. Ryhmillä saattaa olla omat mielenkiinnonkohteensa, mielipiteensä sekä etunsa ajettavina, jolloin heillä voi jälleen olla yhteinen tapa ymmärtää ja käsitellä asioita. Näitä viiteryhmiä kutsuttuja alaryhmiä ovat esimerkiksi työyhteisöt, ikäryhmät, poliittiset sekä etniset ryhmät. (Forsander 1994a: 9.) Etnisyydessä onkin kyse yksilön tunteesta kuulua johonkin ryhmään, kun taas kulttuuri voidaan ymmärtää jonkinlaisena kollektiivisena tietoisuutena (Hautaniemi 2001: 13). Etnisyydellä voidaan siis yksinkertaisesti sanottuna tarkoittaa sitä, että ihmiset samaistuvat toisiinsa ajatteleamalla ja käyttäytymällä samalla tavalla ja siten

muodostavat etnisiä ryhmiä. Etnisyydessä merkityksellistä on myös se, etteivät ihmiset ainoastaan samaistu omaan ryhmäänsä, vaan myös tuntevat poikkeavansa muista ryhmistä. (Hautaniemi 2001: 17.)

Etnisyyttä on määritelty objektiivisesta ja subjektiivisesta näkökulmasta. Objektiivinen etnisyyttä sisältää tiettyä ihmisryhmää yhdistäviä piirteitä, jotka ovat ulkopuolisen havaittavissa. Näitä piirteitä voivat olla muun muassa ihonväri ja muut fyysiset ominaisuudet sekä kieli, uskonto ja yhteiset kulttuuripiirteet. Subjektiivinen etnisyyttä puolestaan määrittelee mihin etniseen ryhmään tai ryhmiin ihminen itse katsoo ja tuntee kuuluvansa. Jokaisella ihmisellä on siis oma ryhmänsä, mutta jos ei ole kontakteja ihmisiin, ryhmäänsä ei voi luokitella. Toisen ihmisen erilaisuus tai samankaltaisuus vasta kertoo, mihin etniseen ryhmään kuulumme. (Forsander 1994b: 14.)

Yhteiskunnissa, joissa väestöryhmien kirjo on suuri, on paljon eri kulttuureja, arvoja, uskontoja ja tapoja. Täten ihmiset voivat kuulua useampiin etnisiin ryhmiin samanaikaisesti. Tunneside eri ryhmien välillä saattaa kuitenkin vaihdella, jolloin ihminen voi kuulua tiiviimmin toiseen ryhmään kuin toiseen. (Forsander 1994b: 19.) Kuuluminen johonkin etniseen ryhmään on kaiken kaikkiaan hyvin tunnepitoinen asia. Esimerkiksi ihmisen on vaikea selittää tai perustella älyllisesti hänessä herääviä voimakkaita tunteita kuullessaan pitkästä ajasta omaa äidinkieltään. (Forsander 1994b: 15.)

Eri kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä omaksutut arvot vaikuttavat käsityksemme myös terveydenhuollosta. Ihmisillä saattaa olla eri näkemykset terveydestä ja sairaudesta, sekä siitä, mikä on heidän arvojensa mukaan oikein tai väärin terveyttä edistäessä tai hoidettaessa. Joissakin kulttuureissa ihmiset arvostavat enemmän omia näkemyksiä terveydestä kuin asiantuntijoiden, kun taas joissakin kulttuureissa annetaan suurempi arvo vanhuksille ja joissakin kulttuureissa saatetaan antaa suurempi arvo juuri terveyden edistämiseksi kuin toisessa. (Fry 1994: 25.)

Hoitotilanteessa, myös terveydenhuollon ammattilaisen tulisi olla tietoinen omasta kulttuurisesta tai etnisestä taustastaan ja ymmärtää, miten se saattaa vaikuttaa yhteistyöhön maahanmuuttajan kanssa. Jokaisessa hoitotilanteessa tulisi siis huomioida potilaan arvojen lisäksi myös omien arvojen ja mieltymysten merkitys laadukkaan hoidon aikaan saamiseksi. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 53.)

3.2 Monikulttuurinen yhteiskunta

Nykypäivänä puhutaan paljon siitä, kuinka kansat monikulttuuristuvat jatkuvasti. Olemmekin käsitelleet aiheetta "monikulttuurinen yhteiskunta", jotta saisimme käsitystä siitä, mihin tällaisessa monikulttuuristuvassa yhteiskunnassa pyritään. Monikulttuurisuus on käsitteenä hyvin epämääräinen ja sitä voidaan tarkastella useasta näkökulmasta. Toisaalta monikulttuurisuus ei kerro mitään kulttuuristen ryhmien välisistä suhteista, vaan se toteaa ainoastaan yhteiskunnan tilan. Toisaalta monikulttuurisuus on myös poliittinen termi miellelyhtymiseen suvaitsevaisesta ja rauhanomaisesta yhteisöstä. (Forsander 2001: 44.) Monikulttuurisuudella tarkoitetaan myös siis erilaisuuden hyväksymistä ja arvostamista, tasa-arvoa yksilöiden ja kulttuurien välillä sekä yhteisesti sovittuja pelisääntöjä ja rajoja (Räty 2002: 46).

Poliittisesta näkökulmasta tarkasteltuna monikulttuurinen yhteiskunta on ideaalimalli, jossa eri kulttuurien edustajat pyrkivät elämään tasa-arvoisessa asemassa keskenään. Monikulttuurisessa yhteiskunnassa ihmiset pystyisivät olemaan vuorovaikutuksessa keskenään siten, että he muodostaisivat toimivan ja kaikkien yhteiskunnan jäsenien oikeuksia kunnioittavan kokonaisuuden. (Räty 2002: 47.)

Monikulttuurisen yhteiskunnan ideaalimalli voidaan nähdä yhteiskuntarakenteiden muuttamisen ja palveluiden kehittämisen tavoitteena. Yhteiskunnan palveluja tulee kehittää siitä lähtökohdasta, että asiakaskunta on monikulttuurista. Palveluja järjestettäessä tulee siis huomioida, että asiakkailta on eri äidinkieliä, uskontoja ja tapoja. Tällaiseen monikulttuuriseen yhteiskuntaan pyrkimisen tarkoituksena onkin erilaisiin tarpeisiin vastaaminen, tasa-arvon edistäminen ja konfliktien ehkäiseminen. (Räty 2002: 47–48.)

3.3 Maahanmuuttajat – keitä he ovat?

Jotta saisimme yksityiskohtaisempaa tietoa siitä, mitä meidän tulisi huomioida ja ymmärtää maahanmuuttajapolitasta hoidettaessa, olemme kartoittaneet Suomen ulkomaalaisväestöä sekä selvittäneet paremmin, keitä maahanmuuttajat oikeastaan ovat.

Henkilö, joka oleskelee tilapäisesti jossain muualla kuin kotimaassaan luetaan ulkomaalaiseksi. Esimerkiksi Suomeen tulleet opiskelijat ja turistit ovat ulkomaalaisia.

Mikäli henkilö asettuu asumaan pysyvästi uuteen maahan, hänestä tulee maahanmuuttaja. Maahanmuuttajia tulee vuosittain Suomeen esimerkiksi töihin tai avioliiton vuoksi. (Räty 2002: 11.) Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2009 suomessa asui 26 699 maahanmuuttajaa (Väestönmuutokset 2009). Maahanmuuttaja voi hakea suomen kansalaisuutta asuttuaan maassa viisi vuotta (Räty 2002: 13).

Mikäli henkilö on syntynyt uudessa maassa ja vähintään toinen hänen vanhemmista on syntynyt ulkomailla, on hän toisen polven siirtolainen eli nuori, jolla on siirtolaistausta. Jotkut määritelmät pitävät toisen polven siirtolaisina myös niitä, jotka ovat syntyneet ulkomailla mutta saapuneet uuteen maahan jo varhaislapsuudessa. Tällöin puhutaan nuoresta maahanmuuttajasta. (Liebkind 1994: 10–11.)

Pakolaiset ovat maahanmuuttajia, jotka ovat joutuneet pakenemaan kotimaastaan esimerkiksi sotien, luonnonkatastrofien tai nälänhädän vuoksi. Noin viides Suomen maahanmuuttajista on pakolaisia. Suomi on sitoutunut kansainvälisellä sopimuksella vastaanottamaan heitä. Pakolaiset voivat tulla suomeen ns. kiintiöpakolaisina tai turvapaikanhakijoina. (Räty 2002: 16–17.) Kiintiöpakolaiset ovat saaneet Yhdistyneiden kansakuntien pakolaisjärjestöltä UNHCR:ltä niin sanotun pakolaisstatuksen. Turvapaikanhakija taas vastaavasti hakee suomesta turvapaikkaa. Hänestä tulee varsinainen pakolainen vasta kun hänen hakemuksensa on käsitelty ja oleskelulupa myönnetty. Turvapaikkahakemuksen käsittely vie yleensä noin kaksi vuotta. (Räty 2002: 18–19.)

Pakolaisiksi voidaankin siis nimittää kiintiöpakolaisia, myönteisen päätöksen saaneita turvapaikanhakijoita, näiden perheenjäseniä ja suojelun tarpeen vuoksi oleskeluluvan saaneita henkilöitä (Liebkind 1994: 10). Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2009 turvapaikanhakijoita oli suomessa 5 988, joista 116 sai turvapaikan ja 1 257 oleskeluluvan (Turvapaikanhakijat ja pakolaiset 2009). Paluumuuttajat taas vastaavasti ovat ulkosuomalaisia, jotka ovat asuneet pitemmän tai lyhyemmän ajanjakson Suomen rajojen ulkopuolella ja palaavat takaisin Suomeen. (Liebkind 1994: 10.)

3.4 Maahanmuuttajien koettelemusten ja kulttuurisokin huomioiminen

Hoidon onnistumiseksi meidän tulisi ymmärtää maahanmuuttoon liittyviä syitä ja seurauksia terveyden kannalta, maahanmuuttajan elämäntilanteen ja hoidontarpeen välistä yhteyttä sekä asiakkaan omien voimavarojen arvioimisen merkitystä (Sainola-

Rodriguez 2007: 218). Maahanmuuttajan kanssa työskennellessä hoitohenkilökunnan on siis hyvä olla tietoinen potilaan aiemmista koettelemuksista sekä tunnistaa kulttuurisokin vaiheet, jotta voidaan ymmärtää potilaan yllättävääkin käytöstä (Räty 2002: 121).

Pakolaisten kohdalla erityisen tärkeää on ottaa siis huomioon heidän mahdolliset rankat kokemukset synnyinmaastaan. Kuten edellä todettiin, pakolaiset ovat usein paenneet kotimaansa ulkopuolelle sotien, levottomuuksien tai ihmisoikeusrikkomusten takia. (Oroza 2009: 23.) Suomeen tulleilla pakolaisilla on esiintynyt paljon stressitilanteita johtuen äkinäisistä ja suunnittelemattomista maanpaoista. He ovat saattaneet joutua jättämään mm. sukulaisensa, omaisuutensa ja ystävänsä. On myös huomioitava, että pakolaiset ovat saattaneet menettää tai kadottaa läheisiään levottomuuksien yhteydessä. (Komulainen 2009: 22.)

Pakolaisia kohdatessa meidän olisi tärkeää muistaa, että Suomessa on vähintään 2 000–5 000 systemaattisen kidutuksen kohteeksi joutunutta pakolaista. Stressitekijöiden ja mahdollisen kidutuksen kohteeksi joutumisen seurauksena pakolaisilla on suurentunut riski sairastua erilaisiin psyykkisiin sairauksiin, kuten skitsofreniaan. Edellä mainituista syistä johtuen kyseiset potilaat koetaan helposti hankaliksi ja vaikeiksi.

Hoitosuhteessa meidän tulisi osata kuunnella potilasta, jotta saadaan tietoa hänen yksilöllisistä ja kulttuurisista erikoispiirteistään. Olisi hyvä, että hoitohenkilökunta toimii rohkeasti ja panee itsensä alttiiksi, jotta voidaan saavuttaa luottamuksellinen hoitosuhde. (Komulainen 2009: 22.) Helsingissä toimii Suomen ainoa kidutettujen kuntoutukseen erikoistunut hoitoyksikkö. Diakoniasäätiö ylläpitää tätä Kidutettujen kuntoutuskeskusta, jossa autetaan kidutuksen uhriksi joutunutta ja hänen omaisiaan. Lisäksi keskus kouluttaa muita ulkomaalaisten kanssa työskenteleviä viranomaisia. (Räty 2002: 152.)

Sopeutuminen uuteen maahan voi kestää kuukausista vuosiin, toisinaan jopa koko eliniän (Räty 2002: 121). Kulttuurisokin vaiheet etenevät prosessimaisesti "kuherruskuukaudesta" torjunnan kautta hitaaseen toipumiseen, uusien tapojen ja käytäntöjen oppimisen kautta. Kuherruskuukausivaiheessa ihminen on vielä innostunut uudesta, vaikka kohtaakin sosiaalista kanssakäymistä rajoittavia kulttuurieroja. Torjuntavaiheessa ihminen turhautuu ja saattaa tuntea vihaa uutta kulttuuria kohtaan, jolloin hän hakee turvaa kaikin puolin paremmalta tuntuvasta

vanhasta kulttuuristaan. Tasapainottelun kautta ihminen lopulta omaksuu kahden kulttuuri kielen, arvot ja tavat. (Forsander 1994c: 35–36.)

