
Invandring och barnens hälsa

HELI SALMI OCH LAURA MADANAT-HARJUOJA

Det finns cirka 100 miljoner migrantbarn i världen och största delen av dem har invandrat till utvecklingsländer. Det bodde 85 000 barn med invandrarbakgrund i Finland 2017 och antalet beräknas öka under den närmaste framtiden.

Studier från höginkomstländer har visat på skillnader i behov av, tillgång till och användning av hälso- och sjukvård mellan invandrar- och icke-invandrarbarn. Flyktingar har sämre graviditetsutfall, vilket eventuellt leder till högre neonatal sjuklighet och dödlighet. Invandrarbarn använder mindre förebyggande hälsovård och har sämre vaccinationstäckning, men de har flera besök på akutmottagningar och flera intagningar för intensivvård än icke-invandrarbarn. Andra publicerade studier har dock visat på positiva hälsoskillnader hos invandrarbarn, ett fenomen som har kallats "the healthy migrant effect". En del av skillnaderna hälsoskillnaderna mellan invandrarbarn och icke-invandrarbarn förklaras av socioekonomiska faktorer, men invandrarstatusen i sig verkar ha ytterligare en inverkan.

I Finland finns det sparsamt med uppgifter om invandrarbarns hälsovårdsbehov och o gynnsamma hälsoutfall. På tröskeln till so-

cial- och hälsovårdsreformen i Finland finns det ett stort behov av information om hur socioekonomiska faktorer påverkar barnens hälsa som underlag för beslutsfattandet.

Globala och finländska trender gällande invandring

År 2018 bodde 244 miljoner människor utanför sitt ursprungsland (1) och 68 miljoner var tvångsflyttade, bland dem 25,4 miljoner internationella flyktingar och 3,1 miljoner asylsökande (2). Ungefär hälften av dem var barn, och av barnen reste 173 800 utan medföljande vuxen åtskilda från sina vårdnadshavare (3). I motsats till rådande uppfattning ser höginkomstländerna bara en liten del av världens invandrande befolkning; den överväldigande majoriteten av invandringen, uppskattad till 85 procent, går till utvecklingsländer (1). Dessutom utgör flyktingar och asylsökande, som dominerar den allmänna diskussionen om invandring, i verkligheten en minoritetsgrupp bland migranterna.

År 2017 kom största antalet flyktingar från Syrien (6,3 miljoner), följt av Afghanistan (2,6 miljoner) och Sydsudan (2,4 miljoner) (2). Enbart 2017 sökte 209 756 barn asyl i europeiska länder; en fjärdedel av dem kom från Syrien (3). Av dem var 20 000 ensamkommande barn. Allmänt taget avvisar europeiska länder ett av tre asylsökande barn (3). Hälften av barnen med positiva beslut får flyktingstatus, en tredje del får subsidiärt skydd och en tiondel får skydd på humanitär grund (3).

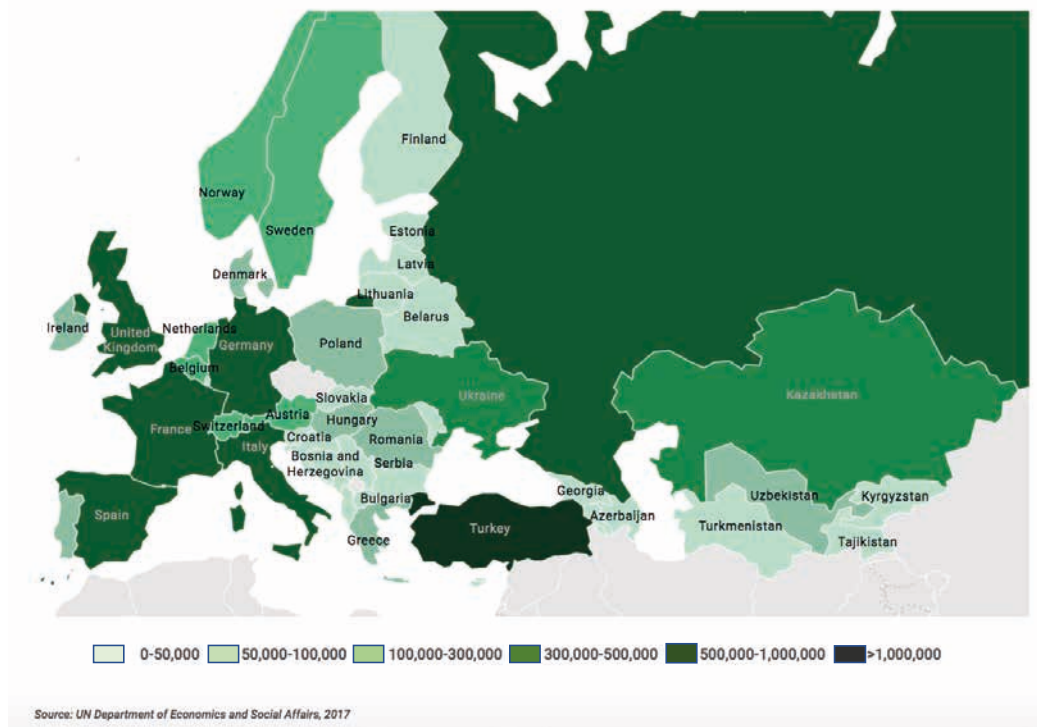
Enligt Statistikcentralen (4) bodde 85 000 barn med invandrarbakgrund i Finland fram till 2017 (Tabell I). Andelen invandrare har varit stigande i och med ankomsten av 11 000 barn och unga som sökte asyl mellan 2015 och 2017. År 2017 kom 14 procent av de barn som sökte asyl i Finland utan medföljande vuxen, en andel som är mycket större i andra europeiska länder (3).

