

Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät

MAILI MALIN

Johdanto

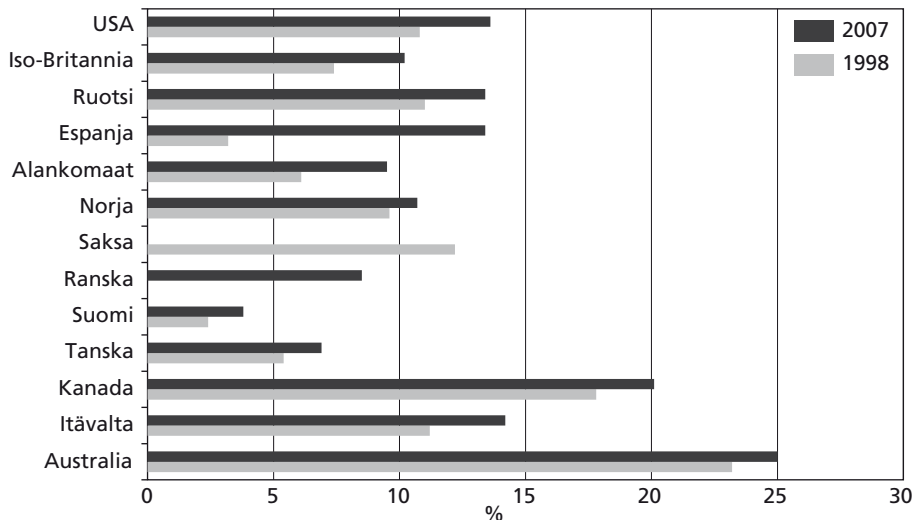
Maailmalla ihmiset ovat liikkeessä enemmän kuin koskaan. Maasta toiseen muutto onkin määrältään lisääntynyt ja nopeutunut sekä sisälöltään muuttunut globalisaation aikana viime vuosikymmeninä. 1990-luvun alussa maailmassa oli maasta toiseen muuttaneita siirtolaisia 25 miljoonaa, kun heitä nyt on kymmenkertainen määrä, 214 miljoonaa. He koostuvat mm. noin 100 miljoonasta työsiirtolaisesta, noin 15 miljoonasta pakolaisesta, 800 tuhannesta turvapaikan hakijasta, tuntemattomasta määrästä ”paperittomia” siirtolaisia sekä noin miljoonasta vuosittaisesta ihmiskaupan uhrista. (Health of Migrants 2010, 15; WHA 2008.) Suomeenkin muuttaneiden määrä on moninkertaistunut 20 viime vuoden aikana: esim. kun ulkomailla syntyneitä oli vuonna 1990 noin 65 000, oli heitä vuonna 2009 n. 233 200 (Tilastokeskus 2010a). Elämme yhdessä maahanmuuttajien kanssa. Heidän terveys- ja hyvinvointioikeutensa ihmisoikeuksina eivät kuitenkaan toteudu, mikä näkyy osalla huono-osaisuutena tulomaissa (Health of migrants 2010, 11). Yhteiskunnallinen epäoikeudenmukaisuus ja syrjäyttämisen mekanismit eivät mahdollista missään minkään tason eivätkä kenellekään kestävää kehitystä ja yhteiskuntarauhaa.

Pakon edessä tai vapaaehtoisesti ihmiset muuttavat yleistäen etelästä pohjoiseen ja idästä länteen. Väestön kasvu, luonnon (ilmastonmuutoksen vaikutus) ja ihmisten aikaansaamat katastrofit, taloudellinen kehittymättömyys, työttömyys ja köyhyys sekä yhteiskunnalliset levottomuudet, sodat ja vainot keskittyvät etelään ja itään, kun väestön harmaantuminen, taloudellinen kehitys, työmahdollisuudet ja yhteiskunnallinen rauhan-tila löytyvät yleensä pohjoisesta ja lännestä. Ih-

miset muuttavat maasta toiseen vainoja ja yhteiskunnallisia levottomuuksia pakoon (turvapaikan hakijat ja pakolaiset), työmahdollisuuksien perässä, opiskelijoina ja perhesyiden vuoksi (perheen yhdistäminen, avioliitot). Uusi ilmiö on se, että monet maat ovat samanaikaisesti lähtö-, läpikulku- että tulomaita (Health of migrants 2010, 14). Ihmiset muuttavat usean maan kautta tulomaahan lyhyeksi ajaksi tai pysyvästi, he kiertävät maasta toiseen ja saattavat palata (tai heidät palautetaan) välillä kotimaahansa.

Sotien jälkeiseen maahanmuuton määränpään valintaan on vaikuttanut tulomaan kolonialismin historia, jonka mukaan entisistä siirtomaista on muutettu emämaihin 1950-luvulta lähtien, kuten Intiasta, Bangladeshista, Pakistanista ja Karibialta Britanniaan. Tästä on syntynyt siirtolaiskäytäntö, jonka mukaan ihmiset muuttavat nykyään sinne, missä jo on sukulaisia ja oman lähtömaan yhteisöjä. Toinen merkittävä tulomaan valintaan vaikuttava tekijä on työvoimapula, joka näkyy esimerkiksi siten, että Ruotsin suurin etninen vähemmistö on suomalaiset siirtolaiset ja Hollannissa ja Saksassa turkkilaiset. Muita tulomaan valintaan vaikuttavia tekijöitä ovat maan maahanmuuttopolitiikka ja ulkomaalaislait sekä sen maantieteellinen sijainti (erityisesti elintasokuilun rajamaat), jonka mukaan esimerkiksi meille on eniten muuttaneita tullut lähialueilta Venäjältä ja Virosta.

Maahanmuutto muuttaa sekä lähtö- että tulomaita kulttuurisesti ja yhteiskunnallisesti mutta myös muuttajia ja heitä vastaanottavien maiden ihmisiä. Lähtömaissa maastamuutto helpottaa väestönkasvua. Usein muuttajat ovat kuitenkin nuorimpia ja koulutetumpia, jolloin lähtömaa menettää arvokasta inhimillistä pääomaansa. Nuoresta ja työikäisestä maahanmuuttaja-



Kuvio 1. Ulkomailla syntyneen väestön väestöosuudet OECD-maissa (% koko väestöstä) 1998 & 2007

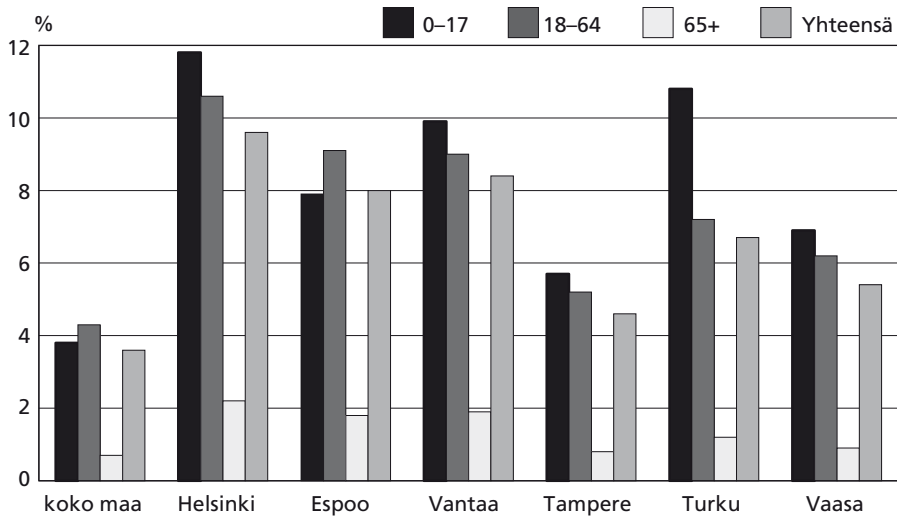
väestöstä hyötyvät harmaantuvat tulomaat, kuten Suomi, jonne heitä on muuttanut lyhyessä ajassa suuri joukko. Ulkomailla syntyneitä Suomessa asuvia oli vuoden 2009 lopussa noin neljä prosenttia koko Suomen väestöstä (Tilastokeskus 2010a), mikä on vähän verrattuna muihin OECD-maihin (kuvio 1). Näissä luvuissa eivät näy maahanmuuttajataustaiset nuoremmat OECD-maissa syntyneet sukupolvet, mistä syystä etnisten vähemmistöjen suhteelliset väestömäärät ovat suuremmat, kuin mitä kuviossa esitetään.

Erityisesti Uudenmaan maakunta on nykyään varsin monikulttuurinen, sillä puolet maahanmuuttajista on keskittynyt sinne asumaan (Tilastokeskus 2010b). Pääkaupunkiseudun suurimpien kuntien työikäisestä väestöstä jo 8–10 prosenttia on vieraskielisiä (kuvio 2). Alle 18-vuotiaasta lapsiväestöstä merkittävä osa, 9–11 prosenttia, on näissä kunnissa vieraskielisiä. Tulevaisuudessa suuri osa Suomen väestönkasvusta yleisesti (Ryynänen & Rojo 2006) ja paikallisesti (Vuori & Riihelä 2010) on seurausta muuttovoihosta, joka perustuu ulkomaalaisten nettomuuttoon Suomeen (maahanmuuton ja maastamuuton erotus). Heidän määränsä ennustetaan kaksinkertaistuvan Suomessa vuoteen 2030 mennessä (Ryynänen & Rojo 2006).