Kulttuurisokin aikana ihminen saattaa olla hyvinkin stressaantunut, jolloin maahanmuuttajien kanssa työskentelevän on hyvä tunnistaa joitakin paineen alla esiintyviä puolustusmekanismeja. Regressio eli psyykkinen taantuminen on yksi tyypillinen reaktio. Ihmisestä tulee epäitsenäinen ja toisista riippuvainen. Hän ei jaksa, eikä uskalla ottaa vastuuta omasta tilanteestaan, vaan hän haluaa siirtää vastuun muille, esimerkiksi viranomaisille. (Räty 2002: 122–123.)

Toinen yleinen reaktio on kieltää kokemansa menetykset ja vaikeudet sekä peittää tunteet, pelon, vihan ja tuskan, koska ne ovat liian raskaita käsiteltäviksi. Tällöin saattaa esiintyä psykosomaattisia oireita, esimerkiksi päänsärkyä, vatsakipua ja unettomuutta. Lisäksi ihminen saattaa tulla epäluuloiseksi ympäristöönsä kohtaan. Syrjäytyneisyys ja kommunikointivaikeudet saattavat vielä lisätä negatiivisia mielikuvia ja epäilyjä ympäristön suhtautumisesta. Tällöin ihminen syyttää vaikeuksistaan kohtaamiaan työntekijöitä, suomalaista yhteiskuntaa tai jotain muuta tahoja. (Räty 2002: 122–123.)

3.5 Kokemuksen kautta oppiminen ja äänetön ammattitaito

Analyttiseen osaamiseen kuuluu kyky hyödyntää aikaisempaa kokemusta maahanmuuttajien kanssa toimimisesta (Sainola-Rodriguez 2007: 218). Kokemus ja sen mukana tuleva kehitys ja oppiminen muokkaavat ihmisen toimintaa ja ajattelutapoja. Täten inhimillinen kokemus vaikuttaa oleellisesti ammatilliseen kasvuun ja kehitykseen. Ammatillinen kasvu on yhteydessä myös henkilökohtaiseen kasvuun, joten siihen vaikuttaa myös työntekijän oman historian elämäkokemukset ja voitettut vaikeudet. Kokemuksen merkitys nousee esiin myös ammattieettisessä kasvussa, jolloin työntekijälle muodostuu valmiuksia eettisten ongelmien pohdintaan ja ratkaisemiseen. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 40.)

Jotta terveydenhuollon ammattilainen voi oppia onnistumisistaan sekä epäonnistumisistaan, hänellä pitää olla kykyä tutkiskella omaa käyttäytymistään. Vain näin voi oppia tavastaan toimia toisten ihmisten kanssa, jolloin tulee tietoiseksi omista reaktiotavoistaan. Näin voimme tunnistaa esimerkiksi heikkouksemme ja oppia jatkossa välttämään niitä. (Forsander 1994d: 58.)

Kokemuksen mukana syntyy niin sanottua äänetöntä ammattitaitoa, joka on tärkeä osa ammattipätevyyttämme. Tällaista hiljaisen tiedon ammattitaitoa ei opeteta, eikä se myöskään tule esiin toimenkuissa tai palkkauksessa, vaan se on juurikin yritysten ja erehdysten kautta syntynyttä tietotaitoa. (Forsander 1994d: 60). Hiljaisen tiedon kautta ihminen tietää enemmän kuin on mahdollista ilmaista sanallisesti. Hiljaisen tiedon perustan nähdään olevan tunteessa, joten sen saattaminen sanalliseen muotoon on vaikeaa. Tiedon käsittelyssä hiljaisella tiedolla on suuri rooli. Lisäksi intuitio eli välitön oivallus/näkemykset edellyttää hiljaista tietoa. Hiljainen tieto vaikuttaa ihmisessä koko ajan, sillä se yhdistää havaintoja ja ajattelua ja tulee näin esille ihmisen toiminnassa. (Nurminen 2000: 28–29.)

Työyhteisöissä erityisesti kokeneilla työntekijöillä on paljon hiljaista tietoa. Johtajan tai esimiehen tehtävänä on huomioida kaikenlainen taitotieto sekä mahdollistaa tämän osaamisen tehokas hyödyntäminen. Avoimuuden lisääminen henkilöstön kesken mahdollistaa erilaisten käsitysten ja ajatusten esille tuomisen. Uutta työyhteisöä hyödyttävää tietoa syntyykin näkyvän ja hiljaisen tiedon moninaisessa vuorovaikutuksessa. (Laaksonen – Niskanen – Ollila – Risku 2005: 92–93.)

4 Emotionaalinen osaaminen

Emotionaalinen osaaminen perustuu kulttuuriseen herkkyyteen. Sen tavoitteena on henkilökohtainen halu olla aidosti kiinnostunut erilaisista ihmisistä. Se sisältää kunnioituksen eriäviä arvoja, käytäntöjä ja kokemuksia kohtaan. Se perustuu etenkin omaan motivaatioon auttaa, uskoon haasteista selviytymiseen, avoimuuteen erilaisille tavoille ja kokemuksille sekä kykyyn ottaa oppia erilaisista kulttuurisista vaikutteista. Emotionaalinen osaaminen käsittää myös taidon tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa olosuhteista riippumatta. (Koehn – Rosenau 2002: 111; Sainola-Rodriguez 2007: 218.)

4.1 Ihmisarvon kunnioitus

Emotionaaliseen osaamiseen liittyvät taidot nousevat ammattihenkilöstön perusperiaatteista (Sainola-Rodriguez 2007: 223). Ihmisarvon kunnioitus on yksi ETENE:n eli Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan määrittelemistä periaatteista, joiden ohjeistamana toimiminen synnyttääkin meidän

oman alamme ammatilliset arvot. Jokaisella ihmisellä on yhtäläinen ja ainutkertainen ihmisarvo, jonka tärkeimpiä elementtejä ovat inhimillinen kohtelu, vuorovaikutuksellisuus, sekä tiedonsaannin, yksilön vaikuttamismahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. (Mönkkönen 2007: 34). Ihmisarvon kunnioitusta voidaan pitää juuri emotionaalisen osaamisen lähtökohtana.

Ihmisarvon kunnioitus tulisi näkyä tavassa kohdata eri kulttuuritaustainen potilas. Häneen voidaan suhtautua välittäen, arvostaen ja kuunnellen tai välinpitämättömästi, vähätellen ja holhoten. Ihmisen kunnioitus tulisi näkyä siinä, että hänet kohdataan tasavertaisena, täysjärkisenä ja aikuisena. Se edellyttää toisen ihmisen valinnanvapauden, ihmisyyden ja ainutlaatuisuuden tunnustamista. Kunnioittaminen vaatii herkkyyttä kuulla toista ja herkkyyttä toimia erilaisten ihmisten kanssa. Erikulttuuritaustaista potilasta tulisi siis lähestyä varovaisin askelin, havainnoiden ja kuulostellen. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 119.)

Ihmisarvon kunnioittamiseen ei kuulu yliholhoaminen, vähättely tai tarpeeton asiakkaan itsemääräämisoikeuden rajoittaminen (Vuori-Kemilä ym. 2005: 119). Holhoamisella tarkoitetaan yksilön vapauden tai itsemääräämisoikeuden rajoittamista siten, että terveydenhuollon ammattilainen käyttää päätösvaltaansa ja alkaa ohjata potilaan elämää tiettyyn suuntaan. Pehmeä holhoaminen eli potilaan käyttäytymiseen vaikuttaminen ohjaamalla, neuvomalla ja tukemalla on kuitenkin sallittua hyvän hoitotyön nimissä. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 92–93.)

Ihmisarvon riistämisestä voidaan puhua, kun potilas välineellistetään pelkäsi toiminnan kohteeksi hoitotyössä. Hoitohenkilökunnan kiire ja jatkuva asiakastilanteesta toiseen siirtyminen altistaa rutiininomaiseen työtapaan, joka saattaa näkyä asiakkaan välineellistämisenä. Jotta välineellistämistä ei syntyisi, pitäisi ammattilaisen säilyttää välittävä asenne ja halu olla läsnä asiakasta varten. Tämä riippuu loppujen lopuksi aina työntekijän omasta eettisestä vastuuntunnosta. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 120–121.)

4.2 Empatiolla kohti aitoa kiinnostusta

Kun puhutaan aidosta kohtaamisesta ja läsnäolosta, pääroolia näyttelevät tunteet ja empatia. Toisen ihmisen kanssa toimimisessa on aina kyse tunteista, jolloin vuorovaikutuksessa vastaanotetaan, ilmaistaan ja käsitellään tunteita. Tunteet ovat sitoutuneita energiaan, jolloin myönteiset tunteet virittävät energiaa ja kielteiset syövät

sitä. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 139.) Tästä voidaan päätellä, että tunteet nousevatkin keskeisiksi ajatellessa hoitohenkilökunnan motivaatiota auttaa. Myönteiset tunteet virittävät energiaa, jolloin sen luulisi vaikuttavan positiivisesti hoitohenkilökunnan motivaatioon ja uskoon haasteista selviytymiseen. Täten olemme perehtyneet paremmin empatiaan ja sen tärkeyteen aidon kiinnostuksen aikaan saamiseksi.

Terveystieteiden ammattilaisen tulee siis hyödyntää tunteitaan ja empatiaansa, jotta hän pystyy aitoon kohtaamiseen ja läsnäoloon. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 139.) Empaattisten asenteiden ja toiminnan pitäisikin kuulua terveydenhuollon työntekijöiden ammattitaitoon. Asennoitumisena empaattisuus tulisi näkyä välittämisen tunteina toisia ihmisiä kohtaan ja toimintana sen pitäisi näkyä esimerkiksi ammattilaisen kykyä hyödyntää tietoisesti kokemuksiaan, tietojaan ja taitojaan hoitotilanteissa. (Taavela 1999: 81.)

Empaattinen toiminta edellyttää taitoa eläytyä toisen ajatteluun ja tunteisiin, hetkellistä samaistumista toisen asemaan. Työntekijän pitää siis pystyä käyttämään hyödyksi tunneälyään, jotta voi huomioida ja tunnistaa niin potilaan tunteet kuin omansakin. Ammattilaisen pitää osata ottaa tunteistaan myös etäisyyttä, jottei mene liiaksi mukaan potilaiden elämäntilanteisiin. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 139–140.) On siis muistettava, että kaikkea ei voi myötäelää. Työntekijä ei kuitenkaan saa menettää työkykyänsä murehtiessaan potilaiden ongelmia, sillä stressaantunut työntekijä ei enää pysty parhaalla mahdollisella tavalla toimimaan ammatissaan. (Forsander. 1994d: 59.)

Empatia perustuu kykyyn kuunnella, joka ei tarkoita vain sanotun kuulemistä vaan myös sanattomien viestien ja tunteiden tavoittamista. Täten kuunteleminen tarkoittaa myös potilaan mielipiteiden ja ajatusten kuulemisen lisäksi ilmeiden, äänenpainojen, hiljaisuuden ja tunnetilojen huomiointia. Tällainen taito vaatiikin hoitavalta osapuolelta aitoa kiinnostusta potilasta ja näkemyksiään kohtaan. Jotta pääsisimme terveydenhuollon ammattilaisina lähelle potilaan kokemuksia ja pystyisimme ymmärtämään juuri hänen näkökulmaansa, tulisi meidän pysähtyä kuuntelemaan – korvin ja tuntein. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 140.)

4.3 Emotionaalisen osaamisen esteet

Kuten jo aikaisemmin todettiin kielteiset tunteet ja ristiriidat taas syövät energiaa (Vuori-Kemilä ym. 2005: 139). Täten voidaan ajatella, että kielteinen asennoituminen

maahanmuuttajia kohtaan saattaa toimia esteenä emotionaaliselle osaamiselle. Tieto omista ennakkoluuloista ja asenteista on siis tärkeää aidon kiinnostuksen ja kunnioituksen aikaansaamiseksi (Sainola-Rodriguez 2007: 223). Usein on tarkasteltukin vain maahanmuuttajien tapoja suhtautua uusiin tilanteisiin. Sen sijaan vastaanottavan maan, valtaväestön sopeutuminen ja asennoituminen uusiin tulijoihin on jäänyt vähemmälle huomiolle. (Forsander 2001: 32.) Tästä syystä olemmekin perehtyneet tarkemmin syrjintään, rasismiin, ennakkoluuloihin ja asenteisiin.

4.3.1 Syrjintä, rasismi ja ennakkoluulot

Jatkuva syrjintä ja rasistiset loukkaukset johtavat haluun eristäytyä muusta väestöstä. Se aiheuttaa muun muassa psyykkistä pahoinvointia ja masennusta. Useimmiten maahanmuuttaja pyrkii välttämään konfliktitilanteita. Toisaalta taas jatkuva syrjintä voi johtaa haluun taistella oikeuksiensa puolesta. (Räty 2002: 195.) Mitä enemmän maahanmuuttajat kokevat syrjintää, sitä enemmän he kärsivät muun muassa ahdistusoireista (Jasinskaja-Lahti – Liebkind – Vesala 2002: 45). Rasismikokemusten on todettu lisäävän myös maahanmuuttajien kokemaa akkulturaatiostressiä. Akkulturaatiostressi tarkoittaa sitä kulttuurisokin aiheuttamaa stressiä, jota esiintyy yksilön vieraaseen kulttuuriin sopeutumisesta. (Jasinskaja-Lahti ym. 2002: 42.)

