

Miten tutkia terveyseroja laadullisin menetelmin — ja miksi?

Kirjoitus on muokattu alustuksesta, joka pidettiin Laadullisen terveystutkimuksen verkoston järjestämässä ”Terveyseroja avaamassa” -seminaarissa 20.5.2008.

SIRPA WREDE

Terveyserojen käsitteen perustana on oletus terveyteen liittyvästä tasa-arvosta arvona, johon demokraattisen yhteiskunnan tulisi pyrkiä. On vaikeata sanoa, millaisissa keskusteluissa terveys ja tasa-arvo ensimmäistä kertaa liitettiin yhteen, mutta hyvinvointivaltioajatteluun terveyden määrittäminen tasa-arvokysymykseksi vakiintui varhain, vaikka ei välttämättä hallitsevana arvona. Esimerkiksi brittiläinen hyvinvointivaltioiteorian ja kansalaisuuden teorian klassikko, sosiologi T.H. Marshall (1939) katsoi, että demokraattisen valtion tulee pyrkiä terveyden tasa-arvoon käytännön toimin, ja että terveyden tasa-arvon lähdekohta on sosiaalinen hyvinvointi. Terveyden tasa-arvoon pyrkiminen ei 1900-luvulla jäänyt pelkäksi ihanteeksi. Demokraattiset kansallisvaltiot pyrkivät edistämään terveyden tasa-arvoa hyvinvointipolitiikalla, joka lievitti erityisesti talouden rakenteiden tuottamaa sairastamisen tuottamaa epätasa-arvoa. Tästä näkökulmasta terveyserojen vähentämisellä on perusteltu erityisesti sellaisia terveyspoliittisia toimia, jotka tasaavat sairastamisen kustannuksia. Varhaisimmat esimerkit ovat pakolliset sairausvakuutusjärjestelmät, myöhempiä julkiset terveyspalvelut. Niinpä keskeinen keino terveyden tasa-arvoa tavoiteltaessa on terveyspolitiikka ja erityisesti terveyspalvelupolitiikka. Vähitellen myös useat muut politiikan alueet on yhdistetty terveyteen. Niinpä metateoreettisesta näkökulmasta terveyserojen käsite näyttyy edelleen mahtikäsitteenä, jonka avulla terveyden tasa-arvoon liittyvät yhteiskunnalliset ja yhteiskuntapoliittiset arvot asetetaan terveystutkimuksen keskiöön.

Terveyserojen käsitteen avulla tutkimus voi luoda uutta tietoa terveyden ja sosiaalisen oikeu-

denmukaisuuden suhteesta. Myös laadullisen terveystutkimuksen keinoin on sekä mahdollista että hyödyllistä tehdä näkyväksi epätasa-arvon kysymyksiä. Minulle seminaarin otsikko ’Terveyseroja avaamassa’ viittaa juuri sellaiseen terveyserojen avaamiseen, jonka avulla epätasa-arvon monimutkainen dynamiikka halutaan ottaa tutkimuksen kohteeksi. Tästä syystä seminaarin otsikossa mainittu *avaaminen* kannattaa ulottaa terveyserojen käsitteeseen.

TERVEYSEROKESKUSTELUN PAIKALLINEN JUURTUNEISUUS

Terveyserojen käsite muodostaa kytköksen paitsi kansainvälisiin aatteisiin, myös kansainvälisiin tutkimuskeskusteluihin. Silti esimerkiksi suomalainen puhe sosioekonomisista terveyseroista on sidoksissa paikalliseen kontekstiin eli suomalaiseen yhteiskuntaan. Kontekstisidonnaisuus tarkoittaa sitä, että ajattelemme terveyseroja suhteessa erityisiin institutionaalisiin käytäntöihin ja rakenteisiin. Ajattelemme tietyn poliittisen ja kulttuurisen historian, joihin liittyviä tarinoita ja ajatusmalleja voisi kutsua vaikkapa diskursseiksi. Institutionaaliskulttuurista sidonnaisuutta voi havainnollistaa ja pohtia vertaamalla eri maissa käyttöön vakiintuneita ilmauksia.