Terveyden ja hyvinvoinnin välisen suhteen käsitteellistäminen on haasteellista, sillä ne ovat sekä yksilö- että yhteisötasolla dynaamisia ajassa ja kontekstissa muuttuvia subjektiivisesti ja ob-

jektiiivisesti likimäärin mitattavissa olevia kokemuksia ja asiantiloja. Hyvinvointiteoreettikkojen mukaan hyvinvointi muodostuu yksilön kokemista tarpeista, niiden tyydyttymisestä ja yksilön resursseista toimia ympäristössään sekä elinympäristön mahdollistamista voimavaroista (esim. Heikkilä & Kautto 2002; Simpura 2008). Pohjoismaisessa traditiossa hyvinvointia on yleensä mitattu elintason, elinolojen tai elämisen laadun indikaattoreilla. Suomessa tunnetuin teoreettinen hyvinvointimalli on Erik Allardt'n (1993) kehittämä jaottelu hyvinvoinnin kolmeen eri osa-alueeseen: *having* (aineelliset resurssit, elintaso), *loving* (liittyminen) ja *being* (itsensä toteuttaminen). Lista on myöhemmin usein liitetty *doing* (mielekkäs tekeminen). Yksilön toimintamahdollisuudet ja hyvinvointi (*wellbeing*) riippuvat paljolti elämän kontekstista eli siitä, minä aikakautena ja missä paikassa hän elää, sekä yhteiskuntapoliittisista tekijöistä ja mahdollisuuksista (*welfare*). Hyvinvointi on siis laajempi käsite kuin terveys. Hyvinvointiin liittyvät moniulotteiset tekijät ja mekanismit ovat vastavuoroisessa yhteydessä erilaisiin terveyden osoittimiin.

Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tavanomaisten sosiaalisten tekijöiden, kuten elinolojen (sosioekonomisen aseman), iän, sukupuolen, siviilisäädyn, sosiaalisen tuen, elintapojen ja palveluiden toimivuuden, lisäksi erityiset maahanmuuttajuuteen liittyvät tekijät. Näitä ovat tulijan laillinen asema tulomaassa, kenen kanssa hän muutti maahan (yksin, per-



Kuvio 2. Muunkielisten väestöosuudet ikäryhmittäin suurissa kaupungeissa ja koko Suomessa 2008, % (Tilastokeskus 2009)

heen kanssa), hänen ikänsä maahan tullessa sekä lähtömaan yhteiskunta- ja elinolot sekä sukupuolijärjestelmä, joka määrittää naisen sosiaalista asemaa. Muita erityisiä maahanmuuttajuuteen liittyviä hyvinvointitekijöitä ovat ennen ja jälkeen maahanmuuttoa koetut vakavat kielteiset elämäntapahtumat, elinolot tulomaassa sekä etnisyyteen perustuvat syrjintä- ja väkivaltakokemukset tulomaassa. Riittävän hyvien elinolojen saavuttaminen uudessa kotimaassa edellyttää tarpeeksi terveyttä toimia uudessa toimintaympäristössä, työmahdollisuuksia, motivaatiota ja mahdollisuuksia oppia kantaväestön kieltä ja aktiivista toimijuutta mahdollisesti kielteisessä julkisessa asenneilmapiirissä.

Tässä artikkelissa pohdin näitä tekijöitä ja mekanismeja, jotka ovat yhteydessä aikuisten, työikäisten maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin uudessa länsimaisessa kotimaassa, tässä tapauksessa Suomessa. Keskityn pääosin laillisiin keinoin tulleisiin, sillä ihmiskaupan uhrin ja ”paperittomat” maahanmuuttajat ovat kaikkein haavoittuvaisimmassa asemassa, jolloin heidän perusihmisoikeutensa eli oikeus elämään voi olla uhattuna. Lasten ja nuorten sekä ikääntyvien terveyden ja hyvinvoinnin tarkastelu vaatii oman artikkelinsa, enkä käsittele niitä juurikaan tässä. En käsittele myöskään OECD-maiden sisällä liikkuvia työperustaisia muuttajia, sillä he muuttavat vapaaehtoisesti ja ovat suhteellisen hyväosaisia, kielitaitoisia, koulutettuja ja ammattitaitoisia. Maahanmuuttajalla viitataan juu-

ri maahan tulleeeseen ja ulkomailla syntyneeseen, jonka maahantulosy vaihtelee ja joka on saanut oleskeluluvan tulomaassa. Etnisellä vähemmistöllä viitataan pidemmän aikaa tulomaassa asuviin sekä ulkomailla että tulomaassa syntyneisiin mutta myös myöhemmin syntyneisiin sukupolviin, jotka identifioituvat johonkin etniseen vähemmistöön. Maahanmuuttajataustaisten jälkeläiset voivat olla syntyperältään monikulttuurisia, jolloin heidän ryhmittelynsä etnisiin ryhmiin onkin haasteellista, mistä syystä esim. englantilaisissa tutkimuksissa henkilöä pyydetään itse määrittelemään itsensä johonkin etniseen ryhmään kuuluvaksi.

Suomi maahanmuuton tulomaana

Suomen sijainti kaukana Euroopan itärajalla ja tiukka maahanmuuttopolitiikka on vaikuttanut siihen, että verrattuna muihin Euroopan maihin tänne on tullut vähän maahanmuuttajia työn perässä, pakolaisina tai turvapaikan hakijoina. Entisen Neuvostoliiton valtiojärjestyksen romahdaminen, Somalian sisällissota ja Jugoslavian etniset levottomuudet aiheuttivat maahanmuuttajien määrin kasvun myös meille. Ennen tätä meillä oli pienet chileläis- ja vietnamilaisyhteisöt. Suurin osa Suomen maahanmuuttajista on tullut tänne perheen yhdistämisen ja avioliiton perusteella, vähemmässä määrin tänne on tultu opiskelijoina ja työperäisinä muuttajina (SOPE-

MI 2008). Suomen suurimmat maahanmuuttajaryhmät ovat äidinkielen mukaan venäjän-, viron-, englannin-, somalian-, arabian-, kiinan- ja kurdinkieliset (Tilastokeskus 2010c). Tämä tieto kertoo epäsuorasti myös tulositystä. Suurimmat pakolaisryhmät ovat tulleet Somaliasta, entisen Jugoslavian alueelta, Irakista ja Afganistanista.

Enemmistö Suomeen muuttaneista ulkomaiden kansalaisista on työikäisiä (79 % vs. 66 % kantaväestöstä), lapsiväestön osuus on yhtäläinen kantasuomalaisten kanssa (15 % vs. 17 %). Lapsiväestön suhteellisen osuus vaihtelee etnisen ryhmän mukaan, ja siihen kannattaa aina laskea mukaan tulomaassa syntyneet lapset. Alle 14-vuotiaita on esimerkiksi somalin kieltä puhuvasta väestöstä 45 prosenttia, kurdikielisestä väestöstä 28,5 prosenttia ja venäjänkielisestä väestöstä 15 prosenttia. Vain pieni vähemmistö maahan muuttaneista ulkomaan kansalaisista on yli 65-vuotiaita (5 % vs. 16 % kantaväestöstä). (Ulkomaalaiset ja siirtolaisuus 2007, 10, 15.) Kansalaisuuden perustalta lasketut luvut ovat aliarvoja todellisiin etnisiin väestömääriin nähden.

Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat erityiset tekijät

Maastamuuton syy

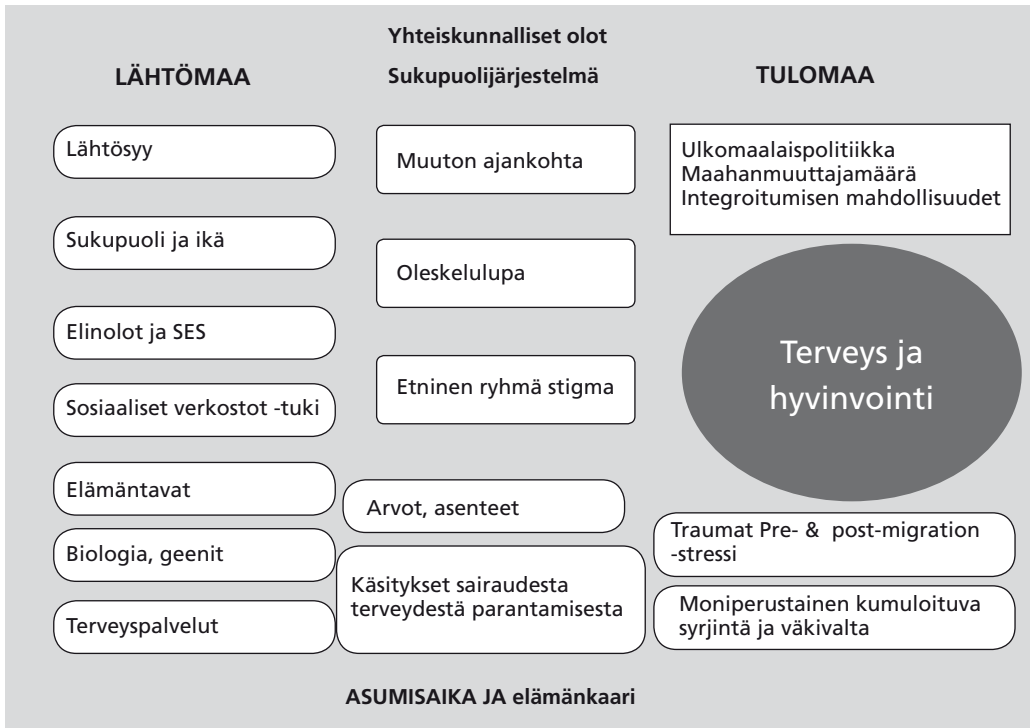
Maastamuuton syy kertoo eniten lähtökohtaisesti henkilön terveyden voimavaroista. Heikoin terveys on niillä, jotka ovat olleet pakotettuja muuttamaan eli turvapaikan hakijoilla, sen saaneilla ja pakolaisilla. Lähtömaassa koetut sairaudet ja traumaattiset kokemukset, pakolaisleireillä vietetty aika ja heikot elinolot, matkaolot sekä turvapaikan hakijoilla epävarmuus oleskeluluvan saamisesta tulomaassa vaarantavat kaikki henkilön psyykkistä mutta myös fyysistä terveyttä. (Fazel & al. 2005; Lindert & 2009; Suomessa Piriinen 2008.) Monen heistä terveyttä voidaan kuitenkin parantaa ja kuntouttaa (sekä välttää turvapaikan hakuprosessissa) länsimaisessa tulomaassa, sillä terveys dynaamisena voimavarana harvoin on lopullisesti tai täydellisesti menetetty. Maahanmuuttajan laillinen asema tulomaassa – eli oleskeluluvan saaminen, sen tyyppi tai sen puuttuminen – vaikuttaa suoraan hänen terveytensä ja perusoikeuksiensa toteutumiseen.

