

Laura Madanat-Harjuoja, Heli Salmi, Päivi Luukkainen ja Minna Kaila

Maahanmuuttajalapset terveydenhuollossa – monta taustaa, yhteinen terveys

Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen syyskuussa 2016 julkaisemassa kannanotossa painotetaan, että jokaisen kunnan tulisi varmistaa turvapaikanhakijalasten terveydenhuollon toteutuminen ja että kaikkia lapsia tulee terveydenhuollossa kohdella yhdenvertaisesti ja erottelematta (1). On johdonmukaista laajentaa sama periaate koskemaan koko maahanmuuttajalapsiväestöä, joten tarvitsemme tutkimustietoa kaikkien maahanmuuttajalasten terveystarpeista ja hoidon saavutettavuudesta.

Tilastokeskuksen tietojen mukaan vuonna 2016 Suomessa asui 74082 alaikäistä maahanmuuttajaa. Luku on suurentunut, sillä vuonna 2015 Suomeen saapui yhteensä 32476 turvapaikanhakijaa, joista lähes joka neljäs (7634) oli alle 18-vuotias (2). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on selvittänyt maahanmuuttajien terveyttä ja turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon toteutumista kyselytutkimuksin (2,3). Jälkimmäistä on mitattu arvioimalla tehtyjen alkuterveystarkastusten, seulontatutkimusten, annettujen rokotusten sekä lastenneuvola-, äitiysneuvola- ja kouluterveydenhuollon palveluita saaneiden määriä. Ehkäisevän terveydenhuollon, kuten neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon, toteutumisessa oli huomattavia puutteita (2). Joissakin vastaanottokeskuksissa asuvat lapset olivat täysin ilman neuvolapalveluja. Kouluterveydenhuollon tilanne oli vielä huonompi: jopa neljäsosa vastaanottokeskuksesta raportoi, etteivät kouluikäiset turvapaikkaa hakevat lapset päässeet lainmukaiseen kouluterveydenhuoltoon (2).

Suurin osa maahanmuuttajien terveystarpeita selvittävistä tutkimuksista keskittyy aikuisväestöön (4). Erityisesti lasten terveyden osalta tiedetään, että maahanmuuttajalasten rokotuskattavuus on jopa 50 % länsimaista kantaväestöä huonompi, eikä ehkäisevä terveydenhuolto muutoinkaan toteudu (5). Norjalaisessa kansallisiin rekistereihin pohjautuvassa tutkimuksessa osoitettiin, että maahanmuuttajalapsilla oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän avoterveydenhuollon käyntejä (4). Lapset ovat alttiimpia muuttamiseen liittyvien traumaattisten kokemusten aiheuttamille psyykkisille ja fyysisille haitoille (6). Suomen rekisteriaineistoihin perustuvassa tutkimuksessa onkin osoitettu, että maahanmuuttajalasten riski saada tarkkaavuushäiriön ja autismikirjon häiriöiden diagnooseja on kantaväestöön verrattuna suurentunut (7,8).

Kehittyneissä maissa tehtyjen selvitysten perusteella maahanmuuttajien sairastavuus vaihtelee vastaanottavan maan ja lähtömaan mukaan melko paljon (9). ”Terve maahanmuuttaja” -käsitteellä tarkoitetaan sitä, että maahanmuuttajiksi todennäköisimmin valikoituu lähtömaan tervein ja toimintakykyisin väestö (9). Käsitettä on viime aikoina joissain yhteyksissä myös kyseenalaistettu (10). Maahanmuuttaja- ja kantaväestön terveystarpeet poikkeavat usein toisistaan myös erilaisen ikärakenteen takia (11). Länsimaihin muuttanut väestö on yleensä kantaväestöä nuorempaa, ja maahanmuuttajaväestössä lapsiluku on suurempi.



Maahanmuuttajien terveyteen ja terveyspalvelujen tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä tunnetaan huonommin. Esimerkiksi maassa oleskelun keston, maahanmuuton syyn tai koulutustason yhteyttä terveyskäyttäytymiseen ei ole päästy kattavasti arvioimaan Suomen oloissa. Mielenkiintoista on, että maahanmuuttajat käyttävät ehkäiseviä terveyspalveluita kantaväestöä vähemmän, ja siksi toteutuneet käynnit ovat päivystyspainotteisia ja tällöin kalliimpia kuin kantaväestön käynnit (11,12). Tällaisissa terveyskäyttäytymisen eroissa on todennäköisesti kyse paitsi erilaisista terveystarpeista, myös hyvin monitekijäisistä terveydenhuollon saatavuuteen ja varsinkin saavutettavuuteen liittyvistä seikoista (11).

Terveystarpeiden arviointi on olennaista sekä terveyspalveluiden suunnittelussa että kustannusten arvioinnissa. Samalla tulee kerätä tietoa siitä, miten terveyspalvelut tavoittavat väestön eri osia ja miten niitä kannattaisi tulevaisuudessa suunnitella. Lapsiväestön kannalta olisi tärkeää arvioida erityisesti ehkäisevää terveydenhuoltoa, esimerkiksi rokotuskattavuutta ja äitiys- ja lastenneuvolakäyntejä. Kyse ei ole niinkään erillispalveluiden järjestämisestä maahanmuuttajille ryhmänä, vaan nykyisten terveyspalveluiden optimoinnista siten, että ne tavoittaisivat mahdollisimman monet mahdollisimman hyvin ja mahdollisimman oikeaan aikaan.



