

PÄIVIKKI KOPONEN
TtT, tutkimuspäällikkö
THL, Terveysosasto
paivikki.koponen@thl.fi

SHADIA RASK
tutkija
THL, Hyvinvointiosasto

NATALIA SKOGBERG
tutkija
THL, Hyvinvointiosasto

ANU CASTANEDA
tutkimuspäällikkö
THL, Hyvinvointiosasto

KRISTIINA MANDERBACKA
tutkimuspäällikkö
THL, Järjestelmät-osasto

JAANA SUVISAARI
tutkimusprofessori
THL, Terveysosasto

HANNAMARIA KUUSIO
erikoistutkija
THL, Hyvinvointiosasto

TIINA LAATIKAINEN
professori
Itä-Suomen yliopisto ja THL

ILMO KESKIMÄKI
tutkimusprofessori
THL, Järjestelmät-osasto

SEPPO KOSKINEN
tutkimusprofessori
THL, Terveysosasto

Suomessa vakituisesti asuvat maahanmuuttajat käyttävät vaihtelevasti terveyspalveluja

- Maahanmuuttajien terveyspalvelujen tarpeeseen ja käyttöön vaikuttavat terveydentilan ja sosioekonomisen aseman ohella mm. maahanmuuton syyt, kielitaito, aiemmat traumakokemukset sekä kotoutumiseen liittyvät vaikeudet.
- Palvelujen käytössä on merkittäviä eroja eri maahanmuuttajaryhmien välillä sekä verrattuna koko väestöön.
- Maahanmuuttajien saaman palvelun laatu rakentuu mm. hoidon jatkuvuudesta ja yksilöllisyydestä sekä tarvittaessa moniammatillisesta yhteistyöstä ja pidemmistä vastaanottoajoista, joita esim. tulkkaus edellyttää.
- Maahanmuuttajat osallistuvat terveystarkastuksiin ja erityisesti syöpäseulontoihin harvemmin kuin koko väestö. Mielenterveys- ja kuntoutuspalveluja ei myöskään käytetä tarpeeksi.

Suomen koko väestöstä oli vuoden 2013 lopussa 5,5 prosenttia ulkomaalaistaustaisia (1). Heistä 59 % oli eurooppalais-, 24 % aasialais- ja 12 % afrikkalaistaustaisia. Kolmannes ulkomaalaistaustaisista oli Suomen kansalaisia. Suomeen tultiin useammin työn, opiskelun tai perhesiteiden vuoksi kuin pakolaisina tai turvapaikan hakijoina (1). Muissa Euroopan maissa, joissa maahanmuutto on ollut laajempaa, on maahanmuuttajien terveyspalvelututkimuksella pidemmät perinteet (2).

Palvelujen käyttöön vaikuttavat tekijät

Valtiontalouden tarkastusviraston arvioissa vuonna 2014 todettiin, ettei maahanmuuttajien sosiaali- ja terveyspalvelutarpeisiin ole vastattu riittävästi ja palveluissa on suuria eroja yksiköiden ja kuntien välillä (3). Erityisesti mielenterveysongelmien hoidossa ja tulkkien käytössä,

kyisessä kotimaassa. Lisäksi vaikuttavat ikä muuttohetkellä, muuton syyt sekä maahanmuuttajan sosiaaliset suhteet ja niissä tapahtuneet muutokset. Muita tekijöitä ovat traumakokemukset sekä maahanmuuttoon ja kotoutumiseen liittyvät vaikeudet (2,4,5,6,7,8,9,10). Eri-laiset kulttuuriset käsitykset, saatu koulutus sekä yleinen terveystieto vaikuttavat kykyyn ja tapaan tunnistaa sairauksia ja omaan terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Näiden lisäksi kielitaito sekä tulkkauksen saatavuus vaikuttavat siihen, miten potilas voi nimetä ja kuvailla oireitaan.

Hoitohenkilöstön asenteet, vuorovaikutustaidot ja kulttuurinen osaaminen vaikuttavat hoidon saatavuuteen ja toteutumiseen (7,11,12,13). Maahanmuuttajan kokemus ja henkilökunnan ammatillinen näkemys palvelun tarpeesta saattavat erota toisistaan (6). Lisäksi maahanmuuttajilla voi olla epärealistisia odotuksia mm. lääkärin mahdollisuudesta auttaa heitä myös muissa kuin terveyteen liittyvissä asioissa (9).

Maahanmuuttajanaiset ovat osallistuneet harvemmin syöpäseulontoihin kuin naiset koko väestössä (4). Useissa eurooppalaisissa tutkimuksissa on todettu, että maahanmuuttajat käyvät yleislääkärin vastaanotolla useammin kuin muu väestö. Joidenkin tutkimusten mukaan he käyvät päivystysvastaanotolla useammin ja toisten tutkimusten mukaan harvemmin (4,14). Vuodeosastohoitoja on ollut joko enemmän tai saman verran kuin muulla väestöllä. Kun sosioekonominen asema ja terveydentila

Maahanmuuttajalla saattaa olla erilainen käsitys palvelun tarpeesta kuin terveydenhuollon henkilökunnalla.

viranomaisten välisessä yhteistyössä sekä muiden kuin pakolaisina maahan tulleiden ohjauksessa ja neuvonnassa oli puutteita.