SKRIBENTERNA

Heli Salmi, MD, FD, specialistläkare i pediatrik samt anestesi och intensivvård. Hon arbetar på avdelningen för anestesi och intensivvård på Nya barnsjukhuset, Helsingfors universitetssjukhus. Samtidigt delar hon på ledarskapet för ett projekt av föreningen Läkarens sociala ansvar som främjar hälsovård för papperslösa invandrare i Finland.

Laura Madanat-Harjuoja, docent, specialistläkare i pediatrik och i hälsovård. Hon har arbetat på Finlands cancerregister sedan 2006 och har bred erfarenhet av epidemiologisk forskning med användning av riksomfattande befolkningsbaserade registerdata. För närvarande är hon postdoktoral forskare vid Harvard University.

REFUGEE AND MIGRANT CHILDREN BY COUNTRY



Modified from www.unicef.org.

Figur 1. Flykting- och migrantbarn i Europa 2017 Modifierad efter Förenta nationerna, UNICEF Europa och Centralasien. Forskning och rapporter. <https://www.unicef.org/eca/emergencies/latest-statistics-and-graphics-refugee-and-migrant-children>, accessed 29.1.2019.

Att se på invandrarbarn som en homogen grupp är att överförenkla situationen. Barn som har tvångsförflyttats är i en mera riskfylld situation än barn vars familjer har beslutat invandra på grund av arbete, utbildning eller familjeorsaker. Ensamkommande barn utgör den mest utsatta gruppen av invandrarbarn och borde få tillgång till allt internationellt skydd som är möjligt. Trots det registrerades deras antal inte av FN:s flyktingkommissariat UNHCR förrän 2017, vilket gör det svårt att göra jämförelser och utveckla riktlinjer.

Invandring och barns hälsa: vad vet vi?

Trots att största delen av invandrarna bor i utvecklingsländer täcker forskningsdata främst invandrare i utvecklade länder. Det är således svårt att få globalt relevant information om invandrarbarns hälsa. Befintliga studier är också motstridiga, och det står klart att sambandet mellan migration och barns hälsa inte är okomplicerat. Invandringsrelaterad ojämlikhet beträffande barns hälsa verkar vara en undergrupp av ett större komplex av

socioekonomiskt betingade skillnader i hälso- och sjukvård samt i användning av och tillgång till hälso- och sjukvård. Dessa orättvisor är påfallande också i länder med offentlig hälso- och sjukvård, bland dem Finland (5).

Skillnader i behovet av hälsovård och användningen av hälsotjänster mellan invandrarbarn och andra barn har påvisats i höginkomstländer i västvärlden (6–10), men forskning om migration och hälsa har fokuserat på vuxna (11, 12). Att extrapolera vuxendata på invandrarbarn kan vara rimligt för vissa tillstånd, såsom förekomsten av infektionssjukdomar. För barn gäller dock specifika invandringsrelaterade hälsorisker: traumatiska upplevelser under känsliga utvecklingsstadierna kan ha oförutsägbara långtidseffekter för hälsan, och exposition för olika invandringsrelaterade miljöfaktorer, såsom psykosocial stress, kan ha olika verkan på föräldrarna och deras barn.