Todellisuus ei ole kuitenkaan näin yksiselitteinen, sillä myös osa oleskeluluvan saaneista työperustaisista tai suomalaisen kanssa avioituneis-

ta maahanmuuttajista voi olla haavoittuvaisessa asemassa, jos työnantaja tai puoliso hyväksikäyttää heitä tai rikkoo heidän perusoikeuksiaan. Länsimaiden ulkopuolelta tulleita kielitaidottomia työsiirtolaisia voidaan käyttää hyväksi makamalla heille pientä palkkaa, rajoittamalla heidän vapauksiaan, pimittämällä tietoa heidän oikeuksistaan ja teettämällä töitä laittomissa huonoissa oloissa ja työaikalainsäädännön vastaisesti (Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen... 2009, 30). Osa maahanmuuttajista avioituu lähtömaasta löydetyn puolison kanssa. Myös etnisesti suomalaiset avioituvat ulkomailla syntyneiden kanssa, eniten vaimoja löytyy Venäjältä, Thaimaasta tai Virosta, kun miespuolisot tulevat yleisimmin Turkista, Briteistä ja Yhdysvalloista (YLE 2010). Etnisesti suomalainen tai ulkomaalaistaustainen voi kohdella kaltoin mahdollisesti kielitaidotonta puolisoaan (usein vaimoa) pimittämällä tietoja hänen oikeuksistaan ja rajoittamalla hänen vapauksiaan (Haavoittuvassa asemassa... 2010). Toisaalta myönteistä on se, että suomalaisen kanssa avioituvalla ulkomaalaisella on periaatteessa lähipiirissään henkilö, joka voi helpottaa häntä integroitumaan uuteen kotimaahan opastamalla tulomaan käytäntöihin ja tapoihin.

OECD-maiden ulkopuolisten yhteiskuntien poliittistaloudellinen tilanne on voinut merkittävästi pitkään jatkunutta epäoikeudenmukaisuutta, hierarkkista yhteiskuntaa, jossa vain harvalla eläimillä on hyvinvoinnin edellytykset elämässään. Näissä yhteiskunnissa esiintyy usein toisinajattelijoiden ja opposition vainoa, mistä syystä osa vainotuista pyrkii pakenemaan maasta. Usein vainotun koko perhe ja suku ovat vaarassa. Vainoaja voi olla lähtömaassa esim. toinen kansanryhmä, poliisi tai oikeusviranomaiset. Jos maahanmuuttajaa on vainottu lähtömaassa, lähtömaan julkinen sektori ei toimi, on olematon tai se ilmentää eliitin mielivaltaa, turvautuvat ihmisen tulomaassakin hädässä ja tarpeen tullen läheisiinsä, koska eivät luota viranomaisiin. Osa maahanmuuttajista voikin tästä syystä suhtautua epäluuloisesti suomalaisen yhteiskunnan viranomaislähtöisiin palveluihin (Alitolppa-Niitamo 2010).

Kuviossa 3 on esitetty maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tekijät, jotka ovat dynaamisia keskenään vuorovaikutuksessa eläviä mekanismeja ja muuttuvat elinkaaren mukaan.



Kuvio 3. Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät

Lähtö- tai kotimaa

Ihminen on voinut paeta kotimaastaan monen maan kautta päätyen sattumalta tai suunnitelmallisesti tiettyyn länsimaahan. Kotimaan yhteiskunnallinen tilanne, materiaaliset elinolot, infrastruktuuri, työllisyysmahdollisuudet ja sukupuoli-, koulutus- ja palvelujärjestelmä määrittävät ihmisten elämän mahdollisuuksia ja hyvinvointia. Lähtömaan yhteiskuntaolot vaikuttavat suoraan henkilön terveyteen syntymästä lähtien mm. elinolojen kautta, kuten ruuan ja puhtaan veden saantina, asunto-oloina, saniteettijärjestelmänä, elinympäristön saasteettomuutena jne. Osa maahanmuuttajista on voinut altistua erilaisille sairauksille jo lapsuudestaan lähtien. Sairaus syntynyt ja lapsena vammautunut ei useinkaan saa tarvitsemaansa hoitoa taloudellisesti kehittymättömässä lähtömaassa. Myös perheen sosioekonominen asema ja aikuisten koulutustaso vaikuttavat muiden perheenjäsenten terveyden ja hyvinvoinnin voimavaroihin. Lisäksi taloudellisesti kehittymättömistä maista tulleiden ihmisten terveyttä ovat voineet verottaa länsimaista jo kitketyt tartuntataudit, kuten tuberkuloosi ja hepatiitti, hoidettavissa olevat infektio-

dit ja trooppiset taudit, kuten malaria. (Mannila 2008.) Usein näissä maissa terveydenhuoltojärjestelmä ei toimi tai se on harvojen saatavilla.

Maahanmuuttajan elämämpiiri muuttuu sitä enemmän, mitä kaukaisemmasta ja erilaisemmasta kulttuurista hän tulee. Lähtömaan ja tulomaan taloudellisen ja poliittisen järjestelmän sekä infrastruktuurin, arvojen, normien ja uskonnollisuuden välinen ”kulttuurietäisyys” vaikuttavat myös siihen, miten maahan muuttavien hyvinvointi ja integroituminen voivat toteutua uudessa kotimaassa (Berry 1997, 21–27; Alitolppa-Niitamo 2010). Mutta lähtö- tai tulomaan kulttuurit eivät ole kuitenkaan muuttumattomia monoliitteja, vaan pikemminkin dynaamisia ja moniaineksisia. Suuri lähtö- ja tulomaiden kulttuurien etäisyys voi aiheuttaa perheen sisäisiä jännitteitä sukupolvien (vanhempien ja lasten välillä) mutta myös sukupuolten välillä (puolisoiden välillä sukupuoliroolien jännitteet, parisuhderistiriidat ja työttömyys voivat aiheuttaa avioeroja) (Alitolppa-Niitamo 2010).

Sukupuolijärjestelmä vaikuttaa kaikkien elämään, mutta erityisen voimakkaasti se vaikuttaa naisten ja tyttöjen hyvinvointiin ja terveyteen sukupuolirooleja koskevien normien kautta mää-

rittäen sitä, miten nainen voi elämänsä elää. Naisen sosiaalinen asema vaihtelee kuitenkin myös hänen perheensä sosiaaliluokan, hänen oman koulutuksensa, siviilisäätynsä ja ikänsä mukaan sekä sen mukaan, onko hänellä lapsia vai ei. Samojen elämää määrittävien tekijöiden mukaan myös hänen terveytensä ja terveys- ja hyvinvointitarpeensa vaihtelevat. Osassa länsimaiden ulkopuolisia maita poikien elinolot perheessä ovat paremmat kuin tyttöjen: heidän syntymistään suositetaan, he saavat parempaa ruokaa ja muuta huolenpitoa kuin tytöt ja heillä on paremmat koulunkäyntimahdollisuudet kuin tytöillä. (Kramer & al. 1999; Meadows & al. 2001; Llácer & al. 2007.) Poikalapsia on suosittu useissa länsimaaisissakin kulttuureissa, myös Suomessa, ennen nykyaikaista sosiaaliturvajärjestelmää ja yhteiskuntien modernisoitumista.