Maahanmuuttajien terveyspalvelujen tarpeeseen ja käyttöön vaikuttavat mm. aiemman kotimaan terveyspalvelujärjestelmä ja terveysvakuutusten kattavuus sekä aiemmassa että ny-

VERTAISARVIOITU 

KIRJALLISUUTTA

- 1 Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne, vuosikatsaus 2013. Helsinki: Tilastokeskus, viitattu 30.8.2015. www.stat.fi/til/vaerak/2013/02/vaerak_2013_02_2014-12-10_tie_001.fi.html.
- 2 Bhopal RS. Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies, 2. painos. USA: Oxford University Press 2014.
- 3 Tuloksellisuustarkastuskertomus – Kotouttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 3/2014.
- 4 Norredam M, Nielsen S, Krasnik A. Migrant's utilization of somatic healthcare services in Europe – systematic review. Eur J Publ Health 2009;20:555–63.
- 5 Halla T. Psykkisesti sairastuneiden maahanmuuttajien Duodecim 2007;123:465–75.
- 6 Oroza V. Maahanmuuttajien yleislääkärin vastaanotolla. Duodecim 2007;123:441–7.
- 7 Mölsä M, Tiilikainen M. Potilaana somali. Auttaako kulttuurinen tieto lääkärin työssä? Duodecim 2007;123:451–7.
- 8 Tiilikainen M. Somalialaiset maahanmuuttajat ja ylläpitäminen hoito. Sosiaalilääketiet Aikakausl 2008;45:74–87.
- 9 Priebe S, Sandhu S, Dias S ym. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health. 2011;11:187.
- 10 Buchert U, Vuorento M. Suomalaisen hyvinvointipalvelujen ammattilaisten näkemyksiä maahanmuuttajien ammatillisen ja mielenterveyskuntoutuksen haasteista ja ratkaisuista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2012:81.
- 11 Mladovsky P, Ingleby D, McKee M, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. Clin Med 2012;12:248–52.
- 12 Kerkkänen H, Säävälä M. Maahanmuuttajien psyykkistä hyvinvointia ja mielenterveyttä edistävät tekijät ja palvelut. Systemaattinen tutkimuskatsaus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 40/2015.
- 13 Sainioli-Rodriguez K. Transnationaalinen osaaminen – uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 172/2009.
- 14 Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. Lancet 2013;381:1235–45.
- 15 Mladovsky P, Rechel B, Ingleby D, McKee M. Responding to diversity: an exploratory study of migrant health policies in Europe. Health Policy 2012;105:1–9.

on vakioitu, väestöryhmien väliset erot ovat joissakin tutkimuksissa kaventuneet niin, ettei maahanmuuttajien terveyspalvelujen käyttö ole juurikaan eronnut muusta väestöstä (4).

Muissa Euroopan maissa tehtyjen tutkimusten tuloksia ei voi suoraan soveltaa suomalaisen tilanteeseen, koska sekä maahanmuuttajaryhmät että eri maiden palvelujärjestelmät eroavat toisistaan (11,12). Terveyspalvelujen hyvät käytännöt on koottu taulukkoon 1. Nämä ovat sekä yhdenvertaisuuden että potilasturvallisuuden kannalta tärkeitä. Kotoutumiseen liittyvien esteiden purkamista on pidetty tärkeänä terveyspolitiikan tavoitteena maahanmuuttajien osalta (9,11,15).

Eurooppalaisissa tutkimuksissa on todettu, että joillakin maahanmuuttajaryhmillä on heikompi terveys kuin muulla väestöllä. Tällä on yhteys heidän heikkoon sosioekonomiseen asemaansa, mikä vaikuttaa myös terveyspalvelujen käyttöön (2,4). Tutkimustulokset, joiden mukaan maahanmuuttajilla on keskimääräistä parempi terveys, selittyvät vapaaehtoisesti muuttaneiden valikoitumisella (terveet siirtolaiset) tai kulttuuriin kytkeytyvillä terveystottumuksilla (esimerkiksi päihteettömyys) (2).

Tilastokeskuksen vuonna 2002 toteuttamassa haastattelututkimuksessa (16) selvitettiin Venäjältä, Virosta, Somaliasta ja Vietnamista tulleiden maahanmuuttajien terveydentilaa, koulu-

TAULUKKO 1.

Hyviä käytäntöjä maahanmuuttajien terveyspalveluissa.

Tavoite	Käytännöt
Lisätään tietoa uuden kotimaan palveluista	Yhteisöihin kohdennettu viestintä Kotoutumispalveluissa tietoa terveyspalveluista Maahanmuuttajat mukaan palvelujen suunnitteluun (potilasjärjestöt, asiakasraadit yms.)
Tarpeita vastaavien palvelujen saatavuuden edistäminen	Maahanmuuttajataustainen henkilöstö voi helpottaa hoitoon hakeutumista Henkilöstön kulttuurisen tuntemuksen kehittäminen Stereotyyppien välttäminen ottaen huomioon yksilölliset tarpeet Kulttuuritulkki (intercultural mediators) tai kulttuurikonsulttien käyttö terveyspalveluissa Hoito myös niille, joilla ei ole sairausvakuutusta ja muille paperittomille Joustavuus ajanvarauksessa (esim. mahdollisuus varata tarvittaessa pidempi vastaanottoaika) Hoidon jatkuvuus luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamiseksi Monipuoliset palvelut yhdestä paikasta (yhden luukun periaate) Maahanmuuttajien erityistarpeet huomioivat tavanomaiset terveyspalvelut saattavat olla tehokkaampia kuin erillispalvelut Vapaaehtoisjärjestöjen ja määrärahkaisina hankkeina järjestettyjen palvelujen jatkuvuuden varmistaminen
Vuorovaikutuksen ja kielen ymmärtämisen varmistaminen	Pätevän tulkin käyttö vastaanottotilanteessa tai etätulkkaus
Terveyden edistäminen ja terveyslukuaitaidon vahvistaminen	Interventiot rakennetaan maahanmuuttajayhteisön edustajien kanssa Tietoa omaan terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä elimistön toiminnasta Terveysneuvontamateriaali omalla kielellä ja sellaisessa muodossa, joka koetaan yksilöllisesti ja kulttuuriin soveltuva
Kotoutumisen tukeminen	Tunnistetaan, hoidetaan ja (mikäli mahdollista) korjataan terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä esteitä työllistymiselle, opiskelulle ja kotoutumiselle (esim. traumat, vammat, pitkäaikaiset sairaudet) Yhteistyö kotoutumispalveluista sekä sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavien toimijoiden välillä
Asiantuntijuuden vahvistaminen maahanmuuttajien erityiskysymyksissä	Henkilöstölle konsultointimahdollisuus Valtakunnallinen/alueellinen osaamisen keskittäminen koulutuksen ja konsultointimahdollisuuksien järjestämiseksi Kansallinen ja kansainvälinen yhteistyö hyvien käytäntöjen jakamiseksi, interventioiden ja tavanomaisten palvelujen vaikuttavuuden arvioimiseksi