Suomessa terveyserot siis kehystetään viittamalla ”sosioekonomisiin ryhmiin”, joiden välisiksi erot konstruoidaan. Toinen merkittävä suomalaistutkimusta ohjannut jäsenyys on terveyserojen alueellisuus. Brittiläistä tutkimusta kehystää useimmiten astetta terävämpi ilmaus terveyden epätasa-arvot (inequalities in health), joka kalskahtaa terveyseroja poliittisemmalla. Kun esimerkiksi johtava brittiläinen terveyserojen tutkija

professori Sara Arber (University of Surrey 2008) nimeää tutkimusalueekseen ”gender and class inequalities of health”, liittää hän terveyden epätasa-arvoon sosiologian peruskysymykset sukupuolesta ja luokasta. Suomessa käytettyä terveyserojen käsitettä lähempänä vaikuttaisi olevan ilmaus ”disparities in health”, jota vaikuttaisi suosittavan ainakin USA:ssa. Siellä erityisesti etnisten ryhmien terveyteen liittyvät erot ovat olleet tutkimuksen keskiössä. Ruotsissa puhutaan Englannin tapaan usein epätasa-arvosta, social ojämlikhet i hälsa. Viime aikoina maahanmuuttajien paljon kantäväestöstä huonompi terveys vaikuttaisi nousseen keskeiseksi kysymykseksi.

Vaikka sävyt vaihtelevat, terveyspolitiikan taustalta vaikuttaisi kaikissa mainituissa maissa löytyvän sosiaalisen oikeudenmukaisuuden arvo. Arvon suhde muihin terveyspolitiikkaa ohjaaviin arvoihin ja intresseihin sekä käytännön toimintatavat kuitenkin vaihtelevat. Monet valtiot ovat pyrkinet lievittämään terveyseroja julkisen vallan tilaamalla (ja Pohjois-Euroopassa myös julkisesti tuotetuilla) terveyspalveluilla, joihin kaikilla kansalaisilla on yhtäläinen oikeus. Tällainen politiikka tuottaa marshallilaisittain ajatellen kansalaisuuden sosiaalisen ulottuvuuden, mikä tarkoittaa sitä, että kansalaisuuden on kytketty oikeuksia sosiaalisista lähtökohdista määriteltyihin tulonsiirtoihin ja palveluihin. Sairausvakuutusjärjestelmiä tai julkisen vallan tuottamia terveyspalveluita kehittämällä on enemmän tai vähemmän onnistuneesti yritetty tasata sairastamisen taloudellisia kustannuksia, vaikka tosin toimintapolitiikan instrumentit aina ovatkin monenlaisten pyrkimysten yhdistelmiä.

Samaan aikaan kuin terveyden talous on tärkeätä, on muistettava, että hyvinvointivaltio on paljon muutakin kuin tulonsiirtoja, ja että tämä muu on ollut vähintään yhtä tärkeätä sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumisen kannalta. Ajatus terveyden epätasa-arvon lieventämisestä on avannut moninaisen poliittisen kentän. Esimerkiksi työsuojelua voidaan ajatella terveyserojen vähentämisen näkökulmasta, onhan sen kautta pyritty vähentämään työn vahingollisia vaikutuksia työntekijöihin. Kansanterveystyön kautta on muokattu terveyskulttuuria ja kansalaisia terveemmiksi: on hoidettu lapsia, äitejä, perheitä ja heidän kauttaan koko kansakuntaa. Samaan aikaan kuin tällaisten toimien merkitys tunnustetaan, voi laadullinen terveystutkimus myös ”avata” yhteiskuntapolitiikan kipukohtia. Niinpä esimerkiksi hyvinvointivaltion kriittinen tarkas-

telu on osoittanut kansallisvaltion kehityksessä harjoitetun terveyseroajattelun rajallisuuden. Kansanterveystyössä ovat sellaiset ryhmät, joiden panos kansakunnalle näyttäytyy toissijaisena tai sen voidaan katsoa kokonaan puuttuvan, saaneet vähemmän huomiota osakseen. ”Hyödyllisiin” ryhmiin kohdistuva terveystyö on puolestaan näyttäytynyt myös terveyskurina, joten terveyskansalaisuus paitsi tuottaa oikeuksia myös sääntelee luomalla velvollisuuksia (Helén ja Jauho 2003).

