



RIITTA-LIISA HAUKILAHTI

ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa
suorittaneet lääkärit Suomessa



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteen yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen yksikön B-rakennuksen
pienessä luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
14. päivänä marraskuuta 2014 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

RIITTA-LIISA HAUKILAHTI

ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa
suorittaneet lääkärit Suomessa

English abstract

Acta Universitatis Tamperensis 1986
Tampere University Press
Tampere 2014

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Lääketieteen yksikkö

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Perusterveydenhuollon yksikkö

Ohjaajat

Emeritus professori Kari Mattila

Tampereen yliopisto

Emerita professori Irma Virjo

Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Marko Elovainio

Helsingin yliopisto

Professori Minna Kaila

Helsingin yliopisto

Copyright ©2014 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu

Mikko Reinikka

Myynti:

kirjamyynti@juvenes.fi

<http://granum.uta.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 1986

ISBN 978-951-44-9602-8 (nid.)

ISSN-L 1455-1616

ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1473

ISBN 978-951-44-9603-5 (pdf)

ISSN 1456-954X

<http://tampub.uta.fi>Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2014

Sisällys

Tiivistelmä.....	5
Summary	7
Alkuperäiset artikkelit	9
Lyhenteet	10
1. Johdanto	12
2. Kirjallisuuskatsaus	13
2.1 Lääkärien liikkuvuus maailmanlaajuisesti.....	13
2.1.1 Muuttopäätökseen vaikuttavat tekijät.....	13
2.1.2 Muuttosuunnat ja muuttomäärät	17
2.1.3 Eettiset kysymykset ja muuttoliikkeen hallinta.....	19
2.2 Maahanmuuttajalääkärien laillistaminen.....	25
2.2.1 Kansainväliset säännökset.....	25
2.2.2 Eri maiden laillistusjärjestelmiä	28
2.2.3 Suomen laillistusjärjestelmä	35
2.3 Ulkomailla tutkinnon suorittaneet lääkärit työelämässä.....	43
2.3.1 Työhön sijoittuminen	43
2.3.2 Työssä menestyminen.....	44
2.4 Sopeutuminen vieraaseen maahan	46
2.4.1 Integraatio ja kanssakäyminen.....	46
2.4.2 Väestön asenteet ja median vaikutus.....	47
2.4.3 Syrjintäkokemukset	48
2.4.4 Arvot ja yhteisöidentiteetti.....	50
2.4.5 Lääkärien pysyvyyteen vaikuttavat tekijät.....	51
3. Tutkimuksen tavoitteet.....	53
4. Aineisto ja menetelmät.....	54
4.1 Aineisto	54

4.2	Menetelmät	55
4.3	Eettiset näkökohdat.....	56
5.	Tulokset.....	57
5.1	Kuulustelujen osallistujat ja toteutus (I).....	57
5.2	Tenttimenestys (II)	58
5.3	Kuulusteluja koskevat mielipiteet (III).....	59
5.4	Tulossyyt, työllistyminen ja jatkosuunnitelmat (IV).....	60
5.4.1	Muuton syyt	60
5.4.2	Kielitaito	61
5.4.3	Ammattinimikkeet ja työpaikat	61
5.4.4	Ura- ja tulevaisuudensuunnitelmat	62
5.5	Työstä koettu arvostus (V).....	63
5.6	Työtyytyväisyys.....	64
5.7	Ammatti-identiteetti	66
5.8	Yhteisöidentiteetti ja kanssakäyminen	67
5.8.1	Yhteisöihin kuuluminen	67
5.8.2	Kanssakäyminen työn ulkopuolella.....	68
5.8.3	Syrjintä- ja rasismikokemukset	69
5.9	Lääkärien arvot.....	69
6.	Pohdinta.....	71
6.1	Aineiston ja menetelmien arviointi	71
6.2	Lääkärien Suomeen muuton erityiset syyt	73
6.3	Kuulustelujärjestelmä.....	75
6.4	Ammatillinen sijoittuminen.....	84
6.5	Maahan sopeutumiseen vaikuttavat tekijät	90
6.6	Kielitaidon ja kulttuurin merkitys.....	94
6.7	Pätevyyden tutkimisen merkitys	98
7.	Johtopäätöksiä tuloksista ja jatkotutkimusehdotuksia.....	101
	Kiitokset.....	103
	Kirjallisuusviitteet	105
	Liitteet	118