Somalialaistaustaiset naiset kävivät mammografiassa harvemmin kuin muiden tutkittujen ryhmien naiset.

- 16 Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M. Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamilaisten elämää Suomessa 2002. Elinolot 2003:1. Helsinki: Tilastokeskus 2003.
- 17 Gissler M, Malin M, Matveinen P. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Kirjassa: Gissler M, Malin M, Matveinen P, Sarvimäki M, Kangasharju A. Työpoliittinen tutkimus 296. Helsinki: Työministeriö 2006.
- 18 Keskimäki I, Nykänen E, Kuusio H. Paperittomien terveyspalvelut Suomessa. THL, Raportti 11/2014.
- 19 Pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektio-ongelmien ehkäisy. THL, STM:n julkaisuja 2009:21.
- 20 Castaneda A, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S, toim. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL, Raportti 61/2012.
- 21 Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa 2011. THL, Raportti 68/2012.
- 22 Niironen M, Sarkeala T, Anttila A, Nieminen P, Luostarinen T, Virtanen A. Miksi nainen ei osallistu kohdunkaulan syövän seulontaan? Suom Lääkäril 2014;69:3249–56.
- 23 Zibaei A. Cultural competence in health promotion and experienced by the Kurdish women in Finland. Siirtolaisuus Migration 2014;1:19–29.
- 24 Härköpää K, Vuorento M, Buchert U, Lehtikoinen T. Maahanmuuttajat Kelan kuntoutuspalveluissa. Kuntoutusta hakeneet, kuntoutuspäätökset ja myönnetty toimenpiteet. Kuntoutus 2012;35:13–29.
- 25 Härköpää K. Kokemuksia ja näkemyksiä maahanmuuttajien suomen kielen taidon huomioinnin ottamisesta kuntoutus- ja työllistymispalveluissa. Kelan työpapereita 67, Kelan tutkimusosasto, Helsinki 2014.
- 26 Razum O, Spallek J. Addressing health-related interventions to immigrants: migrant-specific or diversity-sensitive? Int J Public Health 2014;59:893–5.
- 27 Sandhu S, Bjerre NV, Dauvrin M ym. Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013;48:105–16.

tusta, työtä, asumista ja syrjäntäkokemuksia sekä terveyspalvelujen käyttöä. Vähiten lääkärin vastaanotolla kävivät venäläiset ja eniten somalialaiset. Maahanmuuttajat kävivät useimmiten terveyskeskuslääkärillä. Suurin osa oli tyytyväisiä saamaansa palveluun, venäläiset harvemmin kuin muut. Venäläiset ja virolaiset raportoivat olleensa viimeksi kuluneen kuuden kuukauden aikana sairaalan vuodeosastolla useammin kuin somalialaiset ja vietnamilaiset. Sairauksiinsa hoitoa tarvinneista venäläisistä 47 % ja muista ryhmistä 61–89 % katsoi saaneensa hoitoa riittävästi.

Gisslerin ym. (17) tutkimusaineistona oli vuosina 1989–2003 Suomeen muuttaneiden 15–64-vuotiaiden henkilöiden hoitotoimintatietoja, sairaaloiden hoitotoiminnan tuottavuusaineistoa ja 11 kunnan perusterveydenhuollon käyntiaineistoa. Maahanmuuttajilla oli 8 % vähemmän perusterveydenhuollon käyntejä ja jopa 27 % vähemmän erikoissairaanhoidon käyntejä kuin muulla väestöllä. Poikkeuksena olivat 15–29-vuotiaat maahanmuuttajanaiset, joilla oli enemmän sairaalahoitojaksoja ja poliklinikka-käyntejä, erityisesti raskauteen ja synnytykseen liittyen. Palveluja käyttivät eniten pakolaistaustaiset maahanmuuttajat.

Katsauksessa käytetyt tutkimustiedot

Tässä katsauksessa keskityimme vuosina 2007–2015 julkaistuun suomalaiseen tutkimustietoon työikäisten vakituisesti Suomessa asuvien maahanmuuttajien terveyspalvelujen käytöstä. Tällaiset henkilöt, joilla on Suomessa kotikunta, kuuluvat Kelan vakuutusturvan piiriin ja ovat oikeutettuja asuinkuntansa palveluihin. Pakolaisten, turvapaikanhakijoiden ja paperittomien henkilöiden erityiskysymykset (18), infektiotautien ehkäisyn ja hoidon (19), suun terveyden palvelut sekä lasten ja nuorten palvelut olemme rajanneet katsauksen ulkopuolelle.

Venäläis-, kurdi- ja somalialaistaustaisten terveyttä ja hyvinvointia sekä heidän terveyspalvelujen käyttöönsä on Suomessa kattavimmin selvitetty Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvoin-

titutkimuksessa (Maamu-tutkimus), joten käytämme sitä ensisijaisena lähteenä (20). Katsaus on täydennetty muilla tutkimuksilla, joita haettiin seuraavista lähteistä: Kelan julkaisut, Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, Suomen Lääkärilehti ja Duodecim sekä kotimainen lehtiartikkelitietokanta ARTO.

