

Somalialaiset maahanmuuttajat ja ylijääminen hoito

On tunnettua, että potilaat tukeutuvat lääketieteellisen hoitojen ohella itsehoidon ja kansanlääkinnän menetelmiin. Maahanmuuttajien kohdalla erityistä on se, että sopivan hoidon etsintä usein edellyttää yhteydenpitoa yli valtiollisten rajojen. Tämä ilmiö laajentaa aiempaa ”medikaalisen pluralismin” käsitettä.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millä tavoin sairaat somalialaiset maahanmuuttajat toimivat kulttuurisen merkityksenannon, ylijäämisen elämämaailman ja sosiaalisten suhteiden heille tarjoamissa puitteissa. Aineisto kerättiin transnationaalisella etnografialla vuosina 2005–2006. Somaliasta etsitään hoitoa erityisesti silloin, kun sairauden syyt yhdistetään somalikulttuurista kumpuaviin selitysmalleihin. Transnationaalinen hoito on haaste suomalaiselle terveydenhuollolle, jossa useinkaan ei tunneta maahanmuuttajaperheiden kokonaistilannetta ja ei-lääketieteellisten hoitojen käyttöä. Transnationaalinen hoito voi olla potilaalle resurssi, mutta siihen voi liittyä myös ongelmia.

MARJA TIILIKAINEN

JOHDANTO

Addis Abeban lentokentällä Etiopiassa kesällä 2005 tutustuin Faadumoon. Huomasimme matkustaneemme samaa reittiä Suomesta asti ja olemme molemmat matkalla Hargeisaan Pohjois-Somaliassa – Faadumo tapaamaan perhettään ja minä ensimmäiselle kenttätyöjaksolleni. Faadumo oli huolitellun näköinen nuori nainen. Hän oli paljain päin ja pukeutunut pitkään farkkuhameeseen. Koneen lähestyessä Hargeisaa hän veti päänsä ja vartalonsa peitoksi mustan hunnun. Faadumo tuntui kiinnostuvan tutkimuksestani ja kertoi, että hänen äitinsä tiesi paljon perinteisistä parantamistavoista. Tuossa vaiheessa en vielä aavistanut, että Faadumosta tulisi yksi tärkeistä informanteistani. Faadumon monipolvinen, yllätyksellinen ja traaginenkin tarina avautui myöhemmin monissa tapaamisissa Somaliassa ja Suomessa. Kävi ilmi, että eronneella Faadumolla oli Somaliassa teini-ikäinen lapsi, joka oli kasvanut Faadumon äidin hoivissa ja johon Faadumo piti säännöllisesti yhteyttä puhelimen ja internetin sekä vuosittaisten vierailujen avulla. Faadumo itse oli kärsinyt Suomessa monista terveydellisistä

ongelmista kuten vatsakivuista ja ruokahaluttomuudesta. Hän oli kertomansa mukaan myös muuttanut epäluuloiseksi ja alkanut eristäytyä kotiin. Suomalaisen psykiatrin mukaan Faadumo kärsi depressiosta, mutta Hargeisassa toimivan uskonnollisen parantajan mukaan Faadumon oireet johtuivat noituudesta. Yksi kesän matkan tavoitteista olikin varmistaa sheikin tekemä diagnoosi ja toteuttaa mahdollinen hoito, josta Faadumo oli aikaisemmin kieltäytynyt äitinsä vaatimuksista huolimatta.

Faadumon matka Hargeisaan avaa kiinnostavia kysymyksiä paitsi Faadumon henkilökohtaisista kokemuksista ja ratkaisuksista, myös maahanmuuttajien ja suomalaisen terveydenhuollon kohtaamisista laajemminkin. Suomen maahanmuuttajaväestö, lähes 122 000 ulkomaan kansalaista vuoden 2006 lopussa (Tilastokeskus 2007), on alhainen verrattuna muihin EU-maihin. Mutta samalla on huomattava, että maahanmuuttajien määrän kasvu Suomessa vuodesta 1990 lähtien on ollut erittäin nopeaa. Tämän muutoksen seurauksena terveydenhuollossa on yhä useammin asiakkaita, joiden kulttuurinen ja uskonnollinen

tausta on erilainen kuin valtaväestöä edustavilla asiakkailta ja potilailta. Terveydenhuollon henkilöstö ja terveydenhuollon palvelut eivät kuitenkaan aina ole pystyneet varautumaan nopeisiin muutoksiin.

Maahanmuuttajat koetaan suomalaisessa terveydenhuollossa usein haasteellisena ja vaikeana ryhmänä. Kielelliset ja kulttuuriset erot, mukaan luettuna terveyteen ja sairauteen liittyvät käsitykset ja käytännöt, jotka saattavat poiketa paljonkin suomalaisen terveydenhuollon vastaavista käsityksistä, ovat herättäneet tarpeen terveydenhuoltohenkilöstön lisäkoulutukselle. Ammatti-ihmiset usein toivovat, että he saisivat tietoa eri maahanmuuttajaryhmien, esimerkiksi somalien, kulttuurisista tavoista ja sairauskäsityksistä, jotta he pystyisivät paremmin ymmärtämään ja kohtaamaan erilaisia asiakkaitaan. Sen sijaan monikaan terveydenhoitaja tai lääkäri ei ehkä tule ajatelleeksi, että maahanmuuttajaperheet saattavat turvautua myös muihin kuin korkeatasoisiin suomalaisiin lääketieteellisiin hoitoihin. Faadumo on yksi niistä maahanmuuttajista, jotka hakevat hoitoa entisestä kotimaasta sairauksiinsa, joita ei pystytä hoitamaan Suomessa ja muissa läntisissä asuinmaissa.

On tunnettua, että potilaat yleensäkin tukeutuvat lääketieteellisten hoitojen ohella myös itsehoidon ja kansanlääkinnän menetelmiin (Kleiman 1980, Vaskilampi 1992, Johannessen ym. 1994, Lindquist 2002). Maahanmuuttajien kohdalla erityistä on se, että sopivan hoidon ja lääkityksen etsintä usein edellyttää yhteydenpitoa ja matkustamista yli valtiollisten rajojen (Bäärnhelm ja Ekblad 2000, Messias 2002). Esimerkiksi Grace Xueqin Man (1999) tutkimuksen mukaan Yhdysvalloissa asuvista kiinalaisista maahanmuuttajista 32 prosenttia matkustaa Kiinaan tai Taiwanille saadakseen hoitoa. Tämä ilmiö laajentaa aikaisempaa ”medikaalisen pluralismin” käsitettä: globalisaation aikakaudella terveydenhuollon sektorit laajenevat kansainvälisesti. Maailmanlaajuinen matkustaminen ja yhteydenpito ovat arkipäiväistyneet, ja tämä mahdollistaa myös kansainväliset hoidolliset konsultaatiot entistä helpommin. Tämän päivän medikaalinen pluralismi on aiempaa monisyisempi ja laajempi ilmiö, mikä haastaa myös antropologit ja laadulliset terveystutkijat sekä käsitteelliseen että metodologiseen pohdiskeluun.

Tämän artikkelin tarkoituksena on avata sairauteen ja hoitoon liittyviä kysymyksiä yllirajaisessa, transnationaalisisessa kontekstissa. Tarkas-

telen aihetta maanpakolaisuudessa, erityisesti Suomessa asuvien somalien kokemusten ja toimijuuden näkökulmasta. Mitä transnationaalinen hoito pitää sisällään? Minkälaisiin sairauksiin ja millaista hoitoa somalialaiset maahanmuuttajat etsivät Somaliasta? Kuinka voimme ymmärtää somalien toimijuutta suhteessa sairauteen ja kärsimykseen transnationaalisella sosiaalisella kentällä? Lisäksi pohdin sitä, mitä transnationaaliset hoitokäytännöt voivat merkitä suomalaisen terveydenhuollon näkökulmasta.

Seuraavaksi esittelen aikaisempaa aihepiiriin liittyvää tutkimusta sekä tämän artikkelin kannalta keskeiset käsitteet, teoreettisen viitekehyksen ja menetelmät. Tämän jälkeen käsittelen seikkaperäisemmin yhtä esimerkkitapausta, Dahaboa, jonka sairauteen liittyvät kolme erilaista näkemystä valottavat sairauteen ja hoitoon liittyvää kulttuurista merkityksenantoa sekä siihen liittyvää toiminnan mahdollisuutta. Dahabon tarina johdattelee samalla lukuun, jossa tarkastelen laajemmin yllirajaisen hoidon yleisyyttä, syitä sekä yhteydenpidon muotoja. Lopuksi pohdin transnationaalisen hoidon seurauksia ja merkitystä somalialaisille maahanmuuttajille sekä suomalaiselle terveydenhuoltojärjestelmälle.

MAAHANMUUTTAJAT, SAIRAUUS JA HOITO TRANSNATIONAALISELLA KENTÄLLÄ

Kansainvälisesti maahanmuuttajien terveystutkimuksia on tutkittu laajasti eri tieteenaloilla (esim. Littlewood ja Lipsedge 1997, Vulpiani ym. 2000, O'Connor ja Nazroo 2002), mutta Suomessa alan tutkimus on vasta käynnistymässä (esim. Taavela 1999, Liebkind ja Jasinskaja-Lahti 2000, Clarke 2003, 2005, Koehn ja Sainola-Rodriguez 2005). Kirsti Pohjanpään ym. (2003) mukaan Suomessa maahanmuuttajat valittavat sairauden oireita sekä käyvät lääkärissä tai ovat sairaalassa hieman enemmän kuin suomalaiset keskimäärin. Eniten terveydenhuoltopalveluja käyttivät somalit, mikä arveltiin osittain liittyvän raskauden ja synnytyksen aikaisiin käynteihin. Etnografiseen aineistoon perustuneessa väitöstutkimuksessani somalilaiset toivat vahvasti esiin kivun, väsymyksen ja stressin kokemukset Suomessa (Tiilikainen 2003).