Tiivistelmä

Suomi kuuluu Euroopassa muiden Pohjoismaiden ja Ison-Britannian ohella niihin maihin, joissa on kehitetty EU/ETA-alueen ulkopuolelta tuleville lääkäreille erityinen laillistusjärjestelmä. Suomessa järjestelmä on ollut voimassa vuodesta 1994 lähtien. Järjestelmä pyrkii kokelaisten tasapuoliseen kohteluun.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) valvoo Suomessa lääkäriainekset myöntämistä ja myöskin ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkäreiden laillistusjärjestelmää. Valvira tarkistaa tutkintotodistukset, ilmoittaa osallistujat Tampereen yliopistossa järjestettäviin kuulusteluihin ja tekee päätökset laillistuksesta ja toimiluvista.

Tampereen yliopiston lääketieteen yksikön yleislääketieteen oppiala järjestää kirjalliset kuulustelut neljä kertaa vuodessa. Vaatimuksina on kaksi kirjallista kuulustelua eli kliininen kuulustelu ja suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu sekä kolmantena terveyskeskuksessa järjestettävä näyttökoe, jossa otetaan vastaan aitoja potilaita. Kaikkien kuulustelujen tulokset ilmoitetaan Valviralle.

Tutkimuksessa on tarkasteltu ETA-alueen ulkopuolelta tulleiden lääkäreiden laillistusprosessia rekisteriaineiston ja kyselytutkimuksen pohjalta. Rekisteri- ja kyselytutkimuksesta käytetään nimeä Treta-tutkimus.

Opintorekisteristä on saatu kaikkien vuosina 1994–2009 kuulusteluihin osallistuneiden taustatiedot ja kuulustelutulokset. Lääkäreistä noin puolet oli venäläis-taustaisia. Virolaisia ja suomalaisia oli molempia noin kymmenesosa. Ennen Viron EU-jäsenyyttä virolaiset ja Virossa lääkäriksi opiskelleet suomalaiset joutuivat osallistumaan laillistuskuulusteluihin. Kaikkiaan 65 kansallisuutta oli edustettuina osallistujien joukossa. Lääkärintutkintoja oli suoritettu yhteensä 161 yliopistossa, eniten Pietarin, Petroskoin, Tarton ja Moskovan yliopistoissa.

Kuulusteluihin oli tarkasteluaikana osallistunut yhteensä 746 lääkäriä. Heistä 580 oli suorittanut kuulustelut, 19 oli keskeyttänyt ja 147:llä oli vielä kuulusteluprosessi meneillään. Treta-tutkimuksessa tehtiin päätelmiä tenttimenestyksestä. Noin viidenes osallistujista oli selviytynyt kaikista kolmesta kuulustelusta ensimmäisellä kerralla. Naislääkäreiden tenttimenestys osoittautui paremmaksi kirjallisissa kuulusteluissa, sukupuolen lisäksi muuta selittävää tekijää ei ilmennyt. Kuulusteluja sai aiemmin uusia vapaasti, mutta vuonna 2010 Valvira määräsi rajoituksia uusimiskertoihin.

Vuonna 2009 toteutettiin kyselytutkimus vuosina 1994–2008 kuulusteluihin osallistuneille. Osallistuneita oli ollut 686 ja heistä 656:n osoite pystyttiin selvittämään. Kyselyyn vastasi 344 lääkäriä eli 52 %.

Kyselylomake sisälsi kysymyksiä lääkärien tulostyistä, työtilanteesta, työtyytyväisyydestä, työstä koetusta arvostuksesta, tulevaisuudensuunnitelmista, ammatti- ja yhteisöidentiteetistä, syrjinnästä ja arvoista. Lisäksi kysyttiin lääkärien mielipiteitä kuulustelujärjestelmästä.