Tidigare studier om sambandet mellan migration och barns hälsa är dessutom motstridiga (6). Det kan förklaras av heterogenitet i både olika invandrargrupper och olika his-

Tabell I. Grundbegrepp inom invandring. Dessa begrepp används ofta fel i den offentliga diskussionen om invandring. De är extra viktiga för vårdprofessionella, eftersom invandrarstatusen påverkar tillgången till hälso- och sjukvård i de flesta länder och vem som bekostar den. UNHCR = FN:s flyktingkommissariat.

	Definition	Uppskattat årligt antal i Finland (barn)	Konsekvens för hälsovården
Invandrare	Person som håller på att flytta från ett land till ett annat. Varierande definitioner för barn (invandrare, invandrarbakgrund, andra generationens invandrare).	85 000 (inklusive barn med invandrarbakgrund).	Rättigheter och försäkringstäckning varierar beroende på invandrarstatus.
Asylsökande	Immigrant som söker internationellt skydd enligt internationell lagstiftning. <i>En asylsökande blir flykting om asyl beviljas av ett mottagarland</i> ; kan också få uppehållstillstånd på andra grunder eller kan avslås.	År 2017 sökte 996 barn asyl i Finland, av dem var 142 ensamkommande.	Asylsökande under 18 år har rätt till samma vårdnivå som fast bosatta, och till samma kostnad. Vuxna erbjuds endast nödvändig vård.
Flykting	En person som känner <i>välgrundad fruktan för förföljelse</i> på grund av ras, religion, nationalitet, politisk uppfattning eller tillhörighet till en viss samhällsgrupp. Denna status <i>beviljas bara av UNHCR eller av mottagarlandet</i> , som då beviljar personen asyl.	År 2017 beviljades 841 av 1 990 barn asyl på grund av fruktan för förföljelse. Dessutom anlände 750 flyktingar som utsetts av UNHCR, en del med barn.	En flykting får hemvist i en kommun och har därefter rätt till samma hälso- och sjukvård som andra kommuninnevånare.
Invandrare med irreguljär situation ("odokumenterad invandrare", "papperslös" o.s.v.)	En invandrare som inte har de dokument som behövs för uppehållstillstånd eller som håller på att skaffa dokumenten. I hälsovårdssammanhang utvidgas begreppet ofta till personer som har uppehållstillstånd i ett land men som saknar dokument som ger tillgång till hälsovård. Många invandrare är bara temporärt i en irreguljär situation (t.ex. väntar på uppehållstillstånd p.g.a. familjeförhållanden, anställning eller av andra orsaker).	Antal barn som är okända för alla myndigheter. Det uppskattade antalet invandrare i irreguljära situationer varierar mellan 2 000 och 10 000.	Rätt till brådskande sjukvård på egen bekostnad. Helsingfors, Esbo, Vanda och Åbo tillhandahåller all hälso- och sjukvård för personer under 18 till samma kostnad som för kommuninnevånare.

toriska kohorter, av olika etnicitet och genetisk bakgrund, av socioekonomisk ställning inklusive utbildning och hälsokompetens, av förekomsten av tidigare ogynnsamma livserfarenheter och av kulturella skillnader i hur man söker hälso- och sjukvård. Dessutom kan ett systematiskt publikationsfel spela en roll, så att studier som rapporterar ojämlikhet med avseende på hälsa favoriseras.

Ökad neonatal risk hos invandrarbarn

I flera europeiska länder har det visats att invandrarstatus ökar risken för ogynnsamma graviditetsutfall och därmed risken för neona-

tal dödlighet och sjuklighet (13–15). Utfallen varierar enligt ursprungsland och mottagarland. Studier om perinatale hälsoutfall har koncentrerat sig på förtidig förlossning, låg födelsevikt och tillväxthämning hos fostret, medan färre studier har undersökt dödfödsel samt neonatal- och spädbarnsdödlighet. Flyktingar har konsekvent visats ha förhöjd risk för dessa utfall (13).

Mödrarnas bakgrund med olika genetiska anlag och miljöexposition, ojämlik tillgång till och användning av hälso- och sjukvård, avvikande hälsobeteende, ofördelaktiga socioekonomiska förhållanden och psykosocial stress

samt förekomsten av diskriminerande riktlinjer och praxis har föreslagits ligga bakom dessa hälsoskillnader (13). Ändå har få studier kunnat identifiera och utvärdera eventuella riskfaktorer (14, 15).

