

Anu E. Castaneda, Hannamaria Kuusio, Natalia Skogberg, Karolina Tuomisto, Sinikka Kytö, Emmi Salmivuori, Satu Jokela, Johanna Mäki-Opas, Tiina Laatikainen ja Päivi Koponen

## Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämiseen liittyy erityiskysymyksiä

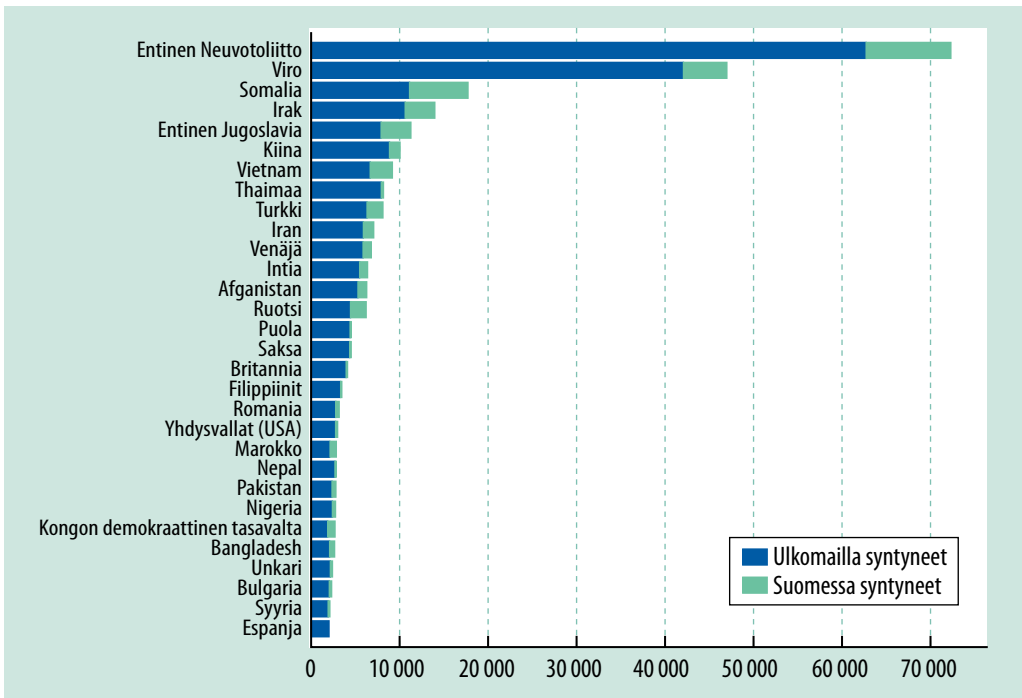
Ulkomaalaistaustainen väestö on moninainen ihmisryhmä, johon vaikuttavat esimerkiksi aikaisempi kotimaa ja siellä vallitseva tilanne, maahanmuuttosyy ja -ikä sekä Suomessa asuttu aika. Ulkomaalaistaustainen väestö on Suomessa kasvanut vasta hiljattain mutta voimakkaasti: kun 1990-luvulla ulkomaalaistaustaisia oli Suomen väestöstä alle prosentti, vuonna 2016 osuus oli reilut kuusi prosenttia. Osuuden ennustetaan kasvavan tulevina vuosikymmeninä nopeasti. Ulkomaalaistaustaisen väestön kasvu tuo uusia haasteita väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Ulkomaalaistaustaisen väestön elintapoihin, terveyteen, toimintakykyyn, mielenterveyteen, infektio- ja tartuntatauteihin, lisääntymisterveyteen sekä sosiaaliseen hyvinvointiin liittyy erityiskysymyksiä. Ne voivat heijastua erilaisina mahdollisuuksina tai toisaalta rajoittavina tekijöinä terveyttä edistävien toimien toteutuksessa sekä yksilö- että yhteisötasolla ja palveluntarpeina.

**M**aahanmuutto Suomeen on moneen muuhun Euroopan maahan nähden alkanut myöhään, ja se on ollut vähäistä aina 1990-luvulle saakka. Ulkomaalaistaustaisiksi luetaan useimmiten ne henkilöt, joiden syntymämaa tai joiden molempien vanhempien syntymämaa on jokin muu kuin Suomi. Tällöin ulkomaalaistaustainen väestö pitää sisällään ei-suomalaisia syntyperää olevien vanhempien maahan muuttaneet jälkeläiset, sekä Suomessa syntyneet henkilöt, joiden molemmat vanhemmat (tai ainoa tiedossa oleva vanhempi) ovat ulkomailla syntyneitä. Vaikka maahanmuuton lisääntyminen on alkanut vasta äskettäin, on sen kasvu ollut nopeaa: kun vuoden 1990 lopussa ulkomaalaistaustaisten määrä oli Suomessa noin 37 500 henkilöä eli 0,8 % Suomen väestöstä, oli se vuoden 2015 lopussa jo noin 340 000 eli 6,2 % (1). Suurimmat ulkomaalaistaustaiset ryhmät esitetään **KUVASSA**.