Maahanmuuttajat kohtaavat valitettavasti huomattavan paljon syrjintää ja rasismia nykypäivän Euroopassa. Käsitteenä syrjintä tarkoittaa ihmisten välisiin eroihin perustuvaa ei-sallittua erottelua. (Räty 2002: 189.) Syrjinnän perusteita voivat olla esimerkiksi uskonto, kulttuurinen tausta tai etninen alkuperä. Amnesty International-järjestö tekee jatkuvasti aktiivista työtä näiden ihmisoikeusrikkomusten ehkäisemiseksi ympäri maailmaa. Useat ihmisryhmät eivät voi esimerkiksi saada töitä tai vuokrata asuntoa vain siksi, että he ovat niin sanotusti "väärän värisiä" tai kuuluvat "väärään" etniseen ryhmään. (Syrjintä 2009.)

Yhdenvertaisuuslaissa on nostettu esiin kolme erilaista syrjinnän muotoa. Ne ovat välitön syrjintä, välillinen syrjintä ja häirintä. Välittömällä syrjinnällä tarkoitetaan sitä, että samanarvoisessa ja vertailukelpoisessa tilanteessa toista ihmistä kohdellaan epäsuotuisammin kuin jotakin toista. Välillisellä syrjinnällä puolestaan tarkoitetaan jotakin puolueetonta asetusta tai käytäntöä, joka saattaa asettaa jonkun henkilön epäedulliseen asemaan muihin samanarvoisen ryhmän jäseniin nähden. Häirinnällä taas tarkoitetaan tarkoituksenmukaista henkilöön tai ihmisryhmään kohdistuvaa

koskemattomuuden loukkaamista siten, että luodaan uhkaava, halventava, vihamielinen tai hyökkäävä ilmapiiri. (Yhdenvertaisuuslaki 2004.)

Rasismi- käsite tarkoittaa kaikenlaista ennakkoluuloisuutta, suvaitsemattomuutta ja syrjintää, jossa eri etniset ryhmät asetetaan tasa-arvon vastaisesti eriarvoiseen asemaan. Nykyään rasismi liitetään kulttuuriseen erilaisuuteen jossa väitetään, että tietyt kulttuurit, kielet ja ihmisryhmät ovat kehittyneempiä tai jotenkin muuten parempia kuin toiset ja että nämä ylivoimaiset ominaisuudet periytyvät sukupolvelta toiselle. Suvaitsemattomuuden taustalla on usein rassistisen henkilön kokema tyytymättömyys omiin elinolosuhteisiinsa. Eniten rassistisia kannanottoja on ollut ihmisillä, jotka eivät tunteneet maahanmuuttajia tai joilla oli vähän koulutusta. (Räty 2002: 189; Liebkind 1994: 39.)

Maahanmuuttajiin kohdistuva rasismi voidaan jaotella kolmeen erilaiseen tasoon. Alimmalla ja lievimmällä tasolla rasismi ilmenee nimittelyinä ja uhkauksina maahanmuuttajaa kohtaan. Tällöin ihmisten luokittelu tehdään ulkoisesti havaittavien ominaisuuksien perusteella. Tällainen toiminta on maahanmuuttajalle psykologisesti vahingollista, etenkin jos se toistuu usein. Seuraavalla tasolla rassistinen toiminta käsittää fyysisen kontaktin. Tällöin maahanmuuttajaa kohtaan hyökätään julkisella paikalla joko harkitusti tai spontaanisti. Tässä vaiheessa henkilön ulkoisiin piirteisiin lisätään myös muita ei-näkyviä ominaisuuksia, kuten luonteenpiirteitä ja arvoja. Kolmas ja vakavin taso käsittää monet fyysisen vahingoittamisen keinot, kuten ampumisen, tuhopolton tai terrorihyökkäyksen. Tällainen kaikista voimakkain rasismin muoto kieltää jonkun ihmisrodun niin voimakkaasti, että tähän ryhmään kuuluvia henkilöitä kohdellaan miten tahansa. Tällöin pyrkimyksenä on riistää ihmisoikeudet täysin joltain ihmisryhmältä. (Jasinskaja-Lahti ym. 2002: 29; Liebkind 1994: 42–43.)

Kun puhutaan maahanmuuttajista ja valtaväestöstä, niin myös monenlaiset ennakkoluulot vähemmistöjä kohtaan nousevat esiin. Usein ihmiset muodostavat käsityksiä asioista, joita he eivät tunne. Ongelmana onkin, että tällaisista ennakkoluuloista tulee helposti pysyviä ja ne muokkaavat suurelta osin mielikuviamme. Voidaan ajatella, että kasvava maahanmuuttajamäärä osittain lisää valtaväestön edustajien kielteisiä asenteita maahanmuuttajia kohtaan. Tämä johtuu siitä, että maahanmuuttajat kilpailevat valtaväestön kanssa esimerkiksi työpaikoista, jolloin heidät koetaan jonkinlaisena uhkana. Toisaalta taas ennakkoluulojen voidaan ajatella osittain vähenevän, kun valtaväestön kontaktit maahanmuuttajien kanssa lisääntyvät. Tällöin

keskinäinen vuorovaikutus paranee ja näin ollen saadaan molemminpuolisia positiivisia kokemuksia. (Räty 2002: 188–190.)

Vuodesta 1994 alkaen on julkaistu maahanmuuttajiin liittyen nuorten arvoja ja asenteita mittaava nuorisobarometri. Barometria varten on haastateltu 15–29-vuotiaita nuoria. Vuonna 2005 tehdyssä barometrissa yli kolmasosa haastatelluista nuorista oli sitä mieltä, että olisi hyvä, jos suomessa olisi enemmän maahanmuuttajia. Lisäksi tuolloin 70 prosenttia vastaajista totesi, että ulkomaalaiset ovat rikastuttaneet suomalaista kulttuuria. Nyt uusimmassa vuonna 2010 tehdyssä barometrissa enää vain 13 prosenttia 2 100 nuoresta oli sitä mieltä, että suomeen kaivattaisiin lisää maahanmuuttajia. Samoin enää kolmasosa vastaajista tunsi ulkomaalaisten monipuolistavan kulttuuriamme. Barometrin mukaan siis suomalaisten nuorten asenteet maahanmuuttajia kohtaan ovat tiukentuneet huomattavasti. (Huuskonen – Tiainen 2010.)

4.3.2 Ihmisoikeudet

Empaattisuus hoitotilanteissa vaatii myös sitä, että hoitava osapuoli ja potilas kohtelevat toisiaan tasa-arvoisina (Taavela 1999: 81). Kun tarkastellaan maahanmuuttajan oikeutta elää tasavertaisena jäsenenä uudessa yhteiskunnassa ilman syrjintää, rasismia ja ennakkoluuloja nousevat esiin ihmisarvosta johdetut ihmisoikeudet (Räty 2002: 30). Tästä syystä olemmekin ottaneet suurennuslasin alle myös maahanmuuttajiin liittyvät ihmisoikeudelliset sopimukset, jotka Suomi on allekirjoittanut.

Ihmisoikeudet ovat moraalisia oikeuksia, joiden tavoitteena on ihmisten ihmisarvon turvaaminen. Ihmisoikeuksia turvaavissa periaatteissa korostetaan tasa-arvoa ja oikeudenmukaisuutta, joiden toteutuminen muodostaa keskeisimmän eettisen haasteen sosiaali- ja terveysalalle. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 61–62.)

Ihmisoikeuksien suojelu sai alkunsa vuonna 1945, kun perustettiin Yhdistyneet kansakunnat. YK:n tavoitteeksi tuli edistää kansainvälistä rauhaa ja turvallisuutta. Vuonna 1948 Yhdistyneiden kansakuntien kokouksessa hyväksyttiin ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus. (Räty 2002: 130.) Tätä julistusta pidetäänkin ihmisoikeuksien kansainvälisen suojelun käännekohtana, sillä se oli aidosti yleismaailmallinen asiakirja, joka pyrki kattamaan ihmisoikeuksien koko kentän

(Scheinin 1998: 6). Ihmisoikeuksien julistuksen 1. artikla ilmaisee, että: "Kaikki ihmiset syntyvät vapaina ja tasavertaisina arvoltaan ja oikeuksiltaan." Julistus torjuu ihmisten erottelemisen yhteiskunnallisen aseman, sukupuolen, tai ihonvärin perusteella. (Scheinin 1998:8.) Se turvaa pakolaisen oikeudet hakea turvapaikkaa ja yksilön taloudelliset ja sosiaaliset oikeudet. Lisäksi jokaisella henkilöllä on mielipiteenvapaus, sekä vapaus liikkua maasta toiseen. (Räty 2002: 130.)

YK:n ihmisoikeuksien julistuksen lisäksi Suomi on allekirjoittanut YK:n rotusyrjintää koskevan yleissopimuksen, joka on tullut voimaan 1965. Sopimus kieltää kaiken rotusyrjinnän ja takaa yksilölleen yhtäläiset mahdollisuudet nauttia ihmisoikeuksista ja perusvapauksista. Rotusyrjintä- sopimuksen lisäksi Suomi on solminut kaksi muuta sopimusta, jotka vaikuttavat maahanmuuttajien asemaan. Toinen sopimus koskee sosiaalisia, sivistyksellisiä ja taloudellisia oikeuksia ja toinen poliittisia- ja kansalaisoikeuksia. (Räty 2002: 131.)

Vuonna 1993 Suomen hallitus antoi eduskunnalle esityksen perusoikeusuudistuksesta eli hallitusmuodon perusoikeussäännösten muuttamisesta. Perusoikeudella tarkoitettiin laissa säädettyä kaikkia yhtäläisesti koskevaa ja yksilölle kuuluvaa oikeutta. Tällaisia ovat esimerkiksi oikeus tasa-arvoon, opetukseen ja sivistykseen. Perusoikeusuudistuksen lähtökohtana oli kansainvälisen ihmisoikeusjärjestelmän ja kotimaisen perusoikeusjärjestelmän sisällöllinen yhtenäistäminen. Hallituksen perusoikeusuudistus merkitsi tärkeää kehitystä ulkomaalaisten asemassa Suomessa, sillä perusoikeuksien määriteltiin koskevan kaikkia Suomen oikeudenkäyttöpiirissä olevia, eikä vain yksinomaan Suomen kansalaisia. (Lepola 2000: 166–168.) Perusoikeusuudistukseen kirjoitettiin erityinen syrjintää kieltävä säännös. Kiellettyinä erotteluperusteina mainittiin muun muassa alkuperä, kieli, uskonto ja vakaumus. Lisäksi perusoikeuksiin sisällytettiin säännös, joka koski romanien, saamelaiden ja muiden ryhmien kielellisiä ja kulttuurisia oikeuksia. (Lepola 2000: 173–174.)

4.4 Itsetuntemus avainsana kulttuurista herkkyyttä oppiessa

Terveystieteiden asiantuntijan pyrkiminen ja pääseminen aitoon yhteistyösuhteeseen maahanmuuttajataustaisen kanssa vaatii elinikäistä sitoutumista itsearviointiin ja –kritiikkiin (Sainola-Rodriguez 2007: 223). Terveystieteiden asiantuntija ei missään nimessä saa ummistaa silmiään erilaisilta asenteilta ja uskomuksilta, vaan hänen täytyy kokea kaikki ihmiset yksilöllisinä ja inhimillisinä olentoina ja arvostaa heitä sen

mukaisesti. Hänen pitää arvostaa ja kunnioittaa erilaisuutta sekä nähdä muut kulttuurit yhtä tärkeinä kuin omansa. Hänen on siis oltava työssään joustava ja avoin erilaisille näkemyksille. (Alitolppa-Niitamo 1993: 168–169.)

Jokainen ihminen kuitenkin katselee maailmaa oman kulttuurikehyksensä läpi, jolloin hän on taipuvainen pitämään omia kulttuurisia arvoja ja käytäntöjä jonkinlaisena normaaliuden mittarina. Täten ihmisen saattaa olla vaikeaa arvostaa omastaan poikkeavia arvoja, tapoja ja käytäntöjä. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 124.) Etnosentrismillä eli kansankeskeisyydellä tarkoitetaan oman ryhmän pitämistä muita parempina, samalla kun suhtautumista toiseen ryhmään leimaa epäluulo ja jopa vihamielisyys (Forsander 1994b: 23). Meidän tulisi siis tunnistaa ja myöntää etnosentrinen ja rasistisen ajattelu itsestämme. Täten voimme olla valmiita työskentelemään itsemme kanssa ja uskallamme asettua alttiiksi erilaisten ihmisten kohtaamiselle, epävarmuudelle ja uuden oppimiselle. (Alitolppa-Niitamo 1993: 165.)

Taito tulla toimeen erilaisten ihmisten kanssa vaatii siis itsetuntemusta. Analyttisessä osaamisessa yhtenä taitona oli juuri aikaisemman kokemuksen hyödyntäminen, jonka yhtenä tavoitteena on myös omien käyttäytymismallien ja – reaktioiden tiedostaminen ja niistä oppiminen. Kun ihminen tiedostaa omat heikkoutensa vuorovaikutustilanteissa, pystyy hän välttämään niitä. Samoin ihmisten kanssa toimeen tulemiseen vaikuttaa se, että pystyy toimimaan omien periaatteidensa tai vakaumuksensa ylitse. Täten tulee ensin tiedostaa ja tunnistaa oma kulttuurisidonnaisuus sekä poliittinen tai uskonnollinen vakaumus ja sen jälkeen ymmärtää näiden mahdolliset vaikutukset käyttäytymiseensä. Omista periaatteistaan ei kuitenkaan tarvitse yrittää luopua, mutta helpottaakseen kanssakäymistä erilaisten ihmisten kanssa, on pystyttävä olemaan niin sanotusti puolueeton. (Forsander 1994d: 58–59.)