Maamu-tutkimuksessa oli kolme erilaista suurta maahanmuuttajaryhmää, venäläis-, kurdi- ja somalialaistaustaiset, jotka olivat asuneet Suomessa vähintään vuoden (20). Tutkimukseen osallistuneet olivat asuneet Suomessa keskimäärin 11–12 vuotta. Tiedot kerättiin vuosina 2010–2012 henkilökohtaisin haastatteluin ja terveystarkastuksin kuudessa suuressa kaupungissa. Osallistumisaktiivisuus vähintään yhteen tutkimuksen osaan oli 51–70 %.

Koko väestön vertailuaineistona käytettiin samanikäistä ja samoissa kaupungeissa asuvaa väestöä Terveys 2011 -tutkimuksesta, jossa osallistumisaktiivisuus oli 71 % (21). Maamu-tutkimusaineistona on täydennetty Tilastokeskuksen, Kelan ja THL:n ylläpitämistä rekistereistä saaduilla tiedoilla. Näistä tässä artikkelissa raportoidaan ensimmäisiä tuloksia sairaaloiden hoitoilmoitus- (HILMO) ja joukkotarkastusrekistereistä sekä kuntoutuksen ja lääkekorvausten osalta Kelan etuuksia koskevista rekisteriaineistoista. Maahanmuuttajaryhmistä poistettiin ne henkilöt, joilla oli tutkimusvuosien (2009–2012) aikana jaksoja, jolloin he olivat olleet Kelan vakuuttamistietojen perusteella pois Suomesta.

Enemmistöllä kurdi- ja somalialaistaustaisista miehistä maahanmuuton syy oli pakolaisuus tai turvapaikan hakeminen, naisilla myös perhesyyt olivat yleisiä. Venäläistaustaisilla on muita ryhmiä korkeampi koulutustaso, ja heistä merkittävä osa muutti Suomeen työn takia tai paluumuuttajina, ja he olivat muita useammin tutkimusajankohtana työllisiä.

Terveystarkastukset ja seulontatutkimukset

Maamu-tutkimuksessa (20) venäläistaustaiset olivat osallistuneet johonkin terveystarkastukseen viiden edeltävän vuoden aikana lähes yhtä usein kuin 18–64-vuotias suomalaisväestö, sen sijaan kurdi- ja somalialaistaustaiset harvemmin (taulukko 2). Naiset olivat käyneet terveystarkastuksissa useammin kuin miehet, mikä selittyy raskauden ehkäisyyn ja raskauden seurantaan liittyvillä terveystarkastuksilla. Somalialaistaustaiset naiset käyttivät vähemmän ras-

TAULUKKO 2.

Terveystarkastuksiin ja seulontatutkimuksiin viiden viime vuoden aikana osallistuneiden sekä lääkärin vastaanotolla (vähintään kerran) 12 viime kuukauden aikana käyneiden ikävakiointu osuus, %.

Lähde: Maamu-tutkimuksen haastattelut ja joukkotarkastusrekisteri.

	Venäläistaustaiset			Somaliaistaustaiset			Kurdiastaustaiset			Koko väestö		
	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹
Jokin terveystarkastus ²	68,4*	88,3	< 0,001	62,3*	57,0*	0,392	66,4*	75,2*	0,039	78,0	83,9	0,019
Näön tutkimus	71,3*	66,0*	0,258	64,7*	41,0*	< 0,001	68,3*	65,3*	0,469	80,9	84,7	0,156
Papakoe		73,4*			33,5*			56,4*			88,5*	
Papakoe, jt-rekisteri ³		62,1*			18,6*			65,4			69,3	
Mammografia		41,2*			22,9			44,7			45,1	
Mammografia, jt-rek. ³		80,7*			25,1*			69,1*			89,8	
Joku lääkäri	56,6	74,7	< 0,001	46,1*	58,4*	0,020	65,6	69,9	0,258	60,7	72,2	<0,001
Terveyskeskuslääkäri	35,3	47,8	0,013	47,1	57,1*	0,120	54,9*	63,2*	0,071	39,8	46,9	0,054
Sairaalan poliklinikka	8,3*	16,8*	0,010	5,8*	6,2*	0,900	28,9*	33,2	0,324	21,0	30,8	0,005
Työterveyslääkäri ⁴	35,5*	43,6*	0,237	22,1*	4,2*	0,089	22,8*	28,1*	0,433	56,7	53,7	0,423
Yksityislääkäri	9,1*	17,8*	0,016	3,7*	2,6*	0,623	9,6*	9,9*	0,093	30,1	39,0	0,017
Lääkärikäynti muualla kuin Suomessa	11,0	21,8	0,002	0,6	2,1	0,153	4,6	11,4	0,004	– ⁵	– ⁵	– ⁵

¹Ero sukupuolten välillä

²Sisältää seuraavat: ajokorttitarkastus, työterveyshuollon tai opiskeluterveydenhuollon terveystarkastus, työttömien tarkastus, tietyille ikäryhmille tehtävä tarkastus, naisilla myös raskauden ehkäisyyn sekä raskauteen, lapsen odotukseen tai synnytykseen liittyvä tarkastus, vastaanottokeksissä tehty ja/tai pakolaistaustaisille järjestetty terveystarkastus

³Joukkotarkastusrekisteri, vähintään yksi osallistumiskerta vuosina 2004–2012, kutsuttuna seulontaohjelman mukaan

⁴Osuus niistä, jotka työssä osa- tai kokopäiväisesti

⁵Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

*Merkitsevää ero verrattuna miehiin/naisiin koko väestössä, p < 0,05

28 Castaneda A, Larja L, Nieminen T ym. Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus – Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014 (UTH). Työpapaperi 18/2015. THL, Helsinki.

kauden ehkäisyä ja olivat harvemmin työelämässä (20), mikä selittänee sitä, että he olivat käyneet terveystarkastuksissa harvemmin kuin muut.