Samoin kuin kulttuuri, myöskään lähtö- tai tulomaan sukupuolijärjestelmät eivät ole koskemattomia ja pysyviä, vaan ne elävät keskenään vuorovaikutuksessa. Osa kotiäitinä olevista naisista menee työelämään uudessa tulomaassa. Osa tytöistä tietyissä maahanmuuttajaryhmissä omaksuu länsimaisessa tulomaassa perinteisen naisen kodin- ja lastenhoitajan roolin. Toisaalta osa vanhemmista voi odottaa lapsiltaan menestymistä koulutusuralla tulomaassa, vaikka lapsen kyvyt ja halu eivät siihen riitä. Maahanmuuttajataustaisten tyttöjen ja naisten terveyttä ja hyvinvointia voivat vahingoittaa perinteet, kuten ympärileikkaus (Mölsä 2004), neitsyyden vaatimus ennen avioitumista ja häpeäväkivalta (Tauro & Van Dijken 2009). Kulttuuriset perinteet ja käytännöt perheen perustamisesta nuorella iällä ja järjestetyt avioliitot voivat myös aiheuttaa fyysistä ja henkistä vahinkoa sekä tytöille että pojille, jos he suostuvat näihin käytäntöihin vastoin tahtoaan. Myös maahanmuuttajataustaisille homoseksuaaleille nuorille nämä perheikäytännöt voivat olla vahingollisia. Nämä perheikäytännöt voivat heikentää myös nuorten vanhempien hyvinvointia, kun suku lähtömaassa vaatii näiden käytäntöjen noudattamista.

Maahanmuuton ajankohta

Uuteen kotimaahan tulon ajankohta vaikuttaa uuden elämän mahdollisuuksiin sekä kantaväestön asennoitumiseen heitä kohtaan. Tulomaan taloudellisella tilanteella, maahanmuuttajien määrällä ja heidän ja kantaväestön keskinäisen integroitumisen onnistumisella on merkitystä sii-

hen, miten maahanmuuttajat vastaanotetaan ja miten palvelujärjestelmät kykenevät heidän tarpeisiinsa vastaamaan (Alitolppa-Niitamo 2010). Suomen 1990-luvun alun suuri maahanmuutto osui laman kanssa samaan aikaan, mikä hankaloitti tuolloin muuttaneiden vastaanottoa sekä vaikutti siihen, että osa kantaväestöstä suhtautui kielteisesti hädänalaisiin, pääosin Somaliasta tulleisiin turvapaikan hakijoihin. Maahanmuuttopolitiikka ja sen käytännöt olivat tuolloin vielä suhteellisen kehittymättömiä. Maahanmuuttajaväestön hyvinvoinnin edellytyksiin tulomaassa – riippumatta siitä, mistä päin maailmaa he tulevat – vaikuttavat heidän mahdollisuutensa integroitua ja kuulua tulomaahan omaa kulttuuriaan ja identiteettiään vaalien, kokea turvallisuutta ja hyväksyntää sekä yhteiskunnalliset osallisuuden (*social inclusion*) mutta myös syrjäyttämisen (*social exclusion*) mekanismit.

2010-luvulla kantasuomalaisen asenteet näyttävät jälleen kiristyneen (Helsingin Sanomien teettämän tutkimuksen mukaan HS 2010). Uuden kotimaan asenneilmapiiri vaikuttaa myös jo maassa asuvien maahanmuuttajataustaisten turvallisuuden tunteeseen, sosiaaliseen pääomaan (luottamukseen, osallisuuteen, vastavuoroisuuteen ja oikeudenmukaisuuden kokemuksiin), työllistymiseen ja henkiseen hyvinvointiin. Kantaväestön asenneilmapiirin kiristyminen saattaa näkyä maahanmuuttajien syrjintä- ja väkivalta-kokemusten lisääntymisenä.

Elinolot tulomaassa

Suomeen muuttaneiden ikärakenne on nuorempi, heiltä usein puuttuu perusasteen jälkeinen koulutus (paitsi ei lähialueilta tulleilta), heidän työttömyytensä on yleisempää, mistä syystä heidän tulonsa ovat pienemmät kuin kantaväestöllä (Nenonen 2003; Gissler & al. 2006, 28). Näin on todettu olevan myös muissa länsimaissa (esim. Härmäläinen & al. 2005, 47; Hollanti CBS 2005 & 2007; Tanska Statistics Denmark 2008). Köyhistä oloista tuleva maahanmuuttaja voi kuitenkin työllistyessään parantaa elinolojaan verrattuna tilanteeseensa lähtömaassa. Tulomaan parempien elinolojen, koulutusmahdollisuuksien ja universaalien terveydenhuoltojärjestelmän voidaan ajatella myös kohentavan maahanmuuttajien hyvinvointia ja terveyttä. Toisaalta osalla maahanmuuttajia sosiaalinen asema ja elintaso voivat laskea länsimaissa, jolloin heidän hyvinvointinsa ja terveytensä voi tästä syystä myös heiketä, kuten

koulutetuilla venäläisillä Suomessa, kun he eivät saa koulutustaan vastaavaa työtä.

Suomessa köyhiä, pienituloisia, alempiin sosioekonomisiin asemiin kuuluvia, työttömiä ja yksinhuoltajia (osa leskiä) on enemmän tietyissä maahanmuuttajaryhmissä verrattuna kantaväestöön. Vaikka suurin osa maahanmuuttajista on työkäisiä, ovat erityisesti länsimaiden ulkopuolelta tulleet suomalaisia useammin työttömiä, alityöllistettyjä ja pienituloisia (Forsander 2007). Sukupuolen mukaan pakolaistaustaisten mutta myös venäläisten maahanmuuttajanaisten työttömyys on yleisempää kuin miesten (Martikainen 2007, 54). Maahanmuuttajien syrjäytymistä luonnehtiikin työttömyys ja kielitaidottomuus, kun taas kantaväestön syrjäytymiseen liittyvät yleisemmin monien elämänalueiden ongelmat, kuten sosiaalisten suhteiden niukkuus, päihteet ja arjen rutiineista irtautuminen (Niemelä 2009; Linnanmäki 2009).

Työalat ja työasemat ovat jakautuneet paitisi sukupuolen myös etnisyyden mukaan siten, että naisten ja etnisten vähemmistöjen työalat ovat pienipalkkaisia ja vähän arvostettuja ja heidän työasemansa ovat usein miesten ja kantaväestön asemia alempia. Maahanmuuttajat tekevät myös määräaikaistöitä enemmän kuin kantaväestö muodostaen näin joustavasti suhdanteiden mukaan liikkuvan työvoiman. (Forsander 2007.) Usein maahanmuuttajien työpaikat ovat myös heidän omissa yrityksissään (Joronen, T. & Ali 2000). Erityisen heikko työmarkkina-asema on maahanmuuttajanaishilla (Joronen, T. 2007), mutta poikkeuksia on varsinkin suomalaismiesten kanssa avioituneilla koulutetuilla naisilla (Tiilikainen 2008). Maahanmuuttajien työllistymisen todennäköisyys kasvaa kuitenkin voimakkaasti Suomessa asutun ajan pidentyessä (Hämäläinen & al. 2005; Linnanmäki-Koskela 2010, 49, 52).

Tulot vaihtelevat etnisyyden ja maahantuloosyyden mukaan, sillä pakolaismaista tulleiden keskimääräinen vuositulo vuosina 2001–2003 oli 7 517 euroa vuodessa verrattuna kantasuomalaisien 20 533 euroon (lähialueilta tulleilla 12 967 e/vuosi (Gissler & al. 2006, 28). Espoossa työllisillä ulkomaalaistaustaisilla oli vuonna 2000 korkeammat keskitulot kuin Helsingissä tai Vantaalla asuvilla (22 600 e, 18 500 e, 15 600 e; Nenonen 2003). Ulkomaalaisten palkansaajien palkkaerot ovat merkittävät kantasuomalaisiin palkansaajiin verrattuna yleisimmissä ammateissa

vuonna 2007 (Katainen 2009).

Elinoloihin liittyvä köyhyys tai pienituloisuus onkin vakava vaara terveydelle ja hyvinvoinnille (Mannila 2002) riippumatta henkilön tai väestöryhmän etnisyydestä. Pitkittyessään köyhyys vaikuttaa esimerkiksi niin, että asuinalueet segregoituvat asukkaiden varallisuuden ja/tai etnisyyden mukaan, jolloin palvelut niissä eivät ole laadultaan yhtä hyviä kuin parempiosaisten ja kantaväestön asuinalueilla. Usein näille alueille keskittyy myös huono-osaisuutta, poliittista voimattomuutta, rikollisuutta ja työttömyyttä. Kaikesta tästä voi seurata väestön sairastavuuden ja kuolleisuuden lisääntyminen ja hyvinvoinnin rapautuminen. (Krieger 1999, 308; Discrimination – a threat to public health 2006.) Toisaalta on havaittu, että mitä enemmän asuinalueella asuu etnisiin vähemmistöihin kuuluvia ihmisiä, sitä myönteisempi vaikutus sillä on havaittu olevan heidän (mielen)terveydelleen (Becares & al. 2008). Köyhyys voi estää terveyspalveluiden käyttöä, ja se voi näkyä saadun hoidon laatuina ja riittävytenä (Mannila 2002; van Ryn & Fu 2003; Pitkin & al. 2009). Köyhyyden vaikutus terveyteen voi näkyä myös elämäntapatekijöiden kautta, kun ei ole varaa esimerkiksi ostaa terveellistä ruokaa (Mannila 2002, 150).