5 Luova osaaminen

Luova osaaminen perustuu mielikuvitukseen ja taitoon luoda uusia, vaihtoehtoisia toimintamalleja, eri hoitomenetelmiä ja käytäntöjä yhdistelemällä. Yhteistoiminnallisuus sekä mahdollisuuksien ja vaihtoehtoisten näkökulmien visiointi on oleellinen osa luovaa osaamista (Sainola-Rodriguez 2007: 218, 223). Innovatiivisten toimintamallien luomisessa on siis tarkoituksenmukaista hyödyntää eri kulttuurisia näkökulmia ongelmien ratkaisussa. Täten luovan osaajan tulee jakaa omaa kokemuseräistä tietoa,

taitoa ja havaitsemiaan mahdollisuuksia sekä ottaa vastaan myös muiden näkökulmia. Näin voidaan saada aikaan uusia yhteisesti hyväksytyjä toimintatapoja. (Koehn – Rosenau 2002: 113.)

5.1 Vaatimuksena kestävä luovuus ja luova asiantuntijatyö

Nykypäivän työelämä muuttuu konkreettisesta toiminnasta ja selkeistä työtehtävistä yhä abstraktimpaan suuntaan, jonka vuoksi luovuus ja innovatiivisuus ovat entistäkin tärkeämpiä. Tässä tietoyhteiskunnassa työntekijä tarvitsee paljon perustaitoja, kuten kielitaidon, ongelmanratkaisutaidon ja tietokoneen käyttötaidon. Lisäksi työympäristöt muuttuvat yhä moniammatillisemmiksi, joten oman oppimisen lisäksi tulee kehittää yhteistyötä muiden alojen osaajien kanssa. Oman alansa asiantuntijalta odotetaan yhä enemmän joustavuutta, eettisyyttä ja suvaitsevaisuutta. Myös yrittäjyystaitoja, monialaisuutta ja taitoja ylittää omat työtehtävä-rajat vaaditaan yhä useammin. (Tuomivaara – Hynninen – Leppänen – Lundell – Tuominen 2005: 21–23.) Kasvatuspsykologi Vance R. Peavy on kehitellyt myös luovuutta ilmentävän niin sanotun viisauteen perustuvan auttamiskäytännön. Tässäkin käytännössä keskeistä on, että työntekijät eivät hyljeksi uusia ideoita ja juutu vanhoihin ajattelumalleihin, vaan pyrkivät toimimaan luovasti uusissa tilanteissa. (Mönkkönen 2007: 20.)

Jotta pystyttäisiin vastaamaan tämän päivän työelämän vaatimuksiin, tulisi luovuuden olla sekä kestävää luovuutta että luovaa asiantuntijatyötä. Kestävä luovuus tarkoittaa ihmisen kykyä uudistaa jatkuvasti ajatteluaan ja toimintaansa. Lisäksi se merkitsee ihmisen kykyä olla samanaikaisesti tehokas työssään ja onnellinen elämässään. (Tuomivaara ym. 2005: 12.) Luova asiantuntijatyö taas vastaavasti tarkoittaa henkilökohtaisen luovuuden yhdistämistä innovatiivisuuteen ja ratkaisuihin, jotka toimivat myös asiakkaan näkökulmasta. Luovan asiantuntijan tehtävänä onkin siis kehitellä uusia työelämää hyödyttäviä ratkaisuja teoreettisen ja käytännöllisen tiedon pohjalta. Uusien näkökulmien on johdettava jonkinlaiseen käyttökelpoiseen sovellukseen, jolla on vaikuttavuutta ja merkitystä työyhteisölle. (Tuomivaara ym. 2005: 23–24.)

5.2 Käypä hoito- suositukset

Käypä hoito- suositusten laatiminen on käytännön esimerkki siitä, kuinka luovaa osaamista voidaan toteuttaa suomalaisessa yhteiskunnassa. Tästä syystä olemmekin

perehtyneet käypä hoito- suosituksiin, jotta ymmärtäisimme paremmin, mitä tällaiset teoreettisen ja käytännöllisen tiedon pohjalta tehdyt työelämää hyödyntävät ratkaisut parhaimmillaan ovat.

Käypä hoidon tarkoituksena on laatia näyttöön perustuvia suomalaiseseen terveydenhuoltoon soveltuvia tiiviitä ja helppolukuisia hoitosuosituksia. Suositukset ovat erilaisten asiantuntijoiden, kuten lääkäritoimittajien ja informaattikoiden laatimia tieteellisesti mahdollisimman hyvin perusteltuja kannanottoja. Lääkärit, muu hoitohenkilökunta ja potilaat voivat hyödyntää näitä suosituksia hoitopäätösten ja hoitovaihtoehtojen valitsemisessa. Hoitosuositusten pohjalta laaditaan myös alueellisia hoito-ohjelmia, joiden avulla voidaan yhtenäistää runsaasti vaihtelevia hoitokäytänteitä. Käypä hoito parantaakin siis hoidon laatua, sillä niiden avulla kaikki potilaat saavat yhtäläisesti parhaan mahdollisen hoidon. (Laaksonen – Niskanen – Ollila – Risku 2005: 92–93; Käypä hoito. 2010.)

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim tukee ja koordinoi Käypä hoito -hanketta ja sen levitystä Suomessa. Duodecimin lisäksi hankkeessa on mukana erilaisia kansanterveys-, ja potilasjärjestöjä sekä erikoislääkäriyhdistyksiä. Uudet käypä hoito- suositukset julkaistaan Internetissä ja Aikakauskirja Duodecimissa. Hoitosuosituksia päivitetään vähintään kolmen vuoden välein. Internetistä löytyy aakkosellinen hakemisto kaikista suosituksista julkaisu- ja päivytyspäivämäärineen. (Laaksonen ym. 2005: 92–93; Käypä hoito. 2010.)

5.3 Oppivan organisaation kautta luovaksi asiantuntijaksi

Oppiva organisaatio- käsitettä käytetään laajalti niin julkisissa kuin yksityisissäkin organisaatioissa sekä myös sosiaali- ja terveyshallinnossa. Oppiva organisaatio on sellainen työyhteisö, jossa sen henkilöstö jatkuvasti lisää omia kykyjään työntekijänä ja tätä kautta vaikuttaa myös organisaation kykyyn luoda todellisuutta. Lisäksi tällainen organisaatio edistää henkilöstön osallistumista innovatiiviseen yhteistyöhön organisaatioiden välillä ja myös omassa organisaatiossa. Tärkeätä ovat henkilöstön mahdollisuudet vaikuttaa omaan oppimiseensa ja kehittymiseensä. Työhön sitoutuminen, aloitekykyisyys ja omien vahvuuksien sekä heikkouksien tunnistaminen rakentavat pohjaa oman toiminnan parantamiselle. Oppiva organisaatio onkin laaja-alainen kokonaisuus, jossa osaaminen lähtee sen jäsenten taidoista ja etenee

organisaation toimintatavoista aina kulttuuriin sisältyviin toimintakäytäntöihin asti. (Laaksonen ym. 2005: 90–91.)

Oppivassa organisaatiossa johtajalla on keskeinen tehtävä lisätä työntekijöiden sitoutuneisuutta ja kannustaa heitä jatkuvaan oppimiseen ja kehittämiseen. Johtaja toimii työyhteisössä roolimallina, opettajana ja suunnittelijana. Hyvillä johtamistaidoilla voidaan vaikuttaa merkittävästi työyhteisön avoimuuden lisääntymiseen ja tiedon liikkumisen paranemiseen. Oppivan organisaation vuorovaikutuksellisen ilmapiirin tulee kannustaa työntekijöitään kyseenalaistamaan asioita. Tätä kautta organisaatio uudistuu ja toimintaa kyetään muuttamaan toimintaympäristön vaatimusten mukaisesti. (Laaksonen ym. 2005: 91.)

Oppivassa organisaatiossa korostuu yhteistoimintaan perustuva oppiminen, tiimioppiminen ja kokemuksista oppiminen. Yhteistoimintaan perustuva oppiminen on yhteisten tavoitteiden saavuttamiseen tähtäävää toimintaa, jonka perustana on toisten auttaminen. Tiimioppiminen taas puolestaan keskittyy kehittämään tiimien toimintaa ja se on alkanut saada yhä enemmän jalansijaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kokemuksista oppiminen on taas jatkuva prosessi, jolla tarkoitetaan oman toiminnan pohdiskelua eli reflektointia. Se on jatkuvaa itsearviointia ja ajattelun kehittämistä, jossa tieto luodaan kokemuksen avulla. Yksilön kokonaisvaltainen kehittyminen asiantuntijaksi tapahtuu sisäisten luonteenpiirteiden ja ulkoisten olosuhteiden välillä sekä henkilökohtaisen ja sosiaalisen tiedon välillä. (Laaksonen ym. 2005: 92.)

6 Viestintään liittyvä osaaminen

Viestintään liittyvä osaaminen sisältää kyvyn kommunikointiin ja hyvän vuorovaikutuksen luomiseen. Viestinnän onnistumisella on tärkeä merkitys jokaisessa asiakastilanteessa. Kommunikaation onnistuminen työntekijän ja asiakkaan välillä vaikuttaa asiakastyytyväisyyteen, sitoutumiseen ja hoidon vaikuttavuuteen. Viestintä on kokonaisuudessaan laaja-alainen käsite sillä se sisältää taidon käyttää vierasta kieltä tai tulkkia, sekä kyvyn havaita ja ymmärtää nonverbaalisia eli sanattomia viestejä. Viestinnällä tähdätään osallistuvaan ja luottamukselliseen dialogiseen kanssakäymiseen. Molempien osapuolien ymmärryksen kautta vältetään täten erilaisilta väärinkäsityksiltä. (Sainola-Rodrigues 2007: 223–224.)

6.1 Vuorovaikutus viestinnän lähtökohtana

Viestintään kuuluu olennaisena osana vuorovaikutus. Se on jatkuva prosessi, jonka aikana viestitetään asioita muille, vaikutetaan heihin, luodaan yhteyttä toisiin ja saadaan palautetta omasta toiminnasta. Ihmisten tulisi jatkuvasti kehittää vuorovaikutustaitojaan, jolloin vuorovaikutustilanteet helpottuvat ja tehostuvat. (Järvinen – Lankinen – Taajamo – Veistilä – Virolainen 2007: 103–104.)

Jokainen ihminen tarvitsee sekä emotionaalista että sosiaalista kompetenssia selviytyäkseen vuorovaikutustilanteista. Edelläkin jo läpi käyty emotionaalinen kompetenssi tarkoittaa sitä, että henkilö pystyy säätämään omia tunnereaktioitaan ja osaa nähdä, miten tunteiden ilmaisu vaikuttaa hänen käyttäytymiseensä. Lisäksi se tarkoittaa kykyä tunnistaa toisten tunteita ja hyödyntää niitä. Sosiaalinen kompetenssi taas vastaavasti tarkoittaa ihmisen kykyä jäsentää ja käsitellä havaitsemaansa tietoa. Lisäksi se käsittää sosiaaliset taidot, kuten taidon kuunnella muita, eläytyä toisen asemaan, olla läsnä ja säädellä omaa mielialaa vuorovaikutuksen etenemistä tukien. Emotionaalisen- ja sosiaalisen kompetenssin lisäksi ihmisen toimintaan vuorovaikutustilanteissa vaikuttavat hänen aikaisemmat kokemukset ja opitut selviytymiskeinot. (Järvinen ym. 2007: 103–104.)

Työntekijän vastuulla on vuorovaikutustilanteessa soveltaa terveydenhuollon eettisiä periaatteita. Eettiset periaatteet maahanmuuttajien kohdalla koskivatkin juuri ihmisarvon kunnioitusta, itsemääräämisoikeutta ja oikeudenmukaisuutta. Niin kuin jo aikaisemmin mainitsimme, ihmisarvon kunnioitus sisältää muun muassa inhimillisen kohtelun, luottamuksellisuuden, hyvän vuorovaikutuksen sekä tiedonsaannin. Jokaisella potilaalla on lisäksi itsemääräämisoikeus, eli oikeus päättää omasta hoidosta ja eri hoitovaihtoehdoista. Hoitohenkilökunnan tulee siis päästä potilaan kanssa yhteisymmärrykseen ilman johdattelua ja pakkoa. Oikeudenmukaisuuden periaatteen mukaan maahanmuuttajilla on yhtäläiset oikeudet muiden kansalaisten kanssa päästä asianmukaiseen hoitoon, eikä päätökseen saa vaikuttaa potilaan äidinkieli, etninen kulttuuri eikä vakaumus. (Mönkkönen 2007: 33–34.)

6.2 Kulttuurien välinen viestintä

Kulttuurien välisellä viestinnällä tarkoitetaan kommunikaatiota, jossa toisen kulttuurin vaikutuspiirissä tuotettu viesti prosessoidaan ja tulkitaan oman maan

kulttuurikontekstin mukaan. Kun kommunikoimme toisten ihmisten kanssa, meidän käyttäytyminen saa vastapuolella aikaan erilaisia reaktioita. Viestin vastaanottaja tulkitsee kuulemaansa omien kokemuksensa ja kulttuurin antaman mallin mukaan. Tämän vuoksi onkin mahdollista, että vastapuoli ei tulkitse antamaamme viestiä tarkoittamallamme tavalla tai me saatamme tulkita vastapuolen viestin väärin. Tällöin viestin merkitys muuttuu, koska viestin vastaanottajan kommunikaatiotapa ja viestille antamat merkitykset eivät ole samat kuin viestin lähettäjän. (Alitolppa-Niitamo 1993: 138–141.)