Pitkään jatkuneen kansainvälisen pakolaiskriisin seuraukset ovat näkyneet myös Suomessa turvapaikanhakijoiden määrän kasvuna. Vuonna 2015 turvapaikkaa Suomesta haki 32 456 henkilöä eli kymmenkertainen määrä

aikaisempiin vuosiin nähden (2). Heistä suurin osa tuli Irakista, Afganistanista, Somaliasta ja Syyriasta. Neljäsosa hakijoista oli alaikäisiä, ja yksintulleita alaikäisiä oli noin kymmenesosa kokonaishakijamäärästä. Vuonna 2016 turvapaikanhakijoiden määrät ovat laskeneet lähes aikaisempien vuosien tasolle, mutta pakolaiskriisin jatkuessa maailmalla ja laillisen maahanmuuton ehtojen kiristyessä turvapaikanhakijoiden määrä on vaikeasti ennakoitavana. Turvapaikanhakijoiden lisäksi Suomi on vastaanottanut vuosina 2014–2016 noin 1 000 kiintiöpakolaista vuodessa, aikaisempina vuosina vähemmän. Vuoden 2014 tilastojen mukaan noin puolet Suomen ulkomaalaistaustaisista oli muuttanut Suomeen perhesyistä. Seuraavaksi yleisimmät muuttosyyt olivat työ ja pakolaisuus (**TAULUKKO 1**) (3).

Ulkomaalaistaustaiset eivät ole yhtenäinen väestöryhmä, eikä heitä ole mielekäästi sellaisena tarkastella. Monet ulkomaalaistaustaan liittyvät erityiskysymykset koskettavat eri ryhmiä eri tavoin, ja ulkomaalaistaustaisuus on erilaisista riippuen esimerkiksi maahanmuuttoiästä ja Suomessa asutun ajan pituudesta. Monimuo-



KUVA. Suurimmat ulkomaalaistaustaiset ryhmät Suomessa vuonna 2015 syntymämaan mukaan (1).

TAULUKKO 1. Ulkomaalaistaustaisten 15–64-vuotiaan väestön maahanmuuton tärkein syy taustamaaryhmittäin vuonna 2014 (3).

	Perhesyöt (%)	Työ (%)	Pakolaisuus (%)	Opiskelu (%)	Muu (%)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	67	15	2	5	12
Viro	42	43	–	4	10
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	42	8	37	7	6
Muu Afrikka	44	2	37	20	2
Aasia	51	16	7	22	4
EU, Efta ja Pohjois-Amerikka	59	22	–	9	9
Latinalainen Amerikka, Itä-Eurooppa ja muut	58	13	15	11	4
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	54	18	11	10	8

toisuuteen vaikuttaa myös se, että ulkomaalais-taustaisen väestön sosiodemografinen rakenne on monilta osin erilainen kuin Suomen muun väestön. Eroja on esimerkiksi ikä-, sukupuoli-, siviilisäätö-, koulutus-, työllisyys- ja toimeentulojakaumissa (4,5). Nämä erilaiset sosiodemografiset tekijät puolestaan ovat yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin. Niinpä minkään terveyden tai hyvinvoinnin tekijän ei voida suoraan katsoa liittyvän pelkästään ulkomaalaistaustaan, vaan taustalla vaikuttaa monimutkaisia keskenään risteäviä mekanismeja.

### Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämistarpeista on jo tietopohjaa

Suomessa tutkittiin ensi kertaa ulkomaalaistaustaisen väestön hyvinvointia Tilastokeskuksen Maahanmuuttajien elinolotutkimuksessa vuonna 2002 ja havaittiin, että Venäjältä, Virossa, Somaliasta ja Vietnamista Suomeen muuttaneet aikuiset kokivat itsensä melko terveiksi ja toimintakykyisiksi mutta monet heistä kokivat syrjintää ja kärsivät masennuksesta ja unetto-

muudesta (6). Tämän jälkeen Suomessa on toteutettu kaksi laajaa ulkomaalaistaustaisen väestön terveyttä ja hyvinvointia selvittänyttä väestötutkimusta. Vuosina 2010–2012 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteutti laajemman Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointitutkimuksen, jossa tutkittiin Suomessa asuvia venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisia työikäisiä maahanmuuttajia (7). Vuosina 2014–2015 Tilastokeskus ja THL toteuttivat Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksen, jossa tutkittiin koko Suomessa asuvan 15–64-vuotiaan ulkomaalaistaustaisen väestön terveyttä ja hyvinvointia (4,8). Nämä kaksi väestötutkimusta luovat tietopohjaa Suomen työikäisen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämistarpeista.

Ulkomaalaistaustaisten nuorten terveyden edistämistarpeista on kerätty väestötasoista tutkimustietoa Suomessa THL:n vuosina 2010–2012 toteuttamassa Maahanmuuttajanuorten terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa (9) sekä vuodesta 2013 alkaen myös osana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen säännöllisesti toteuttamaa Kouluterveyskyselyä (10).

Väestötutkimukset ulkomaalaistaustaisesta väestöstä ovat osoittaneet, että heidän terveydessään ja hyvinvoinnissaan on koko Suomen väestöön verrattuna joitakin erityispiirteitä, jotka tulisi huomioida erilaisina mahdollisuuksina ja toisaalta rajoittavina tekijöinä terveyttä edistävien toimien toteutuksessa sekä yksilö- että yhteisötasolla.

## Ulkomaalaistaustaisen väestön terveys ja sen edistämistarpeet

Ulkomaalaistaustaisen aikuisväestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa kuvataan **TAULUKOISSA 2 ja 3**.

### **Krooniset sairaudet ja niiden riskitekijät.**

Ulkomaalaistaustaisten, Suomen koko väestön ja ulkomaalaistaustaisten ryhmien sairastavuudessa ja riskitekijöissä on havaittu selkeitä eroja. Esimerkiksi somalialais- ja kurditaustaisen on havaittu täyttävän diabeteksen kriteerit huomattavasti useammin ja toisaalta kärsivän korkeasta verenpaineesta harvemmin kuin Suomen koko väestö keskimäärin (11).