Många faktorer kan göra att invandrarkvinnor har större risk för ogynnsamma graviditetsutfall. Språksvårigheter kan omöjliggöra adekvat rådgivning och påverka hur råden följs. Kontakt med hälsovårdssystemet kan förhindras av dåliga kunskaper om systemet, eller av att mödravårdsrutinerna inte följs av kulturella orsaker. Blodsband, dålig hälsa hos mamman, vaccinationstäckning och närings-tillstånd kan vara bidragande orsaker.

Luckor i den förebyggande hälsovården kan orsaka ökad användning av akut-tjänster

Tidigare studier har klart visat att invandrarfamiljer har ett avvikande sätt eller avvikande förmåga att använda hälso- och sjukvårdstjänster, trots teoretiskt sett jämlik tillgång. Invandrarbarn i västländer med hög inkomstnivå har färre besök inom öppenvården (7), använder färre receptläkemedel och primärvård (8), har sämre vaccinationstäckning (16) – och har fler besök på akutmottagningar (17), fler intagningar på sjukhus för sjukdomar som kan förebyggas med vaccination (16) och kan också vara överrepresenterade på pediatrika intensivvårdsavdelningar (18).

Det finns inga befolkningsbaserade data om invandrarbarns hälsoutfall eller behov och användning av hälso- och sjukvård i Finland, men befintliga studier tyder på att liknande luckor i tillgången till förebyggande hälsovård för invandrarbarn förekommer i vårt land. Institutet för hälsa och välfärd har nyligen rapporterat om betydande problem i tillgången till hälso- och sjukvård för asylsökande barn i Finland, mätt enligt antalet hälsokontroller, antalet infektionsscreeningar samt besök på barn- och mödrarådgivningarna och inom skolhälsovården (19, 20). Trots att asylsökande barn hade samma rättighet till vård som fast bosatta, hade de i verkligheten ingen tillgång till förebyggande vård på barnrådgivningar och inom skolhälsovården. Barnläkarföreningen i Finland har uttryckt sin oro över situationen och rekommenderar att hälso- och sjukvårdstjänster tillhandahålls på lika villkor utan diskriminering för alla barn som söker asyl i Finland (21).

Dessa resultat kan delvis generaliseras till att gälla andra invandrapopulationer; också

om invandrarbarn har rätt till samma hälso- och sjukvård som icke-invandrare kan det finnas andra hinder för jämlik tillgång.

Ökad risk för vissa barnpsykiatriska tillstånd – diagnostiskt problem, psykosocial stress eller allmän mottaglighet?

Invandrarbarn, som eventuellt har upplevt traumatisk tvångsflyttning under ett känsligt utvecklingsstadium och som utsätts för ökad psykosocial stress efter invandringen, har visats ha större risk för vissa psykiatriska tillstånd. Finländska registerstudier har nyligen påvisat ett samband mellan invandrarbakgrund och risk för autism och adhd (10). Vid sidan av miljöfaktorer, såsom psykosocial stress, kan den ökade psykiatriska sjukligheten bland invandrarbarn bero på olika genetisk bakgrund. Dessutom kan tillgången till och användningen av hälso- och sjukvård vara annorlunda, och det har till och med framförts att den diagnostiska utvärderingen av psykiatriska sjukdomar kan vara annorlunda för invandrarbarn.

Healthy immigrant effect?

”Healthy immigrant effect” är ett kontroversiellt begrepp som hävdar att migranterna ofta utgör den friskaste befolkningen i sitt ursprungsland, eftersom invandring kräver god fysisk och psykisk hälsa och ekonomiska resurser. Begreppet har dock ifrågasatts (23, 24), eftersom dödligheten och sjukligheten bland invandrare varierar betydligt beroende på ursprungsland, mottagarland och orsaken till utvandring.

Studier har genomgående visat att flyktingbarn lider av flera hälsoproblem än den stora allmänheten (11), medan icke-flyktingbarn från höginkomstländer kan uppvisa en frisk invandrare-effekt. Invandrarbarn har också visats ha bättre utfall för vissa sjukdomar, inklusive leukemi (24), och eventuellt rapporterar de själva bättre hälsa och klarar sig bättre med avseende på hälsa än icke-invandrare (25, 26).