Vuorovaikutustilanteessa viestitään sekä verbaalisen eli sananalisen viestinnän, että non-verbaalisen eli sanattoman viestinnän avulla. Sanallinen viestintä on puhuttua ja kirjoitettua kieltä. Sanattomat viestit taas havaitaan muun muassa toisen osapuolen ilmeistä, eleistä, äänen voimakkuudesta ja asennoista. On arvioitu, että jopa 75 % asioiden merkityksistä välittyy sanattoman viestinnän kautta. (Järvinen ym. 2007: 189–190; Non-verbaalinen viestintä 2010.)

Jokainen henkilö oppii oman kulttuurinsa ohjaamana käyttämään non-verbaalisia ja verbaalisia viestejä, jolloin ne tulkitaan eri kulttuureissa eri tavoin. Pään pudistaminen kieltäytymisen merkinä on esimerkiksi meille suomalaisille tyypillinen sanaton viesti, joka tulkitaan taas joissain muissa kulttuureissa täysin päinvastoin. Myös sanojen ja erilaisten käsitteiden merkitys voi vaihdella kulttuureittain. Lisäksi eri sukupolvien ja sosiaaliluokkien käyttäytymisellä on omat norminsa eri kulttuureissa. (Alitolppa-Niitamo 1993: 141.)

Eri kielet ja niiden symbolijärjestelmä koetaan usein suurimmaksi esteeksi kulttuurien välisessä kommunikaatiossa. Koska sanojen merkitykset voidaan tulkita hyvin monilla eri tavoilla, se aiheuttaa paljon hämmennystä ja väärinkäsityksiä. Filosofisten ja uskonnollisten käsitteiden lisäksi ihan arkipäiväiset käsitteet, kuten "maa" ja "veli" tarkoittavat hyvin erilaisia asioita eri ihmisille. (Alitolppa-Niitamo 1993: 143.)

Eri kulttuureista tulevien ihmisten käsitys ajasta ja tilasta vaihtelee runsaasti. Länsimaissa aikataulut ohjaavat ihmisten elämää ja niissä pysymistä pidetään sääntillisyyden ja luotettavuuden merkinä. Monissa afrikkalaisissa kulttuureissa aikataulut taas eivät vastaavasti ole kovin keskeisiä, jolloin sovittuihin tapaamisiin saatetaan saapua tuntejakin myöhemmin. Erilainen aikakäsitys voi aiheuttaa väärinymmärryksiä ja turhautumista. Aikakäsityksen lisäksi henkilökohtaisen tilan

käyttö vuorovaikutussuhteissa on eri kulttuureilla erilaista. Jokaisella ihmisellä on erilainen henkilökohtaisen tilan tarve, joka tulee ottaa huomioon hoitosuhteessa. Tilankäyttöön vaikuttaa kulttuuriperimän lisäksi tapahtumapaikka, osapuolten sukupuoli, ikä ja tuttavuuden aste. (Alitolppa-Niitamo 1993: 145–153.)

Kulttuurien välinen viestintä ei ole helppoa, sillä ei ole olemassa yhtä ainoaa ohjekirjaa non-verbaalin kommunikaation tulkitsemisesta tai systemaattista tietoa säännöistä, jotka säätelevät fyysistä kosketusta, puheenaiheiden sopivuutta ja ajan käyttöä. Siksi eri kulttuurien välistä viestintää voidaan ymmärtää vain herkkyyden, avoimuuden ja rehellisen yrityksen ja opetteluun kautta. Minkäänlainen parempi-huonompi asettelu, joka perustuu rotuun tai uskontoon ei tule olla häiritsemässä tasavertaisen vuorovaikutussuhteen syntymistä.

Kulttuurien välinen ymmärrys rakentuukin vilpittömästä halusta ymmärtää toista ihmistä ja ajatuksesta, että olemme kaikki erilaisia yksilöitä. Vaikka yritämme suhtautua avoimesti ja positiivisesti vieraista kulttuureista tuleviin, niin toisinaan kommunikaation vaikeus voi aiheuttaa ahdistusta. Tämä johtuu siitä, että joudumme laittamaan itsemme likoon ja ottamaan sen riskin, että emme ymmärrä tai emme itse tule ymmärretyksi. Tällaisten ahdistavien ja hankalien tilanteiden kautta voimme kuitenkin ymmärtää oman kulttuurimme suhteellisuuden ja henkilökohtaisen rajoittuneisuutemme. Parhaassa tapauksessa opimme rikkomaan rajojamme ja koemme jotain aivan uutta. (Alitolppa-Niitamo 1993: 155–157.)

6.3 Ammatillinen vuorovaikutus transnationaalisessa osaamisessa

Ammatillisen vuorovaikutuksen taustalla on paljon tietoa ja oppimista. Se on asioihin vaikuttamista, tiedon hankkimista sekä toisaalta myös neuvomista ja ohjaamista. Ammatillaisen tuleekin valita toimintatapansa yksilöllisesti asiakkaan tilanteen mukaan. Tavoitteena on asiakkaan aktiivinen toiminta, jota ammattilainen tukee. Vastavuoroisen vuoropuhelun lisäksi tulee olla tilaa yksilöiden tunteille, ajatuksille ja hiljaisuudelle. Erilaiset ongelmatilanteet luovat pohjan ammatilliselle vuorovaikutukselle. Ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi työntekijä joutuu kokeilemaan erilaisia työskentelytapoja ja pohtimaan, miten tilanteen olisi voinut hoitaa toisin. Tällä tavoin ammatillinen vuorovaikutus karttuu ja henkilön oma persoonallisuus vahvistuu. (Järvinen ym. 2007: 190–191.)

Ammatillisessa vuorovaikutuksessa työntekijän pyrkimyksenä on siis käyttäytyminen pätevästi ja ammatillisesti. Keskustelu tulee edetä kaksisuuntaisena vuoropuheluna eli dialogina, jossa molemmat tasa-arvoiset osapuolet pääsevät etsimään ratkaisua tilanteeseen. Ammatillinen vuorovaikutus koostuu siis molemmista, niin asiantuntija- kuin asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen ominaispiirteiden yhdistämisestä. (Mönkkönen 2007: 18.)

6.3.1 Asiantuntijakeskeisyys

Asiantuntijakeskeisyydellä tarkoitetaan työntekijän tapaa luokitella asiakkaan tilannetta yksipuolisesti ja asiakasta kuulematta. Työntekijä määrittelee asiakkaan ongelmat ja asettaa tavoitteet niiden mukaan. Asiantuntija tuo esille, että hänellä on tietyn tyyppistä tietoa ja taitoa, jota esimerkiksi maallikolta puuttuu. Tällöin asiakastilanne koetaan eräänlaisena yksinpuheluna, jossa työntekijän toimintaa ohjaavat ammattitermit, rutiinit ja opitut teorit. Monesti asiantuntijavalta nähdäänkin rutiininomaisina tehtävinä, joista puuttuu luovuus ja herkkyys toisen näkemyksille. (Mönkkönen 2007: 18, 39, 58–59.)

Vaikka asiantuntijakeskeisyyteen suhtaudutaan nykyään jo kriittisesti, niin joissain tilanteissa se on edelleen jopa itsestäänselvyys. Toisinaan potilas tarvitsee ulkopuolisen asiantuntemusta ja sitä, että asiat tuodaan avoimesti ja kiertelemättä esille. Tärkeää onkin, että vaikka asiantuntijan tulee hallita teoria ja tietoperusta, niin hän on myös valmis kyseenalaistamaan asioita ja jalostamaan niitä yhdessä potilaan kanssa. Asiantuntijatietaa voi siis käyttää hyväksi monella eri tavalla. (Mönkkönen 2007: 52–54.)

6.3.2 Asiakaskeskeisyys

Asiakaskeskeisellä ajattelulla tarkoitetaan asiakkaan tarpeista lähtevää tilanteen määrittämistä, jossa keskeistä on asiakkaan toiveiden ja tarpeiden kunnioittaminen. Suomessa asiakaslähtöinen ajattelumalli on otettu kunnolla esille vasta 1990-luvun alussa, jonka jälkeen se on laajasti levinnyt kulttuurimme- ja eri yritysten palvelunäkemyksiin. Asiakaskeskeisyyden taustalla on ollut ajatus, että asiakas itse pääsee vaikuttamaan omaan hoito- ja auttamissuunnitelmaansa. Myös työntekijällä on asiakaskeskeisyyttä korostavassa mallissa aktiivinen rooli vuorovaikutuksessa. Työntekijöiden tulisikin kysyä asiakkailtaan tarkoituksenmukaisia kysymyksiä, jotka aktivoivat asiakasta jäsentämään omaa tilannettaan. (Mönkkönen 2007: 63–64.)

Asiakaskeskeisyydessä on kuitenkin todettu vuorovaikutuksen kannalta joitain ongelmia. Väärin toteutettuna asiakaskeskeisyys on johtanut työntekijän liialliseen neutraalisuuteen, jolloin työntekijä ei kykene tuomaan omaa aktiivista rooliaan vuorovaikutukseen. Tällöin työntekijän rooli asiantuntijana heikentyy, sillä hän myötäelää liiaksi asiakkaan tunnelmissa. Tällainen toisen ehdoilla etenevä vuorovaikutus saattaa johtaa molempien osapuolien neuvottomuuteen, vastaamattomuuteen ja myös vastuun hämärtymiseen. Asiakaskeskeisyys tulisikin nähdä palvelujärjestelmässä siten, että pyritään ottamaan asiakkaan tarpeet mahdollisimman pitkälle huomioon. Mutta asiakkaan tarpeet eivät kuitenkaan yksin ratkaise palvelun antamisen ehtoja. (Mönkkönen 2007: 63–65.)

6.4 Yhteisen kielen löytäminen

Erikulttuuritaustaisia hoidettaessa monet suun terveydenhoidon ammattihenkilöt kohtaavat viikoittain tai kuukausittain kommunikaatio-ongelmia. Eräs Britannialainen tutkimus osoittaaakin, että kielimuuri on toistuvinkin este hammashoidolle. Kommunikointi vaikeus saattaa aiheuttaa terveydellisiä riskejä, rajoittaa hoitovaihtoehtoja ja lisätä mahdollisia oikeudenkäyntejä. (Goldsmith – Slack-Smith – Davies. 2005.) Täten hoitohenkilökunnalta vaaditaan monikielisyyttä ja/ tai tulkkipalveluiden tuntemusta, jotta kommunikointia hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä voitaisiin parantaa. (Goldsmith ym. 2005: 235–241.) Kommunikoinnin parantamiseksi meidän tulisi osata käyttää hyödyksi myös erilaisia kuva- ja selkokielimateriaaleja osana potilaan kokonaisuhoitoa. Metropolia ammattikorkeakoulussa onkin tuotettu opinnäytetyönä selkokielineen kuvakansio karies ehkäisymenetelmistä. (Helin – Pääkkönen – Zheng 2009.)

Väitöskirjassaan somalialaisten terveystietämyksiä tutkinut Hassinen-Ali-Azzani toteaa, kuinka tehokas kommunikaatio on välttämätön hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Kielierot, tulkin käyttö, sanojen erilainen merkitys ja sanattoman viestinnän ilmaukset vaikuttavat tiedottavan vuorovaikutuksen luonteeseen. Potilaan asemassa olleet somalinaiset toivat esille sen, että heidän kulttuurissaan oireiden ilmaisutapa ei ole suora. Naiset saattavat käyttää ilmaisussaan erilaisia kehoon liittyviä mielikuvia. Lisäksi monet eivät osaa ilmaista oireitaan täsmällisesti. Koska naisten oli vaikeaa selittää sisäisiä oireitaan, se heikensi myös lääkäreiden ymmärrystä. Tällaiset kommunikaatiovaikeudet vaikuttivat siten oikean hoidon saamiseen. Sekaannusta

saattoi liittyä myös yksittäisten sanojen väärinymmärrettyyn merkitykseen. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 155–156.)

Myös Tampereen yliopistosta valmistunut laadullinen terveystutkimus tuo esille maahanmuuttajien kieliongelmiä suomessa. Raportin mukaan afrikkalaiset maahanmuuttajanaiset kokivat kielimuurin valtavaksi esteeksi heidän kohtaamisissaan suomalaisten terveydenhuollon ammattilasten kanssa. Naiset kokivat suomen kielen vaikeaksi ja työlääksi oppia. Tähän vaikutti selvästi afrikkalaisnaisten vähäiset sosiaaliset vuorovaikutustilanteet suomalaisten kanssa. Afrikkalaisnaiset tunsivat lääkärissä pelkoa, hämmennystä ja turvattomuutta, sillä he eivät saaneet tarvittavaa tietoa terveydentilastaan, eivätkä tämän vuoksi ymmärtäneet syitä jonkin toimenpiteen tarpeellisuudesta. Myös erilaisten tuntemusten ja kivun ilmaiseminen oli naisille hankalaa. Viimeisenä vaihtoehtona kommunikaatio-ongelmiin oli valitettavasti se, että naiset eivät sanoneet mitään. (Adjekughele 2002: 21–23.)