Maahanmuuttajien sairauksien etiologiaan ja hoitoon liittyvät käsitykset ja kokemukset usein poikkeavat biolääketieteen käytännöistä (Henry 1999). Somalit yhdistävät perinteisesti monet sairauteen liittyvät oireet henkiin tai sosiaalisiin suhteisiin liittyviin ongelmiin kuten pahaan silmään,

ja sopiva hoito määrittyy vastaavasti kulloiseenkin sairauden syyhyn sopivalla tavalla (Lewis 1998:107–132, Carroll 2004, Tiilikainen 2004). Useissa kansainvälisissä tutkimuksissa on tuotu esiin, että länsimaissa olevat somalipakolaiset oireilevat psyykkisesti suhteellisen paljon, esimerkiksi kärsivät post-traumaattisesta stressioireyhtymästä tai ahdistusoireista, mutta eivät käytä tarjolla olevia mielenterveyspalveluita (Silveira ja Ebrahim 1995, Bhui ym. 2003, McCrone ym. 2005:351). Myös Suomessa on todettu maahanmuuttajien käyttävän mielenterveyspalveluita vähemmän kuin alkuperältään suomalainen väestö (Gissler ym. 2006). Somalimaahanmuuttajilla länsimaisesta lääketieteestä poikkeavat kulttuuriset käsitykset sairaudesta ja sopivasta hoidosta erityisesti mielenterveysongelmien kohdalla vaikeuttavat Suomessa tarjolla olevien mielenterveyspalvelujen käyttöä (Mölsä ja Tiilikainen 2007). Tämä huomio voi toimia yhtenä lähtökohtana myös ylirajaisen hoidon tarpeen ja merkityksen ymmärtämiseksi.

Ylirajaiset hoitokäytännöt ovat osa laajempaa maahanmuuttoon liittyvää ilmiötä, jota on kuvattu transnationaalisuuden ja diasporan käsitteillä: Globaalissa maailmassa maahanmuuttajilla ja pakolaisilla on tiiviitä suhteita aikaisempiin kotimaihinsa sekä monissa muissa maissa asuviin perheenjäseniinsä. Transnationaalinen yhteydenpito voi pitää sisällään monenlaisia ulottuvuuksia, kuten sosiaaliset, kulttuuriset, uskonnolliset, taloudelliset ja poliittiset siteet niin yhteisöjen kuin perheidenkin tasolla (Vertovec 2001). Tänä päivänä on yhä tavallisempaa elää perhe-elämää, joka levittäytyy vähintään kahteen eri paikkaan (Bryceson ja Vuorela 2002). Transnationaalisen yhteydenpidon tiiviys voi vaihdella eri ryhmien ja yksilöiden kesken sekä eri aikoina (Levitt 2004). Kontakteja ylläpidetään esimerkiksi vierailujen, raha- ja tavaralähetysten, puheluiden ja internetin avulla. Diasporan käsitteeseen yhdistetään usein ajatus pakotetusta muutosta. Östen Wahlbeck (1999) onkin ehdottanut, että diasporan käsite sopii kuvaamaan erityisesti pakolaisten sosiaalista todellisuutta ja suhdetta aikaisempaan kotimaahan, josta heidän on ollut pakko lähteä. Diaspora voidaan nähdä siis yhtenä transnationaalisuuden ilmentymänä. Sairauteen ja hoitoon liittyviä transnationaalisia ulottuvuuksia on toistaiseksi tutkittu vähän, lähinnä antropologien ja sosiaalitieteilijöiden piirissä.

Somalit ovat hyvä esimerkki diasporassa elävästä ja transnationaalisia suhteita ylläpitävästä

ryhmästä. Somalien joukkomuutto Afrikan sarvesta alkoi 1980-luvun lopulla, jolloin Somalian sisäpoliittiset ongelmat ja konfliktit kärjistyivät. Somalian suistuminen täyteen sisällissotaan vuonna 1991 johti valtiollisten rakenteiden tuhoutumiseen, anarkiaan ja pakolaisten virtaan. Tänä päivänä somalialaisia asuu kaikkialla maailmassa. Euroopan maista somaleita asuu erityisesti Iso-Britanniassa, jonne asettui somalialaisia merimiehiä jo 1800-luvulla. Iso-Britanniassa, samoin kuin Italiassa ja Ranskalla, on myös historialliset siirtomaa-ajalta periytyvät siteet somalien asuttamaan alueeseen Afrikan sarvesta. Merkittäviä somaliyhteisöjä asuu myös Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Suomeen somalialaisia turvapaikanhakijoita alkoi saapua suurina ryhminä vuonna 1990. Vuoden 2006 lopussa Suomessa oli noin 9000 somalia äidinkielenään puhuvaa (Tilastokeskus 2007). Heidän määränsä on alkuvuosien jälkeen kasvanut erityisesti perheenyhdistämisten ja Suomessa syntyneiden lasten johdosta. Somaleista valtaosa asuu pääkaupunkiseudulla. Suurin osa Suomen somaleista on lähtöisin Etelä-Somaliasta, joka on poliittisesti edelleen epävakaa. Somalit ovat Suomen suurin muslimi- ja pakolaistaustainen vähemmistö.

Monet diasporassa asuvat somalit ovat yhteydessä kotimaahansa ja tukevat sen jälleenrakennusta eri tavoin, esimerkiksi somalialaisten maahanmuuttajien perustamien järjestöjen toiminnan avulla (Kleist 2007). Suomessa asuvia somaleita on aktiivisesti mukana esimerkiksi Pohjois-Somalian poliittisessa elämässä, terveydenhuollon projekteissa ja rakennusbisneksessä. Sisällissodan aikana ja sen jälkeen monet perheet Somaliassa ovat olleet riippuvaisia ulkomailla asuvien sukulaisten rahalähetyksistä (Hansen 2004). Usein korostetaan maahanmuuttajien ja pakolaisten roolia kotimaassa olevien perheidensä avustamisessa ja maan kehittämistyössä, mutta avun antaminen ei ole pelkästään yksisuuntaista. Tutkimani somaliäidit (Tiilikainen 2003) kuvasivat transnationaalisten perhesuhteiden tärkeyttä esimerkiksi lasten kasvatukseen liittyvissä ongelmatilanteissa, jolloin neuvoja saatettiin kysyä toisessa maassa asuvalta äidiltä tai lähettää lapsi kasvatettavaksi sukulaisten luo joskus Somaliaan saakka. Hoidon etsiminen on toinen esimerkki siitä, kuinka somalit ”hyödyntävät” transnationaalisia verkostojaan. Somalien ylirajaisen terveydenhoitoon kuuluvat maasta toiseen liikkuvat hoitoa etsivät ihmiset, mutta myös toisesta maasta, joko Somaliasta tai vaikkapa toisesta Euroopan maas-

ta saadut neuvot, hoidot ja lääkkeet. Siirtymät rajojen yli voivat tapahtua matkustamalla, mutta myös matkalaukuissa, muistissa tai virtuaalisesti esimerkiksi puhelimen ja internetin välityksellä. Lääkkeet ja hoitotarvikkeet kulkevat sekä länsimaista Somaliasta että päinvastoin – tosin erisuuntiin liikkuvat lääkkeet ovat erityyppisiä: Somaliassa oleville perheenjäsenille viedään esimerkiksi eurooppalaisia tehokkaiksi tiedettyjä lääkkeitä ja vitamiineja, kun taas paluumatkalle matkatavaroihin on pakattu esimerkiksi vahvistavaa kamelin maitoa, yrtiliäkkeitä tai Koraanin resitaatiota sisältäviä kasetteja suojaksi pahoja henkiä vastaan.

Tässä artikkelissa olen kiinnostunut erityisesti siitä, millä tavoin sairastaneet somalialaiset maahanmuuttajat toimivat transnationaalisen elämisen ja sosiaalisten suhteiden heille tarjoamissa puitteissa. Kulttuurisilla ja uskonnollisilla käsityksillä on tärkeä rooli somalien sairautteen ja parantamiseen liittyvässä merkityksenannossa. Mutta maahanmuuton olosuhteissa sairautteen kokemus ja siihen liittyvä toimijuus muotoutuvat myös osana ylirajasta arkea. Tällöin medikaalisen pluralismin ideaan liittyvä alkuperäinen ajatus itsehoidon ja kansanlääkinnän käytöstä lääketieteellisten hoitojen rinnalla tai niiden vaihtoehtona (ks. Kleinman 1980) laajenee – terveydenhuollon sektorit eivät enää ole paikallisesti rajautuneita, vaan laajenevat kansainvälisesti ihmisten liikkuvuuden ja kontaktien mukaisesti.

Yrittäessäni ymmärtää erilaisia sairautteen selitysmalleja ja ylirajasta hoidon etsintää, Hanne Mogensenin (2005) havainnot ugandalaisten potilaiden terveyskäyttäytymisestä ovat kiinnostavia. Mogensen toteaa, että potilaat ja heidän omaisensa valitsevat eri tilanteissa erilaisia sairautteen selitysmalleja ja diagnooseja, koska eri diagnoosit edellyttävät erilaista vastetta ja vastuuta sosiaaliselta ympäristöltä. Olennaista on se, kuinka potilas pystyy vaikuttamaan kokemaansa kärsimykseen saamalla toiset (terveydenhuoltohenkilöstön tai sukulaiset) vastaamaan siihen ja toimimaan. Tämän saavuttamiseksi täytyy potilaan tai hänen omaisensa osata toimia oikein suhteessa kuhunkin hoitopaikkaan ja siellä käytettävissä olevaan aikaan.