TERVEYSEROTUTKIMUS UUSIEN HAASTEIDEN EDESSÄ

Laadullisesta tutkimusotteesta voisi siis olla hyötyä terveyserotutkimuksen itsereflektiolle sen pyrkinessä tavoittamaan erityisesti erontekojen kulttuurisia ulottuvuuksia. Mutta kansallisesti jäsentynyt terveyserokeskustelu, oli se sitten tutkimuksellista tai poliittista, on selkeästi myös uusien haasteiden edessä, kun globalisoituminen muuttaa terveyden sosiaalisen muotoutumisen dynamiikkaa. Muutos on taloudellista, poliittista ja kulttuurista: kaikilla näillä ulottuvuuksilla ajatukset siitä, mitä ”yhteiskunta” on, ovat muuttumassa. Nähdäkseni ennen kaikkea ajatus ”meistä”, yhteisön luonteesta, on muuttumassa. Yhteisölliset siteet löystyvät tai niitä suorastaan puretaan samaan aikaan kun solidaarisuudelle etsitään uusia perusteita ja lainalaisuuksia. Kansallisvaltiota ei toki olla yksiselitteisesti hylkäämässä, mutta sen jäsenyyden ehdot halutaan neuvotella toisin kuin aiemmin. Neoliberalismiksi usein nimetyt, globalisaatiota tuottavat opit tuntuvat painottavan, että yhteisön tulevaisuuden kannalta tärkeintä on se, miten Suomeen juurtunut talous pärjää kansainvälisessä kilpailussa ja tässä kilpailussa jotkut ihmiset – vaikkapa huippuosajat – ovat muita tärkeämpiä.

Sosiaalipolitiikassa uusliberaali ajattelu ”vastuullistaa” yksilöä hänen sairastamisensa aiheuttamista kustannuksista (esim. Koskiahho 2008). Puhutaan myös ”osallistamisesta”. Uusliberaaliin ajatteluun kuuluu lupaus vapaudesta: muuttamalla hyvinvointivaltio hyvinvointiyhteiskunnaksi luvataan vähentää yhteiskunnan yksilöön kohdistamaa holhousta. Yksilö jäsentyy tällaisessa lähestymistavassa kuluttaja-asiakkaaksi, ei kansalainen-asiakkaaksi kuten aiemmassa kehityksessä. Myös osallisuus vaikuttaisi tapahtuvan lähinnä kuluttajana, ei kansalaisena. Toimijana yksilö halutaan mieltää vahvana palvelutarjonnasta valittavana, ei hauraana avuntarvitsijana, joka tarvitsee yhteisön solidaarisuutta.

Kun hyvinvointipolitiikan henki ja sen institutionaaliset ehdot ovat muuttumassa, on odotettavissa, että kilpailuvallion kehityksessä myös terveyden ja sairauden jakautumisen dynamiikka muuttuu. En tarkoita yleistä kurjistumista. Edelleen ajatellaan, että suomalaisen työvoimaan kannattaa sijoittaa, kunhan hyvinvointipolitiikka on tuottavaa. Siksi myös terveyserotutkimukselle on edelleen poliittista tilausta: Koska terveyserojen voidaan katsoa uhkaavan tuottavuutta, on niiden tutkimus toimintapolitiikan kannalta merkittävää. Toisaalta tavat mieltää yhteisö ja sen rajat ovat murroksessa, eikä kansallisvaltioiden murros merkitse valtion muuttumista merkityksettömäksi. Niinpä kansalaisuus ja siirtolaisuus ovat kansainvälisesti ajatellen nousemassa keskeisiksi uusiksi terveyseroja synnyttäviksi eronteoiksi (esim. Agudelo-Suárez 2009).