Näön tutkimuksessa olivat kaikki maahanmuuttajataustaiset ryhmät käyneet merkitsevästi harvemmin kuin koko vastaavan ikäinen väestö. Kohdunkaulan irtosolututkimuksissa kaikkien tutkittujen maahanmuuttajaryhmien naiset raportoivat käyneensä merkitsevästi harvemmin kuin tutkimuspaikkakuntien vastaavan ikäiset naiset. Somaliaistaustaiset naiset olivat käyneet muita ryhmiä harvemmin myös mammografiassa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana. Joukkotarkastusrekisteritiedoista saatiin samansuuntaisia tuloksia (taulukko 2). Itse raportoidut tiedot kattavat lyhyemmän ajanjakson, mutta myös muualla kuin joukkotarkastuksissa tehdyt tutkimukset.

Kohdunkaulan syövän seulontaan osallistumattomuuden syitä tutkittiin 30 kunnassa vuosina 2011–2012 (22). Naiset, joiden äidinkieli

on joku muu kuin suomi tai ruotsi, osallistuivat seulontaan heikoimmin (68 % vs. 80 %). Osallistumattomuuden synä mainittiin papakokeessa käyminen muualla, käytännön esteet, unohdukset ja raskaudet tai synnytykset, mutta myös se, etteivät vastaajat olleet mielestään saaneet seulontakutsua. Vieraskieliset olivat muita harvemmin käyneet seulontaohjelman ulkopuolisessa papakokeessa.

Zibaei (23) haastatteli laadullisessa tutkimuksessaan kurdiastaustaisia 30–52-vuotiaita naisia Helsingissä, Turussa ja Tampereella. Tulokset osoittivat, että kielivaikeuksiin sekä puutteellisiin tietoihin terveydestä, terveyden edistämisen merkityksestä ja suomalaisesta terveystalvelujärjestelmästä tulisi kiinnittää huomiota näiden naisten terveyden edistämiseksi.

Avosairaanhoito

Maamu-tutkimuksessa (20) lähes yhtä moni venäläis- ja kurdiastaustaisista kuin koko väestöstä kertoi käyneensä lääkärissä viimeksi kuluneen

vuoden aikana oman sairautensa hoidon takia (taulukko 2). Sen sijaan somalialaistaustaiset olivat käyneet lääkärissä viimeisen vuoden aikana harvemmin kuin muut ryhmät. Naisista merkitsevästi suurempi osuus kuin miehistä oli käynyt lääkärissä viimeksi kuluneen vuoden aikana kaikissa väestöryhmissä kurditaustaisia lukuun ottamatta (taulukko 2).

Somalialais- ja kurditaustaisista useampi kuin koko väestöstä oli käynyt terveyskeskus-

Huono kielitaito ja järjestelmän puutteet ovat esteitä palvelujen saamiselle ja niistä hyötymiselle.

lääkärin vastaanotolla vähintään kerran viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Lähes kaikista tutkituista maahanmuuttajaryhmistä sekä miehet että naiset olivat käyneet sairaalan poliklinikalla harvemmin kuin koko väestö. Kaikissa maahanmuuttajaryhmissä ansiotyötä tekevät olivat käyneet harvemmin työterveyslääkärin vastaanotolla kuin koko väestö. Venäläistaustaiset naiset olivat käyneet yksityislääkärin vastaanotolla useammin (18 %) kuin miehet (9 %), mikä selittyy gynekologikäynneillä. Somalialais- ja kurditaustaisilla yksityislääkärikäynnit olivat harvinaisempia kuin muilla ryhmillä.

Yli viidennes venäläistaustaisista naisista sekä 11 % venäläistaustaisista miehistä ja kurditaustaisista naisista kertoi hakeneensa lääkärin hoitoa ja apua jostain muusta maasta kuin Suomesta, somalialaistaustaisista vain 2 % (taulukko 2). Yleisimpiä venäläistaustaisten perusteluja entiseen kotimaahansa hoitoon hakeutumiselle olivat Suomessa koetut kieliongelmat sekä hoitoon pääsyn nopeus Venäjällä, halvempi hinta, paremmaksi koettu hoito, helpompi pääsy tutkimuksiin ja erikoislääkärille sekä lääkärin tuttuus.

Tiilikainen (8) kuvasi etnografisessa tutkimuksessaan tapausesimerkkien avulla somalialaistaustaisten hakeutumista hoitoon entiseen kotimaahansa tai johonkin muuhun maahan. Hoitoa oli haettu, kun oletettiin ongelmien liittyvän länsimaiseen elämäntapaan tai liittyen sairauksien syiden kulttuurisiin selitysmalleihin, joita ei aina haluttu tuoda esiin suomalais-

sille ammattilaisille. Lisäksi haettiin hoitoa parantajilta silloin kun potilaan omasta mielestä sopivaa hoitoa ja lääkitystä ei ollut saatu Suomesta tai muista länsimaista.

Erikoissairaanhoito ja lääkkeiden erityiskorvausoikeudet

Taulukossa 3 esitetään HILMO-tietoihin perustuvat väestöryhmittäiset tulokset erikoissairaanhoiton palvelujen käytöstä yleensä, erikoissairaanhoiton avohoitokäynneistä, päivystyskäynneistä ja vuodeosastohoitojaksoista sekä synnytyksistä Suomessa.