Lihavuus on harvinaisempaa ulkomaalaistaustaisilla kuin koko väestössä, kun kaikkia ulkomaalaistaustaisia tarkastellaan yhdessä (12). Taustamaaryhmittäisissä tarkasteluissa ryhmien väliset erot ovat kuitenkin suuria, ja erot vaihtelevat myös sukupuolen mukaan (13,14). Samanlaiset taustamaaryhmittäiset erot näyttyvät myös fyysisessä toimintakyvyssä. Kun koko väestöstä 5 %:lla miehistä ja 12 %:lla naisista liikkumiskyky on rajoittunutta, on se kurditaustaisista miehistä kolmanneksella ja somali- ja kurditaustaisista naisista joka toisella (15).

Myös terveyteen vaikuttavissa elintavoissa, kuten tupakoinnissa, alkoholin käytössä ja liikunnan harrastamisessa on havaittu eroja eri ulkomaalaistaustaisilla ryhmillä koko väestöön verrattuna (16). Osassa ryhmistä elintapatotumukset ovat sukupuolisidonnaisia, kuten esimerkiksi Lähi-idästä ja Afrikasta tulevien naisten alkoholin käytön harvinaisuus ja kuntoliikunnan vähäisyys sekä useiden ulkomaalaistaustaisten ryhmien miesten tupakoinnin yleisyys.

Maahanmuuttajien on havaittu myös käyttävän terveyspalveluja, kuten terveystarkastuksia ja kuntoutusta, harvemmin kuin koko väestön (17,18). Esimerkiksi somalialaistaustaisten naisten vähäinen osallistuminen rintasyövän ja kohdunkaulasyövän seulontaan edellyttäisi tutkimusta osallistumisen esteistä ja kehittämistoimia osallistumisaktiivisuuden parantamiseksi.

**Infektiosairaudet.** Ulkomaalaistaustaisilla esiintyy suhteessa enemmän tartuntatautirekisteriin ilmoitettuja tartuntatauteja kuin muulla väestöllä. Esimerkiksi vuoden 2014 ilmoitetuista kroonisista B-hepatiittitartunnoista suurin osa oli ulkomaalaistaustaisten saamia tartuntoja, ja vuoden 2015 kaikki lasten tuberkuloositapaukset todettiin ulkomaalaistaustaisilla lapsilla (19,20).

Infektioitautien ehkäisyssä ja toteamisessa huomioidaan erityisesti turvapaikanhakijoina tulleet sekä kiintiöpakolaiset. Heille tehdään pian maahantulon jälkeen infektioseulontoja keuhkotuberkuloosin, B-hepatiitin, HIV:n ja kupan toteamiseksi sekä täydennetään rokotuksia (suoja ainakin kurkkumätää, tuhkarokkoa ja poliota vastaan) (21,22). Näille ryhmille annetaan myös aktiivisesti terveysinformaatiota tulkkipalvelun avulla. Muista syistä maahan

**TAULUKKO 2.** Ulkomaalaistaustaisten 20–64-vuotiaan väestön terveyden ja hyvinvoinnin tila taustamaaryhmittäin vuonna 2015 (%).  
Lähde: www.terveytemme.fi.

	Lihavuus	Päivittäinen tupakointi	Runsas alkoholin käyttö	Kuntoliikunnan harrastaminen	Vaikeuksia 100 metrin juoksussa	Psyykkinen kuormittuneisuus	Lääkärin toteama mielen-terveysongelma	Hyvä elämäntila	Yksinäisyys	Aktiivinen osallistuminen vapaa-ajan toimintaan
<b>Venäjä ja Neuvostoliitto</b>										
Miehet	17,7	29,9	22,5	29,7	16	6,4	12,9	73	3,5	14,2
Naiset	17,7	15,1	7,1	25,2	25,2	11,3	12,9	76,9	7,8	23,8
<b>Viro</b>										
Miehet	20,1	41,6	34,5	23,1	15,6	1,9	10,1	68,1	5,3	9,4
Naiset	14,6	28,3	10,9	16,8	19,4	10,9	10,9	72,2	8,5	9,7
<b>Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka</b>										
Miehet	12,1	31	7	30,1	19,8	14,5	16,1	52,3	14,3	22,7
Naiset	21,2	10,2	1,2	10,3	38	26,2	22,5	63,6	19,2	9,1
<b>Muu Afrikka</b>										
Miehet	7,6	14,4	3,3	26,9	18,7	8,8	4,4	80,5	12,2	28,5
Naiset	23,2	1,6	1,8	8	42,3	4,1	5,8	71,1	8,7	31,8
<b>Aasia</b>										
Miehet	7	32,3	6,1	25,7	9,7	6	9,3	72,6	11,4	17,2
Naiset	4,2	5,7	3,7	13,4	21,3	9,2	10,2	69,9	8,9	16,4
<b>EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka</b>										
Miehet	13,9	19,1	18,9	35,6	12,5	6,2	7,7	86,5	8,9	29,3
Naiset	14	10,8	7,4	33,8	20,8	11,5	16,8	86	9,1	29,1
<b>Latinalainen Amerikka, Itä-Eurooppa ja muut</b>										
Miehet	10,7	22,7	11,1	32,5	15,4	3,4	5,4	74,8	8,6	35
Naiset	10,3	11,5	3,1	22,8	25,3	7,6	14,7	78,9	9	14,9
<b>Ulkomaalaistaustaiset yht.</b>										
Miehet	13,2	27,7	15,2	29,5	15,3	6,9	9,9	72,3	9,1	22,2
Naiset	14,4	13,2	5,7	19,8	25,5	11,1	13,1	74,9	9,3	19,3
<b>Suomen koko väestö</b>										
Miehet	17,7	19,4	39,7	28	18,3	11,6	9,4	75,3	8,5	26,6
Naiset	17,4	14,7	22,9	22,3	27,5	14,6	12,6	80,5	9,5	26,9

tulleille ei järjestetä systemaattisesti seulontaa, rokotuksia tai jaeta terveystietoja, ja ohjeistusta niiden järjestämiseksi ei toistaiseksi ole olemassa.