Kun terveyserojen taustalla oleva dynamiikka muuttuu, terveyserojen kärjistyminen voi tuottavuuden lisäksi uhata yhteiskunnallisen turvallisuuden perusteita: yhteiskunnan vakautta. Yksi globalisaatiokeskustelun keskeisiä uhkakuvia ovat ennusteet, joiden mukaan globalisaatio johtaa siihen, että vauriissa maissa syntyy jälleen syrjäytynyt alaluokka. Syrjäytymisen keskeinen dynamiikka on köyhtyminen. Suomessa voidaan pohtia ovatko esimerkiksi leipäjonot ”oikeita” nälkäjonoja, ja jos eivät ole, millaisessa tilanteessa niistä tulee sellaisia. Entä kuka päättää sen, milloin leipäjonot ovat kohtuuttomuutta? Ja vaikka absoluuttista köyhyyttä ei Suomesta tänään löytyisikään, onko tulevaisuudessa ehkä toisin? Ainakin tiedämme, että suhteellinen köyhyys ja lapsiköyhyys ovat viime vuosina lisääntyneet.

Lisäksi tilanne muuttuu koko ajan, syntyy uusia köyhtymisen muotoja ja uusia köyhien ryhmiä. Viime aikoina olemme saaneet huomata, että Suomen uusia kansallisia monumentteja, musiikkitaloa ja viidettä ydinvoimalaa, rakentavat lähinnä ulkomaalaiset ja heistä osa poljetuin työehdoin. Kaduilla kerjäläiset ja katusoittajat tulevat niin ikään rajojen takaa. Nämä kuokkavieraat pitävät yllä kysymyksiä siitä, keitä kaikkia ”meidän” demokratiamme saavutukset koskevat ja kenet rajaamme ulkopuolelle. Vanhat vastaukset eivät tahdo riittää, kun yritetään lisätä työperäistä maahanmuuttoa ja sitoudutaan yhä laajentamaan Euroopan Unionia. Muutokset tulevat yllättäen, ja köyhyys hiipii lähemmäksi niin, että yhä useammin sen kohtaa Suomessakin kasvoihin.

Onkin hyvä huomata, että vaikka Suomessa luulimme kurjaliston siirtyneen historiaan, on se EU:n nykyaikaa. Maailmantalouden ja -politiikan nopeiden käänteiden myötä on vaikea ennustaa, miten köyhyys muuttuu. Köyhyyttä on myös vaikea hallita. Voimme yrittää rajata köyhyyden ulos Suomesta erilaisin hallinnollisin toimin, mutta köyhyyden patoaminen ei ole helppoa. Köyhyyden ei vain tule rajojen takaa, vaan sitä syntyy myös Suomen sisällä. Tiedämme jo, että kilpailu-yhteiskunnassa on eriarvoistavia prosesseja. Puhutaan paitsi terveyspalvelujen eriarvoistumisesta, myös työmarkkinoiden kerrostuneisuudesta, maahanmuuttajien valikoivasta integraatiosta jne. (esim. Wrede ja Nordberg, tulossa). Tällaiset monikeroksiset, toisiinsa liittyvät mutta myös erilliset ihmisiä jakavat dynamiikat voivat pahimmillaan johtaa syrjäytyneen, muita sairaamman alaluokan syntyyn.

Kansallisvaltion aseman muutos ja uudet ylikansalliset prosessit murentavat näin kansalaisuuden käsitteeseen kiinnittyvän terveyseroajattelun pohjaa. Siten yhteiskunnallinen murros haastaa myös terveyserojen tutkimuksen tekijät pohtimaan lähestymistapojaan. Mitä mieltä on tutkia tietyn maan sisäisiä terveyseroja, jos kansallinen terveyspolitiikka hapertuu ja saa rinnalleen lukuisia ylikansallisia voimia? Terveyserotutkimuksen mieli löytyy nähdäkseen siitä, että se voi tuottaa aineksia yhteiskunnalliseen keskusteluun laajassa mielessä ymmärrettynä, ei pelkästään toimintapolitiikkaa varten. Terveystutkijoilla on vastuu suoraan niille ihmisille, joita tutkimus koskee. Uskon, että enemmistö tutkijoista edelleen haluaa uskoa demokratiaan ja tasa-arvoon ja siihen, että demokratian tulisi olla moniarvoista ja keskustelemaa. Meiltä pitäisi kuitenkin löytyä myös valmiutta purkaa ”metodologista nationalismia” (Beck 2005), ja etsiä uusia tapoja mieltää esimerkiksi Suomi ja sen väestö. Tarvitsemme paitsi paljonpuhuttua sosiologista mielikuvitusta, myös moraalista mielikuvitusta nähdä uudenlaisia kytköksiä eri kysymysten välillä.