AINEISTO JA TRANSNATIONAALINEN ETNOGRAFIA

Globaali yhteydenpito maahanmuuttajaperheissä tuo mukanaan metodologisia haasteita. Transnationaalinen etnografia on tulossa yhä tärkeäm-

mäksi aineistonkeruun tavaksi maahanmuuttotutkimuksessa yleensä ja avaa uusia mahdollisuuksia myös maahanmuuttajien terveydestä ja terveydenhuollosta erityisesti kiinnostuneille tutkijoille. Mutta mitä kaikkea se metodina voisi tarkoittaa?

George Marcus (1995) on esitellyt käsitteen monipaikkainen etnografia, jossa voidaan käyttää erilaisia tekniikoita monimutkaisten ilmiöiden valottamiseksi. Tällaisia tapoja ovat esimerkiksi tutkittavien kanssa liikkuminen eri paikoissa tai asioiden, tavaroiden ja ilmiöiden liikkeen seuraaminen. Näin ollen transnationaalisia hoitokäytäntöjä voi yrittää tavoittaa ainakin kahdella tavalla: liikkumalla yksittäisten potilaiden mukana maasta toiseen silloin kun he matkustavat parantajien luokse tai seuraamalla ilmiötä siten, että tutkija seuraa tunnettua matkareittiä ja yrittää paikan päällä tavoittaa kohderyhmään kuuluvia. Jälkimmäinen vaihtoehto lienee tutkimuksen käytännön toteuttamisen kannalta usein helpompi, nopeampi ja halvempi vaihtoehto (Kangas 2002).

Myös tässä tutkimuksessa olen pääasiallisesti seurannut matkareittiä: Matkustin Pohjois-Somaliassa kesäaikaan, koska tiesin sen olevan suosituin matkustusaika somaliperheissä, ja paikan päältä yritin tavoittaa sopivia haastateltavia monin tavoin. Mutta olen myös matkustanut yhdessä joidenkin tutkittavieni sekä informanttien kanssa: Faadumon tapasin matkalla, olen matkustanut yhdessä somalimiehen kanssa, jonka lapset olivat asuneet pitkiä aikoja Somaliassa äitinsä (miehen vaimon) sairastumisen vuoksi, olen matkustanut myös yhdessä Suomessa asuvan tutkimusavustajani sekä tuntemani lapsiperheen kanssa, joka palasi Somaliasta lomamatkalta. Näillä matkoilla myös tila ja siirtyminen paikkojen välillä ovat olleet tärkeä osa kenttätöitä. Lisäksi olen ollut yhteydessä sähköpostitse ja puhelimitse joihinkin informantteihini silloin, kun toinen meistä on ollut Somaliassa. Myös parin parantajan kanssa olen voinut olla yhteydessä sähköpostitse Somaliasta paluuni jälkeen.

Tämä artikkeli perustuu etnografiseen aineistoon, jonka olen kerännyt Suomessa ja Pohjois-Somaliassa alueella, jota yleisesti kutsutaan Somalimaaksi. Somalimaa on itsenäiseksi julistautunut tasavalta, jota ei ole kuitenkaan kansainvälisesti tunnustettu. Olen kerännyt aineiston vuodesta 2005 osana väitöskirjan jälkeistä tutkimusprojektiani *Kärsimys, sairaus ja hoito transnationaalisessa kontekstissa*. Lisäksi käytän tausta-ai-

neistona väitöskirja-aineistoani, jonka keräsin etnografisin menetelmin vuosina 1996–2002 pääkaupunkiseudulla asuvien somalinaisten keskuudessa (Tiilikainen 2003).

Olen tehnyt kenttätöitä ensisijaisesti Hargeisan kaupungissa ja sen ympäristössä, kesinä 2005 ja 2006 yhteensä 3.5 kuukautta. Aineisto koostuu parantajien (noin 15) ja eri puolilta maailmaa tulleiden somalipotilaiden (noin 30) haastattelusta ja havainnoinnista. Osa tapauksista oli Suomesta tulleita somaleita. Lisäksi haastattelin paikallisia lääkäreitä ja hoitajia, keräsin aineistoa mielisairaalaosastoilta ja osallistuin uskonnollisiin ja parannusrituaaleihin. Muutamia henkilöitä olen haastatellut sekä Suomessa, Lontoossa että Somaliassa. Osa aineistosta on kerätty somalin kielellä somalinkielisten nais- ja miespuolisten avustajien ja ystävien kautta, koska somalinkielen taitoni ei ole riittävän hyvä haastattelujen tekemiseen. Muuten kenttätöiden kielenä on ollut englanti, suomi tai ruotsi tilanteesta riippuen. Materiaali koostuu kenttäpäiväkirjasta, nauhoitetuista haastatteluista, valokuvista ja videoneista. Tässä artikkelissa hyödynnän lähinnä kenttäpäiväkirjaa ja haastatteluja, joita olen tarkastellut sisällönanalyysin avulla. Artikkelissa esiintyvän kahden naisen, Faadumon ja Dahabon kertomukset olen rakentanut useiden tapaamisten ja heidän kanssaan käymieni keskustelujen pohjalta.

Kenttätöiden onnistumiseen, luottamuksen saavuttamiseen ja paikallisten kontaktien löytymiseen suhteellisen lyhyenä kenttätöjaksona vaikutti ratkaisevasti se, että minulla oli jo aikaisempien tutkimusvuosien ansiosta syntynyt tuttavaverkosto sekä Suomessa että muualla diasporassa asuvien somaleiden keskuudessa. Luotettava ystäväpiiri oli välttämätön myös turvallisuuden näkökulmasta: vaikka Somalimaa onkin ollut selvästi rauhallisempi kuin eteläinen Somalia jo 1990-luvun puolivälistä lähtien, ei kenttätöiden tekeminen ole mahdollista ilman tiettyjä turvatoimia. Paras ”henkivakuutus” on epäilemättä paikalliset olosuhteet ja yhteisön hyvin tunteva somalialainen ystävä. Monipaikkaisuus on tässä tutkimuksessa merkinnyt myös tutkijan erilaisia rooleja suhteessa tutkittaviin ja tutkimuskenttään: tutkijan lisäksi olen ollut ainakin ystävän, Somalimaan avustustavaroita tuovan vierailijan sekä Suomessa lupa-asioita hoitavan ”asianajajan” rooleissa.

Seuraavaksi esittelen Hargeisassa tapaamani, Suomessa asuneen somalinaisen, jota kutsun Da-

haboksi. Olen valinnut esimerkiksi Dahabon, koska minulla on ollut jännittävä mahdollisuus kuulla hänen kokemuksistaan erilaisia versioita – eri versioihin sisältyvät erilaiset kulttuuriset käsitykset edelleen avaavat Dahabon sairauden kokemukseen liittyvää toiminnan mahdollisuutta yllirajaisessa maailmassa. Kaikki artikkelissa esiintyvät nimet ovat keksittyjä, samoin esimerkkien joitain yksityiskohtia on voitu muuttaa tunnistamisen vaikeuttamiseksi. Koska tunnistaminen on silti mahdollista, olen pyytänyt Dahabolta luvan hänen tarinansa esittämiseen. Dahabon luvalla olen saanut käyttää myös hänen potilasasiakirjoistaan löytyviä tietoja. Tämän ansiosta pystyn esittämään kolme näkemystä Dahabon sairaudesta – hänen omansa, Somalimaassa tapaamani Dahaboa hoitaneen parantajan sekä suomalaisen terveydenhuollon.

KOLME NÄKEMYSTÄ SAIRAUDESTA

Eräänä päivänä muutaman kerran avustajanani toiminut Farhiya alkoi puhua perheestään. Hän totesi kuin sivumennen, että hänen siskonsa oli asunut Suomessa, mutta oli sitten palannut Somalimaan sairauden vuoksi. Hän lupasi kysyä siskoltaan haluaisiko tämä tavata minut. Tapasin Farhiyan siskon Dahabon heidän kodissaan, jossa he molemmat asuvat äitinsä ja veljensä kanssa. Kanadassa aiemmin asunut veli sairastaa dementiaa ja perhe on tuonut hänet kotiin Somalimaan sen jälkeen, kun vaimo ei enää pystynyt huolehtimaan hänestä. Dahabo tervehti minua iloisesti suomeksi ja istahdimme sängyn reunalle juttelemaan. Sen jälkeen tapasimme vielä useita kertoja ja hänen tarinansa alkoi hahmottua.

DAHABON KERTOMUS

Kun Dahabo tuli Suomeen kahden lapsen kanssa vuonna 1992, hän oli 24-vuotias. Dahabon mies asui tuolloin jo Suomessa, joten hän saapui maahan perheen yhdistämisen kautta. Dahabolle myönnettiin pysyvä oleskelulupa. Dahabo alkoi opiskella suomen kieltä ja osallistui työelämään valmentavalle kurssille. Kahden vuoden Suomessa asumisen jälkeen Dahabo alkoi kärsiä unettomuudesta ja kovasta päänsärystä, lisäksi hän oli itkuinen ja poissa tolaltaan. Hän kuvasi oireitaan myös sanalla ”diiqad”, mikä voidaan kääntää stressiksi (kantasana ”diiq” tarkoittaa mm. ahdasta tilaa, epämurkavaa asemaa). Dahabo kertoi, että hänellä oli tuolloin ongelmia miehensä kanssa.