Koko väestöön verrattuna venäläistaustaiset käyttivät erikoissairaanhoiton palveluja vähemmän ja somalialais- sekä kurditaustaiset enemmän (taulukko 3). Erot olivat merkitseviä erityisesti somalialaistaustaisilla naisilla, joiden palvelujen käyttöä lisäävät synnytykset. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin sairaalan poliklinikakäynnit itse raportoituina (taulukko 2), mutta luvut eivät ole suoraan vertailukelpoisia eripituisten tarkastelujaksoista vuoksi. On myös mahdollista, että osa käynneistä esim. yhteispäivystyksessä on raportoitu sairaalan poliklinikakäynteinä, vaikka käynnit ovat toteutuneet terveyskeskustasoisina.

Kelan rekisteritietojen mukaan kaikilla tutkituilla maahanmuuttajaryhmillä oli merkitsevästi harvemmin oikeus erityiskorvattaviin lääkkeisiin vuosina 2009–2011 kuin koko väestöllä (taulukko 3). Tämä voi osittain selittyä sillä, että jotkin maahanmuuttajaryhmät sairastavat vähemmän (20) väestön yleisimpiä erityiskorvaukseen oikeuttavia sairauksia (verenpainetauti, diabetes tai keuhkoastma), mutta voi osittain liittyä myös puutteisiin sairauksien diagnosoinnissa ja erityiskorvausten anomisessa. Tämä vaatisi tarkempia, laajempiin rekisteriaineistoihin perustuvia tutkimuksia.

Kuntoutus ja fysioterapia

Maahanmuuttajien kuntoutukseen hakeutumista ja pääsemistä selvittäneessä tutkimuksessa (24) todettiin, että vuosina 2007–2009 työikäiset maahanmuuttajat hakivat muuta väestöä harvemmin kuntoutusta ja heille oli myös myönnetty Kelan rahoittamaa kuntoutusta harvemmin. Kuntoutuspalvelujen tarjoajien kokemina ongelmia olivat mm. yhteisen kielen puuttuminen ja kulttuurierot (25). Huono kielitaito ja palvelujärjestelmän puutteet olivat este palve-

SIDONNAISUUDET

Päivikki Koponen, Shadia Rask, Anu Castaneda, Kristiina Manderbacka, Hannamaria Kuusio, Tiina Laatikainen, Ilmo Keskimäki, Seppo Koskinen: ei sidonnaisuuksia. Natalia Skogberg: apuraha (Helsingin yliopisto). Jaana Suvisaari: apuraha (Sigrid Juseliuksen Säätiö), luentopalkkiot (Helsingin yliopisto, Turun yliopisto, Oulun yliopisto, Suomen Psykiatriyhdistys, Terveydenhoitajaliitto, UKK-instituutti), korvaus käsikirjoituksen valmistelusta (Kustannus Oy Duodecim).

TAULUKKO 3.

Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa ja avohoidossa olleiden sekä Suomessa synnyttäneiden ja lääkkeen erityiskorvausoikeuden saaneiden osuus, %.

Lähde: Hoitoilmoitusrekisteri (vähintään yksi hoitojakso/käynti tai käyntikertojen lukumäärä), ja Kelan rekisteritiedot lääkkeen erityiskorvausoikeudesta.

	Venäläistaustaiset			Somalialaistaustaiset			Kurditaustaiset			Koko väestö		
	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹
Vuodeosastohoito	1,9*	3,8	0,174	1,7*	4,7	0,057	3,9	4,3	0,789	5,4	4,3	0,380
Avohoitokäynnit	40,4	58,7	< 0,001	59,5*	81,3*	< 0,001	64,1*	81,5*	< 0,001	50,1	67,6	< 0,001
Avohoitokäyntikerrat, ka	2,2*	4,7*	< 0,001	4,8	9,0	< 0,001	4,9	9,8	< 0,001	3,8	7,9	< 0,001
Päivystyskäynnit	37,8*	55,8*	< 0,001	53,5	78,0*	< 0,001	60,9*	79,7*	< 0,001	47,8	64,4	< 0,001
Päivystyskäyntikerrat, ka	1,8*	3,8*	< 0,001	3,3	7,4	< 0,001	3,9	8,0	< 0,001	2,9	6,2	< 0,001
Synnytys 2010–2012 ²	12,9			28,9*			13,1			9,2		
Lääkkeen erityiskorvaus 2009–2011 ³	6,3*	6,2*	0,949	9,5*	8,6*	0,527	8,3*	7,0*	0,314	13,9	15,1	0,378

¹Ero sukupuolten välillä

²Syntyneiden lasten rekisterissä ainakin yksi synnytys

³Kelan rekisteritiedon mukaan ainakin yhden lääkkeen erityiskorvausoikeus, joka voimassa vuosina 2009–2011

*Merkitsevä ero verrattuna miehiin/naisiin koko väestössä, p < 0,05

luihin hakeutumiselle, niiden saamiselle ja niistä hyötymiselle (25).

Maamu-tutkimuksen mukaan venäläistaustaiset naiset ja kurditaustaisista sekä miehet että naiset raportoivat olleensa useammin kuntoutuksessa kuin somalialaistaustaiset kymmenen viime vuoden aikana (taulukko 4). Kaikissa maahanmuuttajaryhmissä naiset olivat saaneet Kelan tukemaa kuntoutusta harvemmin kuin tutkimuspaikkakuntien kaikki vastaavanikäiset naiset. Venäläistaustaisista miehistä kukaan ei ollut saanut kuntoutusta. Nämä rekisteritietoon perustuvat tulokset ovat samansuuntaisia aiempien (24) ja itse raportoitujen tietojen kanssa.

Fysioterapiassa venäläis-, somalialais- ja kurditaustaiset miehet olivat käyneet lähes yhtä yleisesti kuin koko väestö, mutta somalialaistaustaiset naiset harvemmin ja kurditaustaiset naiset yleisemmin (taulukko 4).