Lääkärien Suomeen tulon syissä korostuivat erityisesti perhesyyt ja suomalainen sukutausta. Lääkärien joukossa on ollut inkerinsuomalaisia paluumuuttajia. Erityisesti venäläisiä naislääkäreitä on tullut avioliiton vuoksi. Muita muuttosyitä olivat parempi palkka ja elintaso, oman maan epävarma tilanne, urakehitys ja ystävien suositus. Lähes puolet vastaajista ei osannut suomea eikä ruotsia maahan tullessaan. Valtaosa vastaajista ilmaisi aikovansa pysyä Suomessa.

Lääkärit olivat työllistyneet hyvin ja heidän työtyytyväisyytensä oli korkealla tasolla. Työtyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä olivat toteutuneet erityisesti mahdollisuus kehittyä ammatillisesti, tehtävien kiinnostavuus ja hyvät potilas-suhteet. Lääkärit kokivat itsensä ammatti-identiteetiltään ensisijaisesti auttajiksi, kuuntelijoina ja kutsumuslääkäreiksi. Tärkeimpinä arvoina elämässään he pitivät perhe-elämää, terveyttä ja lasten menestymistä elämässään.

Yhteisöihin kuulumista koskevassa kysymyksessä perhe, suku, Suomi ja työyhteisö nousivat tärkeimmiksi. Suomeen kuulumisen vaikutti olevan jonkin verran kiinteämpää kuin synnyinmaahan kuulumisen. Kanssakäyminen työn ulkopuolella suomalaisten lääkärien ja ystävien kanssa oli jokseenkin yhtä yleistä kuin omasta maasta tulevien lääkärien kanssa. Syrjintää oli joskus kokenut hieman yli puolet lääkärien, hoitohenkilökunnan ja viranomaisten taholta, potilaiden taholta useammat.

Tutkimuksessa voitiin tehdä vertailuja Lääkäri 2008 -tutkimuksessa saatuihin koko lääkärinkuntaa koskeviin tuloksiin, koska oli käytetty osittain samoja kysymyksiä. Tretä-tutkimuksen vastaajista runsas kolmasosa oli sijoittunut terveyskeskukseen, kun koko lääkärinkunnasta oli sijoittunut noin viidesosa. Itä- ja Kaakkois-Suomen alueelle oli sijoittunut ETA-alueen ulkopuolelta tulevista lääkäreistä suhteellisesti suurempi osuus kuin kaikista lääkäreistä. Sekä ulkomaalaiset että suomalaiset lääkärit kokivat saavansa arvostusta työstään perheeltä, potilailta ja hoitohenkilökunnalta.

Kuulusteluja koskevissa mielipiteissä tuli esiin kokemus tenttien vaativuudesta ja kielitaidon merkityksestä. Kuulustelujen järjestelyt saivat sekä kiitosta että moitteita ja kehittämisehdotuksia oli esitetty. Monet olivat todenneet kuulustelujen hyödyn päästyään lääkärintyöhön. Osallistujat toivoivat enemmän kielikoulutusta ja muuta kuulusteluihin valmentavaa koulutusta.

Summary

Along with the Nordic countries and Great Britain, Finland is one of those countries in Europe that have a special system for the licensing of doctors graduated outside the European Economic Area. In Finland, the system has been in use since 1994. The aim of the system is an equal treatment of the candidates.

The National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira) supervises the granting of licences to practice for healthcare professionals in Finland. Valvira approves the certificates of non-EEA-doctors and informs the Medical School of the University of Tampere of new participants in the professional competence examination. Valvira finally decides about the issue of permits and licences.

The Department of General Practice at the Medical School of the University of Tampere conducts the written examinations four times a year. The requirements include two written examinations and clinical skills assessment, which is held at a health centre with real patients. Valvira is informed of all the results of the exams.

In this study the licensing process of doctors from outside the EEA is investigated on the basis of a study register and a questionnaire. ‘Treta study’ is used as a common name for both parts of the study.