TERVEYS JA OIKEUDENMUKAISUUS

Viime aikoina poliittisen filosofian metakeskustelu sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta on vitalisoitunut, ja esimerkiksi sosiologit ovat löytäneet teeman ikään kuin uudestaan. Pitkästä aikaa puhutaan jälleen arvoista ja moraalista sosiaalisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta. Perinteisten jäsenysten rinnalle uusia avauksia tuo esimerkiksi filosofi Nancy Fraser (2005), joka esit-

tää, että sosiaalisen oikeudenmukaisuuden käsite täytyy globalisoituvassa maailmassa kehystää uudelleen, siten että kansallisvaltioiden muuttuva merkitys otetaan huomioon.

Globalisaatioon viitaten Nancy Fraser esittää sosiaalisen oikeudenmukaisuuden jäsentämistä kolmen ulottuvuuden kautta: talouden, kulttuurin ja politiikan. Fraserlaisesta lähestymistavasta käsin tarkastellen sosioekonomisten terveyserojen tutkimus on paljolti keskittynyt tarkastelemaan sairastamista taloudellisten jakojen näkökulmasta. Niiden rinnalla olisi hyödyllistä tutkia enemmän terveyteen liittyvää kulttuurista ja poliittista epätasa-arvoa, joita esimerkiksi globaalit muutovirrat ja liikkuvuus parhaillaan uudelleenjärjestävät. Kuten Fraser asian ilmaisee: niin kauan kun kansalliset hyvinvointivaltiot olivat tukevasti paikallaan, oikeusvaateiden ympärillä käytävät kiistat voivat keskittyä mitä -kysymyksiin. Mihin kansalaisilla tulisi olla oikeus? Mutta kun tuo kehys on kadonnut, on mitä -kysymysten rinnalle, osin niiden ohi, meta-kysymykseksi, noussut kysymys oikeuden subjektista. Kenellä on oikeus kuulua sellaisiin yhteisöihin, jotka kykenevät tuottamaan jäsenilleen oikeuksia?

Konkreettisesti tämä tarkoittaa sitä, että me terveystutkijat joudumme pohtimaan, keitä olemme ”me” EU-Suomessa, aikana jolloin ovet avataan työperäiselle maahanmuutolle ja pakosta myös kerjäläisille. Tähän kysymykseen ei ole helppoa vastausta. Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta demokratian mekanismeja on uudistettava globalisaation myötä. Kansalaisuuden rinnalle olisi kehitettävä uusia osallisuuskäsitteitä ja jäsenyyksiä.

Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta meille siis avautuvat huikaisevat tutkimusmaailmat. Asiat eivät pysy enää vanhoissa loke-roissaan. Laadullisen tutkimuksen näkökulmasta kyse on esimerkiksi terveyspolitiikan ja terveyskulttuurien tutkimuksesta sekä niiden yhteyksien ja yhteentörmäysten tutkimisesta makro-, meso- ja mikrotasolla. Paitsi rakenteita on tutkittava myös politiikkaa, merkityksiä, toimintaa, identiteettien muotoutumista ja kokemuksia. Sanalla sanoen: dynamiikkaa. Erityinen empiirinen haaste on tarkastella yhteyksiä terveyseroja tuottavien epäoikeudenmukaisuuden eri muotojen välillä. Ei ole kuitenkaan hyödyllistä paaluttaa omaa ”laadullista” tutkimuskenttää, vaan pyrkiä hedelmälliseen vuorovaikutukseen määrällisin menetelmin tehtävän tutkimuksen kanssa.