En sammanfattning av studier om barnens hälsa och invandring finns i tabell II.

Hälsoskillnader trots enhetlig tillgång till vård – vilka är orsakerna och vad kan göras?

I princip och ur lagstiftningssynpunkt ska alla barn i ett land ha jämlik och enhetlig tillgång till hälso- och sjukvård (27). Trots det förekommer skillnader i hälsa mellan

Tabell II. Översikt över färska studier om barns hälsa och invandring. Populationsbaserade studier och två systematiska översiktsartiklar ingår.

Författare, år	Metod, land	Huvudsakliga resultat
Fadnes, 2016 ^I , 2017 ^{II}	Populationsbaserad, Norge	Invandrabarn använder mindre hälso- och sjukvård och receptläkemedel; skillnader i användning av primärvård beroende på ursprungsområde och invandrageneration.
Gimeno-Feliu, 2009 ^{III}	Populationskohort, Spanien	Invandrabarn använder färre receptläkemedel.
Gissler 2009 ^{IV}	Systematisk översikt, 34 publikationer från Europa, USA, Australien	I allmänhet ökad perinatal mortalitet hos flyktingar och icke-europeiska invandrare i Europa; skillnaderna förklaras inte av andra socioekonomiska faktorer. Stor variation, och en del studier visar ingen skillnad eller minskad risk hos invandrare.
Lehti 2013 ^V , 2016 ^{VI}	Populationsbaserad, Finland	Ökad risk för autism hos barn med invandrabakgrund; ökad risk för adhd hos invandrabarn.
Mock-Munoz de Luna, 2018 ^{VII}	Systematisk översikt av 26 publikationer från Norden	På det hela taget sämre hälsa hos icke-västerländska invandrabarn (t.ex. fetma, diabetes, oral hälsa, psykisk hälsa, välbefinnande); skillnaderna förklaras bara delvis av socioekonomiska faktorer.
Ng 2016 ^{VIII}	Populationsbaserad, Kanada	Invandrabarn har sämre vaccinationstäckning och flera intagningar på sjukhus för sjukdomar som kan förebyggas med vaccin.
Vang, 2016 ^{IX}	Populationsbaserad, Kanada	Nyfödda med invandrabakgrund har större mortalitet efter korrigering för socioekonomisk status.
Saunders, 2016 ^X	Populationsbaserad kohort, Kanada	Invandrabarn har flera återbesök på akuttagningar.

^I Fadnes et al. BMJ Open 2016;6:e012101

^{II} Fadnes et al. BMJ Open 2017;7:e014641

^{III} Gimeno-Feliu et al. BMC Health Serv Res 2009;9:225

^{IV} Gissler et al. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88:134.

^V Lehti et al. BMC Pediatr 2013;13:171

^{VI} Lehti et al. J Child Psychol Psychiatry 2016;57:967

^{VII} Mock-Munoz de Luna et al. Scand J Public Health 2018 Jun 1:1403494818779853

^{VIII} Ng et al. Vaccine 2016;34:4437

^{IX} Vang et al. Popul Health Metr. 2016;14:32

^X Saunders et al. J Pediatr 2016;170:218

invandrar- och icke-invandrabarn. Invandringsrelaterad ojämlikhet med avseende på hälsa är antagligen en del av ett större fenomen av socioekonomiska hälsoskillnader, som den senaste tiden har varit föremål för ökad uppmärksamhet också inom pediatriken (28). Eftersom dessa skillnader förekommer också i länder med heltäckande vård, är lika rätt till vård inte nog för att garantera lika tillgång eller jämlik hälsa.

Det finns fortfarande lagstiftningshinder för att åtminstone uppnå tekniskt sett lika tillgång till hälso- och sjukvård för alla barn som bor i Finland. I motsats till flera europeiska länder

och till förpliktelserna i Förenta nationernas barnkonvention (27, 29) begränsar Finland fortfarande tillgången till hälso- och sjukvård för invandrabarn i irreguljära omständigheter till enbart akutvård. Att det hela tiden finns barn på Global Clinic (30), en klinik på frivillig basis som erbjuder primärvård för invandrare i irreguljära omständigheter, visar att dessa juridiska hinder blockerar tillgången till vårt hälso- och sjukvårdssystem för barn. Den juridiska situationen i Finland är alarmerande, men antalet barn i irreguljära omständigheter är för litet för att förklara skillnaderna i barnhälsa i något europeiskt land. Det måste

Tabell III. Möjliga mekanismer för ojämlik barnhälsovård med avseende på invandring, dessutom föreslås åtgärder som krävs för att övervinna denna ojämlikhet.