Dahabo kävi lääkärissä useita kertoja oireidensa vuoksi, mutta lääkäreiden mukaan hänellä ”ei ollut mitään”. Joku lääkäreistä kuitenkin sanoi Dahabon olevan masentunut. Hänelle annettiin unilääkettä ja hän meni myös psykiatrille sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Psykiatrit kehottivat häntä vaihtamaan paikkaa ja ilmaistoa, ja matkustamaan tapaamaan omaa perhettään.

Afrikan sarvessa oleva Dahabon äiti uskoi, että ongelmien takana oli Saar-henki. Hän kehotti Dahaboa tulemaan luokseen niin, että hän voisi järjestää asianmukaisen henkipossessorituaalin. Dahabo kertoi, että kun hän ja hänen siskonsa olivat pieniä, äiti hoiti heitä Wadaaddo-rituaalin avulla. Edelleen äiti järjestää Dahabon Sveitissä nykyisin asuvalle siskolle kahden vuoden välein Saar-rituaalin Hargeisassa. Sitä varten sisko lähettää rahaa äidilleen. Dahabon mukaan ”koko perheellä” on Wadaaddo.

Dahabo matkusti lopulta lastensa kanssa Etiopiaan, jossa hänen äitinsä ja yksi sisaristaan sillä hetkellä asui, ja viipyi lähes kolme vuotta. Eri parantajat yrittivät hoitaa häntä, mutta sairaus kuitenkin jatkui. Dahabo muutti tämän jälkeen Hargeisaan, jossa hän lopulta tapasi parantajan, joka ymmärsi hänen ongelmansa ja osasi parantaa hänet. Dahabolle järjestettiin Saar-rituaali monta kertaa, viimeisin kerta oli ollut kuusi kuukautta ennen tapaamistamme. Dahabo sanoi, että ei ollut tiennyt, että hänellä oli Saar. Mutta nyt hän ymmärsi, että kaiken takana oli ollut Saar-henki ja se oli muun muassa aiheuttanut ongelmat aviomiehen kanssa. Dahabo näytti luottavan täysin Amina-nimiseen parantajaan. Dahabo totesi, että jos hän vain olisi tiennyt ongelmansa syyn ja olisi onnistunut löytämään kyseisen parantajan aikaisemmin, hänen sairautensa olisi voitu hoitaa jo kauan aikaa sitten.

Dahabon Suomeen jäänyt aviomies ilmoitti puhelimitse eroavansa tästä kun kolme vuotta oli kulunut Dahabon Afrikan sarveen tulosta. Mies ei uskonut Dahabon enää toipuvan sairaudestaan. Kun tapasin Dahabon kesällä 2006, hän kertoi olevansa täysin terve ja haluavansa palata Suomeen. Tällöin hänen Suomesta lähdöstään oli kulunut jo lähes kymmenen vuotta.

PARANTAJAN KERTOMUS

Tapasin lähellä Dahabon kotia vaatimattomassa peltimajassa asuvan Aminan, noin 50-vuotiaan henkiparantajan. Amina kertoi toimineensa parantajana 30 vuotta ja hoitavansa Roohaani-, Wa-

daaddo- ja Saar Maama -henkien aiheuttamia sairauksia. Eri henkiä hoidetaan erilaisten rituaalien avulla. Roohaaniille teurastetaan lammas, tarjotaan ruokaa, tanssitaan ja soitetaan tamburiinia. Potilas myös pestään, häntä hierotaan ja hän hengittää tiettyjä suitsukkeita. Kun Amina näkee Roohaaniin, hän kertoo hengelle, ”annamme kaiken mitä haluat, älä häiritse potilasta enää”. Potilas yöpyy parantajan, calaqadin, luona kolme yötä. Hoito toistetaan vuoden välein yhteensä kolme kertaa. Aminan mukaan hoito auttaa niitä, joilla todella on Roohaani. Jos Roohaani pitää potilaasta, potilaasta tulee kolmen vuoden jälkeen lopulta parantaja eli hän pystyy hallitsemaan Roohaani-henkiä.

Saar Maaman hoito on samantyyppinen. Potilas kiertää kolme kertaa mustavalkoisen lampaan ympäri ennen teurastusta, minkä jälkeen potilaalle levitetään eläimen verta käsiin, jalkapohjiin ja otsaan. Tällöin Saar Maama tulee läsnä olevaksi. Potilas peseytyy, minkä jälkeen hän tulee istumaan piirin keskelle. Rituaaliin kuuluvat tietyt laulut, tanssit ja rummutus. Saar-henki saattaa puhua ja pyytää esimerkiksi punaisia vaatteita, kultaa, parfyymiä. Kun potilas ostaa hengen pyytämät tarvikkeet, hän paranee. Tässä hoidossa potilas yöpyy calaqadin luona seitsemän yötä. Hoito toteutetaan kuten Roohaaniinkin kohdalla vuoden välein yhteensä kolmesti.

Aminan mukaan sodan jälkeen potilaita on hakeutunut hoitoon enemmän kuin ennen: ”Hengget tulivat vihaisiksi. Ihmiset tulivat hulluiksi sodan takia.” Aminan mukaan Dahabon äidillä ja isoäidillä on Saar Maama -henki ja Dahabolla itsellään Roohaani. Hän antoi ymmärtää, että oli tuntenut perheen jo kauan. Amina ei voinut järjestää Saar- ja Roohaani-rituaaleja Dahabolle ja hänen äidilleen pitkään aikaan, koska ei sisällissodan takia nähnyt heitä vuosiin. Lisäksi jo ennen sotaa Dahabo oli pois Hargeisasta, koska hän kävi lukiota Mogadishussa. Äiti ja tytär olivat tulleet hänen luokseen vajaa vuosi sitten. Dahabo oli asunut Aminan luona kolme päivää Roohaani-rituaalin yhteydessä.

Amina arveli, että hänen luonaan oli käynyt viimeisen viidentoista vuoden aikana – sodan päätyttyä Somalimaassa – noin 50 potilasta ulkomailta hoidossa, heistä suurin osa naisia. Tyypillisesti tulijat olivat ”hulluja”, he kärsivät unettomuudesta, eivätkä länsimaiset lääkärit olleet pystyneet auttamaan heitä. Roohaani-rituaalin järjestäminen maksaa 100 ja Saar Maama -rituaalin järjestäminen 300 Yhdysvaltain dollaria.

POTILASPAPEREIDEN KERTOMUS

Potilaspapereista nouseva näkemys Dahabon sairaudesta perustuu terveysaseman hoitajien ja lääkäreiden tekemiin merkintöihin, läheteisiin ja tutkimustuloksiin. Lainausmerkeissä olevat kohdat ovat lainauksia potilaspapereista. Merkintöjen perusteella kahden vuoden Suomessa olon jälkeen Dahabon käynnit terveysasemalle tiheniivät. Yleensä oli kirjattu, että Dahabo tuli miehenä saattamana ja mies toimi tulkkina. Dahabo oli valittanut ”päivittäistä päänsärkyä usean kuukauden ajan”, johon oli ottanut Panadolia. Kipu tuntui otsassa ja säteili takaraivolle. Kipu alkoi yleensä puolenpäivän aikaan ja jatkui iltaan. Erään käynnin yhteydessä lääkäri oli todennut palpaatioarkuutta Dahabon hartialihaksissa ja keskustellut tämän kanssa lihasjännityspäänsärystä.

Runsaan vuoden kuluttua Dahabo palasi uudelleen terveysasemalle, koska korvat olivat suhisseet 10 vuorokauden ajan lähinnä yöllä. Merkintöjen mukaan pariskunta ”oli epäillyt äänekkään vatkaimeen aiheuttaneen”. Kuulotestin perusteella ei todettu erityistä. Viikon kuluttua Dahabo hakeutui uudestaan vastaanotolle. Mies toimi jälleen tulkkina. Korvissa jyskytti ja päänsärkyä oli lisääntyvästi. Papereihin oli kirjattu, että Dahabo tekee paljon kotitöitä. Korvat ja nielu olivat tutkimusten mukaan kunnossa, mutta niskalihakset olivat jännittyneet ja palpaatioarat. Dahabo sai lähetteen fysioterapiaan, jossa kävi-kin 10 kertaa. Hoidon loppumerkinnän yhteydessä todettiin, että oireet olivat lievittyneet hoidossa ja Dahabolle oli kerrottu kotiohjeet, muun muassa ryhdin merkityksestä oli puhuttu.

Jo ennen fysioterapiajakson päättymistä Dahabo palasi terveysasemalle, koska ei nukkunut öisin. Illalla särki päätä otsalla, ohimoilla ja korvien kohdalla. Aamulla päänsärky oli poissa. Hänelle määrättiin kipu- ja unilääkettä. Kahden kuukauden kuluttua Dahabo tuli terveysaseman iltapäivystykseen, koska hartioita ja niskaa särki lähes joka ilta, mutta ei koskaan päivällä. Lääkärin mukaan ”hartioita ei tahdo antaa koskea olenkaan, ovat niin kipeät”. Jännityspäänsärkyyn määrättiin lääkitystä. Parin viikon päästä Dahabo hakeutui uudestaan terveysasemalle ja pyysi päästä psykiatrille puhumaan. Nyt hän kertoi terveysaseman lääkärille kärsineensä kolmen vuoden ajan depressiosta. Hänellä oli ”ongelmia lasten kanssa ja kotona muutenkin”, eikä hän pystynyt nukkumaan öisin. Lääkäri kirjasi, että Dahabo ei antanut kovin depressiivistä vaikutelmaa, mutta

kirjoitti kuitenkin lähetteen psykiatrin arvioon ja hoitoon. Heti seuraavana päivänä Dahabo palasi terveysasemalle, koska kertomansa mukaan ei jaksanut kävellä ja häntä oksetti. Lääkärin mukaan yleistila oli kuitenkin hyvä, ja hän määräsi laboratoriokokeita sekä ”kokeeksi” lääkettä närästyksen. Parin päivän päästä Dahabo palasi jälleen vastaanotolle: hän ei ollut voinut nukkua kahteen kuukauteen, koska toinen korva piti meteliä. Todettiin, että korvissa oli vaikkua ja terveydenhoitaja puhdisti ne myöhemmin.