Demographic data and the test results of all the participants in the licensing examinations in 1994–2009 were available in the study register. Approximately half of the participants were Russian. Both Estonian and Finnish doctors formed one tenth of the participants. Before Estonia was a European Union member state, the Estonian doctors and those Finnish doctors who had studied in Estonia had to participate in the licensing examinations. The participants represented 65 nationalities. There were 161 universities in which they had taken their degrees, most often in the universities of St. Petersburg, Petrozavodsk, Tartu, and Moscow.

Altogether 746 doctors had participated in the exams during 1994–2009. Of them, 580 had passed the exams, 19 had dropped, and 147 were still in the process at the end of 2009. In the Treta study, conclusions were made of the outcome of the exams. About one fifth of the participants had passed all three exams on the first attempt. The outcome of women was better than the outcome of men in the written exams; no other factor except gender was associated with good outcome. Retakes of the exams were free in the earlier years but since 2010 Valvira has launched limitations, i.e. maximum numbers of attempts.

The questionnaire was sent in 2009 to all those 686 doctors who had participated in the exams in 1994–2008. The addresses of 656 were available. The questionnaire was returned by 344 physicians (52%).

The questionnaire included questions covering the doctors' reasons for coming to Finland, their employment situation, working satisfaction, experiences of appreciation at work, plans for the future, professional identity, community identity, discrimination, values, and their opinions of the licensing system.

In the doctors' reasons for coming to Finland, family reasons and Finnish background were emphasized. There were Ingrian migrants among the doctors. Russian female doctors often had Finnish spouses. Other reasons for coming were better pay and standard of living, circumstances of the home country, career development and recommendations of friends. Almost half of the respondents did not know any Finnish or Swedish when they came to Finland. Most of the respondents intended to stay in Finland.

The doctors had got employment easily and their working satisfaction was high. Of the factors that influenced working satisfaction, the most important were the possibility of professional development, the interest of work, and good patient relationships. The doctors felt themselves first of all as helpers, listeners, and doctors of vocation. The most important values in their lives were family life, health, and children's success in life.

The most important communities that the doctors felt belonging to were family, relatives, Finland, and working community. Belonging to Finland was felt somewhat stronger than belonging to the country of birth. Contacts outside work with Finnish doctors and friends were almost as common as contacts with doctors from their own country. More than half of the doctors had sometimes experienced discrimination from the part of colleagues, nursing personnel, and authorities, even more had experienced discrimination from patients.

It was possible to make comparisons with the results of the survey Physician 2008 because the studies had some questions in common. According to Treta study, more than one third of the respondents were employed in health centres, and according to Physician 2008 about one fifth. A greater part of the doctors from outside the EEA than of the Finnish doctors were situated in the eastern and southeastern parts of Finland. Both groups felt greatest appreciation for their work from their nearest family, patients and nursing personnel.

In their opinions about the examinations, the respondents emphasized the high requirements of the exams and the importance of language. The arrangements of the exams were both thanked and criticized and suggestions for improvement were put forward. Many had noticed the usefulness of the exams after getting to doctor's work. The participants hoped for more language courses and other courses to help preparation for the exams.

Alkuperäiset artikkelit

I Haukilahti, R.-L., Virjo, I. & Mattila, K. ETA-alueen ulkopuolella lääkäriksi valmistuneet. Lääkärien kuulustelujärjestelmä ja siihen osallistuneet vuosina 1994–2009. Suomen Lääkärilehti 2010; 65 (41): 3315-21.

II Haukilahti, R.-L., Virjo, I. & Mattila, K. (2012). Success in licensing examinations of doctors from outside the European economic area: Experiences from Finland 1994-2009. *Education for Primary Care* 2012; 23 (5): 342-9.

III Haukilahti, R.-L., Virjo, I. & Mattila, K. (2012). Lääkärien laillistaminen – ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen arvio prosessista. *Hallinnon Tutkimus* 2012; 31 (4): 328-37.

IV Haukilahti, R.-L., Virjo, I. & Mattila, K. (2012). ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneiden lääkärin Suomeen tulon syyt, työllistyminen ja jatkosuunnitelmat. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2012; 49 (1): 13-30.