Ulkomaalaistaustaiset matkailijat kuuluvat Suomessa riskiryhmään. Erityisesti kotiseuduillaan kylässä käyvät ovat usein matkalla pitkiä aikoja ja matkan aikana lähikontaktissa paikallisiin (23). Vuonna 2015 noin puolet matkailijoiden malariatapauksista todettiin kotiseuduillaan vierailleilla ulkomaalaistaustaisilla (20). Haasteena onkin, että ulkomaalaistaustaiset eivät aina ole yhteydessä terveydenhuoltoon ennen matkalle lähtöä (7) ja näin tarvittavat ro-

kotukset, estolääkitykset sekä terveysneuvonta voivat jäädä saamatta.

**Lisääntymisterveys.** Kulttuurierot suhtautumisessa seksuaalisuuteen ja lasten hankintaan ovat suuria, ja osalla ulkomaalaistaustaisista naisista lisääntymisterveyteen liittyy erityisiä haasteita. Useissa Afrikan maissa sekä Lähi-idässä ja muissa Aasian maissa tehtävät tyttöjen ja naisten ympärileikkaukset (FGM/C) vaikuttavat monin tavoin naisten terveyteen (24). Lähes joka viides nainen, joka on kotoisin maista, joissa tehdään ympärileikkauksia, kertoo olevansa ympärileikattu (25). Joissain ulkomaalaistaustaisten naisten ryhmissä on myös

**TAULUKKO 3.** Venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisen 18–64-vuotiaan väestön terveyden ja hyvinvoinnin tila (%).  
Lähde: Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa (7).

	Venäläistaustaiset		Somalialaistaustaiset		Kurditaustaiset		Suomen koko väestö	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Kohonnut verenpaine	27,5	17,4	21,5	8,4	16,4	10,2	29,7	20,8
Pysyvä tapaturman aiheuttama vamma	11,4	6,5	4,8	3,7	15,3	7,6	6,2	3,8
Kohonnut kokonais-kolesteroli	54,1	49,3	38,5	29,9	48,1	33	50,1	51,5
Vakavat masennus- ja ahdistuneisuusoireet	8,6	24,5	5,3	10,8	24,9	49,8	10	7,5
Työkykynsä rajoittu-neeksi arvioivat	8,8	18,6	8,3	17,1	25,9	33,1	9,6	10

enemmän monisynnyttäjiä sekä keskenmenoja ja raskauden keskeytyksiä kokeneita kuin koko väestön naisissa (12,26). Myös raskauden ehkäisyyn käyttö on vähäisempää. Perhesuunnitteluun sekä tyttöjen ja naisten seksuaalioikeuksien edistämiseen tähtääviin toimiin tulisi jatkossa kiinnittää erityistä huomiota.

**Mielenterveys.** Siinä missä kliinisesti merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita on koko väestössä kymmeneksellä, on niitä venäläistaustaisilla naisilla ja kurditaustaisilla miehillä neljänneksellä ja kurditaustaisilla naisilla peräti puolella (27). Muillakin Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla, erityisesti naisilla, esiintyy enemmän psyykkistä kuormittuneisuutta verrattuna Suomen koko väestöön tai muihin ulkomaalaistaustaisiin ryhmiin (25).

Ulkomaalaistaustaisten mielenterveysongelmiin on tarpeen jatkossa kiinnittää enemmän huomiota sekä kehittää ja jalkauttaa hyviä käytäntöjä erityisesti konfliktialueilta tulevien mielenterveystyöhön, niin ongelmien ehkäisemiseen, tunnistamiseen, palvelujen tavoitettavuuden tukemiseen kuin hoitoonkin (28). Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota Lähi-idästä tulleisiin, jotka eivät käytä mielenterveyspalveluja enempää kuin Suomen koko väestö (29), vaikka tarvetta esiintyykin heillä huomattavasti muuta väestöä useammin.

Entisessä kotimaassa koettujen mahdollisesti traumaattisten tapahtumien oletetaan olevan syynä Lähi-idästä tulleiden psyykkisiin ja muihin terveysongelmiin. Pakolaistaustaisista kolme neljästä onkin kokenut entisessä kotimaassaan jotain vakavaa väkivaltaa (25),

kidutusta peräti kolmannes kurditaustaisista miehistä (30). Kuitenkin myös Suomessa vallitsevat olosuhteet ovat vahvasti yhteydessä ulkomaalaistaustaisten mielenterveyteen ja hyvinvointiin. Suomessa koettu syrjintä on yhteydessä mielenterveysoireisiin, heikompaan sosiaaliseen hyvinvointiin ja epäluottamukseen (31). Primaariperheen jäsenistä erossaolo on yhteydessä maahanmuuttajien mielenterveysoireisiin ja hyvinvointiin (32). Uskonnon harjoittaminen puolestaan toimii mielenterveysongelmilta suojaavana tekijänä (33). Ulkomaalaistaustaisten mielenterveyden edistämässä tulisikin keskittyä hoidon lisäksi Suomessa vallitsevan tilanteen parantamiseen, esimerkiksi syrjinnän vähentämiseen sekä kotoutumisen ja osallisuuden edistämiseen.

**Sosiaalinen hyvinvointi.** Lähi-idästä ja Afrikasta tulleista neljännes on kokenut viimeksi kuluneen vuoden aikana epäoikeudenmukaisista kohtelua vierailta ihmisiltä, kun muista ulkomaalaistaustaisista vastaavat osuudet ovat puolta pienempiä (25). Heillä yksinäisyyden kokemukset ovat yleisempiä, elämänlaatu heikompi ja osallistuminen vapaa-ajantoimintaan vähäisempää verrattuna koko väestöön tai ulkomaalaistaustaisiin yleensä (25,34). Toisaalta ulkomaalaistaustaiset luottavat Suomen viranomaisiin ja julkisiin palveluihin jopa enemmän kuin Suomen koko väestö.