Viikon kuluttua Dahabo tuli päivystysvastaanotolle entisten oireiden, unihäiriöiden ja voimattomuuden vuoksi. Laboratoriokokeiden tulokset olivat normaalit, mutta lääkäri päätti ottaa vielä allergiaseulan. Viimeinen merkintä papereista oli noin kolmen viikon päästä, jolloin Dahabo hakeutui terveyskeskuspäivystykseen. Omaiset toivat Dahabon hoitoon, koska hän oli ollut itkuinen ja tuskainen särryn takia. Välillä hän oli ”vapissut kovasti, niin että 2 ihmistä on pitänyt kiinni”. Dahabo ohjattiin välittömään neurologin arvioon sairaalan päivystyspoliklinikalle. Neurologin arvion mukaan oireet sopisivat psykogeenisiksi, hän piti myös lievää torticollis-vaivaa mahdollisena. Pään tietokonetomografiassa ei todettu poikkeavaa ja Dahabo kotiutettiin lihasrelaksanttilääkityksellä. Dahabon passissa olevista leimoista näkyy, että hyvin pian tämän jälkeen Dahabo matkusti Afrikan sarveen. Päänsärky- ja muu oireilu oli siinä vaiheessa kestänyt pahenevana noin puolitoista vuotta. Viimeinen Dahaboa koskeva terveysaseman merkintä on ”ei tullut”. Papereihin ei ole kirjattu ihmetystä tai selitystä Dahabon äkillisestä katoamisesta.

HOITOON SOMALIAAN

TERVEYDENHUOLTO SOMALIASSA

Jotta Dahabon ja muiden Somaliaan palaavien potilaiden hoito tulisi ymmärrettäväksi, on syytä lyhyesti hahmottaa Somalimaassa tarjolla olevia terveyspalveluita. Somalia on maailman köyhimpiä maita. Somalit ovat muslimeja ja islam antaa perustan myös terveys- ja sairauskäyttäytymiselle. Julkiset terveydenhuoltopalvelut Somaliassa olivat heikkoja jo ennen sisällissotaa ja keskittyivät lähinnä kaupunkeihin. Mielisairaaloita koko maassa oli tuolloin ja nykyisinkin vain yksi, ja sen lisäksi psykiatriset osastot Mogadishun ja Hargeisan yleissairaaloitten yhteydessä. Somalian sisällissota romutti valtiollisen infrastruktuurin ja julkiset terveydenhuoltopalvelut ajautuivat krii-

siin. Somalimaassa palkkojen pienuuden vuoksi koulutettu terveydenhuoltohenkilöstö siirtyy pienille yksityisklinikoille, joiden palvelut ovat kuitenkin monille potilaille liian kalliita. Sodanjälkeinen uusi ilmiö Somalimaassa ovat uskonnollisten ja muiden perinteisten parantajien perustamat klinikat, joista osa on laajalti tunnettuja. Joidenkin lääkäreiden ja parantajien välillä on myös keskinäistä yhteistyötä ja he saattavat lähettää potilaita toisilleen (Mölsä ja Tiilikainen 2007).

Kansanparantajilla on ollut ja on edelleen merkittävä rooli Somalian terveydenhuollon kokonaisuudessa. Somaliassa parantajat hoitavat hyvin monenlaisia sairauksia. Leendert Slikkerveerin (1990) mukaan perinteiset somalialaiset hoidot voidaan jakaa menetelmiin, jotka keskittyvät yhtäältä ylikuonnollisten ja sosiaalisten tekijöiden ja suhteiden hoitamiseen ja toisaalta luonnollisiin hoitomenetelmiin kuten haavojen ja murtumien hoitoon ja yrtilääkintään. Eri parantajilla on erilaisia taitoja ja he ovat erikoistuneet eri hoitoihin. Jälkimmäiseen ryhmään kuuluvat parantajat hoitavat asiakkaitaan esimerkiksi jäsenkorjauksella, kuppauksella ja yrteillä. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat esimerkiksi henkiparantajat, kuten Dahaboa hoitanut Amina. Dahabon ja Aminan mainitsemat Roohaan, Wadaaddo ja Saar Maama ovat nimiä eri hengille ja niihin liittyville erilaisille henkipossessiokultteille. Henki voi siirtyä esimerkiksi äidiltä tyttärelle ja sen voi saada myös joltain muulta lähisukulaiselta tai voimakkaiden tunteiden välityksellä. Jos suhdetta henkiin ei hoideta, ne voivat aiheuttaa epäonnea ja sairautta. Henkien maailma Somaliassa kuten muuallakin itäisessä Afrikassa on hyvin monimuotoinen, enkä tässä yhteydessä pysty antamaan siitä kokonaisvaltaista kuvaa (ks. esim. Lewis 1991, Tiilikainen 2003, 2004).

Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat myös uskonnolliset parantajat, jotka hekään eivät ole yhtenäinen ryhmä. Somalialainen islam on perinteisesti ollut suuflaisuutta, mutta viimeisten vuosikymmenien ja erityisesti sisällissodan alkamisen jälkeen ”puhdasoppista” islamia ajavien islamististen ryhmien vaikutusvalta Somaliassa on lisääntynyt (Menkhaus 2002). Tämä suuntaus heijastuu myös paikallisiin parantamiskäytäntöihin. ”Puhtaaseen” islamilaiseen hoitoon kuten henkien, Jinnien, karkottamiseen Koraania resitoimalla ja yrtilähoitolla keskittyneet hoitolat ovat kasvattaneet suosiotaan, kun taas esimerkiksi Saar-rituaaleja, joita yhä useammat somalit pitä-

vät islamin vastaisina, järjestetään haastattelujeni ja havainnointini perusteella huomattavasti harvemmin kuin ennen. Esimerkiksi Faadumon noituuden aiheuttamia ongelmia hoidettiin tunnetun islamilaisen parantajan klinikalla. Runsaan kuukauden pituiseen hoitojaksoon kuului päivittäinen Koraanin kuuntelu klinikalla naisille tarkoitettussa hoitohuoneessa sekä yrtilääke, joka sai Faadumon oksentamaan ja täten puhdistamaan vatsansa noidan tälle syöttämästä myrkystä.

Oma aineistoni on keskittynyt niihin somaleihin, jotka palaavat ulkomailta konsultoidakseen uskonnollisia ja perinteisiä parantajia. Haastatteluni osoittavat, että diasporasta tulevat somalit tilanteesta riippuen konsultoivat myös paikallisia lääketieteen edustajia ja sairaaloita, mutta valtaosa näyttää hakeutuvan nimenomaan uskonnollisten ja perinteisten parantajien luo. Joidenkin parantajien klinikat Somalimaassa ovat sodanjälkeisinä vuosina saaneet laajaa mainetta ja heidän luokseen hakeudutaan myös ulkomailta.

PALAAVAT SOMALIT

Somalimaasta etsitään hoitoa monenlaisiin ongelmiin ja sairauksiin. Aineistoni perusteella Dahabon tarina on tyypillinen: Potilaat, jotka eivät ole saaneet lääkäriltä diagnoosia ja sen seurauksena sopivaa hoitoa ja lääkitystä, saattavat palata Somalimaahan etsimään syytä ongelmilleen. Nämä potilaat kärsivät tyypillisesti epämääräisistä oireista ja kivuista, joille ei löydy selitystä monista tutkimuksista huolimatta. Osa palaavista potilaista sen sijaan on saanut diagnoosin, mutta hän tai hänen perheensä ei luota tai hyväksy sitä. Erityisesti psykiatriset ja neurologiset diagnoosit kuten skitsofrenia, psykoosi, depressio, autismi ja epilepsia on vaikea ymmärtää ja hyväksyä, sillä kyseinen oireilu yhdistetään herkästi somalikulttuurin mukaisiin sairauden selitysmalleihin kuten pahaan silmään, henkiin tai noituuteen. Näin oli myös matkalla tapaamani Faadumon tapauksessa.

Somalimaahan hoitoon hakeutumisessa ei suinkaan aina ole kyse hengistä, pahasta silmästä tai muista suomalaisille ”eksoottisista” syistä, vaan apua etsitään myös ”luonnollisiin” sairauksiin ja käytännöllisiin ongelmiin. Somalimaasta etsitään esimerkiksi vaihtoehtoista hoitoa jatkuvaan (kemialliseen) lääkitykseen. Tapasin ja minulle kerrottiin diabetes-potilaista, jotka olivat saaneet sokeriarvonsa kuriin ja päässeet jopa ainakin väliaikaisesti eroon insuliinilääkityksestään juomalla kamelinmaitoa, mahdollisesti yhdistet-

tynä yrtti- ja uskonnolliseen hoitoon. Somalimaahan saatetaan hakeutua hoitoon myös silloin, kun länsimaista saatu lääkitys ei auta ja/tai on liian kallis. Tapasin esimerkiksi Kanadassa asuvan naisen, joka oli hakeutunut parantajalle hedelmättömyyshoitoon, koska hänellä ei ollut enää varaa Kanadassa tarjolla olevaan hormonaaliseen hoitoon.