Faktor	Exempel på inverkan på hälsan	Föreslagen åtgärd
Skillnader i sjukdoms-prevalens eller riskfaktorer för sjukdom	<ul style="list-style-type: none"> • Skillnader i t.ex. nutrition, vaccinationstäckning, infektionsprevalens • Olika genetisk bakgrund 	<ul style="list-style-type: none"> • Screening för tillstånd som kan behandlas och förebyggas • Beakta inom forskning och klinik vikten av varierande genetisk/etnisk bakgrund med avseende på sjukdomsrisik och behandlingsalternativ
Skillnader i socioekonomisk status	<ul style="list-style-type: none"> • Invandrarstatus och socioekonomisk status (inkomst, sysselsättning, utbildning) har samband med varandra • Socioekonomisk status korrelerar kraftigt med hälsoutfall 	<ul style="list-style-type: none"> • Säkerställ och uppmuntra utbildning för alla invandrarbarn • Stöd sysselsättning och integrering för invandrare
Juridiska hinder för tillgång till hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> • Flyktingar och asylsökande barn har rätt till samma vårdnivå som fast bosatta • I Finland har barn i oklar situation bara rätt till brådskande behandling på egen bekostnad 	<ul style="list-style-type: none"> • Stöd barnens rättigheter på alla samhällsnivåer • Säkerställ att internationell lagstiftning (t.ex. FN:s fördrag) införlivas med nationell lagstiftning och praxis • Säkerställ att barn i första hand ses som barn med särskilda rättigheter, inte i relation till sin etniska, religiösa eller socioekonomiska bakgrund • Stöd lokala beslut för att erbjuda alla barn hälso- och sjukvård
Tekniska hinder för tillgång till hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> • Språkproblem • Brist på dokument, inklusive personbeteckning • Bristande tillgång till internet eller telefon • Analfabetism 	<ul style="list-style-type: none"> • Använd alltid tolk • Utbildning av mottagnings- och vårdpersonal • Information i videoformat och på olika språk • Mottagningar utan tidsbokning och annan service med låg tröskel
Kulturella hinder för tillgång till hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> • Olika uppfattningar om hälsa • Ovilja eller rädsla för att söka vård 	<ul style="list-style-type: none"> • Kulturell känslighet (inklusive känslighet för ens egna kulturella uppfattningar) • Öppen kommunikation • Säkerställ att de vårdprofessionella är medvetna om sin skyldighet att aldrig rapportera patienter i oklar situation till andra myndigheter
Kunskapsmässiga hinder för tillgång till hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> • Dålig kännedom om hälsa • Dålig kännedom om hälso- och sjukvårdssystemet (patienter) • Osäkerhet om rätten till vård (vårdgivare) 	<ul style="list-style-type: none"> • Information om hälso- och sjukvårdstjänster på olika språk och i videoformat • Utbildning av mottagningspersonal och medicinsk personal • Mottagningar utan tidsbokning och andra tjänster med låg tröskel på lättillgängliga ställen

alltså finnas också andra tillgångshinder, och i motsats till de juridiska problemen kan de övervinnas med initiativ som finns inom räckhåll för vårdprofessionella (Tabell III).

Det faktum att invandrarbarn i Finland tydligt får mindre vårdtjänster än infödda finländare (19, 20) innebär inte nödvändigtvis att fler tjänster borde erbjudas eller att specialtjänster för invandrarbarn borde planeras. Tillgången till existerande tjänster för utsatta delar av befolkningen borde i stället

förbättras. Till exempel är få av våra tjänster verkligt tillgängliga för patienter som inte talar finska eller svenska, som inte har tillgång till internet, som inte har en mobiltelefon eller som inte är läskunniga. Tekniska hinder kan ofta övervinnas med ganska lätta lösningar som kan implementeras av vårdpersonalen: att uppmuntra användningen av tolk vid alla patientkontakter, att upprätta tjänster med låg tröskel såsom mottagningar utan tidsbokning och att erbjuda information också på andra

språk, bland annat video och illustrerat material (Tabell III).