**Nuorten terveys ja hyvinvointi.** Pääkaupunkiseudulla asuvilla somalialais- ja kurditaustaisilla nuorilla ei ole havaittu enempää pitkäaikaissairastavuutta kuin saman ikäisillä nuorilla Suomen koko väestössä (9). Ylipainoi-

## Ydinasiat

- » Ulkomaalaistaustainen väestö muodostuu taustoiltaan erilaisista ihmisistä.
- » Ulkomaalaistaustainen väestö on Suomessa kasvanut hiljattain paljon.
- » Suomen ulkomaalaistaustaisten väestöryhmien terveyden edistämistarpeet voivat olla hyvin erilaisia sekä kantaväestöön nähden, ulkomaalaistaustaisten ryhmien välillä että sukupuolten välillä.
- » Ulkomaalaistaustaisen väestön elintapoihin, terveyteen, toimintakykyyn, mielen-terveyteen, infektioauteihin, lisääntymis-terveyteen sekä sosiaaliseen hyvinvointiin liittyy erityiskysymyksiä, jotka tulisi ottaa huomioon terveyden edistämisessä.

suus on kuitenkin yleistä somalialaistaisilla tytöillä (33 %), ja molempien ryhmien tytöt harrastavat liikuntaa varsin vähän. Alkoholi-kokeilut ja alkoholin käyttö olivat harvinaisia, erityisesti somalialaisnuorilla. Vain noin 3 % pojista raportoi tupakoivansa. Kurditaustaisista nuorista noin kymmenes kärsi vähintään lievistä masennusoireista, ja kurditaustaiset pojat raportoivat kokeneensa varsin paljon väkivaltaa.

Ulkomailla syntyneille nuorille on havaittu kasautuvan useita terveyden ja hyvinvoinnin ongelmia suhteessa suomalaistaustaisiin tai Suomessa syntyneisiin ulkomaalaistaustaisiin nuoriin (10). He kokevat esimerkiksi terveytensä useammin heikommaksi, ja heillä esiintyy useammin ahdistusta, väsymystä ja päihteiden käyttöä. Heillä on vähemmän ystäviä, useammin rikkeitä ja kokemuksia koulukiusaamisesta, fyysisestä uhasta ja väkivallasta. He myös kokevat useammin vaikeuksia päästä kouluterveydenhoitajan tai koulukuraattorin vastaanotolle, ja heillä on puutteita avunsaannissa opiskeluun. Syventävää tutkimusta tarvitaan näiden sukupuolvisuuserojen taustalla olevien syiden ja mekanismien selvittämiseksi, ja tarvittavien terveyden edistämistoimien suunnittelu vaatii vielä tarkempaa tutkimusta esimerkiksi taustamaiden mukaan.

## Kulttuuriset erot terveydessä, terveyspalveluihin suhtautumisessa ja terveyden edistämisessä

Kulttuuri ja uskonto vaikuttavat yksilöiden terveyskäsitteisiin sekä siihen, mistä he uskovat sairauksien johtuvan, miten he kokevat ja ilmentävät fyysisiä ja psyykkisiä oireitaan sekä miten he suhtautuvat niiden hoitoon tai uskovat niiden paranevan, eivätkä nämä erilaiset kulttuurisidonnaiset lähestymistavat ole aina yhteneviä länsimaisten lähestymistapojen kanssa (35–38). Esimerkiksi arabialais- ja somalialaistaustaiset saattavat nähdä terveysongelmat jumalan rangaistuksena ja parantumisen jumalan armona. He saattavat turvautua sairastuessaan ensisijaisesti perinteisiin rituaaleihin ja lääkkeisiin sekä kansanparantajiin, ja hakeutuvat terveyspalveluihin usein vasta ollessaan todella sairaita.

Länsimaalaisille terveyspalveluille on ominaista niiden pohjautuminen yksilön itsemääräämisoikeutta ja vapautta korostavaan länsimaalaiseen arvopohjaan ja oletus potilaiden itsenäisestä ja tietoisesta hakeutumisesta ja suostumisesta hoitoon (39). Monissa kulttuureissa arvopohja perustuu kuitenkin esimerkiksi kollektivisille, jolloin koko ryhmän etu on yksilön etujen edellä myös terveyskysymyksissä, ja esimerkiksi naisten, lasten ja nuorten itsemääräämisoikeus voi olla rajoittuneempaa kuin länsimaissa. Kulttuurin lisäksi terveyspalveluiden käyttöön vaikuttavat ikä, koulutus ja aiemman kotimaan terveyspalvelujärjestelmä. Myös kielitaito ja saatavilla oleva laadukas tulkkaus vaikuttavat siihen, miten potilas voi nimetä ja kuvailla oireitaan (17).