Mielenterveyspalvelut

Somalialaistaustaiset miehet ja naiset sekä venäläistaustaiset naiset kertoivat käyttäneensä harvemmin mielenterveyspalveluja kuin samanikäinen koko väestö. Kurditaustaiset käyttivät näitä palveluja enemmän (taulukko 4). Kurditaustaisten ryhmässä sekä koko väestössä naiset olivat käyttäneet palveluja yleisemmin kuin miehet.

Hoitoilmoitustietojen mukaan somalialaistaustaiset käyttivät psykiatrasta erikoissairaanhoidoa vuosina 2009–2012 enemmän kuin mitä he itse raportoivat, eli lähes yhtä paljon kuin koko väestö (taulukko 4). Luvut eivät ole suoraan verrattavissa erilaisen tarkastelujakson ja sisällön takia, koska itse raportoituun palvelujen käyttöön sisältyvät myös perusterveydenhuollon palvelut ja laajemmin erilaiset terapiaikäynnit. Tulokset voivat kuitenkin antaa viitteitä siitä, että somalialaistaustaiset eivät ole haastattelussa raportoineet kaikkea mielenterveyspalvelujen käyttöään (7,8).

Lähes yhtä suuri osuus kaikista tutkituista maahanmuuttajaryhmistä kuin koko väestöstä osti ainakin kerran psyykenlääkettä vuosina 2009–2011 Kelan lääketojen rekisteritietojen mukaan (ATC-luokitukseen perustuen) (taulukko 4). Vain somalialaistaustaisten naisten psyykenlääkkeiden ostot olivat merkitsevästi harvinaisempia kuin koko väestön.

Lopuksi

Tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että maahanmuuttajat voivat käyttää tarpeisiinsa nähden liian vähän tai liian paljon terveyspalveluja. Esimerkiksi mielenterveyspalveluihin tai syöpäseulontoihin voi kohdistua ennakkoluuloja ja tietämättömyyttä tai toisaalta henkilö on kokenut, ettei ole saanut terveydenhuollosta tar-

TAULUKKO 4.

Kuntoutuspalveluja, fysioterapiapalveluja ja mielenterveyspalveluja käyttäneiden ikävakiointu osuus, %.

Lähde: Maamu -tutkimuksen haastattelut sekä rekisteritieto Kelan tukemasta kuntoutuksesta tai psykiatrian palveluista (ainakin yksi ostokerta) sekä hoitoilmoitusrekisteritieto hoitoajasta tai käynnistä, johon kirjattu psykiatrin diagnoosi

	Venäläistaustaiset			Somalialaistaustaiset			Kurdiastaustaiset			Koko väestö		
	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹
Kuntoutuspalveluja käyttäneet (10 v)	2,5	6,4	0,034	1,9	2,6	0,731	5,8	5,8	0,986	– ²	– ²	– ²
Fysioterapiassa käyneet (12 kk)	13,9	20,5	0,100	16,7	6,9*	0,025	15,3	28,1*	0,001	13,5	21,2	0,004
Kelan tukema kuntoutus vuosina 2010–2011	0,0	2,1*	– ³	0,6	1,2*	0,508	2,4	1,7*	0,590	1,0	6,2	< 0,001
Mielenterveyspalvelujen käyttö (12 kk)	5,2	7,2*	0,341	1,3*	2,0*	0,566	6,7	18,8*	< 0,001	5,7	12,3	< 0,001
Erikoissairaanhoito mielenterveysdiagnoosilla 2009–2012	4,9	6,2	0,556	6,3	5,3	0,649	5,7	16,1*	< 0,001	3,2	5,0	0,185
Psykyllinen lääkekesto 2009–2011	14,8	19,5	0,189	9,5	13,5*	0,269	18,6	27,4	0,016	15,6	24,9	< 0,001

¹Ero sukupuolten välillä

²Vertailukelpoisia tietoja ei käytettävissä

³Tilastollinen analyysi ei mahdollinen ilmiön harvinaisuuden vuoksi

*Merkitsevä ero verrattuna miehiin/naisiin koko väestössä, p < 0,05

vitsemaansa apua, mikä voi johtaa toistuviin käynnteihin.

Palveluja saatetaan käyttää epätarkoituksenmukaisesti, kun esimerkiksi hakeudutaan päivystyspoliklinikalle jos ei tiedetä, minne ensisijaisesti pitäisi hakeutua tai terveyskeskuksen ajanvaraus koetaan hankalaksi. Koko väestön osalta työterveyshuollon ja yksityis palvelujen runsaampi käyttö pienentää julkisten palvelujen tarvetta. Suomalaisissa tutkimuksissa havaitut väestöryhmien väliset palvelujen käytön erot voivat osittain liittyä sosioekonomisen aseman tai terveydentilan eroihin.

Maahanmuuttajat eivät välttämättä hyödy heille erikseen kohdennetuista erityis palveluista (9). Heidän saamansa palvelun laatuun vaikuttavat pääosin samat tekijät kuin muissakin väestöryhmissä, mm. hoidon jatkuvuus ja yksilöllisyys sekä tarvittaessa moniammatillinen yhteistyö tai pidemmät vastaanottoajat, joita esim. tulkkauksen edellyttää. Myös maahanmuuttajat tarvitsevat hoitoa yksilöllisten tarpeidensa, enemmän kuin yleisten maahanmuuttajaryhmiin tai kulttuureihin perustuvien stereotyyppien, mukaan (9,26).

Terveysalan henkilöstön kulttuurisen osaamisen, maahanmuuttajien kielitaidon ja yleisen kotoutumisen edistäminen sekä riittävä tiedon saanti uuden kotimaan terveyspalvelujärjestelmästä ovat tärkeitä edellytyksiä sille, että palveluja pystytään käyttämään tarpeen mukaan ja oikeassa paikassa. Tarvitaan myös erityisosaamista erilaisten perinnöllisten ja muulla väestöllä harvinaisten sairauksien hoitoon. Tulkin kanssa työskentely on erityisen vaativaa mielenterveyspalveluissa traumakokemusten tunnistamiseksi ja traumaperäisten mielenterveyshäiriöiden hoidossa (5,27).