6.4.1 Tulkkipalvelut ja niiden toimivuus Suomessa

Tulkin tehtävässä voi toimia koulutuksen saanut tulkki tai käytännön kautta pätevyys saanut henkilö (Räty 2002: 149). Suomessa toimivat tulkit ovat hankkineet ammattitutkinnon toisen asteen koulutuksena tai opiskelleet kääntämistä ja tulkkaamista yliopistossa ja/ tai suorittaneet erilaisia tulkkauskursseja. Tulkillä tulee olla edistyneemmät kulttuuri- ja viestintätaidot kuin tavallisella kielenpuhujalla. Lisäksi koulutetulta tulkillta edellytetään selkeää artikulointia, kasvokkaisviestinnän osaamista ja miellyttävää puheilmaisua. (Tulkin välityksellä 2004.)

Keskustelun tulkkaus esimerkiksi lääkärin vastaanotolla tai virastossa on niin sanottua asioimistulkkauksena, joka käydään vuoropuheluna viranomaisen tai yksityisen tahon ja asiakkaan välillä. Asioimistulkkaus on yleensä peräkkäistulkkauksena. Tällöin tulkkaus toiselle kielelle seuraa heti jokaista puhejaksoa. Asioimistulkkaus voi tapahtua joko lähitulkkauksena paikan päällä tai etätulkkauksena puhelimen tai videotulkkauslaitteiden avulla. Erilaisia tulkkauspalveluja Suomessa tarjoavat seitsemän alueellista tulkkikeskusta, valtakunnallisesti yksityinen tulkkipalvelukeskus Lingua Nordica Oy, sekä freelancer- tulkit. (Tulkin välityksellä 2004.) Tärkeimmät Eurooppalaisista tulkkauskielistä ovat venäjä, albania, bosnia, viro, ranska ja turkki. Euroopan ulkopuolisista kielistä tärkeimmät ovat arabia, kurdi, farsi, somalia ja vietnam.

Tulkin tilaaminen kuuluu viranomaiselle. (Maahanmuuttajille tarkoitettujen tulkkaus- ja kielipalvelujen kehittämissuunnitelma 1999: 10.)

Pakolaisille sosiaali- ja terveyspalveluiden ja kotouttamista tukevien palveluiden kohdalla tulkkipalvelut ovat maksuttomia. Käännöspalveluiden kustannukset korvataan kunnille valtion varoista. (Tulkin välityksellä 2004.) Tulkin käyttöä ei tule vähätellä, sillä kääntäjistä on hyötyä sekä asiakkaalle että työntekijälle. On tärkeää että keskusteluun osallistuvat ymmärtävät toisiaan, sekä samalla varmistetaan myös asiakkaan ja työntekijän oikeusturva. Lapsia tai lähiomaisia ei tule käyttää tulkkina, sillä käännöstyössä toimiminen voi rasittaa perheen sisäisiä suhteita. Lisäksi lapsi voi joutua tekemisiin sellaisten asioiden kanssa, joista hänen ei vielä tule huolehtia. (Räty 2002: 149–150.)

Hassinen-Ali-Azzani kartoitti väitöskirjassaan tulkkipalveluiden toimivuutta hoitohenkilöiden haastattelulla. Haastattelussa ilmeni että vaikka työpaikoilla on luetteloita ammattitulkeista, niin silti hoitotilanteiden tulkkaukseen liittyy vielä henkilökunnalle epäselviä asioita. Lisäksi kävi ilmi että somalimiehet toimivat aluksi vaimojensa tulkkeina neuvolassa. Tämä johtui siitä, ettei paikkakunnalla ollut käytettävissä oman ryhmän naispuolista ammattitulkkeja. (Hassinen-Ali-Azzani 2002: 156.) Monissa muissakin tutkimuksissa on tullut esille tulkkien käytössä havaittuja ongelmia. On esimerkiksi katsottu, että tulkin läsnäolo vaikeuttaa luottamuksellisen asiakassuhteen syntymistä. Vastaavasti joissain tapauksissa hoitohenkilökunta koki että viestintä sujuu tulkin ollessa paikalla. Henkilökunta ei kuitenkaan tajunnut huomioida muita tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä kuten kysymistä, rohkaisemista ja nonverbaalisia viestejä. (Sainola-Rodrigues 2007: 223–224.)

Haghsereshtin tekemässä tutkimuksessa haastateltiin suomessa asuvia iranilaisia turvapaikanhakijoita ja kartoitettiin heidän omia kokemuksia suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä. Tutkimuksessa iranilaiset ilmaisivat tyytyväisyytensä siihen, että turvapaikanhakijoiden vastaanottokeskuksen henkilöstö puhui hyvin englantia. Keskuksessa pyrittiin järjestämään tarpeen vaatiessa myös tulkkipalveluita. Tulkkipalveluiden käyttö oli kuitenkin monesti puutteellista, joka johti erilaisiin kommunikaatiovaikeuksiin vuorovaikutustilanteissa. Monet iranilaiset kokivat, että eri tulkkien ammattitaidossa ja osaamisen laadussa oli suurta vaihtelevuutta. Esimerkiksi lääketieteellinen terminologia oli useimmille tulkeille täysin vierasta, jonka vuoksi hoitajan ja potilaan välille syntyi paljon väärinkäsityksiä tai asiat jäivät kokonaan

ymmärtämättä. Kun käsitellään asiakkaan terveydentilaa, niin potilaan ymmärtämättömyys sairaudestaan tai eri hoitomuodoista voi aiheuttaa mittavaa vahinkoa tai jopa vaaratilanteita. Tämän vuoksi iranilaiset oppivatkin kiinnittämään tulkin ammattitaitoon enemmän huomiota ja vaativat myös vastaanottokeskusta hankkimaan ammattitaitoisemman tulkin, kun oli kyseessä heitä koskeva tärkeä asia. (Haghseresht 2003: 20.)

6.4.2 Selkokieli

Selkokieli on suomen kielen muoto, joka on mukautettu sanastoltaan, sisällöltään ja rakenteeltaan yleiskieltä luettavammaksi ja ymmärrettävämmäksi. Se on suunnattu ihmisille, joilla on hankaluuksia lukea tai ymmärtää yleiskieltä. (Virtanen 2009: 17.) Selkokielisen kirjan tai lehden tulee olla yleiskielistä kirjaa tai lehteä selkeästi helpommin ymmärrettävä (Virtanen 2009: 16). Selkokirjallisuus- sana otettiin käyttöön ensimmäistä kertaa vuonna 1978 (Virtanen 2009: 143).

Suomessa asuvien maahanmuuttajien selkokielen tarve vaihtelee voimakkaasti. Osa heistä hyötyy selkokielestä suomen kielen opintojen alkuvaiheessa pian Suomeen muuton jälkeen. Osalla maahanmuuttajista suomen kielen taito voi jäädä pysyvästi puutteelliseksi, jolloin selkokielen merkitys korostuu entisestään. Selkojulkaisuja käytetään suomessa jo nyt laajalti aikuisten maahanmuuttajien suomen kielen opetuksessa, sekä kouluissa lapsille, jotka opiskelevat suomea toisena kielenä. Yksityiset maahanmuuttajat tilaavat lisäksi jonkin verran Selkouutiset- lehteä ja selkokirjoja. Radion selkouutiset kohdistetaan ensisijaisesti maahanmuuttajille. (Virtanen 2009: 51–53.)

Selkokeskus on toiminut vuodesta 2000 ja se edistää selkokielistä kulttuuria, tiedotusta ja tiedonvälitystä. Keskus toimittaa selkokielisiä www-sivuja, julkaisee Selkouutisia ja ruotsinkielistä LL-Bladetia, tuottaa selkokieleen liittyviä palveluja ja edistää selkokirjallisuuden julkaisutoimintaa. Selkokeskus on osa Kehitysvammaliiton toimintaa, mutta se palvelee kaikkia selkokielestä kiinnostuneita (Virtanen 2009: 184.)

Selkojulkaisujen tekstejä ja ymmärrettävyyttä on pohdittu paljon. Lisäksi julkaisun typografia, erilaiset taittoratkaisut ja kuvitus vaikuttavat sanoman kiinnostavuuteen ja ovat tarkkaan harkittuja. Koska selkojulkaisun ulkoasu on portti materiaalin sisältöön, niin myös kannen kuvalla ja tekstillä on suuri merkitys lukijan mielenkiinnon

herättämisessä (Virtanen 2009: 119.) Vuodesta 1980 lähtien on ollut käytössä yleinen selkotunnus. Selkokeskus myöntää tunnuksen erilaisille esitteille ja lehdille, jolloin tunnus toimii materiaalin laadun takeena. Tunnus on samanlainen sekä suomen – että ruotsinkielisissä julkaisuissa. Ilman lupaa selkotunnusta ei saa käyttää (Virtanen 2009: 142.)

7 Toiminnallinen osaaminen

Toiminnallinen osaaminen perustuu kykyyn yhdistää kaikki transnationaalisten osaamisalueiden taidot ja toimia tavoitteellisesti niiden mukaisesti haasteista ja paineista riippumatta. Toiminnallinen osaaminen edellyttää käyttämään erilaisia toimintamalleja sulavasti, huomioiden eri tilanteisiin vaikuttavat taustatekijät. Tavoitteellisen ja transnationaaliset taidot yhdistävän työskentelyn lisäksi, toiminnallinen osaaminen sisältää kyvyn positiivisen vuorovaikutussuhteen ylläpitämiseen ja hyvän luottamussuhteen luomiseen. Lisäksi toiminnallinen osaaminen vaatii toimijaltaan taitoa erilaisten ongelmien ja konfliktien ratkomisessa. (Koehn ym. 2002: 110.)

7.1 Tavoitteellinen työskentely

Toiminnallinen osuus perustuu siis kykyyn suoriutua työstä jokaisen osaamisalueen tavoitteiden mukaisesti. Osa-alueet koostuivat analyyttisestä, emotionaalisesta, luovasta ja viestintään liittyvästä osaamisesta. Näiden alueiden päätavoitteet ovat kyky tiedon merkityksen ymmärtämiseen, kulttuurisen herkkyyden omaamiseen, luovuuden ja innovatiivisuuden kehittämiseen sekä kyky kommunikointiin ja hyvään vuorovaikutukseen. Näiden tavoitteiden onnistunut yhdistäminen sekä toimiminen joustavasti ja tavoitteellisesti, näkyvät juuri hyvänä toiminnallisena osaamisena.

Toiminnallisella osaamisella on myös oltava jokin konkreettinen päämäärä, jota tavoitellaan. Hoitotilannetta voidaan verrata asiakaspalvelutilanteeseen, jossa kohtaavat palvelun hakija ja tarjoaja. Palvelun tarjoajalla eli meidän tapauksessa terveydenhuollon ammattilaisella on valta päästä ratkaisemaan tai vaikuttamaan johonkin potilaaseen liittyvään asiaan. Täten hoitohenkilöllä ja potilaalla on jokin yhteinen tavoite, johon pyritään. (Ekholm – Salmenkangas 2008: 72.) Suun terveydenhoitotyössä päämäärä on

tietenkin potilaan hyvinvointi ja terveys, johon pyrimme laadukkaalla hoidolla yhdessä potilaan kanssa.

7.2 Positiivisen vuorovaikutuksen ylläpito

Potilaan ja hoitavan henkilön väliseen suhteeseen vaikuttavat monet eri tekijät. Jotta voisimme ylläpitää mahdollisimman positiivista vuorovaikutusta, on meidän huomioitava muutamia seikkoja, jotka saattavat vaikeuttaa yhteistyötä erikulttuuritaustaisten kanssa. Tällaisia tekijöitä ovat muun muassa eriävät käsitykset henkilökohtaisesta tilasta, käyttäytymissäännöistä, ajasta, häveliäisyydestä ja verbaalisesta kommunikaatiosta. Erilainen aikakäsitys saattaa johtaa väärinymmärryksiin ja siten turhautumiseen. Esimerkiksi potilaan myöhästymisen sovitusta ajasta tai hoitohenkilön käyminen suoraan asiaan hoitotilanteessa, saattaa vaikuttaa negatiivisesti hyvän vuorovaikutuksen ja potilas-hoitajasuhteen ylläpitoon. Lisäksi on yleistä, että potilaan omaan ruumiiseen saattaa kohdistua häveliäisyyttä ja joitakin ruumiin osia saatetaan pitää saastaisina tai pyhinä. Hoitotilanteissa on myös koettu helpommaksi, että mieshoitaja hoitaa miestä ja nainen naista. (Alitolppa-Niitamo 152- 153)

Monet maahanmuuttajat tulevat maista, joissa terveydenhoito on vielä hyvin puutteellista. Täten heillä voi olla valtavat odotukset länsimaisista terveystalouksista ja niiden parantavasta vaikutuksesta. Pitkäaikaisen hoidon puutteen vuoksi jokin helposti parannettavissa oleva vaiva on saattanut kehittyä erittäin vaikeaksi tai jopa mahdottomaksi hoitaa. Erityisesti pitkäaikaissairaat tai kehitysvammaiset saattavat pettyä pahemman kerran, kun odotettu hoito ei autakaan. Lisäksi heidän voi olla vaikeaa ymmärtää, ettei hyvinvointivaltiossakaan pääse välttämättä heti lääkäriin. (Ekholm – Salmenkangas 2008: 75.)

Hyvän vuorovaikutussuhteen ylläpitämiseksi on myös huomioitava potilaan uskonto. Monelle suomalaiselle uskonto, ei ole sellainen tekijä, joka vahvasti vaikuttaisi arjen valintoihin. Osalle maahanmuuttajista uskonto tai poliittinen katsomus voi kuitenkin merkitä paljon enemmän kuin keskivertosuomalaiselle. (Ekholm – Salmenkangas 2008: 77.) Vuorovaikutukseen vaikuttavat lisäksi jo edellä mainitut ennakoitavat tekijät, aikaisemmat kokemukset kulttuurien välisistä kohtaamisista, epävarmuus ja joissakin tapauksissa myös pelko (Ekholm – Salmenkangas 2008: 72).