Kysymyksiä on helppo keksiä: Miten esimer-

kiksi uudet kilpailu- ja tehokkuuspolitiikat suhtautuvat terveyseroihin ja miten terveyseroihin yritetään vaikuttaa? Miten uusi politiikka kääntyy käytännön hallinnan prosesseiksi, ja miten eroja tuotetaan ja ylläpidetään niissä? Millaisia merkityksiä eri ryhmiin kuuluvat ihmiset antavat terveydelleen ja siihen kohdistuville paineille? Miten muutokset yksilön elinehdoissa ja elämäntilanteessa synnyttävät terveyseroja, millaisia merkityksiä niille annetaan?

NORMATIIVISTEN KÄSITTEIDEN PALUU JA MORAALINEN MIELIKUVITUS

Olen edellä esittänyt, että viimeaikaiset yhteiskunnalliset muutokset ovat palauttaneet sosiaalisen oikeudenmukaisuuden keskustelun keskiöön. Sen mukana ovat palanneet normatiiviset käsitteet, jotka puhuttelevat tutkijoiden moraalista mielikuvitusta. Nyt puhutaan paitsi resurssien oikeudenmukaisesta jakamisesta myös sosiaalisesta kärsimyksestä (Kleinman ym. 1997) ja inhimillisestä hauraudesta (Turner 2006).

Näitä näkökulmia on hedelmällistä yhdistää terveyserojen tutkimukseen, koska niiden avulla terveyden tasa-arvon käsitteessä on mahdollista tunnistaa muitakin kuin taloudellisia ulottuvuuksia. Käsitteet avaavat henkilökohtaisen kokemuksen yhteyksiä poliittiseen, sosiaaliseen, kulttuuriin ja taloudelliseen epätasa-arvoon ja yhteiskunnallisten instituutioiden toimintaan. Olisi hedelmällistä tutkia esimerkiksi milloin ja kenelle terveydenhuollon organisaatiot toimivat ”rutiniksi muuttuneen kärsimyksen näyttämöinä”, joiden rakenteet käyttävät ”vallan tylsää veistä” (Kleinman ym. 1997).

Terveyssosiologi ja ruumiin sosiologian uranuurtaja Bryan S. Turner (2006), joka on viime aikoina osallistunut ihmisoikeuksista käytävään keskusteluun, on nostanut inhimillisen haurauden käsitteen keskusteluun yhteiskuntatieteiden metatason lähtökohdista. Ihmisruumiin hauraudessa on kysymys ihmisruumiin ajallisuudesta, sen alttiudesta sairastua, loukkaantua, kärsiä kipua ja kuolla. Turnerin ajattelussa ymmärrys ihmisruumiin hauraudesta muodostaa pohjan universaalille huolehtimisen etiikalle: koska tiedämme kykenevämme aiheuttamaan toisille ihmisille kärsimystä ja nöyryytystä, meillä on eettinen velvoite huomioida toisten ihmisten hauraus toiminnassamme. Turnerin näkökulmasta ihmisoikeudet ovat poliittisia mekanismeja, joilla suojellaan ihmisen haavoittuvaisuutta ja haurautta. Niiden toteutumista on syytä tarkastella kriittisesti,

koska ihmisten luomat instituutiot ovat luonteelta epävakaita ja epävarmoja. Turner ehdottaa oikeuksien sosiologiaa ihmisoikeus- ja kansalaisuusnäkökulmasta, mutta mielestäni näin ymmärrettyinä inhimillinen hauraus on hedelmällinen näkökulma myös terveyteen liittyvän epätasa-arvon tarkasteluun, koska hauraus yhdistää tutkittavia, ei erottele heitä.