1990-luvulla tulonsiirtoja saaneiden maahanmuuttajien määrä väheni maassaoloajan pidentyessä erityisesti lähialueilta tulleilla, kun tulonsiirtojen saaminen pysyi kantaväestöä korkeampana pakolaistaustaisilla (Hämäläinen & al. 2005, 51). Helsingissä vieraskielisistä kotitalouksista on toimeentulotuen asiakkaina kolme kertaa useampi kuin suomen- tai ruotsinkielisistä (Linnanmäki 2009). Usein näissä kotitalouksissa on lapsia (mt.). Pohjoismaissa köyhyyden ja syrjäytymisen tärkeänä kriteerinä pidetään juuri pitkittyntä toimeentulotukiasiakkuutta (Mannila 2002, 151). Niinpä kun pienituloisuus liittyy monilapsiseen perheeseen, yksinhuoltajuuteen (Moisio 2005) ja maahanmuuttajataustaan, ovat naisyksinhuoltajien ja heidän lastensa hyvinvoinnin heikkenemisen riskit moninkertaiset. Vuonna 2006 somalialaisista lapsiperheistä 42 prosenttia, venäjänkielisistä 27 prosenttia ja vietnamilaisista 40 prosenttia oli naisyksinhuoltajan perheitä (osa voi olla leskiä, vastaavasti kantaväestössä 11 %; Tilastokeskus 2007; Martikainen 2007, 56).

Yleisimmät maahanmuuttajien ammatit vuonna 2006 olivat siivoajan, myyjän ja ajoneuvojen kuljettajan ammatit sekä oman pienyrityksen pi-

täminen ravintola-alalla (Katainen 2009). Tästä syystä voidaan olettaa, että heidän yleisin ammatin mukainen sosioekonominen asemansa on työntekijä. Suomesta tiedetään kantaväestöstä, että terveyserot ovat suurimmat juuri ylempiin ja alempiin sosioekonomisiin asemiin kuuluvien välillä (Martelin & al. 2005), mutta meillä ei ole tietoa siitä, miten etniset ja sosioekonomiset terveyserot liittyvät toisiinsa. Esimerkiksi Britanniassa, Yhdysvalloissa ja Norjassa on havaittu, että etnisten vähemmistöjen terveys vaihtelee heidän sosioekonomisen asemansa mukaan samoin kuin kantaväestöllä (Nazroo 1997; Ethnicity & Health 2007; Williams 1999; Kumar & al. 2008). Siirtolaisuus ei vaikuta terveyteen, mutta etniseen ryhmään kuuluminen itsessään heikentää maahanmuuttajien terveyttä kumuloituvan syrjinnän mekanismien, stigman ja sosiaalisen deprivaaation kautta lapsuudesta asti (Nazroo 1997, 244).

Maahanmuuttajan ikä, asumisaika ja akkulturaatio

Yleensä nuoremmat ja terveimmät kykenevät elämään raskaan maahanmuuttoprosessin, mistä syystä suuri osa maahan juuri tulleista kokee olevansa terveitä (terveen siirtolaisen efekti). *Epidemiologista paradoksia* ilmentää osa maahanmuuttajista maahanmuuttonsa alkuaikoina: he ovat varsin terveitä, vaikka heidän elinolonsa tulomaassa ovat heikot. Voidaan ajatella, että somalialaiset maahanmuuttajat ilmentävät juuri näitä kahta ilmiötä meillä, sillä vuoden 2002 suomalaistutkimuksen mukaan heistä suuri enemmistö koki terveytensä hyväksi (Pohjanpää 2003).

Maassa asutun ajan pidentyessä heikkenee maahanmuuttajien terveys kuitenkin suhteellisesti vakavammin kuin vastaavan ikäisen kantaväestön (Myers & Rodriguez 2002; Abraído-Lanza & al. 2006). Maassa asuttu aika on yksi yksisuuntaisen akkulturaation indikaattoreista, minkä lisäksi sen osoittimina usein käytetään kantaväestön kielen taitamista, sosiaalisten suhteiden määrää kantaväestön keskuudessa, tulevaisuuden orientaatiota sekä uuden kotimaan arvojen ja tapojen omaksumista (Berry 1997). Yksisuuntainen akkulturaatio tarkoittaa tulijan sopeutumista tulomaan kulttuuriin, mitä ei nykyään pidetä riittävän hyvänä määritelmänä. Sen sijaan suositaan kaksisuuntaista akkulturaation käsitettä, jonka mukaan sekä tulija että tulomaan kantaväestö sopeutuvat toinen toisiinsa. Tämän

akkulturaatiomallin käsitteellistäminen on tutkimuksissa vielä keskeneräistä. (Abraído-Lanza & al. 2006.)

Asumisajan pidentymisellä on maahanmuuttajien terveyttä sekä suojaavia että vaarantavia tekijöitä. Myönteistä on se, että elinolot voivat kohentua, ja se, että terveystietoisuus ja palveluiden käyttötavat länsimaistuvat. Kielteistä on se, että päihteiden käyttö ja seksuaalivatavat voivat länsimaistua erityisesti lapsena tai nuorena maahan muuttaneiden keskuudessa (mt.). Mitä nuorempina maahan muuttaa, sitä nopeammin tulomaan yhteiskunta- ja elinolot voivat hänen terveyttään voimistaa ja sitä paremmat edellytykset on oppia kieltä, sopeutua uuteen kulttuuriin sekä ymmärtää ja toimia tulomaan kulttuuristen tapojen ja käytäntöjen mukaan.

Toisaalta perheenjäsenten eritahtinen kotoutuminen ja vanhempien ja lasten roolien sekoittuminen voivat tuoda kiperiä jännitteitä perhe-elämään lasten ja vanhempien välille, jolloin lapsesta tai nuoresta tulee perheen asioita hoitava aikuinen (Alitolppa-Niitamo 2010). Lapsena maahan tullut ja länsimaissa syntynyt voi altistua jo lapsesta pitäen kumuloituvalla syrjinnällä elämänsä eri alueilla, mikä on aina vakava pitkäkestoinen vaara lapsen ja tulevan aikuisen terveydelle ja hyvinvoinnille (esim. Myers 2009; Pachter & Coll 2009; vietnamilaislapset Kosonen 2008). Osalla toisen sukupolven maahanmuuttajia heikommat elinolot, sosiaalinen ja materiaallinen deprivatio sekä osattomuus voi olla ylisukupolvittaista. Etnisiin vähemmistöihin kuuluvien sosiaalinen nousu ei ole yksiselitteistä tulomaan rakenteellisten ja asenteellisten syrjintä-mekanismien vuoksi (esimerkiksi afroamerikkalaiset Yhdysvalloissa). Toisen sukupolven elinolojen parantamista voi estää myös lähtömaan kulttuuriset rajoitteet. Näistä syistä lapsena maahan muuttaneiden tai tulomaassa syntyneiden etnisiin vähemmistöihin kuuluvien terveys ja hyvinvointi eivät ole aina yksiselitteisesti parempia kuin ensimmäisen sukupolven muuttajien (esim. Smith & al. 2009).

Maahanmuuttajien asenteet ja motivaatio

Uuteen kotimaahan kotoutumisen vaiheet jaotellaan a) alkuinnostuksen, b) turhautumisen, c) hyväksymisen ja d) sopeutumisen vaiheisiin (Schubert 2007). Niissä voidaan tunnistaa myös kriisin vaiheet. Yleensä elämän hallinta lisääntyy elletessä vaiheesta toiseen. Aikuisen maahanmuuttajan kotoutumisasenne vaikuttaa hä-

nen motivaatioonsa asettua asumaan uuteen kotimaahan sekä hänen halukkuuteensa käyttää tulomaan suomia mahdollisuuksia kotoutumiseen. Kotoutumisasenne heijastuu halukkuutena kielien oppimiseen ja yleiseen sopeutumiseen. Osa pakolaisista ja turvapaikanhakijoista voi odottaa pikaista kotiinpaluuta, jolloin heidän motivaationsa kotoutua voi olla vähäinen. (Alitolppa-Niitamo 2010.) Osa voi suunnitella muuttoa toiseen länsimaahan. Toisaalta jotta jaksaa edes motivoitua, pitää maahanmuuttajan mahdolliset traumat hoitaa ensin ja kielteisiä elämäntapahtumia ennalta ehkäistä, jolloin hän on psyykkisesti ja sosiaalisesti riittävän toimintakykyinen aktiivisesti asettumaan aloilleen. Motivoituneisuus ei myöskään yksin riitä, jos tarvittavat kotoutumista mahdollistavat palvelut ja mahdollisuudet puuttuvat tulomaasta. Motivaatio ei myöskään yksin riittäne, jos tulomaan asenneilmapiiri on vihamielinen: itse, lapset ja/tai muut läheiset ovat kokeneet syrjintää, rasistista väkivaltaa tai pitkään työttömyyttä. Vanhempien kotoutumisasenne heijastuu suoraan lasten kotoutumiseen, sillä vanhemmat, jotka eivät itse ponnistele päästäkseen osalliseksi (Alitolppa-Niitamo 2010) tai eivät jaksaa ponnistella uudessa yhteiskunnassa, eivät usein myöskään osaa/jaksaa ohjata lapsiaan siihen.