7.3 Konflikttien ja ongelmien ratkominen

Edellä läpikäytyt asiat saattavat aiheuttaa erilaisia ongelmia ja konflikteja hoitosuhteen aikana. Konfliktit ovat sosiaalisia tilanteita, joissa tulee esille vähintään kahden osapuolen ristiriidoissa toistensa kanssa olevat arvot ja tavoitteet, osapuolten pyrkimykset kontrolloida toisiaan sekä vihamieliset tunteet. Konflikteissa on usein kyse eturistiriidoista, peloista, vähättelyn tai uhatuksi tulemisen tunteesta. Konfliktien syyt voivat olla henkilökohtaisia tai sosiaalisia, ne voivat esiintyä luokkien, eri sosioekonomisten ryhmien tai maailmankatsomusten välisinä tilanteina. (Ekholm – Salmenkangas 2008: 95–94.)

Konfliktit arjen tasolla johtuvat usein vain ihmisten välisestä väärinymmärryksestä tai tulkinnasta. Useat tällaiset väärinymmärrykset aiheuttavat maahanmuuttajiin kohdistuvaa epäluuloisuutta ja joissakin tapauksissa jopa vihamielisyyttä. Väärinkäsitysten selvittyä niistä voi olla hyötyäkin, sillä ne voivat lisätä osapuolten välistä ymmärrystä ja yhteistyötä. Konfliktit voivat myös havahduttaa ihmiset huomaamaan tilanteissa ilmevät epäoikeudenmukaisuudet. Täten epäoikeudenmukaisuudet nousevat esiin ja niihin saatetaan alkaa hakea oikeudenmukaisuutta. Konfliktit siis pitävät myös tietyllä tapaa kehitystä yllä. (Ekholm – Salmenkangas 2008: 95.)

Konflikteihin tulisi aina puuttua, sillä jos ne tukahdutetaan, syntyy usein lisää ongelmia. Esimerkiksi eriarvoisuus voi johtaa syrjintään, työttömyyteen, köyhyyteen ja rikoksiin. Konflikti voi äityessään johtaa jopa väkivaltaan. Konflikti ja väkivalta on kuitenkin muistettava erottaa toisistaan, sillä ne ovat kaksi eri asiaa. Konfliktin syy perustuu aina ratkaisemattomaan ongelmaan tai ristiriitaan, joka voidaan vielä ratkaista ennen väkivaltaan siirtymistä. Mitä nopeammin konfliktin syihin päästään paneutumaan, sitä nopeammin väkivalta voidaan estää. (Ekholm – Salmenkangas 2008: 95.)

Kulttuurien välillä konflikti syntyy usein siitä, että osapuolten välillä on tapahtunut jokin väärinymmärrys tai tiedonkatkos, joka saattaa johtaa näennäiseen ristiriitaan (Ekholm – Salmenkangas 2008: 97). Sosiaalisissa tilanteissa saattaa syntyä myös kulttuurin kautta omaksuttujen eriävien arvojen ja elämäntapojen myötä kulttuurien yhteentörmäyksiä. (Alitolppa-Niitamo 1993: 20). Positiivisen vuorovaikutussuhteen ylläpitämiseksi näitä ristiriitatilanteita tulisi ehdottomasti välttää ja tarvittaessa niitä tulisi ratkoa (Sainola-Rodriguez 2007: 218).

7.4 Kyky luottamukseen

Jotta ongelmia ja ristiriitoja voitaisiin välttää, pitäisi vuorovaikutuksen ja kommunikaation on olla mahdollisimman luottamusta herättävää (Ekholm – Salmenkangas 2008: 111). Luottamus asiakassuhteessa on pohjimmiltaan sitä, että asiakas uskoo hoitohenkilön haluavan tälle hyvää, mikä lisää myös asiakkaan turvallisuuden tunnetta. Hoitohenkilökunnan näkökulmasta luottamus näkyy siinä, ettei hän pidä potilasta toivottomana tapauksena, vaan uskoo potilaassa olevaan hyvään. Eli asiantuntija ei vaan näe ongelmia, vaan hän näkee myös mahdollisuudet ja potilaan omat voimavarat hoidon onnistumiseksi. Luottamukseen kuuluu oleellisesti myös vaitiolovelvollisuus, mikä puolestaan vahvistaa potilaan luottamusta ja läheisyyden tunnetta. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 131.)

Luottamuksellisen suhteen luomiseksi suun terveyden huollon ammattilaisen tulisi lähestyä potilasta rauhallisesti aikaa antaen. Tärkeää on lähestyä hänen yksityisyyttään hienovaraisesti, hänen toiveensa ja reaktionsa huomioon ottaen. Toisilta luottamussuhteen aikaansaaminen vaatii enemmän aikaa kuin toisilta. Ulospäinsuuntautuneempien ihmisten on ehkä helpompi luottaa ihmisiin kuin sellaisten, jotka ovat elämässään joutuneet kokemaan hylkäämisen tunnetta. (Vuori-Kemilä ym. 2005: 131-132.)

7.5 Toimiminen haasteiden ja paineiden alla

Maahanmuuttajatyöhön kuuluu siis oleellisesti ajan antaminen ja kärsivällinen suhtautuminen. Ajan merkitys on tärkeää myös konfliktien ennaltaehkäisyn kannalta. Etenkin hoitosuhteen alussa on erittäin tärkeää antaa potilaalle riittävästi aikaa, jotta potilas voisi tuntea hoidon olevan häntä varten ja täten voitaisiin saavuttaa hyvä lopputulos. (Ekholm – Salmenkangas 2008: 76.)

Terveydenhoitotyössä työskentely on usein kuitenkin kiireistä ja yhdelle potilaalle varattu aika saattaa jäädä varsin lyhyeksi. Täten jatkuva positiivisen vuorovaikutuksen ja hyvän luottamussuhteen ylläpito saattaa tuntua työntekijästä hyvin uuvuttavalta. Tällöin myös oman kulttuurisen herkkyyden säilyttäminen saattaa tuntua vaikealta ja saatetaan sortua ihmisen välineellistämiseen. Ajan puutteen vuoksi hyvää suhdetta ei siis välttämättä saada rakennetuksi, joka voi näkyä työntekijän turhautumisena ja tunnetaakan kasvuna. (Vuori-Kemilä 2005: 142–143.)

Lisäksi jatkuvasti työssä tapahtuvat muutokset, kiire ja mahdollinen työvoimapula saattavat aiheuttaa kireyttä, mikä voi heijastua negatiivisesti hyvän vuorovaikutuksen ylläpitoon (Ekholm – Salmenkangas 2008: 72). Tällaisissa tapauksissa paras apu työntekijälle on jaettu vertaistuki. Esimerkiksi avoin keskustelu ja kokemusten jakaminen työtovereiden keskuudessa auttaa analysoimaan syntyneitä epämiellyttäviä tilanteita. (Ekholm – Salmenkangas 2008: 77.)

8 Pohdinta

Erikulttuuritaustaisten potilaiden kohtaamisesta sekä maahanmuuttajien palvelujen laadusta perusterveydenhuollossa on olemassa paljon tutkittua ja kirjoitettua tietoa. Myös Metropolia Ammattikorkeakoulu on tehnyt useita opinnäytetöitä maahanmuuttajiin liittyen jo silloin, kun koulumme oli vielä Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Eräässä maahanmuuttajiin liittyvässä opinnäytetyössä (Kunnari – Panayotova 2007) onkin kuvattu kolmea eri kulttuurisen hoitamisen mallia: Purnellin, Leiningerin ja Campinha-Bacoten mallia. Pyrkimyksenämme on ollut näitä malleja kuvaamalla tuoda uusia näkökulmia kulttuurisensitiiviseen hoitamiseen suun terveydenhuollossa ja kehittää asiakkaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta.

Jokainen näistä edellä mainituista malleista on kuitenkin keskittynyt vain johonkin tiettyyn asiaan tai näkökulmaan, jolloin kokonaisvaltaisempi lähestymistapa kulttuurisissa kohtaamisissa jää saavuttamatta. Malleja kannattaa toki hyödyntää ja niistä on varmasti apua, mutta tärkeintä maahanmuuttajapotilastyössä on kuitenkin se, että potilasta ymmärretään. Kulttuuritaustoistaan huolimatta potilaalla on oikeus osallistua hoitoon liittyvään päätöksentekoon oman elämänskatsomuksensa sekä ajatus- ja arvomaailmansa mukaisesti. Potilaan ja hoitajan on siis löydettävä jo useampaan kertaan kuulutettu yhteinen näkemys, jotta pyrkimys mahdollisimman hyvään ja laadukkaaseen hoitoon voidaan saavuttaa.

Yhteisen näkemyksen löytäminen vaatii siis hoitajalta kokonaisvaltaisempaa lähestymistapaa. Transnationaalisen osaamisen viitekehys antaakin meille laajemman käsityksen siitä, millaisia asioita meidän tulisi osata tai ottaa huomioon eri kulttuureista tulevia potilaita hoitaessamme. Se ei ole mikään yksiselitteinen malli, jonka mukaan pyritään toimimaan, vaan se antaa meille ajatusta siitä, mitä asioita meidän olisi hyvä osata yhteisen hoitonäkemyksen löytymiseksi. Tästä syystä mielestämme juuri näiden transnationaalisten osaamisalueiden avaaminen ja soveltaminen suun terveydenhuoltotyö-

hön auttavat hoitohenkilökuntaa ymmärtämään työskentelyä eri kulttuuritaustaisten ihmisten kanssa.

Yhteisen hoitonäkemyksen löytymisen ja yhteisymmärryksen merkityksen lisäksi opinäytetyössämme nousi useampaan kertaan esille muutama päätavoite, joiden tulisi täyttyä transnationaalisen osaamisen onnistumiseksi. Näitä tavoitteita ovat potilaan kohtaaminen yksilönä, potilaan roolin korostaminen aktiivisena hoitoon osallistujana, hoitajan aito ja kokonaisvaltainen kiinnostus maahanmuuttajapotilasta kohtaan, hoitajan oman toiminnan tiedostaminen ja jatkuva arvioiminen sekä pyrkiminen innovatiivisuuteen ja dialogiseen vuorovaikutukseen.

Analyttisessä osaamisalueessa peräänkuulutettiin sitä, että ihminen kykenisi ymmärtämään henkilökohtaisten arvojen, moraalikäsitteiden, uskomusten ja tottumusten merkitykset hoitotilanteessa. Tärkeintä olisi, että hoitaja vielä kykenisi ymmärtämään näiden asioiden merkitykset yksilöllisesti jokaisen potilaan kohdalla. Emme voi siis olettaa, että kaikilla samasta maasta tulleilla olisi samanlaiset arvot ja uskomukset, puhumattaakaan aikaisemmista kokemuksista. Tästä johtuen meidän tulee kohdata jokainen potilas yksilönä ja huomioida hänen kokemuksensa, maahanmuuttoon liittyvät syyt ja seuraukset, elämäntilanne, voimavarat ja hoidon tarve hänen oman kertomansa mukaan. Tällöin potilas voi olla aktiivinen hoitoon osallistuja ja välttyään hänen mahdolliselta välineellistämiseltään toiminnan kohteeksi.

Hyvin tärkeäksi nousi myös se, että terveydenhuollon ammattilaisen tulisi olla tietoinen omasta kulttuurisesta ja etnisestä taustastaan ja huomioida omien mieltymystensä ja arvojensa merkitys hoitotilanteessa käyttäytymiseensä. Terveydenhuollon ammattilaisen tulee siis tunnistaa oma kulttuurisidonnaisuutensa sekä poliittiset ja uskonnolliset vakaumuksensa ja hänen on pystyttävä toimimaan joskus jopa omien periaatteidensa vastaisesti. Emme voi siis antaa omien henkilökohtaisten arvojen, uskomusten tai muiden periaatteiden vaikuttaa työhömmme, vaan meidän pitää olla niin sanotusti puolueettomia ja toimia ainoastaan meitä ohjaavien eettisten periaatteiden ja lakien mukaisesti. Tämä puolestaan edellyttää sitä, että meistä jokainen on valmis toimimaan ainoastaan näiden yhteisten pelisääntöjen mukaisesti, jolloin päätökset tulee aina tehdä ammattilaisen näkökulmasta ja unohtaa oma henkilökohtainen näkökulma.

Jotta oppisimme erottamaan henkilökohtaisen maailmamme työstämme, on meidän ensin tunnistettava omat arvomme ja mieltymyksemme. Tämä edellyttää meiltä juuri-

kin sitä emotionaalisessa osaamisalueessa perään kuulutettua itsetuntemusta, jonka päämääränä on jatkuva itsekritiikki. Vain itseään ja käyttäytymistään tutkiskelemalla pystymme tiedostamaan itsestämme myös ne kielteiset tunteet, asenteet ja ennakkoluulot, jotka toimivat muun muassa emotionaalisen osaamisen esteenä. Näihin asioihin puuttumalla voimme vasta oppia kulttuurista herkkyyttä ja opimme hyödyntämään positiivisia tunteita aidon halun ja motivaation aikaan saamiseksi eri kulttuuritaustaisia ihmisiä hoidettaessa.