Framtida forskningsinriktningar

För att komma över de socioekonomiska ojämlikheterna inom barnhälsa är det av största vikt att undersöka om de observerade hälsoskillnaderna beror på skillnader i sjuklighet, på begränsad tillgång till vård eller på båda. För att nå detta mål måste man planera populationsbaserade studier med handfasta, signifikanta effektmått (såsom död, behov av intensivvård eller sammanlagda hälsokostnader). Studier som påvisar skillnader i förekomsten av specifika sjukdomar eller i användningen av hälso- och sjukvård utvisar inte orsaken till dessa skillnader. Det är nämligen svårt att säga om större antal vårdkontakter, diagnoser eller läkemedelsbehandlingar tyder på sämre hälsa, bättre tillgång till vård eller skillnader i hälsobeteende och förväntningar.

Finland, som har tillgång till nationella befolkningsbaserade register och har offentlig hälso- och sjukvård och socialskydd, är ett idealiskt land för att observera hälsorelaterade klyftor mellan invandrar- och icke-invandrarbefolkning och att få fram andra faktorer som ligger bakom eventuella dåliga hälsoutfall, såsom tillgång till hälso- och sjukvårdssystemet samt socioekonomiska och kulturella faktorer.

Slutsatser

Tidigare studier från höginkomstländer har påvisat skillnader i barns hälsa mellan invandrar- och icke-invandrarbefolkning, så att invandrarbarn har en större risk för negativa hälsoutfall, vilket tyder på problem i tillgången till förebyggande hälsovård. En del av hälsoskillnaderna mellan invandrarbarn och andra barn förklaras av socioekonomiska faktorer, men invandrarstatusen i sig tycks ha ytterligare en inverkan.

Migration är ett växande internationellt fenomen som allt mer berör Finland, trots landets avlägsna läge. Eftersom invandrarbarn kan ha ökade hälsorisker och sämre hälsoutfall måste vi i Finland säkerställa att den ökande invandringen inte leder till ökad ojämlikhet i barnens hälsa. Den planerade vårdreformen utmanar alla yrkesverksamma inom barnhälsovården och beslutsfattare att identifiera det bästa sättet att leverera hälso- och sjukvård till dem som behöver det mest. Socioekonomiska hälsoskillnader, också följ-

derna av invandrarstatus, bör beaktas vid allt beslutsfattande inom hälso- och sjukvården. För att nå detta mål behövs forskning om vårdbehovet hos utsatta populationer, såsom invandrarbarn.

Heli Salmi
heli.salmi@hus.fi

Laura Madanat-Harjuoja
laura.madanat@caner.fi

Inga bindingar

Referenser

1. International Organisation for Migration. The UN Migration Agency. World Migration Report 2018. <https://doi.org/10.18356/5d4fc9f0-en>, Hämtad 29.1.2018.
2. Global Trends. Forced displacement in 2017. United Nations High Commissioner for Refugees 2018. Geneva, Switzerland. <http://www.unhcr.org/statistics>. Hämtad 19.1.2019.
3. United Nations, UNICEF Europe and Central Asia. Research and reports. <https://www.unicef.org/eca/emergencies/latest-statistics-and-graphics-refugee-and-migrant-children>. Hämtad 19.1.2019.
4. Statistikcentralen, 2016 Population and Justice Statistics, Statistics Finland. http://tilastokeskus.fi/til/perh/2016/02/perh_2016_02_2017-11-24_tie_001_en.html?ad=notifylastot.migri.fi/. Hämtad 29.1.2019
5. McCallum AK, Manderbacka K, Arffman M, Leyland AH et al. 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. doi: 10.1186/1472-6963-13-3.
6. Mock-Muñoz de Luna CJ, Vitus K, Torslev MK, Krasnik A et al. Ethnic inequalities in child and adolescent health in the Scandinavian welfare states: The role of parental socioeconomic status - a systematic review. Scand J Public Health. 2018 Jun 1;1403494818779853. doi: 10.1177/1403494818779853. [Epub ahead of print].
7. 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(10):e012101.
8. Fadnes, L. T. & Diaz, E. Primary healthcare usage and use of medications among immigrant children according to age of arrival to Norway: a population-based study. BMJ Open 2017;7(2):e014641.
9. Lehti V, Hinkka-Yli-Salomäki S, Cheslack-Postava K et al. The risk of childhood autism among second-generation migrants in Finland: a case-control study. BMC Pediatr 2013;13:171 doi: 10.1186/1471-2431-13-171.
10. Lehti V, Chudal R, Suominen A, et al. Association between immigrant background and ADHD: a nationwide population-based case-control study. J Child Psychol Psychiatry 2016;57:967-975.
11. Norredam, M. Migration and Health. Exploring the role of migrant status through register-based studies. Thesis. Dan Med J 62, B5068 (2015).
12. Lehti V, Gissler M, Markkula N, Suvisaari J. Mortality and causes of death among the migrant population of Finland in 2011-13. Eur J Public Health 2017;27:117-123.
13. Gissler M, Alexander S, MacFarlane A, Small R et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. Acta Obstet Gynecol Scand 2009;88: 134-148.
14. Gagnon AJ, McDermott S, Rigol-Chachamovich J, Bandyopadhyay M et al. International migration and gestational diabetes mellitus: a systematic review of the literature and meta-analysis. Paediatr Perinatol Epidemiol 2011;25:575-592.
15. Urquia ML, Glazier RH, Gagnon AJ, Mrtensen LH et al. Disparities in pre-eclampsia and eclampsia among immigrant women giving birth in six industrialized countries. BCOG 2014;121:1492-00.