Maamu-tutkimuksen tulokset osoittavat, että palvelujen käytössä on suuria eroja tutkittujen maahanmuuttajaryhmien välillä sekä koko väestöön verrattuna (20). Palveluja saatetaan käyttää joko koko väestöä enemmän tai vähemmän riippuen siitä, mitä maahanmuuttajaryhmiä ja mitä palveluja tarkastellaan. Myös sukupuolten välillä on suuria eroja useimpien palvelujen käytössä. Tulokset antavat viitteitä siitä, että maahanmuuttajat eivät aina käytä palveluja tarkoituksenmukaisesti, vaan käynnit painottuvat turhan paljon päivystysvastaanottoille ja eri-

koissairaanhoitoon. Toisaalta maahanmuuttajat eivät käytä riittävästi mielenterveys- ja kuntoutuspalveluja, mikä voi merkittävästi heikentää työllistymisen ja kotoutumisen mahdollisuuksia.

Maahanmuuttajien mielenterveyspalvelujen kehittämistarpeissa korostuu mm. kotoutumisen tuen, yhteisöllisyyden huomioimisen ja moniammatillisten palvelujen tarve (12). Kehittämistarpeet näyttävät olevan monilta osin samanlaisia kuin muissa Euroopan maissa (9,11). Palvelujen kehittäminen maahanmuuttajille ei välttämättä vaadi suuria erillisresursseja. Soteuudistuksessa tulisi kuitenkin ottaa huomioon heidän erityistarpeensa mm. neuvonnassa ja moniammatillisissa palveluissa sekä vahvistaa tarvittavaa erityisosaamista ja konsultaatiomahdollisuuksia. Palvelujen oikea kohdentuminen voisi tuoda myös kustannussäästöjä. Vastaavat palvelujen kehittämishaasteet koskevat sekä sosioekonomisten että etnisten terveyserojen kaventamista.

Syksyllä 2015 julkaistiin (28) ensimmäisiä tuloksia laajasta Ulkomaista syntyperää olevien

työ ja hyvinvointi -tutkimuksesta. Suomessa on hiljattain kerättyjen väestötutkimusaineistojen sekä niihin liitettyjen rekisteritietojen ansiosta ainutlaatuiset mahdollisuudet tarkentaa ja syventää tässä katsauksessa esiteltyjä tuloksia maahanmuuttajien palvelujen käytöstä. Jatkossa voidaan mm. analysoida terveydentilaan, sosioekonomiseen asemaan ja maahanmuuttohistoriaan liittyvien tekijöiden yhteyksiä hoidon tarpeiden tyydyttymiseen. Väestön terveyserojen ja terveyspalvelujen käytön seurantaan on tärkeää sisällyttää säännöllisesti kerättäviä maahanmuuttajia koskevia tietoja ja varmistaa näiden tietojen laaja hyödyntäminen syventävissä tieteellisissä tutkimuksissa. ●

Kiitokset kaikille asiantuntijoille, erityisesti erikoissuunnittelija Harri Rissaselle ja erikoissuunnittelija Esa Virtalalle. Kela on rahoittanut Maamututkimuksen rekisteritutkimusosuutta, josta ensimmäisiä tuloksia esitetään tässä katsauksessa.

English summary | www.laakarilehti.fi | in english

Utilization of health services in Finland among persons of foreign origin

PÄIVIKKI KOPONEN
Ph.D., Research Manager
National Institute for Health
and Welfare
paivikki.koponen@thl

SHADIA RASK
NATALIA SKOGBERG
ANU CASTANEDA
KRISTIINA MANDERBACKA
JAANA SUVISAARI
HANNAMARIA KUUSIO
TIINA LAATIKAINEN
ILMO KESKIMÄKI
SEPPO KOSKINEN

Utilization of health services in Finland among persons of foreign origin

Background

The number of immigrants and persons of foreign origin has been low in Finland compared to most other European countries, but it is rising. Results from European studies show conflicting results on migrants' utilization of health services compared to the native population depending on the migrant's country of origin and the specific services studied. Adjusting for socioeconomic factors and health status has in most previous studies weakened the significance of the differences between the studied population groups. Migrants' use of health services is associated with several specific factors related to their migration history, language skills in the new host country, health literacy and integration. We aimed to summarize results from recent Finnish studies, as there is little information on migrants' use of health services in Finland.

Methods

We summarized results from the most comprehensive migrant survey so far in Finland, the Migrant Health and Wellbeing Study (Maamu), conducted in 2010–2012 and targeted at three different migrant groups: those of Russian, Somali and Kurdish origin, aged 18–64 and living in six cities in Finland. The comparison group for the general population consisted of the participants in the national health interview and health examination survey, the Health 2011 study, in the same age range and living in the same cities. The previously published Maamu survey results were supplemented with register information on hospital inpatient and outpatient use as well as rehabilitation and medication reimbursed by the Social Insurance Institution of Finland (Kela). Only a few other relevant Finnish studies on migrant's health service utilization were found in the literature review.

Results

Significant differences were found in the utilization of almost all health services studied when comparing the three migrant groups and the general population. The results indicate that the migrants of Somali and Kurdish origin use more specialist and emergency care than the general population. All migrant groups utilize screening and health examinations, as well as rehabilitation and mental health services less than the general population. The Maamu survey results are in line with register-based information on the use of health services as well as with the few other studies on screening and rehabilitation.

Conclusions

Further research is needed on factors associated with the differences in health care utilization between different migrant groups as well as compared to the general population. Information is needed on how the health service needs of migrants are met in the Finnish health care system. Migrants' health service needs should be taken into account in the planning and implementation of the health and social care reform in Finland.