LAURA MADANAT-HARJUOJA, dosentti, erikoislääkäri
HYKS, Lastenlinnikka

HELI SALMI, LT, erikoislääkäri

PÄIVI LUUKKAINEN, dosentti, erikoislääkäri
HYKS, Lastenlinnikka

MINNA KAILA, professori, erikoislääkäri
Helsingin yliopisto

Maahanmuuttajat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä (11). Maahanmuuttajuus kytkeytyy läheisesti laajempaan kysymykseen sosioekonomiseen asemaan liittyvistä terveys- ja terveyskäyttäytymisen eroista, joiden tiedetään Suomessa jo olevan huomattavasti luultua suurempia (13). Kun terveyden- ja sosiaalihuollon rakenteet uudistuvat, väestörakenne muuttuu ja maahanmuutto lisääntyy, terveyserojen kaventamiseen on tarpeen kiinnittää erityistä huomiota. Sosioekonomiseen asemaan liittyvät terveyserot onkin nostettu myös kansainvälisesti pediatrian tutkimuksen keskiöön, ja on tunnistettu, että erityisesti maahanmuuttajalapsiin liittyy tutkimusta ja siihen kohdennettua rahoitusta tarvitaan (14,15).

Kansainvälistyvässä Suomessa on kyettävä varmistamaan, ettei maahanmuuton lisääntyminen johda samalla väestöryhmien terveyserojen suurenemiseen. Tuleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus haastaa kaikki alan toimijat pohtimaan eri väestöryhmien terveydenhuollon tarpeita ja kustannuksia sekä välineitä terveyspalvelujen kohdentamisen parantamiseksi. Jotta haasteisiin voidaan vastata ja tehdä näyttöön perustuvia päätöksiä, tarvitaan tutkimustietoa. Onneksi Suomessa on laadukkaiden kansallisten rekisteriemme ansiosta keinot sen hankkimiseen. ■

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

KIRJALLISUUTTA

1. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Turvapaikanhakijalapsille. Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry 27.9.2016.
2. Helve O, Tuomisto K, Tiittala P, ym. Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon toteutuminen 2015–16: raportti kyselystä vastaanottokeskuksille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 19/2016.
3. Castaneda AE, Rask S, Koponen P, ym, toim. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 61/2012.
4. Fadnes LT, Moen KA, Diaz E. Primary healthcare usage and morbidity among immigrant children compared with non-immigrant children: a population-based study in Norway. *BMJ Open* 2016;6. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012101.
5. Ferrara P, Zenzeri L, Fabrizio GC, ym. Second-generation immigrant children: health prevention for a new population in terms of vaccination coverage and health assessment. *Minerva Pediatr* 2016;68:121–6.
6. MacKenzie MJ, Bosk E, Zeanah CH. Separating families at the border – consequences for children’s health and well-being. *N Engl J Med* 2017;376:2314–5.
7. Lehti V, Chudal R, Suominen A, ym. Association between immigrant background and ADHD: a nationwide population-based case-control study. *J Child Psychol Psychiatry* 2016;57:967–75.
8. Lehti V, Hinkka-Yli-Salomäki S, Cheslack-Postava K, ym. The risk of childhood autism among second-generation migrants in Finland: a case-control study. *BMC Pediatr* 2013;13:171.
9. Moullan Y, Jusot F. Why is the ‘healthy immigrant effect’ different between European countries? *Eur J Public Health* 2014;24(Suppl 1):80–6.
10. Constant AF, Garcia-Munoz T, Neuman S, ym. A “healthy immigrant effect” or a “sick immigrant effect”? Selection and policies matter. *Eur J Health Econ* 2017. DOI: 10.1007/s10198-017-0870-1.
11. Castaneda AE, Kuusio H, Skogberg N, ym. Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämiseen liittyviä erityiskysymyksiä. *Duodecim* 2017;133:993–1001.
12. Mohanty SA, Woolhandler S, Himmelstein DU, ym. Health care expenditures of immigrants in the United States: a nationally representative analysis. *Am J Public Health* 2005;95:1431–8.
13. McCallum AK, Manderbacka K, Arffman M, ym. Socioeconomic differences in mortality amenable to health care among Finnish adults 1992–2003: 12 year follow up using individual level linked population register data. *BMC Health Serv Res* 2013;13:3.
14. Cheng TL, Goodman E, Committee on Pediatric Research. Race, ethnicity, and socioeconomic status in research on child health. *Pediatrics* 2015;135:e225–37.
15. Renzaho A, Polonsky M, Mellor D, ym. Addressing migration-related social and health inequalities in Australia: call for research funding priorities to recognise the needs of migrant populations. *Aus Health Rev* 2016;40:3–10.