Osa potilaista palaa sen vuoksi, että he itse tai heidän perheensä katsovat ongelmien liittyvän vahvasti länsimaiseen elämäntapaan. Näillä somaleilla on tyypillisesti alkoholi- tai huumeongelmaa, ja osa heistä on saattanut olla myös vankilassa tai mielisairaalassa. Näissä tapauksissa perhe tai joku sen jäsenistä saattaa tehdä päätöksen, että sairastunut palautetaan Somalimaahan. Siellä perheet usein vievät ulkomailta tuotuja ensin parantajien hoidettaviksi, ja mikäli siitä ei ole apua, väkivaltaiset potilaat saattavat päätyä kahleisiin sidotuiksi kotiin tai paikalliseen mielisairaalaan, jossa ei ole kunnollisia resursseja ja hoitoa tarjolla. Somalimaahan palaavien joukossa on myös vakavasti sairaita, joiden lääkäri on ennustanut kuolevan pian tai jotka toivovat paranevansa kotimaassa ihmeen kautta. Erityisesti vanhusten on kerrottu mielellään palaavan kotimaahan kuolemaan. Lisäksi parantajien luona saatetaan käydä ”terveystarkastuksella” sekä saamassa esimerkiksi uskonnollista hoitoa ennaltaehkäisevässä ja suojelevassa tarkoituksessa (Koehn ja Tiilikainen 2007).

On hyvin vaikea arvioida, kuinka paljon somaleita palaa vuosittain hoitoon Somaliaan. Hoitokäynnit yhdistetään usein Somaliaan suuntautuviin muihin matkoihin, kuten kesälomiin. Useimmilla parantajilla ei ole myöskään luotettavia tilastoja asiakasmääristä. Yksi suosituimmista parantajista, Sheikh Mahamud Rage, jonka klinikka sijaitsee noin 40 kilometrin päässä Hargeisan kaupungista, pyysi avustajaansa laskemaan vuositilaston klinikan ulkomaalaisista asiakkaista. Paksuihin kirjoihin tehdyn, käsin kirjoitetun kirjanpidon mukaan 4.7.2005–1.8.2006 välisenä aikana hänellä oli käynyt 991 asiakasta Somalian ulkopuolelta. Seuraavassa on luettelo ulkomailta tulleista potilaista kyseisenä ajankohdana (ks. Taulukko 1):

Sheikki ottaa jopa 100 potilasta vastaan päivittäin. Hän työskentelee aamuvarhaisesta pitkäälle iltaan. Osa päivittäisistä asiakaskäynneistä kestää vain joitain minuutteja – sheikki saattaa esimerkiksi todeta jo heti potilaan nähtyään ja häntä silmiin katsottuaan, että kyseessä ei ole Jin-

Taulukko 1.

Sheikh Mahamud Ragen ulkomailta tulleet potilaat maan mukaan ajalla 4.7.2005–1.8.2006.

Djibouti	347	Kenia	17
Etiopia	211	Suomi	14
Iso-Britannia	118	Australia	13
Arabimaat	42	Kuwait	13
Yhdysvallat	39	Belgia	11
Jemen	30	Hollanti	11
Etelä-Afrikka	27	Tanska	10
Kanada	26	Saksa	9
Ruotsi	24	Qatar	6
Ranska	17	Turkki	6
		Yhteensä	991

ni tai vastaava syy, jonka hän pystyy hoitamaan, ja ohjaa potilaan mahdollisesti muualle tutkimuksiin. Osalla diagnoosin tekeminen ja esimerkiksi Jinnin karkottaminen Koraania resitoidulla saattaa kestää 10–15 minuuttia, joskus kauemminkin. Koska sheikki työskentelee viisi päivää viikossa, saadaan potilaiden yhteismääräksi noin 500 viikossa. Mikäli hän työskentelisi tasaisesti ympäri vuoden, 52 viikossa potilasmääräksi saadaan 26 000. Käytännössä potilasmäärä lienee kuitenkin pienempi esimerkiksi paastokuukauden ramadanin aikana. Potilasmäärät eivät myöskään ole tasaiset läpi vuoden, vaan kesäaikaan niissä on selvä huippu. Kyseessä on siis hyvin karkea arvio, mutta näiden lukujen perusteella voidaan laskea, että lähes 4 prosenttia kaikista sheikin potilaista tulee ulkomailta. Edelleen voidaan todeta, että noin puolet heistä tulee naapurimaista Djiboutista ja Etiopiasta. Kolmantena suurena ryhmänä ovat Iso-Britanniassa asuvat somalit. Lisäksi tilasto osoittaa, että muut potilaat tulevat melko tasaisesti kaikkialta maailmasta.

Useimmat parantajat korostivat sitä, että potilaan on parasta tulla henkilökohtaisesti hoitoon Somalimaahan. Mutta mikäli potilas itse ei pääse syystä tai toisesta matkustamaan, myös joku sukulainen voi vierailla parantajan luona, kuvaila oireet ja ottaa lääkityksen mukaan potilaalle vietäväksi. Lääke voi olla juotavaa tai syötävää (esim. ashar eli ns. pyhä vesi, johon sheikki on resitoinut Koraania, hunajaa, kamelin maitoa, yrtilääläkitystä), iholle levitettävää (esim. öljyn ja yrtilien sekoitusta), poltettavaa (esim. suitsukepiikkaa, yrtejä, Koraanin säkeitä) tai kuunneltavaa (esim. Koraanin resitointia kasetilta). Lääke voi olla myös suojelevaa: sheikki voi esimerkiksi kirjoittaa suojaavan rukouksen, jota potilas kantaa pienessä paketissa mukanaan tai pitää kotona.

Aina ei matkustaminen Somaliaan kuitenkaan ole mahdollinen taloudellisista tai muista syistä – pakolaisten ja maahanmuuttajien kohdalla valtiollisten rajojen ylittämiseen voi liittyä monia rajoituksia ja esteitä. Tällöin myös virtuaalinen yhteys parantajiin on mahdollinen. Erityisesti paremmin koulutettu, nuorempi parantajien sukupolvi on kiinnostunut tietotekniikasta ja hallitsee myös sen käytön. Eräs parantajista kertoi aloittaneensa on-line neuvonnan internetissä eri puolelta maailmaa tuleville asiakkaille. Olin myös todistamassa tapausta, jolloin hänelle soitettiin Norjasta: Isä soitti tyttärensä puolesta. Isä epäili Jinni-henkeä ja kuvaili tytön oireet. Sheikki vahvisti isän epäilyt ja pyysi häntä kertomaan yksityiskohtaisen kuvauksen vielä sähköpostin kautta sekä soittamaan myöhemmin illalla uudestaan. Sheikki sanoi yrittävänsä karkottaa Jinnin resitoimalla tytölle Koraania kännykkänsä välityksellä.

Fyysisen ja virtuaalisen yhteyden lisäksi kolmantena vaihtoehtoisena kontaktimuotona parantajiin on hengellinen yhteys. Koska suuri osa parantajista hoitaa Jumalan, henkien ja potilaan välistä yhteyttä, on luonnollista, että parantaminen on mahdollista myös ilman potilasta rukouksen ja parannusrituaalien kautta. Yleensä hoidon edellytyksenä kuitenkin on, että potilas lähettää etukäteen rahaa parantajalle Somaliassa.

TRANSNATIONAALINEN HOITO – HAASTE SUOMALAISELLE TERVEYDENHUOLLOLLE

Aineistoni pohjalta näyttää siltä, että somalialaiset maahanmuuttajat etsivät hoitoa aiemmasta kotimaastaan erityisesti silloin, kun sairauden syyt yhdistetään somalikulttuurista kumpuaviin selitysmalleihin kuten henkiin, pahaan silmään ja noituuteen. Suomalaisten lääkäreiden ei edes oleteta osaavan hoitaa tähän alueeseen liittyviä ongelmia eivätkä potilaat tuo omia esimerkiksi henkiin liittyviä epäilyjään esiin terveysasemalla. Mogensenin (2005:231–232) ajatusta seuraillen tämä tarkoittaa myös sitä, että somalit tietävät suomalaisen terveysaseman ”pelin säännöt”: päänsärky, korvien suhina ja vatsakivut todennäköisesti johtavat terveysasemalla ja siellä käytävissä olevan ajan puitteissa mahdollisiin toimenpiteisiin, tutkimuksiin ja lääkkeisiin. Somalialaiset sairauden ja kärsimyksen ilmaukset sen sijaan tarkoittavat myös tapaa olla ja toimia suhteessa maailmaan. Sairauteen yhdistyy merkityksellisiä asioita, sosiaalisia suhteita ja moraalisia velvollisuuksia liittyen menneeseen, tähän päi-

vään ja tulevaisuuteen. Paraneminen esimerkiksi henkien aiheuttamista ongelmista edellyttää usein myös lähisukulaisten vastuunottoa ja hoitoon osallistumista. Somalipotilaiden ylijärjaisillä perheillä, erityisesti Somaliassa olevalla äidillä, näyttää olevan merkittävä rooli Somaliassa tapahtuvan hoidon järjestelyissä.