Etnisiin vähemmistöihin kohdennettujen terveyden edistämishankkeiden arviointitutkimus on toistaiseksi ollut vähäistä ja kohdentunut pääasiassa afroamerikkalaisiin yhteisöihin (40,41,42). Onnistuneiden terveyden edistämishankkeiden tärkeimpiä edellytyksiä ovat muun muassa käytännöt, joissa lähtökohtana on ollut yhteisön osallistaminen hanketoimien ja materiaalien muokkaamiseen omalle ryhmälle soveltuvaksi (TAULUKKO 4). Pelkkä materiaalien kääntäminen eri kielille on todettu riittämättömäksi. Tärkeää on, että ihmiset voi-

**TAULUKKO 4.** Ulkomaalaistaustaisille kohdennettu terveyden edistäminen (40,41,42).

Miten kohdennetaan?	Esimerkki
Tutkimusnäyttö kohderyhmän terveydentilasta	Hyödynnetään tietoa eri ulkomaalaistaustaisten ryhmien keskeisimmistä terveysongelmista, riskitekijöistä ja suojaavista tekijöistä: kohdennetaan terveyden edistämistoimet näistä keskeisimpiin. Taustamaaryhmän lisäksi huomioidaan sukupuolten, eri uskonnollisten ryhmien, sosioekonomisten ryhmien, ikäryhmien ja sukupolvien väliset erot (moninaisuus myös tietyn ryhmän keskuudessa). Otetaan huomioon terveysongelmien ja elämäntilanteen kokonaisuus, esimerkiksi miten syrjintä- tai traumakokemukset tai mielenterveysoireilu vaikuttavat voimavaroihin toteuttaa muutoksia elintavoissa.
Yhdessä työskentely	Yhteisöllisyys, elintapamuutostavoitteiden asettamisessa yksilöllisten hyötyjen lisäksi tuodaan esiin perheiden ja yhteisöjen edut. Yhteisöjen johtajien (arvostetut henkilöt) ja muiden yhteisön jäsenten osallisuus terveyden edistämishankkeen suunnittelussa, tiedottamisessa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Yhteistyö ulkomaalaistaustaisten tai kohderyhmän omien järjestöjen ja verkostojen kanssa.
Toimijat	Hanketoimijoissa tai hankehenkilöstössä mukana ulkomaalaistaustaisia henkilöitä. Vertaistoimijuus ja roolimallit hankkeessa (kohderyhmän kanssa sama syntyperä, ikäryhmä, sukupuoli). Hankkeen johto- ja ohjausryhmässä ulkomaalaistaustaisten tai kohderyhmän edustus.
Materiaalit	Tietoa omaan terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä elimistön toiminnasta ryhmille, jotka eivät ole saaneet tällaista tietoa koulussa (ei vastinetta terveystiedon opetukselle). Terveysneuvontamateriaali omalla kielellä ja sellaisessa muodossa, joka koetaan yksilölle itselleen ja kulttuuriin soveltuvaksi. Kuvissa erilaisia ihmisiä, kohderyhmän kulttuuriin viittaavia esineitä, ruokia, esimerkiksi reseptikirjat kohderyhmälle tutuista ruoka-aineista. Tarvittaessa selkokielimateriaalit ja kuvamateriaalia enemmän kuin tekstiä kohderyhmille, joissa koulutustaso on alhainen. Ulkomaalaistaustaiset tai kohderyhmän edustajat mukana tuottamassa ja arvioimassa materiaaleja.
Paikka ja tila	Toimitaan siellä, missä kohderyhmä muutenkin liikkuu niin, että toiminta on näkyvää arjen tilanteissa, maahanmuuttajien kohtaamispaikoilla, yhteispalvelupisteissä, uskollisen yhteisön tilaisuuksissa ja niin edelleen.
Viestintä	Kohderyhmän omat aikakauslehdet, TV- ja radio-ohjelmat, sosiaalisen median kanavat ym. Viestit muotoiltu kulttuurisia ja sosiaalisia normeja vastaaviksi.

vat kokea materiaalit itselleen kohdennetuiksi (esimerkiksi kuvissa omaan väestöryhmään kuuluvia ihmisiä tai ravitsemusneuvontamateriaaleissa omaan ruokakulttuuriin kuuluvia annosmalleja) ja että ydinviestit on muokattu mahdollisimman selkokielisiksi.

Kehittämistoimia ei tule kohdentaa vain yksilöneuvontaan, vaan on myös huomioitava perheen ja yhteisöjen merkitys sekä muu sosiaalinen ja fyysinen ympäristö. Joidenkin ulkomaalaistaustaisten tietoisuus siitä, miten oma elimistö toimii ja miten omilla valinnoilla voi vaikuttaa terveyteen voi olla vähäistä. Pelkkä tiedon jakaminen voi kuitenkin jopa kasvat-

taa terveyseroja, jos tieto saavuttaa parhaiten ne, jotka muutenkin huolehtivat terveydestään. Terveyttä edistävien valintojen mahdollistaminen (esimerkiksi liikuntamahdollisuuksia lisäävät ympäristöt ja kulttuurisesti hyväksyttävät liikuntapaikat) on tärkeää.

## Lopuksi

Suomen ulkomaalaistaustaisten väestöryhmien terveyden edistämistarpeet voivat olla hyvin erilaisia sekä keskenään että kantaväestöön nähden. Myös sukupuolten väliset erot ovat suuria. Erot tulisi ottaa entistä paremmin

huomioon kaikessa terveyden edistämässä: terveystarkastuksissa ja erilaisten palvelujen suunnittelussa ja tarjonnassa. Tämä edellyttää palvelujen kehittämistä, ammattihenkilöstön kulttuurista osaamista, maahanmuuttajien riittävää tiedon saantia terveydentilastaan, terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja uuden kotimaan palvelujärjestelmästä, yhteisölähtöisiä terveyden edistämistoimia, sekä terveyden edistämisen huomioimista kotoittamistoimissa.