Itsekritiikin tärkeys nousi esiin myös luovassa osaamisessa. Jotta voisimme olla luovia ja innovatiivisia ammattilaisia, meidän pitäisi pystyä jatkuvasti uudistamaan ajatteluaamme ja toimintaamme. Luovassa ja innovatiivisessa työskentelyssä meiltä odotetaan, että tunnistaisimme omat heikkoudet ja vahvuudet, jotta voimme alkaa rakentaa pohjaa paremmalle toiminnalle. Meidän on siis muistettava, että työn rutinoituminen saattaa johtaa siihen, ettemme enää huomaa parempia ja vaihtoehtoisia toimintamalleja. Meidän on siis jatkuvasti oltava tarkkana ja mieli virkeänä työskennellessämme, jotta pysyisimme kehityksen mukana.

Yksi tärkeimmistä transnationaalisen osaamisen viitekehityksessä ilmenevistä asioista oli onnistunut vuorovaikutus. Se on lähes tärkein elementti ajateltaessa potilaan laadukasta hoitoa. Vuorovaikutuksen tulisi olla positiivista, luottamusta herättävää ja mikä tärkeintä, kaksisuuntaista. Jälleen pääsemme potilaan roolin korostamiseen aktiivisena hoitoon osallistujana. Vuoropuhelun on siis edettävä dialogina, jolloin molemmat, sekä potilas että hoitaja, pääsevät tasavertaisesti etsimään ongelmaan ratkaisua. Jotta vuorovaikutus etenisi dialogina tulisi meidän löytää toimiva tapa onnistuneeseen kommunikaatioon. Opinnäytetyötä tehdessämme ja teoreettista aineistoa hankkiessamme tuli monessa kohtaa kuitenkin esille, että meillä on vielä pitkä matka kulttuurisen kommunikaation onnistumiseen. Edelleen tulkkien käyttö on melko harvinaista ja lisäksi myös tulkkien ammattitaidoissa on suurta vaihtelevuutta. Monesti myös lyhyet hoitoajat ja jatkuva kiire aiheuttavat sen, että hoitohenkilökunnalla ei ole mahdollisuutta huomioida monikulttuurisia potilaita yksilöllisesti heidän tarpeensa huomioiden.

Transnationaalisissa osaamisalueissa korostettujen päätavoitteiden hallinta tulee mielestämme esille viimeisenä osa-alueena käsitellyssä toiminnallisessa osaamisessa. Toiminnallisen osaamisen kautta voidaan siis arvioida sitä, miten ihminen onnistuu käyttämään analyyttistä, emotionaalista, luovaa ja viestintään liittyvää osaamistaan

käytännössä. Voimme ajatella, että toiminnallinen osaaminen on näiden kaikkien edellä käytyjen osaamisalueiden loppusumma. Jotta ihminen saavuttaa toiminnallisen osaamisen, on hänen yhdistettävä nämä kaikki transnationaaliset taidot sekä toimittava joustavasti ja tavoitteellisesti juuri näitä taitoja luovasti käyttäen. Toiminnallisen osaamisen erinomaisiksi taitajiksi meillä on vielä matkaa, mutta mikä tärkeintä, nyt tunnistamme heikkouksemme ja osaamme sanoa, missä osa-alueissa meillä on vielä parantamisen varaa.

Tätä opinnäytetyötä tehdessä meillä on ollut mitä parhaimmat mahdollisuudet myös omien identiteettiemme tutkimiseen. Olemme hyvä esimerkki siitä, miten ihminen todella pystyy itsekritiikin avulla havainnollistamaan itsestään sellaisia asioita, joista ei välttämättä ole koskaan ollut edes tietoinen. Omat asenteemme ja suhtautumisemme eri kulttuureista tulevia potilaita kohtaan ovat nyt muuttuneet. Ensimmäistä kertaa elämässämme tiedämme, mitä kulttuurisella herkkyydellä todella tarkoitetaan. Meidän ei tarvitse osata maahanmuuttajan kieltä, eikä omata hänen arvojärjestelmäänsä, jotta voisimme saada aikaan onnistuneen ja luottamusta herättävän hoitosuhteen. Todelliseksi transnationaalisen osaamisen taitajiksi kehitymme, kun emme pelkää laittaa itseämme alttiiksi uusissa ja haastavissa tilanteissa. Tällä tarkoitamme virheiden kautta oppimista, jatkuvaa kokeilemistä sekä uusien toimintatapojen muodostamista. Tärkein elementti tämän kaiken oivaltamisessa on se, että todella pystymme heittäytymään tuntein mukaan. Vain omia tunteitaan ja korviaan käyttämällä voi saavuttaa aidon halun ja kiinnostuksen toisen ihmisen terveydestä huolehtimiseen.

Lähteet

- Adjekughele, Josephine E. 2002. Afrikkalaisten äitien kokemuksia suomalaisessa äitiys- ja lastenneuvolajärjestelmässä. Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, sosiaalipolitiikan laitos. Laadullinen terveystaportti.
- Alitolppa-Niitamo, Anne 1993. Kun kulttuurit kohtaavat. Helsinki: Otava.
- Ekholm, Elina – Salmenkangas, Mai 2008. Puhumalla Paras. Ratkaisuja arjen etnisiin konflikteihin. Vaasa: Sisäasiainministeriö.
- Forsander, Annika 1994a: Kulttuuri on tulkintaa. Teoksessa Forsander, Annika – Ekholm, Elina – Raya, Saleh (toim.): Monietninen työ – haaste ammattitaidolle. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskuksen täydennyskoulutusjulkaisuja 9/1994. Helsinki: Helsingin yliopisto. 7–12.
- Forsander, Annika 1994b: Etnisyys ja muutos. Teoksessa Forsander, Annika – Ekholm, Elina – Raya, Saleh (toim.): Monietninen työ – haaste ammattitaidolle. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskuksen täydennyskoulutusjulkaisuja 9/1994. Helsinki: Helsingin yliopisto. 13–26.
- Forsander, Annika 1994c: Yksilöt kohtaavat – yhteisöt muuttuvat. Teoksessa Forsander, Annika – Ekholm, Elina – Raya, Saleh (toim.): Monietninen työ – haaste ammattitaidolle. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskuksen täydennyskoulutusjulkaisuja 9/1994. Helsinki: Helsingin yliopisto. 27–50.
- Forsander, Annika 1994d: Monietninen työ – maailma pienoiskoossa. Teoksessa Forsander, Annika – Ekholm, Elina – Raya, Saleh (toim.): Monietninen työ – haaste ammattitaidolle. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskuksen täydennyskoulutusjulkaisuja 9/1994. Helsinki: Helsingin yliopisto. 51–68.
- Forsander, Annika 2001: Etnisten ryhmien kohtaaminen. Teoksessa Forsander, Annika – Ekholm, Elina – Hautaniemi, Petri – Ali, Abdullahi – Alitolppa-Niitamo, Anne – Kyntäjä, Eve – Nguyen Quoc Cuong (toim.): Monietnisyys, yhteiskunta ja työ. Helsinki: Palmenia. 31–56.
- Fry, Sara T. 1994. Etiikka hoitotyössä. Eettisen päätöksenteon opas. Grönlund, Elina (suom.) 1996. Copyright Suomen sairaanhoitajaliitto ry. 1997. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Gissler, Mika – Malin, Maili – Matveinen, Petri – Sarvimäki, Matti – Kangasharju, Aki 2006. Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti. Pienten lasten hoito ja sosiaali- ja sosiaalihuollon avopalvelut. Työ-poliittinen tutkimus. Helsinki. Työministeriö.
- Goldsmith, C – Slack-Smith, L – Davies, G. 2005. Dentist-patient communication in the multilingual dental setting. Verkkodokumentti. <<http://www3.interscience.wiley.com/journal/120128797/abstract>>. Luettu 08.03.2010.

- Haghseresht, Arman 2003. Iranilaiset turvapaikanhakijaperheet suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Laadullinen tutkimus. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalipolitiikan laitos.
- Hassinen-Ali-Azani, Tuulikki 2002. Terveys ja lapset ovat Jumalan lahjoja. Etnografia somalialaisten terveyskäytöksistä ja perhe-elämän hoitokäytännöistä suomalaiseen kulttuuriin siirtymävaiheessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hautaniemi, Petri 2001. Etnisyys ja kulttuuri. Teoksessa Forsander, Annika – Ekholm, Elina – Hautaniemi, Petri – Ali, Abdullahi – Alitolppa-Niitamo, Anne – Kyntäjä, Eve – Nguyen Quoc Cuong (toim.): Monietnisyys, yhteiskunta ja työ. Helsinki: Yliopistopaino. 11–30.
- Helin, Irina – Pääkkönen, Suvi – Zheng, Jyri 2009. Miten hampaat pysyvät puhtaina: Oppimateriaalia suun terveysneuvonnan tueksi monikulttuuriseen suun terveydenhoitotyöhön. Metropolia ammattikorkeakoulu opinnäytetyö.
- Huuskonen, Matti – Tiainen, Antti 2010. Maahanmuuttajia tunnetaan, mutta harvempi haluaa heitä lisää. Nuorten asenteet tiukkenivat. Helsingin sanomat 16.11. A 6.
- Jasinskaja-Lahti, Inga – Liebkind, Karmela – Vesala, Tiina 2002. Rasismi ja syrjintä Suomessa: maahanmuuttajien kokemuksia. Helsinki: Gaudeamus.
- Järvinen, Ritva – Lankinen, Aila – Taajamo, Terhi – Veistilä, Minna – Virolainen, Arja 2007. Perheen parhaaksi: Perheyön arkea. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Koehn, Peter H – Rosenau, James N 2002: Transnational competence in an emergent epoch. *International studies perspectives* 3. 105-127.
- Komulainen, Marjut 2009. Kulttuurista herkkyyttä oppimassa. Suun terveydeksi jäsenjulkaisu 5. 22.
- Kunnari, Jenni – Panayotova, Tanya. 2007. Monikulttuurinen suun terveydenhoitotyö. Opinnäytetyö. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Suun terveydenhuollon koulutusohjelma.
- Käypä hoito. 2010. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu/naytaartikkeli/arttunnus/e1a02b9b-a81a-11de-a515-a1894c9bfece/Esittely2>>. Luettu 29.11.2010.
- Laaksonen, Hannele – Niskanen, Jouni – Ollila, Seija – Risku, Aija 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. Annettu 17.8.1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994. Annettu 28.6.1994.
- Lepola, Outi 2000. Ulkomaalaisesta suomenmaalaiseksi. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Liebkind, Karmela 1994. Maahanmuuttajat: Kulttuurien kohtaamien suomessa. Helsinki: Gaudeamus.

- Maahanmuuttajille tarkoitettujen tulkkaus- ja kielipalvelujen kehittämissuunnitelma 1999. Työministeriö. Verkkodokumentti. <www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06.../06.../07.../thj231.pdf>. Luettu 5.10.2010.
- Mönkkönen, Kaarina 2007. Vuorovaikutus – dialoginen asiakaspalvelutyö. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Nonverbaalinen viestintä 2010. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.jyu.fi/viesti/verkkotuotanto/ryhmaviesti/vuorovaikutus/viestinta/nonverbaalinen.html>>. Luettu 10.11.2010.
- Nurminen, Raija 2000. Hiljainen tieto hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Oroza, Valentina 2009. Miten kohdataan vieraasta kulttuurista tuleva potilas. Suun terveydeksi jäsenjulkaisu 6. 23.
- Räty, Minttu 2002. Maahanmuuttaja asiakkaana. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Sainola-Rodriguez, Kirsti 2006. Maahanmuuttajat terveydenhuollossa – Näkökulma Atlantin takaa. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Verkkodokumentti. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/5_2006/muut_artikkelit/maahanmuuttajat_terveydenhuollos/>. Luettu 20.10.2010.
- Sainola-Rodrigues, Kirsti 2007. Maahanmuuttajajien ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen mielenterveyspalveluissa – transnationaalinen taitoko? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44. 216-227.
- Scheinin, Martin 1998. Yhteiset ihmisoikeutemme. Suomen YK-liitto ry. Verkkodokumentti. <www.ykliitto.fi/files/Yhteiset_ihmisoikeutemme_1998.pdf>. Luettu 28.10.2010.
- Syrjintä 2009. Amnesty International. Verkkodokumentti. <<http://www.amnesty.fi/mita-teemme/teemat/rasismi-ja-syrjinta>>. Luettu 25.10.2010.
- Taavela, Raija 1999. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveyshallinnon ja -talouden laitos.
- Tulkin välityksellä. Tietoa viranomaisille asioimistulkkauksesta 2004. Työministeriö. <www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/.../tulkkivi/tulkkivi_fin.pdf>. Luettu 1.11.2010.
- Tuomivaara, Seppo – Hynninen, Kirsi – Leppänen, Anneli – Lundell, Susanna - Tuominen, Eva 2005. Asiantuntijan luovuus koetuksella. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Turvapaikanhakijat ja pakolaiset 2009. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. Päivitetty 15.4.2010. <http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html>. Luettu 5.10.2010.
- Virtanen – Hannu 2009. Selkokielen käsikirja. Helsinki: Oppimateriaalikeskus Opike.

Vuori-Kemilä, Anne – Lindroos, Sirpa – Nevala, Soili – Virtanen, Jukka A. 2005. Ihmisen hyvä. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Väestönmuutokset 2009. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. Päivitetty 7.5.2010. <http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html>. Luettu 5.10.2010.

Yhdenvertaisuuslaki 2004. Annettu Helsingissä 20.1.2004.

Zini, Avi – Vered, Yuval – Sgan-Cohen, Harold D. 2009. Are immigrant populations aware of and concerned about their oral health status? A study among immigrants from Ethiopia. Verkkodokumentti. <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/205/>>. Luettu 08.03.2009.