Somaliasta etsitään myös vaihtoehtoisia hoitoa ja lääkintää ja sinne palataan vakavissa, kenties parantumattomissa sairaustiloissa. Suomessakin on tarjolla islamilaista hoitoa ja somalialaiset naiset ovat järjestäneet myös pienimuotoisia henkipossessorituaaleja Suomessa. Monien haasteltujen mukaan varsinaiset parantamisen asiantuntijat ovat kuitenkin Somaliassa. Lisäksi jo itsessään paluu ”kotiin”, sosiaalisesti, kulttuurisesti ja uskonnollisesti tuttuun ympäristöön, nähdään voimauttavana ja parantavana. Jos länsimaisiin terveystalouksiin, erityisesti mielenterveyspalveluihin, liittyy epäluottamusta ja tyytymättömyyttä, somalialaiseen parantamiseen ja kotiin paluuseen liittyy vahva toivon elementti. Lisäksi parantamiseen Somaliassa yhdistyy kysymyksiä kulttuurisesta ja islamilaisesta identiteetistä ja sen vahvistamisesta. Esimerkiksi muutama pitkiä hoitajaksoja islamilaisten sheikkien luona läpikäyneet potilaat ovat kertoneet siitä, kuinka he hoidon myötä ovat oppineet paljon lisää islamista ja tulleet ihmisinä vahvemmiksi.

Mitä transnationaalisen hoidon olemassaolo voisi sitten tarkoittaa suomalaisen terveydenhuollon näkökulmasta? Vaikka Suomessa ei määrällisesti ole kyse suuresta joukosta potilaita, on tilanteeseen syytä kiinnittää huomiota ja ottaa asia tarvittaessa puheeksi potilaiden kanssa. Suhteellisen pienikin ulkomaille hoitoon matkustava joukko heijastaa nähdäkseni sellaisia terveydenhuollon alueita ja haasteita, joita on syytä pysähtyä pohtimaan. Nyt näyttää siltä, että somalialaisten potilaiden kanssa ei ylipäätään keskustella mahdollisten ei-lääketieteellisten hoitojen käytöstä, eikä hoitohenkilökunta läheskään aina tiedä perheen matkoista ja ulkomailla mahdollisesti toteutuvista hoidoista (Koehn ja Tiilikainen 2007). Sama pitää paikkansa todennäköisesti myös suomalaisten vaihtoehtoisia hoitoja käyttävien potilaiden osalta. Dahabon kertomus osoittaa lisäksi, että suomalaisessa terveydenhuollossa tarvittaisiin kokonaisvaltaisempaa lähestymistapaa maahanmuuttajien ja yleensäkin potilaiden ja heidän perhetilanteidensa selvittämiseksi. Esimerkiksi Dahabon papereihin oli melko myöhäisessä vaiheessa kirjattu lyhyesti, että tällä oli ”ongelmia

lasten kanssa ja kotona muutenkin”. On mahdollista, että lääkäri oli yrittänyt selvittää perheen tilannetta, mutta se ei käynyt ilmi potilaspapereista. Sen sijaan huolestuttavaa on se, että tulkina oli kerta toisensa jälkeen Dahabon aviomies, joka mahdollisesti oli itse osa Dahabon ongelmaa.

Dahabon voidaan ajatella tunteneen ”pelin säännöt” – sen, millaisia vaivoja ja ongelmia suomalaisella terveysasemalla kannattaa tuoda esiin. Mutta kenties hän ei lopulta tiennytkään kaikkia sääntöjä ja oikeita avainsanoja: Dahabo kertoi keskustellessamme, ettei hän tuolloin terveysasemalle hakeutuessaan tiennyt, keneltä olisi voinut pyytää apua perheongelmiensa selvittämiseen. Hän ei myöskään tuolloin tiennyt olleensa masentunut – vasta psykiatrin kanssa käyty keskustelu oli auttanut sen ymmärtämisessä ja psykiatrilta hän oli kertonut myös ongelmista miehensä kanssa. ”Masennus” on kulttuurisesti uusi sairauskategoria somalialaisille maahanmuuttajille (ks. Tiilikainen 2003). Mikäli Dahabo olisi osannut ja/tai pystynyt kertomaan masennuksestaan ja ongelmistaan miehensä kanssa terveysasemalla jo aikaisemmin, ehkä häntä olisi Suomessakin pystytty paremmin auttamaan. Olisikin tärkeää, että maahanmuuttajille annettaisiin Suomeen asettautumisen alkuvaiheessa, esimerkiksi osana kotoutumissuunnitelmaa, tietoa suomalaisista sosiaali- ja terveyspalveluista sekä terveyden ylläpitoon, sairauteen sekä hoitoon liittyvistä suomalaisista käsityksistä, periaatteista ja käytännöistä.

Somaliaan matkustaminen ei läheskään aina ole mahdollista eikä edes toivottavaa. Nähdäksempi keskeistä olisi yrittää luoda pitkäaikaisen hoitosuhteen kautta luottamuksellinen ilmapiiri, jossa maahanmuuttajataustaista asiakasta voisi myös kysellä kannustaa kertomaan omista kulttuurisista parantamiskäsityksistään ja -tavoistaan. Samalla olisi mahdollista kertoa siitä, kuinka Suomessa esimerkiksi mielenterveysongelmat ja niiden hoito ymmärretään, ja yrittää päästä potilaan ja hänen perheensä kanssa yhteisymmärryksen sopivasta, Suomessa toteutettavissa olevasta hoidosta. Parhaimmillaan somalialaiset ja islamilaiset hoitokäytännöt voisivat tukea suomalaisen lääkärin antamaa hoitoa ja vastata sellaisiin potilaan tarpeisiin, joita lääketieteellinen hoito ei tavoita. Avoimen keskustelun avulla olisi mahdollista vaikuttaa myös siihen, että Somaliassa toteutettava perinteinen tai uskonnollinen hoito olisi potilaalle mahdollisimman turvallinen. Jois-

sain tapauksissa vierailu tai väliaikainen asuminen kotimaassa voi olla jopa välttämätön potilaan eheytyksen ja paranemisen kannalta.

Millaisia ongelmia tai moraalisia ja eettisiä kysymyksiä voi sitten nousta siitä, että perheet tukeutuvat parantajiin Suomen ulkopuolella? On selvää, että länsimaisen lääketieteen taso Somaliassa ei vastaa Suomen tasoa. Somaliaan matkustavat potilaat saattavat jättää ottamatta lääkärin määräämät lääkkeet, joskus parantajien kehotuksesta, vaikka ne olisivat heille elintärkeitä. Matkan pitkittyessä Suomesta saatu lääkitys saattaa myös loppua, eikä Somaliasta välttämättä saa vastaavaa lääkitystä.

Somalialaiset diagnoosit sitovat diasporassa asuvia somaleita aikaisempaan kotimaahansa ja perheeseensä, mikä voidaan nähdä myös yhtenä transnationaaliseen yhteydenpitoon liittyvänä negatiivisena ulottuvuutena. Esimerkiksi Faadumon äiti oli vakuuttunut siitä, että tämän oireiden takana oli noituus. Äiti muistutti asiasta puhelimitse Faadumon ollessa Suomessa ja vaati häntä noudattamaan sheikin hoito-ohjeita, vaikka Faadumo itse ei siinä vaiheessa vielä ollut vakuuttunut asiasta. Matkustaminen uuden asuinmaan ja Somalian välillä sairauden ja sen hoidon vuoksi, joskus toistuvasti, on myös hajottava kokemus, jolla voi olla seurauksia koko perheelle. Äidin sairastuessa mahdollisesti lapsetkin muuttavat ainakin joksikin aikaa Somaliaan, jos Suomeen jäävä isä ei pysty huolehtimaan heistä yksin. Vierailu saattaa venähtää useankin vuoden mittaiseksi, jolloin lapset jo ehtivät unohtaa suomen kielen ja jäävät jälkeen opinnoistaan. Joskus paluu Somaliasta ei ole lainkaan mahdollinen. Esimerkiksi Hargeisassa toimiva psykologi Hussein Bulhan kertoi, että perheet eivät ole aina halukkaita päästämään takaisin Eurooppaan tervehtyneitä perheenjäseniä, jotka on alun perin palautettu esimerkiksi psyykkisten ongelmien tai päihitteiden liikakäytön vuoksi. Ilman passia, rahaa ja sukulaisten tukea paluu Eurooppaan on erittäin vaikea toteuttaa. Eräs Bulhanin nuorista potilaista teki lopulta itsemurhan epätoivoisen tilanteen edessä.

Myös Dahabo on yksi Somaliaan ”vangiksi” jääneistä. Ei sen vuoksi, etteikö perhe olisi valmis päästämään häntä, vaan siksi, että hänen muukalaispassinsa vanhentui sairastamisen aikana Somaliassa. Dahabo kävi Suomen lähetystössä Addis Abebassa kolmisen vuotta passin vanhenemisen jälkeen. Häntä kehoitettiin esittämään Suomesta poissaolon perusteluksi lääkärinlausunto

siitä, että hän oli ollut sairaana Somaliassa. Dahabo totesi minulle, että ei pysty tällaista esittämään, koska oli ollut perinteisten parantajien hoidossa. Kuka häntä uskoisi ja ymmärtäisi? Tutkijalle tuli kenttätyön seurauksena uusi tehtävä: yrittää selvittää suomalaisille viranomaisille, mitä Dahabolle oli tapahtunut ja auttaa oleskelulupahakemuksen vireillepanossa.