Sosiaaliset suhteet ja tuki

Hyvät ja tyydyttävät ihmissuhteet ja niissä saatu vastavuoroinen tuki ovat tärkeitä kaikkien terveydelle ja hyvinvoinnille riippumatta etnisyydestä. Riittävän hyvä sosiaalinen tuki jopa ehkäisee sairastumista. Pakotetussa maahanmuutossa ihminen menettää usein paljon: kotinsa, maansa, sosiaalisen toimintakykynsä, sosiaaliset suhteensa (perheenjäsenet, ystävät) ja sosiaalisen asemansa. Perheen tai läheisten kanssa maahan muuttaminen edesauttaa aina hyvinvointia, sillä läheisiltä saatu sosiaalinen tuki on hyvin tärkeää uuteen kotimaahan asettumisessa. Yksin maahan tulleiden on tärkeää löytää itselleen hyväksyvä lähiyhteisö, johon kuulua. Kotiäitienkin on tärkeää solmia ihmissuhteita kodin ulkopuolisten ihmisten kanssa. Maassa jo asuvat etniset yhteisöt ovat tärkeitä sosiaalisen tuen antajina (Valtonen 1999), vaikka yhteisöt ovatkin Suomessa vielä varsin pieniä. Ihmissuhteiden solmiminen kantaväestön kanssa on myös tärkeää hyvinvoinnille. Esimerkiksi Britanniassa, Tanskassa ja Suomessa on havaittu, että osa maahanmuuttajista ja etnisistä

vähemmistöistä kokee enemmän sosiaalisen tuen puutetta ja yleisemmin yksinäisyyttä kuin kantaväestö (Health survey for... 2004; Hansen & Kjoller 2007; Liebkind & al. 2004).

Väkivalta, syrjintä ja stressi

Lähtömaassa koetun väkivallan terveys- ja hyvinvointivaikutukset voivat näkyä pitkän aikaa maahanmuuttajan elämässä. Jos toinen ihminen pyrkii tahallaan vahingoittamaan tai tuhoamaan toisen (sodassa, kidutuksessa, vainossa), aiheuttaa se yleensä kaikkein vaikeimpia, toimintakykyä pitkäänkin rajoittavia posttraumaattisia stressioireita (Saraneva 2010; Ruuskanen 2010). Usein ennakkoimattomina ja äkillisinä tapahtumina tällaiset kokemukset voivat muodostua ylivoimaisiksi, jolloin niistä voi kehittyä psyykinen kriisi, traumaperäinen stressihäiriö (Lönnqvist 2009). Traumoja kokeneen maahanmuuttajavanhemman ja/tai hänen lapsensa terveyden ja hyvinvoinnin voimavarat voivat olla lähtökohtaisesti tulomaassa heikot, mistä syystä he tarvitsevat heti maahan saapuessaan apua ja hoitoa. Hoitamattomat traumat hankaloittavat lasten kasvua ja kehitystä mm. koulussa (Ekholm & al. 2008, 48–50). Itse maahanmuutto aiheuttaa monia menetyksiä ja eroja, jotka voivat ilmetä akkulturaatio-stressinä tai aiheuttaa voimakkaita stressioireita (Lönnqvist 2009).

Tulomaassa monialaista ja pitkittynyttä stressiä voivat aiheuttaa erilaiset kielteiset elämäntapahtumat ja elämänmuutokset, kuten sosiaalisen aseman menetys, työttömyys, syrjinnän kokeminen, rasistisen väkivallan uhka, vihamielinen ympäristö ja perhe-ongelmat. Suomessa on todettu maahanmuuttajien kokevan paljon eri elämän alueille tapahtuvaa syrjinnän aiheuttamaa stressiä (Jasinskaja-Lahti & al. 2002). Stressi on tärkeä depressioita aiheuttava tai laukaiseva tekijä riippumatta etnisyydestä (Lönnqvist 2009). Stressiin reagoidaan ja depressiivisiä oireita tulkitaan eri tavoin eri kulttuuriympäristöissä.

Tulomaassa syrjintää – ihmisen asettamista eriarvoiseen asemaan hänen ihonväriinsä ja mahdollisesti uskontonsa vuoksi – tapahtuu suoraan ja epäsuorasti *instituutioissa ja kanssakäymisessä* ihmisten kanssa. Institutionaalinen syrjintä ilmenee tietyn väestöryhmän tai yksilön heikompiena elinoloina: koulutusmahdollisuuksien esteinä, työllistymisen esteinä, asuinalueiden segregoitumisena, asuinolojen heikkoutena sekä riittämättöminä ja heikkolaatuisina palveluina. Institu-

tionaalinen tai rakenteellinen syrjintä paikantuu yhteiskunnan rakenteisiin, kuten olemassa oleviin käytäntöihin, sopimuksiin, lainsäädäntöön ja palveluihin. (Www.yhdenvertaisuus.fi.) Suomessa puhutaan paljon koulussa ja työpaikoilla kiusaamisesta, jossa on kanssakäymisessä tapahtuvan syrjinnän elementtejä. Syrjintä vahingoittaa mielenterveyttä ja minäkuvaa (osa sisältää kielteisen alempiarvoisen minäkuvan), ja se voi estää hoitoon hakeutumista, hoitoon pääsyä, oikeanlaisen hoidon saamista oikeaan aikaan, ja näistä johtuen se voi vaikuttaa hoitotuloksiin ja terveyteen (hoitoon hakeutuminen Krieger & al. 1993; Krieger 2003; hoidon laatu Pitkin & al. 2009; Schouten & Meeuwesen 2006). Vastavasti syrjintäkokemukset voivat estää myös tarvittavien sosiaalipalveluiden saamista ja heikentää näin asiakkaan hyvinvointia. Ihon väriä ja sukupuolta ei voi vaihtaa, ja siksi niistä johtuva syrjintä loukkaa syvästi ihmisarvoa. Mitä useammalla ja tärkeämpi koetulla elämänalueella ja mitä pidemmän aikaa syrjintää koetaan, sitä vahingollisempaa se on kenelle tahansa riippumatta etnisestä ryhmästä. Jos henkilö kokee syrjintää useiden hänen henkilöönsä liittyvien ominaisuuksien vuoksi, kuten sukupuolen, ihonvärin, köyhyyden, vammaisuuden, uskonnon ja pukeutumisen vuoksi, on tällaisessa moniperustaisessa syrjinnässä äärimmäisen raskasta elää.

Syrjintä ja rasismi voivat ilmetä väkivaltana (fyysisenä ja henkisenä sekä niiden uhkana, nimittely, uhkaaminen, töniminen, tarttuminen, lyöminen, aseella lyöminen, seksuaalinen väkivalta) ja muuna vahingontekona (omaisuuden varastaminen, sen rikkominen). Rasistisiin rikoksiin kuuluvat pahoinpitely, vahingonteko, kunnianloukkaus, laitton uhkaus, syrjintä ja kotirauhan rikkominen (Joronen, M. 2008, 28). Syrjintärikos eritellään asumisessa, koulutuksessa, työssä, terveys- ja sosiaalipalveluissa ja muissa palveluissa tapahtuvaksi (mts. 33). Tällainen rasistinen väkivalta ja rikos voi pahimmillaan johtaa uhrin vakavaan vammautumiseen tai kuolemaan. Väkivaltakuolleisuus onkin merkittävästi yleisempää hollantilaisten maahanmuuttajien keskuudessa verrattuna kantaväestöön (Stirbu & al. 2006). Maahanmuuttoa edeltävät ja sen jälkeen tapahtuneet väkivallan aiheuttamat traumat ja stressi voivat saada aikaan kumuloituvan stressitilan, jolloin tällaista kokeneen hyvinvointi ja terveys ovat vakavasti uhattuna (Discrimination... 2006).

Väkivallan pelko voi eristää maahanmuuttajien kanssakäymistä kantaväestön kanssa. Somalialaiset ja arabit ilmoittivat vuoden 2001 tutkimuksessa kokeneensa muita etnisiä ryhmiä yleisemmin etnisyyteen perustuvaa syrjintää arjen tilanteissa (Jasinskaja-Lahti & al. 2002). Samansuuntainen tulos on myös vuoden 2002 tutkimuksessa, jossa somalit olivat kokeneet selvästi eniten väkivaltaa tai sillä uhkaamista (tönimisestä aseella lyömiseen) verrattuna kantaväestöön mutta myös venäläisiin, virolaisiin ja vietnamilaisiin. Kaikissa näissä tutkimuksen ryhmässä koettiin väkivaltaa kaksi kertaa yleisemmin kuin kantaväestössä. Naisten ja miesten välillä ei ollut eroa (Honkatukia 2005).

Vaikka olemme eurooppalaisittain vaatimattomia maahanmuuttajien vastaanottomäärissä, olemme kärkisijalla maahanmuuttajien täällä kokemien syrjinnän yleisyydessä. Tanskassa ja Suomessa asuvista somalialaisista puolet oli kokenut syrjintää ja kolmasosa heistä oli kokenut rasistista vahingontekoa viimeisen vuoden aikana eurooppalaisessa vertailevassa tutkimuksessa vuodelta 2008 (EU-MIDIS 2009). Poliisin tilastojen mukaan somalialaiset, turkkilaiset ja iranilaiset ovat joutuneet muita etnisiä ryhmiä yleisemmin väkivallan ja rasististen rikosten uhreiksi. Sekä uhrin että tekijän olivat yleensä nuoria miehiä. Yleisin rasistinen rikos on tuntemattoman tummaihoisen nuoren miehen pahoinpitely (sairaala-kuntoon pahoinpitely on muuttunut tehohoito-kuntoon pahoinpitelyksi). (Joronen, M. 2008.)