Yksilön omaa vastuuta terveydestään korostavassa politiikassa inhimillinen hauraus tulee helposti määriteltyksi heikkoudeksi, kyvyttömyydeksi kantaa oma vastuunsa. Näin tuotetaan Toiseuksia tavalla, joka synnyttää repressiivistä valtaa sellaisia yksilöitä kohtaan, jotka eivät täytä yhteiskunnan odotuksia omatoimisuudesta. Kohdistuessaan Toisiin organisaatioiden käyttämä vallankäyttö kontrolloi ja määrittää, mitkä tarpeet ovat oikeutettuja, mitkä eivät. Sosiaalisen kärsimyksen ja inhimillisen haavoittuvuuden näkökulmat asettavat vahvoja ja heikkoja erotteluvan ajattelun lähtökohdat kyseenalaisiksi, koska olemme kaikki ainakin joskus hauraita, väsyviä, tarvitsevia. Tällä tavoin ajatus kaikkien ihmisten myötäsytntisestä riippuvuutta luovasta hauraudesta purkaa kapealle individualismille rakentuvaa vallankäyttöä.

Terveyserotutkimuksen kannalta on haasteellista nostaa esiin kokemuksellisia ja moraalaisia näkökohtia. Osaamme tunnistaa terveyden epätasa-arvosta kärsiviä ryhmiä ja pohtia heidän ongelmiansa aiheuttamia taloudellisia kustannuksia. Mutta miten osaisimme konkreettisemmin tutkia ja tehdä paremmin näkyviksi esimerkiksi haurautta lisääviä mekanismeja? Entä sosiaalista kärsimystä aiheuttavia sairastamisen ulottuvuuksia? Tutkimusta täytyy tehdä monitasoisesti, dynaamisesti, keskustellen, verkostoissa. Laadullisilla menetelmillä on annettavaa, kun analysoidaan esimerkiksi Toiseutta tuottavia diskursseja, normatiivisia identiteettejä sekä Toiseuden kokemusta.

Olen edellä halunnut pohjustaa terveyserotutkimusta koskevan teesini: On aika uusin tavoin pohtia terveyden ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden metatason kysymyksiä. Me terveystutkijat, kuten kaikki muutkin toimijat, tarvitsemme moraalista mielikuvitusta:

Keistä me tutkijat kannamme huolta, keitä emme ehkä edes näe? Vakiintuneet kategoriamme voivat toimia myös silmälappuina. Millaisiin toimiin terveystutkimuksen tuottama tieto johtaa? Tuotammeko tutkimuksen keinoin hallintaa ja Toiseutta? Entä ketä tietomme valtaistaa ja mihin?

KIRJALLISUUS

- Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E, Porthé V, Paramio-Pérez G, García A, Garí A. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med* 2009;68:1866–74.
- Beck U. The cosmopolitan state: redefining power in the global age. *International Journal of Politics, Culture & Society* 2005;18:143–59.
- Fraser N. Reframing social justice in a globalizing world. *New Left Review* 2005;36:69–88.
- Helén I, Jauho M. *Kansalainen ja kansanterveys*. Gaudeamus, Helsinki, 2003.
- Kleinman A, Das V, Lock M. *Social suffering*. University of California Press, Berkeley, 1997.
- Koskiahho B. *Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa*. Vastapaino, Tampere, 2008.
- Marshall TH. The recent history of professionalism in relation to social structure and social policy. *The Canadian Journal of Economics and Political Science* 1939;5:3:325–40.
- Turner BS. *Vulnerability and Human Rights*. Pennsylvania University Press, University Park, 2006.
- University of Surrey. Department of Sociology. Staff directory > Sara Arber. <http://www.soc.surrey.ac.uk/staff/sarber/index.html> [Luettu 5.5.2008].
- Wrede S, Nordberg C. (toim.) (tulossa) *Vieraita työssä. Työelämän etnistyvä eriarvoisuus. Asiantuntijoiden arvioitavana oleva kirjan käsikirjoitus*.

SIRPA WREDE

VTT, dosentti

Tutkimuskoordinaattori

Etnisten subteiden ja nationalismin tutkimuskeskus, CEREN

Svenska social- och kommunalhögskolan vid

Helsingfors universitet

PL 16

Helsingin yliopisto