Ammattihenkilöstön tulisi pohtia työtään monikulttuurisuuden näkökulmasta, sillä asenteet ja ennakkokäsitykset korostuvat työs-

kenneltäessä eri kulttuuritaustaisten ihmisten kanssa (37,43). Kiinnostus vieraasta kulttuurista tulevaa ihmistä kohtaan lisää ymmärrystä ja muuttaa omia asenteita ja antaa uusia näkökulmia. Lisäksi kärsivällisyys ja kyky kestää epävarmuutta ovat tarpeen. Maahanmuuttajien terveystarpeiden tarjoamisen hyvät käytännöt liittyvät juuri kulttuurisensitiivisyyteen ja -tietoisuuteen, kielitaitoon, tulkkaukseen ja viestintään sekä hallinnollisiin ja saatavuuteen liittyviin kysymyksiin (44). Johdolla on suuri merkitys työntekijöiden tukemisessa ja riittävien resurssien tarjoamisessa. ■

**ANU E. CASTANEDA, PsT, VTM, tutkimuspäällikkö**  
**HANNAMARIA KUUSIO, FT, erikoistutkija**  
**NATALIA SKOGBERG, TtM, tutkija**  
**KAROLINA TUOMISTO, LL, MSc, asiantuntijalääkäri**  
**SINIKKA KYTÖ, FM, erikoissuunnittelija**  
**EMMI SALMIVUORI, YtK, korkeakouluharjoittelija**  
**SATU JOKELA, TtM, projektikoordinaattori**  
**JOHANNA MÄKI-OPAS, TtM, projektipäällikkö**  
**TIINA LAATIKAINEN, LT, professori**  
**PÄIVIKKI KOPONEN, TtT, tutkimuspäällikkö**  
THL

#### **SIDONNAISUUDET**

**Anu E. Castaneda:** Apuraha (Suomen kulttuurirahasto), luentopalkkio (Lilly Finland, Tilastokeskus)  
**Hannamaria Kuusio:** Apuraha (Suomen Akatemia, Työsuojelurahasto ja Kansanterveyden tutkijakoulu)  
**Natalia Skogberg:** Luentopalkkio (Farmasian oppimiskeskus, Duodecim), matkakorvaus (Helsingin yliopisto, Sosiaalilääketieteen yhdistys)  
**Karolina Tuomisto:** Ei sidonnaisuuksia  
**Sinikka Kytö:** Ei sidonnaisuuksia  
**Emmi Salmivuori:** Ei sidonnaisuuksia  
**Satu Jokela:** Ei sidonnaisuuksia  
**Johanna Mäki-Opas:** Ei sidonnaisuuksia  
**Tiina Laatikainen:** Ei sidonnaisuuksia  
**Päivikki Koponen:** Ei sidonnaisuuksia

#### **SUMMARY**

##### **Health promotion among the population of foreign origin in Finland involves special issues**

The population of foreign origin in Finland is a heterogenic group, diverse for example with respect to reasons for and age at migration. While migration to Finland is a recent phenomenon, the size of the population of foreign origin has grown rapidly and will continue to increase. Changes in the population structure need to be taken into account in health promotion. For example lifestyle, health status, functional capacity, mental health, infectious diseases and reproductive health differ in foreign origin population compared with the general Finnish population. These differences may provide opportunities but also create challenges for service provision and health promotion planning.