Näin ollen ei ole yllätys, että kaikkein kielteisimmän kantasuomalaiset suhtautuvat somalialaisten, arabien, kurdien ja venäläisten maahanmuuttoon, kun taas myönteisemmin suhtaudutaan englantilaisten, norjalaisten ja ruotsalaisten tänne muuttoon (Jaakkola 2009, 13). Matti ja Maija Meikäläiset, mutta myös viranomaiset toivoivat maahan mieluiten korkeasti koulutettuja ja opiskelijoita, länsimaalaisia työperusteisia maahanmuuttajia sekä adoptiolapsia (mt.).

Tulomaan palvelut

Tulomaassa terveys- ja hyvinvointipalveluiden saatavuus ja niiden laatu vaikuttavat myös maahanmuuttajien hyvinvointiin. Hyvä hoito tai palvelu voidaan määritellä sellaiseksi, että se on kulttuurisesti hyväksyttävää ja ymmärrettävää, se on kohtuullisella vaivalla saatavissa eikä se maksa liikaa ja sen avulla terveys ja hyvinvointi kohenevat. Hyvään sairautta parantavaan tai terveyttä ylläpi-

tävään hoitoon potilas hakeutuu oikeaan aikaan, hänet ohjataan oikealle hoidon antajalle, joka valitsee parhaan mahdollisen hoitotavan, antaa hoidon laadukkaasti ja yksilöllisesti sekä seuraa potilaan tai asiakkaan terveydentilan kehitystä.

Osa hyvän, oikeanlaisen hoidon saamisen esteistä johtuvat hoidon tarvitsijasta, potilaasta tai asiakkaasta. Näitä esteitä ovat mm. potilaan tietämättömyys, varattomuus, kielitaidottomuus ja kielteiset omat tai muiden aikaisemmat hoito- ja palvelukokemukset. Asiakas ei aina tiedä, mistä hoitoa saa, ei tiedä hoitomahdollisuuksista, hänellä ei ole varaa hoitoon tai hän ei ymmärrä länsimaista terveystietoa tai hoitokäytäntöjä. Hoidon ymmärtäminen ja siihen sitoutuminen vaatii riittävän hyvää ja ymmärrettävää kommunikaatiota hoidon antajan ja asiakkaan välillä. (Andresen 1995; Riedel 1998; Scheppers & al. 2006.)

Kulttuuriset terveys-, sairaus- ja hoitokäsitteet ja -kokemukset vaikuttavat terveyden, sairauksien ja parantumisen kokemuksiin ja hoitoon hakeutumiseen (O'Connor 1998; Baer & al. 1998; Ell & Castaneda 1998). Monissa länsimaiden ulkopuolisissa kulttuureissa mielenterveyden häiriötä tulkitaan toisin kuin meillä, ne ovat usein stigmatisoituja, häpeää ja hämmennystä aiheuttavia. Lähtömaissa ei ole ollut juuri mitään terveydenhuollon hoitokeinoja mielenterveyden ongelmiin, jolloin niitä on hoidettu perinne- ja uskonnollisen lääkinnän keinoin. Länsimainen terveyden lukutaito (miten terveys ja sairaus ja niiden hoitotavat ymmärretään) karttuu vähitellen kotoutumisen prosessissa, jolloin se ohjannee myös hoitoon hakeutumista ja hoitokäyttäytymistä perinteisten käsitysten ja hoitotapojen rinnalla. Julkiset terveydenhuollon palvelut voivat olla ajatuksena ja järjestelmänä vieraita länsimaiden ulkopuolelta tulleille. Jos lähtömaassa ei ole ollut saatavilla turvallisia ja kohtuuhintaisia lääkkeitä pitkäaikaisiin tai akuutteihin sairauksiin tai rokotuksia, ei niitä opita heti länsimaisella tavalla myöskään käyttämään. Samoin on laita asiakkaan oma-aloitteisuutta vaativissa terveyden edistämisyssä ja sairauksien ennaltaehkäisyssä. Monia elämän luonnollisena pidettyjä usein lisääntymiseen liittyviä asioita – kuten raskautta ja vaihdevuosisia – ei myöskään ole lähtömaissa medikalisoitu niin kuin länsimaissa (Ingleby 2009). Medikalisaation outous voi näkyä myös siinä, että osa pitää terveyden edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä käsittämättömänä tai tarpeettomana.

Sukupuolten terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä tiedetään länsimaissa, että naiset käyttävät terveyspalveluita enemmän kuin miehet, kokevat terveytensä yleensä heikommaksi kuin miehet ja sairastavat enemmän kuin miehet, mutta elävät kuitenkin kauemmin kuin miehet (ml. Suomi: Annandale & Hunt 2000). Taloudellisesti kehittymättömissä maissa naisten ja lasten terveyden ja hyvinvoinnin voimavarat ovat heikoimmat ja siten heidän terveytensä on eniten uhattuna. Tietyissä maahanmuuttajaryhmissä naisten terveys on yleensä heikompi ja sairastavuus yleisempää kuin heidän maamiestensä sekä kantäväestön naisten (esim. Ruotsissa iranilaiset ja turkkilaiset naiset: Olika vilkor... 2000; Englannissa bangladeshilaiset, pakistanilaiset ja karialaiset naiset: Health survey for... 2004). Heikompi terveys voi heijastaa heidän alisteista sosiaalista asemaansa naisina ja etnisiin vähemmistöihin kuuluvina.

Osa hoidon saamisen esteistä on terveydenhuoltojärjestelmästä johtuvia, kuten se, että potilas joutuu odottamaan tarvitsemaansa hoitoa (liian) kauan, vastaanottoajat ovat alimitoitettuja, hoitopaikat ovat kaukana, hoidon jatkuvuutta ei ole taattu tai hoidon antajista on pulaa (Schengalia & al. 2005). Hoitohenkilökunnan hoitotavat vaihtelevat potilaan etnisyyden mukaan (van Ryn 2002; van Ryn & Fu 2003; Schouten & Meeuwesen 2006), samoin kuin ne vaihtelevat potilaan sosiaaliluokan (McKinlay & al. 1996) ja sukupuolen (Annandale & Hunt 2000) mukaan.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan etniset vähemmistöt käyttävät tarpeeseensa nähden vähemmän tai eri tavalla terveyspalveluita kuin kantäväestö. Yhdysvaltaisten tutkimusten mukaan he käyttävät vähemmän yleislääkärin palveluita ja enemmän poliklinikoiden palveluita (Pitkin & al. 2009). Eurooppalaisten tutkimusten mukaan he taas käyttävät enemmän yleislääkärin palveluita, mutta vähemmän erikoislääkärin palveluita. (Uiters & al. 2009; Briteissä Nazroo & al. 2009; Suomessa pakolaistaustaiset Gissler & al. 2006.) Suomalaisten rekisteritietojen mukaan maahanmuuttajat käyttävät vähemmän kuin kantäväestö sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluita. Poikkeuksen muodostivat maahanmuuttajanaiset, joista osa korkeamman hedelmällisyytensä vuoksi käyttää kantäväestöä enemmän äitiyshuollon palveluita. Erikoissairaanhoidon tietojen perusteella maahan-

muuttajien sairastavuus on suomalaisperäistä väestöä vähäisempää. Poikkeuksena ovat vatsa- ja lantiokipu, sappikivitauti (vain naiset) ja dialyysihoidot. (Gissler & al. 2006.)

Pohdinta

Ihmisen elämän mahdollisuuksiin ja terveyden voimavaroihin vaikuttavat perustavanlaatuisesti se, mihin päin maailmaa, minkälaiseen yhteiskuntaan ja perheeseen, kuinka terveenä ja kummaksi sukupuoleksi hän sattuu syntymään. Terveys ja hyvinvointi muuttuvat ihmisen elämänsä kaaren mukaan ja sen mukaan, millaiset elinolosuhteet mahdollistavassa yhteiskunnassa ihminen elää. Useissa OECD-maissa etniset vähemmistöt muodostavat nykyisin merkittävän väestöosuuden. On havahduttu siihen, etteivät heidän terveysoikeutensa ole toteutuneet esim. yhtäläisessä hoitoon pääsyssä, saadun hoidon laadussa sekä siinä, että osalla heistä heidän terveytensä on yleisimmillä mittareilla mitattuna heikompi kuin kantaväestöllä (Health of migrants... 2010).

Etnisten ryhmien väliset terveyserot ovat epäoikeudenmukainen tosiasia länsimaissa. Yleensä ne ilmenevät räikeimmin suhteessa enemmistönä olevaan kantaväestöön. Etnisten terveyserojen suuruus vaihtelee vertailtavien ryhmien, ikäluokan, sukupuolen ja tulomaassa asutun ajan mukaan. Osalla maahanmuuttajia ja etnisiä vähemmistöjä on korkeampi kuolleisuus (Hollannissa Bos & al. 2004), he kokevat terveytensä useammin heikoksi (Nielsen & Krasnik 2010) ja heidän sairastavuutensa on korkeampi useimmissa sairauksissa kuin kantaväestöllä (esim. Bhopal & al. 2009; Health of minority... 2006; Ruotsissa Födelselandets betydelse 2002).