-
16. Ng E, Sanmartin C, Elie-Massena D, Manuel DG. Vaccine-preventable disease-related hospitalization among immigrants and refugees to Canada: Study of linked population-based databases. *Vaccine* 2016;34:4437-42.
 17. Saunders N R, To T, Parkin, P C, Guttmann A. Emergency department revisits by urban immigrant children in Canada: A population-based cohort study. *J Pediatr* 2016;170:218-226.
 18. Tritschler T, Sennhauser, F, Frey, B. Are immigrant children admitted to intensive care at increased risk? *Swiss Med. Wkly* 2011; 141, w13190.
 19. Helve O, Tuomisto K, Tiittala P et al. Turvapaikanhakijoiden terveydenhuollon toteutuminen 2015 - 16: raportti kyselystä vastaanottokeskuksille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 19/2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-775-6>. Hämtad 29.1.2019.
 20. Seppälä E, Tiittala P. Asylum seekers' access to maternal and child health services and school and student healthcare in Finland in 2017. Research brief 4, February 2018. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors.
 21. Terveydenhuoltopalvelut tarjottava tasavertaisesti myös turvapaikanhakijalapsille. Barnläkarföreningen i Finland 27.9.2016. <https://www.lastenlaakariyhdistys.fi/?x173209=173213>. Hämtad 29.1.2019.
 22. Moullan Y, Jusot F. Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *Eur J Public Health* 2014;24(Suppl 1):80-86.
 23. 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.
 24. Gupta S, Sutradhar R, Guttmann A, Sung L et al. Socio-economic status and event free survival in pediatric acute lymphoblastic leukemia: a population-based cohort study. *Leuk. Res.* 2014; 38:1407-12.
 25. Hendi AS, Mehta NK, Elo IT. Health among Black children by maternal and child nativity. *Am J Public Health* 2015;105:703-710.
 26. Javier JR, Wise PH, Mendoza FS. The relationship of immigrant status with access, utilization, and health status for children with asthma. *Ambul Pediatr* 2007;7:421-430.
 27. UN General Assembly, Convention on the Rights of the Child, 20 November 1989, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3, available at: <https://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html> [accessed 29 January 2019].
 28. Cheng TL, Goodma E, Committee on Pediatric Research. Race, ethnicity, and socioeconomic status in research on child health. *Pediatrics* 2015;135, e225-237.
 29. European Union Agency for Fundamental Rights 2011. Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union. Comparative report 2011. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2011 ISBN 978-92-9192-706-7. doi:10.2811/31559.
 30. Salmi H, Tiittala P, Lundqvist T, Mönttinen A, Sainio S, Aali H et al. Kuinka hoidan paperitonta potilasta? *Finlands Läkartidning* 2016;12-13:915-922.

Summary

Immigration and children's health

Studies from high-income countries have demonstrated differences in health care needs, access and service use between immigrant and non-immigrant children, placing immigrant children and especially refugees at greater risk for adverse outcomes. Part of these differences are explained by socioeconomic factors, but there appears to be an additional effect of the immigrant status itself. To guide decision-making in the dawn of the social and health care reform in Finland, there is a high demand for information on socioeconomic determinants of child health, including the health care needs and outcomes of immigrant children.