## KIRJALLISUUTTA

1. Väestö kansalaisuuden, syntymämaan, kielen ja syntyperän mukaan 1990–2015 (ryhminen limittäisyys) [verkko-tietokanta]. Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat. [http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Maahanmuuttajat\\_ ja\\_kotoutuminen/ Maahanmuuttajat\\_ ja\\_kotoutuminen/005\\_kaikki.px/?rxid=538abb0b-618f-44ae-b1e7-322db7a0fa62](http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Maahanmuuttajat_ ja_kotoutuminen/ Maahanmuuttajat_ ja_kotoutuminen_ Maahanmuuttajat_ ja_kotoutuminen/005_kaikki.px/?rxid=538abb0b-618f-44ae-b1e7-322db7a0fa62).
2. Turvapaikka- ja pakolaistilastot [verkko-tietokanta]. Maahanmuuttovirasto. [www.migri.fi/tietoa\\_virastosta/tilastot/turvapaikka- ja\\_pakolaistilastot](http://www.migri.fi/tietoa_virastosta/tilastot/turvapaikka- ja_pakolaistilastot).
3. Sutela H, Larja L. Maahanmuuton syyt. Kirjassa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U, toim. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus 2015, s. 15–26.
4. Nieminen T, Sutela H, Hannula U, toim. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus 2015.
5. Castaneda AE, Skogberg N, Manderbacka K, ym. Suomen ulkomaalaistaustaisella väestöllä on terveys sosiologisia erityispiirteitä. Kirjassa: Karvonen S, Kestilä L, Mäki-Opas T, toim. Terveys sosiologian linjoja: terveys ja sairaus 2020-luvulla [painossa].
6. Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot: venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamläisten elämää Suomessa 2002. Helsinki: Tilastokeskus 2003.
7. Castaneda AE, Rask S, Koponen P, ym, toim. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 61/2012.
8. Menetelmäseloste: ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus (UTH) 2014. Tilastokeskus 2015. <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/menetelmase-loste.html>.
9. Wikström K, Haikkola L, Laatikainen T, toim. Maahanmuuttajataustaisten nuorten terveys ja hyvinvointi – tutkimus pääkaupunkiseudun somali- ja kurditaustaisista nuorista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 17/2014.
10. Matikka A, Luopa P, Kivimäki H, ym. Maahanmuuttajataustaisten 8. ja 9.-luokkalaisten hyvinvointi: kouluterveyskysely 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 26/2014.
11. Skogberg N, Laatikainen T, Koskinen S, ym. Cardiovascular risk factors among Russian, Somali and Kurdish migrants in comparison with the general Finnish population. Eur J Public Health 2016;26: 667–73.
12. Koponen P, Jokela S, Skogberg N, ym. Terveys. Kirjassa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U, toim. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus 2015, s. 151–62.
13. Laatikainen T, Solovieva N, Lundqvist A, Vartiainen E. Lihavuus. Julkaisussa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, ym, toim. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 61/2012, s. 91–5.
14. Laatikainen T, Wikström K, Skogberg N, ym. Maahanmuuttajien kansanterveys-ongelmat. Suom Lääkäril 2016;71:877–83.
15. Rask S, Sainio P, Castaneda AE, ym. The ethnic gap in mobility: a comparison of Russian, Somali and Kurdish origin migrants and the general Finnish population. BMC Public Health 2016;16:340.
16. Koponen P, Skogberg N, Suominen L, ym. Elintavat. Kirjassa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U, toim. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus 2015, s. 141–50.
17. Koponen P, Rask S, Skogberg N, ym. Suomessa vakituisesti asuvat maahanmuuttajat käyttävät vaihtelevasti terveyspalveluja. Suom Lääkäril 2016;71:907–14.
18. Kuusio H, Nykänen E, Rask S, ym. Maahanmuuttajien oikeus terveyspalveluihin ja terveyspalvelujen käyttö. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [painossa].
19. Jaakola S, Lyytikäinen O, Huusko S, ym, toim. Tartuntataudit Suomessa 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 11/2015.
20. Jaakola S, Lyytikäinen O, Rimhanen-Finne R, ym, toim. Tartuntataudit Suomessa 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 10/2016.
21. Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:21.
22. Turvapaikanhakijoiden infektioiden ehkäisy ja rokotukset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016 [päivitetty 23.2.2016]. [www.thl.fi/en/web/infektiaudit/taudit- ja-mikrobit/erityisyryhmittain/turvapaikanhakijoiden-infektioiden-ehkaisy- ja-rokotukset](http://www.thl.fi/en/web/infektiaudit/taudit- ja-mikrobit/erityisyryhmittain/turvapaikanhakijoiden-infektioiden-ehkaisy- ja-rokotukset).
23. Kainulainen K, Pekkanen E, Turtiainen P, toim. Matkailijan terveysopas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016. [www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_teos=mat](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=mat).
24. Klemetti R, Rauusi-Lehto E, Edistä, ehkäise, vaikut – seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen opas 33/2014.
25. Castaneda A, Larja L, Nieminen T, ym. Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus – ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014 (UTH). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 18/2015.
26. Koponen P, Klemetti R, Surcel HM, ym. Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys. Julkaisussa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, ym, toim. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 61/2012, s. 134–40.
27. Rask S, Suvisaari J, Koskinen S, ym. The ethnic gap in mental health: a population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. Scand J Public Health 2016;44:281–90.
28. Pakolaisten mielenterveystoimien valtakunnallinen kehittämishanke (PALOMA). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [www.thl.fi/paloma](http://www.thl.fi/paloma).
29. Koponen P, Manderbacka K, Jokela S, ym. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja käyttö. Kirjassa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U, toim. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus 2015, s. 171–84.
30. Castaneda AE, Junna L, Lilja E, ym. The prevalence of potentially traumatic pre-migration experiences: a population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. J Trauma Stress Disord Treat [painossa].
31. Castaneda AE, Rask S, Koponen P, ym. The association between discrimination and psychological well-being: a population-based study of Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland. Psychol Dev Soc J 2015;27:270–92.
32. Rask S, Paavonen AM, Lilja E, ym. Primaariperheestä eroaallo on yhteydessä somalialais- ja kurditaustaisten maahanmuuttaja-aikeisten hyvinvointiin ja kotoutumiseen Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 2016;81:273–87.
33. Mölsä M, Kuittinen S, Tiilikainen M, ym. Mental health among older refugees: the role of trauma, discrimination, and religiousness. Aging Ment Health 2016;1–9.
34. Castaneda A, Kauppinen TM. Elämäntaatu. Kirjassa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U, toim. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus 2015, s. 185–90.
35. Bettmann JE, Penney D, Clarkson Freeman P, Lacey N. Somali refugees' perceptions of mental illness. Soc Work Health Care 2015;54:738–57.
36. Carroll J, Epstein R, Fiscella K, ym. Knowledge and beliefs about health promotion and preventive health care among Somali women in the United States. Health Care Women Int 2007;28:360–80.
37. Halla T. Psykkisesti sairastuneet maahanmuuttajat. Duodecim 2007;123:469–75.
38. Shah SM, Ayash C, Pharaon NA, Ganym FM. Arab American immigrants in New York: health care and cancer knowledge, attitudes, and beliefs. J Immigr Minor Health 2008;10:429–36.
39. Ellis BH, Kia-Keating M, Yusuf SA, ym. Ethical research in refugee communities and the use of community participatory methods. Transcult Psychiatry 2007;44:459–81.
40. Davidson EM, Liu JJ, Bhopal R, ym. Behavior change interventions to improve the health of racial and ethnic minority populations: a tool kit of adaptation approaches. Milbank Q 2013;91:811–51.
41. Liu JJ, Davidson E, Bhopal R, ym. Adapting health promotion interventions to meet the needs of ethnic minority groups: mixed-methods evidence synthesis. Health Technol Assess 2012;16:1–469.
42. Liu JJ, Davidson E, Bhopal R, ym. Adapting health promotion interventions for ethnic minority groups: a qualitative study. Health Promot Int 2016;31:325–34.
43. Oroza V. Maahanmuuttaja yleislääkärin vastaanotolla. Duodecim 2007;123:441–7.
44. Stankunas M, Soares J, Sandhu S, ym. Components for “good practice” in healthcare for immigrants: comparison of opinions from Swedish and Lithuanian experts. Mid Swed J Public Health 2016;1.