Osassa tutkimuksista etniset terveyserot vähenevät tai häviävät kokonaan, kun analyysissa huomioidaan elinolosuhteet, kuten tulot ja koulutus. Mutta isossa osassa tutkimuksia etniset terveyserot myös säilyvät, vaikka näiden elinolosuhteiden vaikutus kontrolloidaan (esim. Ethnicity and Health 2007; Yhdysvalloissa Williams 1999, afroamerikkalaiset; Ruotsissa Födelselandets betydelse 2002). Etnisten ryhmien välisiä terveyseroja selitetään riskitekijöillä, sairastavuudella, hoitoon hakeutumisella, hoidon saamisella ja sen laadulla (Uiters & al. 2009; Pitkin & al. 2009; Nazroo & al. 2009), mutta ennen kaikkea heikommilla elinoloilla. Näin etniset terveyserot liittyvät so-

sioekonomisiin terveyseroihin.

Etnisissä vähemmistöissä on myös koulutettuja, hyvissä työasemissa olevia, hyvinvoivia ja terveitä ja heillä on ollut jo maahan tullessaan materiaalisia ja kulttuurisia voimavaroja, kuten intialaisilla ja kiinalaisilla Britteissä (Nazroo 1997). Myönteistä on myös se, että syöpäsairastavuus on heillä alhaisempaa, elintavat terveellisempiä ja itsemurhia he tekevät vähemmän kuin länsimainen kantaväestö (Födelselandets betydelse 2002). Toisaalta kaikkein haavoittuvaisimpia ovat etnisiin ryhmiin kuuluvat naiset ja lapset, jotka ovat pienituloisia, suhteellisesti köyhiä. Näin sosioekonomiset ja etniset terveyserot liittyvät iän ja sukupuolen mukaiseen sosiaaliseen hierarkiaan. Kaikkein haavoittuvaisimpia ovat ihmiskaupan uhrit, ilman vaadittavia lupia maassa olevat ja yksin maahan tulleet alaikäiset.

Suomessa koko väestön hyvinvointikehitys on ollut viime vuosikymmeninä lohduton: väestöryhmien väliset hyvinvointierot ja köyhyys ovat kasvaneet, eriarvoisuus on lisääntynyt ja hoivan resurssit niukentuneet. Suomessa merkittävä osa maahanmuuttajista on työttömiä, pienituloisia tai toimii työntekijäammateissa, ja nämä mekanismit voivat heikentää heidän terveyttään samoin kuin ne heikentävät kantaväestönkin terveyttä. Kun pienituloisuus liittyy maahanmuuttajataustaan, monilapsiseen perheeseen ja yksinhuoltajuuteen (mikä on yleistä tietyissä ryhmissä), ovat syrjäytymisen ja osattomuuden riskit moninkertaiset erityisesti naisilla lapsineen.

Merkittävä osa maahanmuuttajista kuuluu suomalaisväestössä haavoittuvaisimpiin ja osattomimpiin.

Elinolojen parantaminen tulomaassa – riippumatta etnisyydestä – parantaa kaikkien väestöryhmien terveyttä ja hyvinvointia sekä etnisiä suhteita. Yhteiskunnan myönteinen asenneilmapiiri ja riittävän hyvät sosiaaliset tukiverkostot ovat myös tärkeitä kaikkien terveyttä ja hyvinvointia mahdollistavia ja ylläpitäviä tekijöitä. Tärkein terveyttä edistävä tekijä on syrjinnän kitkeminen kaikilla yhteiskuntaelämän tasoilla, joiden kautta myös etnisiä terveys- ja hyvinvointieroja voidaan pienentää ja ehkäistä.

Tutkitun tiedon tarve on suuri kansallisesti. Kansainvälisestikin olisi tärkeää tehdä systemaattisia meta-analyyskejä jo tehdyistä tutkimuksista, kehittää etnisesti relevantteja kysymyspatteristoja, tehdä syventäviä kohorttiaineistoihin perustuvia analyysejä etnisten vähemmistöjen terveydes-

tä ja hyvinvoinnista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä (mm. Health of migrants 2010, 10, 26; Bhopal 2009; Smith Nielsen & al. 2009). Haasteelliseksi maahanmuuttajien kansainvälisen vertailututkimisen tekee se, että eri maihin muuttaneet etniset ryhmät vaihtelevat tulomaittain. Sen tekee haasteelliseksi myös eri maiden erilaiset ulkomaalaistaustaisten tilastointikäytännöt (Smith Nielsen & al. 2009), terveyden- ja hyvinvoinnin tilaa kysytään maittain eri tavoin (mittareiden validiutta ei useinkaan ole testattu eri etnisissä ryhmissä) eikä erilaisiin rekistereihin ja asiakastietojärjestelmiin kirjata potilaan tai asiakkaan etnisyyttä (Bhopal 2009). Myös syrjintäkokemusten tutkimisen operationalisointia tulisi kiireesti kehittää ja yhdenmukaistaa kansainvälisesti (Paradies 2006; Kressin & al. 2008), sillä kanssakäy-

misessä syrjintä on suoraa henkistä väkivaltaa, joka vaikuttaa psyykkiseen terveyteen ja hyvinvointiin vakavasti ja kauaskantoisesti. Institutionaalisen syrjinnän traagisia seurauksia voimme nähdä esim. Etelä-Afrikan mustan enemmistön ja Yhdysvaltojen afroamerikkalaisten heikoissa elinoloissa nykypäivänä sekä suuren osan maahanmuuttajista moniulotteisena huono-osaisuutena useissa länsimaissa. Tarvitaan monialaista, monitasoista ja monen maan välistä dialogisuutta, strategioita ja toimintaa yhdessä maahanmuuttajatoimijoiden kanssa tilanteen parantamiseksi kansallisesti ja kansainvälisesti (Health of migrants 2010, 26). Näin edistetään kestävästi kaikkien hyvinvointia ja osallisuutta monimuotoisessa maailmassa.

TIIVISTELMÄ

Maili Malin: Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät

Maahanmuuttajataustaiset ihmiset asuvat kanssamme pysyvästi ja heidän jälkeläisistään kasvaa suomalaisia. Erityisesti eteläinen Suomi on monikulttuuristunut väestöltään nopeasti 20 viime vuoden aikana. Tässä katsaustyyppisessä kirjoituksessa selvitän niitä tekijöitä ja mekanismeja, jotka vaikuttavat maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin länsimaissa. Pääosin keskityn OECD-maiden ulkopuolelta laillisesti maahan tuleviin, sillä he ovat usein haavoittuvaisempia kuin työperustaiset OECD-maista muuttajat. Maahanmuuttajien terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tavanomaisten sosiaalisten tekijöiden, kuten elinolojen (sosioekonomisen aseman), iän, sukupuolen, siviilissäädyn, sosiaalisen tuen, elintapojen ja palveluiden toimivuuden, lisäksi erityiset maahanmuuttajuuteen liittyvät tekijät. Näitä ovat tulijan laillinen asema tulomaassa, kenen kanssa hän muutti maahan (yksin, perheen kanssa), hänen ikänsä maahan tullessa sekä lähtömaan yhteiskunta- ja elinolot mukaan lukien sukupuolijärjestelmä, joka määrittää naisen sosiaalista asemaa. Muita erityisiä maahanmuuttajuuteen liittyviä hyvinvointitekijöitä ovat ennen ja jälkeen maahanmuuttoa koetut vakavat kielteiset elämäntapahtumat (stressi), elinolot tulomaassa sekä etnisyyteen ja muihin tekijöihin (uskonto, pukeutuminen, sosiaaliluok-

ka) perustuvat syrjintä- ja väkivaltakokemukset tulomaassa. Tulomaan maahanmuuttopolitiikka sekä integraation mahdollisuudet luovat puitteet modernin siirtolaisen kotoutumiselle. Riittävän hyvien elinolojen saavuttaminen uudessa kotimaassa edellyttää yksilöltä tarpeeksi terveyttä toimia uudessa toimintaympäristössä, työmahdollisuuksia, motivaatiota ja mahdollisuuksia oppia kantaväestön kieltä ja aktiivista toimijuutta mahdollisesti kielteisessä julkisessa asenneilmapiirissä. Suomesta ei ole kattavaa tietoa eri maahanmuuttajaryhmien hyvinvoinnista ja terveydestä, mutta tiedämme, että merkittävä osa heistä on köyhiä, mikä heikentää pitkittyessään aina terveyttä ja hyvinvointia, riippumatta ihmisen etnisyydestä. Kun pienituloisuus liittyy yleisempään yksinhuoltajuuteen ja monilapsisiin perheisiin tietyissä ryhmissä, on lapsiperheiden köyhyys yleisempää heillä kuin kantaväestöllä. Tiedämme myös, että työttömyys heikentää pitkittyessään aina hyvinvointia ja terveyttä riippumatta ihmisen etnisyydestä. Maahanmuuttajien työttömyys on yleisempää kuin kantaväestöllä, vaikka se onneksi vähenee maassa asutun ajan pidentyessä. Toimivat etniset suhteet ja kaikkinaisen kestävä yhteiskuntakehitys edellyttävät kaikkien väestöryhmien välisten hyvinvointierojen minimoimista. Yhteiskunnallinen epäoikeudenmukaisuus on aina aikapommi, joka syntyy väkivallasta ja aikaan saa väkivaltaa.

KIRJALLISUUS

Kirjallisuusluettelo julkaistaan YP:n verkkosivuilla www.thl.fi/yp -> Arkisto -> 2011.