Transnationaalinen etnografia mahdollistaa tutkittavien eri maantieteellisiin konteksteihin ja sosiaalisiin suhteisiin sidottujen kokemusten ymmärtämistä, ja täten tuo aivan uutta ja jännittävää materiaalia sekä tulkintakehikoita myös terveydenhuoltotutkimukselle. Ajankohtaisten maahanmuuttoon ja monikulttuurisuuteen liittyvien kysymysten tulisi lisääntyvässä määrin näkyä myös terveystutkimuksessa. Monitieteisten tutkimusotteiden ja monenlaisten menetelmien käyttö antaa ehkä parhaat mahdollisuudet maahanmuuttajien terveyteen, sairauteen sekä hoitoon vaikuttavien monitahoisten tekijöiden ja yhteyksien ymmärtämiseksi. Itse liikkumalla tutkija pääsee lähelle ylijäräistä elämää elävien tutkittavien kanssa. Transnationaalisisessa etnografiassa on

kenttätyön päättäminen kuitenkin vielä vaikeampaa kuin ”perinteisessä” kenttätyössä. Ihmisten kohtalot ja suhteet tutkittaviin eivät jätä rauhaan, vaan muistuttavat olemassaolostaan sähköpostiviestien ja puheluiden välityksellä. Suomalaisen terveydenhuollon näkökulmasta vaikeiden potilaiden ja palveluiden suurkuluttajien ”katoaminen” on todennäköisesti helpottavaa. Inhimillisestä näkökulmasta katsottuna toivoisi, että suomalainen hyvinvointivaltio pystyisi tavoittamaan ja pitämään kiinni myös kaikkein sairaimmista, heikoimmista ja voimattomimmista asukkaistaan ja kansalaisistaan.

Kiitokset

Kiitän ”Faadumoa”, ”Dahaboa” ja kaikkia muita kokemuksensa kanssani jakaneita sekä kenttätyössäni monin tavoin auttaneita somalialaisia. Lehden toimittajien ja refereiden terävät kommentit auttoivat muokkaamaan tekstiä, kiitos niistä. Lisäksi kiitokset Suomen Akatemialle, Ella ja Georg Ehrnroothin säätiölle sekä Pohjoismaiselle Afrikkainstituutille, joiden rahallinen tuki on tehnyt tutkimuksen mahdolliseksi.

Tiilikainen M. Somali migrants and transnational health-care
Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2008:45:74–87

It is a well-known fact in health research that patients move between the sectors of professional medical care, various self-care methods and traditional healing methods. In the case of migrants the search for a remedy crosses not only borders between these different health-care sectors but also national borders. This calls for an enlargement of the preceding concept of “medical pluralism”.

The aim of the study was to explore how ill Somali migrants, particularly in Finland, act in the context of cultural meaning-making, transna-

tional life-world and social relationships. The data were collected by transnational ethnography in years 2005–2006.

Somalis in exile travel to Somalia in particular when the aetiology of illness is connected to explanatory models that derive from the Somali culture. Transnational health-care is a challenge to the Finnish health-care, which often is not familiar with the overall situation of migrant families and the use of non-medical care. Transnational treatment may be a resource for a migrant patient, but it may also involve problems.

KIRJALLISUUS

- Bhui K, Abdi A, Abdi M, Pereira S, Dualeh M, Robertson D, Sathyamoorthy G, Ismail H. Traumatic Events, Migration Characteristics and Psychiatric Symptoms among Somali Refugees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003;38:35–43.
- Bryceson DF, Vuorela U. Transnational Families in the Twenty-first Century. Teoksessa Bryceson D, Vuorela U, toim. *The Transnational Family: New European Frontiers and Global Networks*. Berg, Oxford 2002, 3–30.
- Bäärnhielm S, Ekblad S. Turkish Migrant Women Encountering Health Care in Stockholm: A Qualitative Study of Somatization and Illness Meaning. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2000;24:431–52.
- Carroll JK, Murug, Waali, and Gini: Expressions of Distress in Refugees from Somalia. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry* 2004;6:119–25.
- Clarke K. toim. *Welfare Research into Marginal Communities in Finland: Insider Perspectives on Health and Social Care*. Research Reports, Series A, No. 8. University of Tampere, Tampere 2003.
- Clarke, K. toim. *The Problematics of Well-Being: Experiences and Expectations of Migrants and New Finns in the Finnish Welfare State*. Research Reports, Series A, No. 9. University of Tampere, Tampere 2005.
- O'Connor W, Nazroo J. *Ethnic Differences in the Context and Experience of Psychiatric Illness: A Qualitative Study*. TSO, London 2002.
- Gissler M, Malin M, Matveinen P. *Maahanmuuttajat ja julkiset palvelut: Terveystieteiden palvelut ja sosiaalihuollon laitospalvelut*. Stakes, Helsinki 2006.
- Hansen P. *Migrant Remittances as a Development Tool: The Case of Somaliland*. Migration Policy Research, Working Papers Series No. 3. Department of Migration Policy, Research and Communications 2004.
- Henry RR. Measles, Hmong, and Metaphor: Culture Change and Illness Management under Conditions of Immigration. *Medical Anthropology Quarterly* 1999;13:32–50.
- Johannessen H, Launsø L, Olesen SG, Staugård F, toim. *Studies in Alternative Therapy 1. Contributions from the Nordic Countries*. Odense University Press, Odense 1994.
- Kangas B. *Therapeutic Itineraries in a Global World: Yemenis and Their Search for Biomedical Treatment Abroad*. *Medical Anthropology* 2002;21:35–78.
- Kleinman A. *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press, Berkeley 1980.
- Kleist N. *Spaces of Recognition. An Analysis of Somali-Danish Associational Engagement and Diasporic Mobilization*. Sociologisk Institut, Københavns Universitet, København 2007.
- Koehn PH, Sainola-Rodriguez K. *Clinician/Patient Connections in Ethnoculturally Noncordant Encounters With Political-Asylum Seekers. A Comparison of Physicians and Nurses*. *Journal of Transcultural Nursing* 2005;16:298–311.
- Koehn P, Tiilikainen M. *Migration and Transnational Health Care: Connecting Finland and Somaliland*. *Siirtolaisuus – Migration* 2007;1:2–9.
- Levitt P. *Transnational Migrants: When 'Home' Means More Than One Country*. Migration Information Source, Migration Policy Institute 2004. <http://www.migrationinformation.org/>
- Lewis IM. *Saints and Somalis: Popular Islam in a Clan-based Society*. Haan Associates, London 1998.
- Lewis IM, Al-Safi A, Hurreiz S. toim. *Women's Medicine: The Zar-Bori-Cult in Africa and Beyond*. Edinburgh University Press for the International African Institute, Edinburgh 1991.
- Liebkind K, Jasinskaja-Lahti I. *Syrjäntäkökemusten vaikutus maahanmuuttajiin*. Teoksessa Liebkind K. toim. *Monikulttuurinen Suomi: Etniset suhteet tutkimuksen valossa*. Gaudeamus, Helsinki 2000, 80–92.
- Lindqvist G. *Healing Efficacy and the Construction of Charisma: A Family's Journey through the Multiple Medical Field in Russia*. *Anthropology and Medicine* 2002;9: 337–58.
- Littlewood R, Lipsedge M. *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry*. Routledge, London 1997.
- Ma GX. *Between Two Worlds: The Use of Traditional and Western Health Services by Chinese Immigrants*. *Journal of Community Health* 1999;24:421–37.
- Marcus GE. *Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography*. *Annual Review of Anthropology* 1995;24:95–117.
- McCrone P, Bhui K, Craig T, Mohamud S, Warfa N, Stansfeld SA, Thornicroft G, Curtis S. *Mental Health Needs, Service Use and Costs among Somali Refugees in the UK*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005;111:351–7.
- Menkhaus K. *Political Islam in Somalia*. *Middle East Policy* 2002;IX:109–23.
- Messias DKH. *Transnational Health Resources, Practices, and Perspectives: Brazilian Immigrant Women's Narratives*. *Journal of Immigrant Health* 2002;4:183–200.
- Mogensen HO. *Finding a Path through the Health Unit: Practical Experience of Ugandan Patients*. *Medical Anthropology* 2005;24:209–36.
- Mölsä M, Tiilikainen M. *Potilaana somali. Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä?* *Duodecim* 2007;123:451–7.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. *Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa* 2002. Tilastokeskus, Helsinki 2003.
- Silveira E, Ebrahim S. *Mental Health and Health Status of Elderly Bengalis and Somalis in London*. *Age and Ageing* 1995;24:474–80.

- Slikkerveer LJ. Plural Medical Systems in the Horn of Africa: The Legacy of “Sheikh” Hippocrates. Kegan Paul International, London 1990.
- Taavela R. Maahanmuuttajien palveluiden laatu Suomen terveydenhuollossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Kuopio 1999.
- Tiilikainen M. Arjen islam. Somalinaisten elämää Suomessa. Vastapaino, Tampere 2003.
- Tiilikainen M. Näkökulmia somalialaisnaisten mielenterveyteen. Suomen Antropologi 2004:29:30–42.
- Tilastokeskus. Tilastotietokannat: Väestörakenne. Tilastokeskus 2007. <http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/vaerak/vaerak.fi.asp>. 15.11.2007.
- Vaskilampi T. Vaihtoehtoinen terveydenhuolto hyvinvointivaltion terveystarkkinoilla. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1992.
- Vertovec S. Transnationalism and Identity. Journal of Ethnic and Migration Studies 2001:27:573–82.
- Vulpiani P, Comelles JM, van Dongen E. toim. Health for All, All in Health. European Experiences on Health Care for Migrants. European Commission. Cidis/Alisei, Perugia 2000.
- Wahlbeck Ö. Flyktingforskning och begreppet diaspora: Att studera en transnationell social verklighet. Sociologia 1999:4:269–79.

MARJA TIILIKAINEN
FT, tutkijatohtori
Helsingin yliopisto
Sosiologian laitos