V Haukilahti, R.-L., Virjo, I., Heikkilä, T., Hyppölä, H., Kujala, S., Halila, H., Vänskä, J. & Mattila, K. Lääkärien kokemus työnsä arvostus. Onko eroa Suomessa ja ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen välillä? *Suomen Lääkärilehti* 2012; 67 (22): 1749-54.

VI Haukilahti, R.-L., Virjo, I. & Mattila, K. (2012). Licensing examinations for doctors graduated outside the European Economic Area. *Letters to the Editor. Medical Teacher* 2012; 34 (5): 426-7.

Lyhenteet

AMC	Australian Medical Council: australialainen lääketieteellinen toimielin, joka järjestää kokeita ulkomaalaisille lääkäreille
AT	Allmän tjänstgöring: Ruotsissa kaikilta lääkäreiltä vaadittava 18 kk:n mittainen käytännön palvelu, jonka päätteeksi on AT-koe
CIBA	Commissie Instroom Buitenlandse Artsen: toimielin, joka aiemmin järjestänyt ulkomaalaisten lääkärien rekisteröinnin ja lisäkoulutuksen Alankomaissa
CSA	Clinical Skills Assessment: kliinisten taitojen kuulustelu
ECFMG	Educational Commission for Foreign Medical Graduates: ulkomaalaisten lääkärien tutkintojen tunnustamisesta huolehtiva toimielin Yhdysvalloissa
Ei-ETA	ETA-alueen ulkopuolinen, esim. ei-ETA-lääkäri: ETA-alueen ulkopuolisessa valtiossa tutkintonsa suorittanut lääkäri
ETA	Euroopan talousalue (engl. EEA – European Economic Area)
EU	Euroopan Unioni
EVO	Terveydenhuollon erityisvaltionosuus
IELTS	International English Language Testing System: kielikoe, joka ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien pitää suorittaa Isossa-Britanniassa
IMED	International Medical Education Directory: luettelo yliopistoista tai lääketieteellisistä instituuteista, joissa suoritettu lääkärintutkinto katsotaan päteväksi
IMG	International Medical Graduate: ulkomailla tutkintonsa suorittanut maahanmuuttajalääkäri
IMI	Internal Market Information System: EU:n komission tietojärjestelmä
MMI	Multiple Mini-Interview: lääketieteen perus- ja erikoiskoulutuksen pääsykokeissa Kanadassa käytetty haastattelututkimus
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development: Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö

PLAB	Professional and Linguistic Board: ETA-alueen ulkopuolelta tulevilta lääkäreiltä vaadittava testi (Iso-Britannia)
SP	Standardized Patient: testeissä käytetty koulutettu näyttelijäpotilas
TEO	Terveystieteiden tutkimuskeskus
Treta	Tampereen yliopistossa ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneille lääkäreille järjestettyihin kuulusteluihin osallistuneita koskeva tutkimus
TULE	Tentamensgruppen för utländska läkares examination: Ruotsissa käytössä oleva laillistuskoe
Valvira	Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto
WHO	World Health Organization: Maailman terveysjärjestö
WMA	World Medical Association: Maailman lääkäriliitto
WONCA	World Organization of Family Doctors: Perhelääkärien maailmanjärjestö

1. Johdanto

Lääkärin ammatti on säännelty ja luvanvarainen. Tutkinto ja viranomaisen laillistus vaaditaan. Lääkärin ammatissa on olennaista eettisyyden noudattaminen, johon kuuluvat elämän ja ihmisyyden kunnioittaminen, terveyden edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, kärsimyksen lievittäminen, korkean ammattitaidon ylläpito ja kollegiaalisuus (Lääkäriliitto 2014, Mattila 2005).

Euroopan unionin alueelta Suomeen tulevien lääkärien perustutkinnot kuuluvat lähtökohtaisesti automaattisen tunnustamisen piiriin, koska EU-maissa lääkärintutkinnon vaatimukset on yhtenäistetty. Periaate koskee myös EU:n ulkopuolisia Euroopan talousalueen (ETA) valtioita sekä Sveitsiä. ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneita lääkäreitä varten on niin Suomessa kuin muissakin maissa omat laillistusjärjestelmänsä.

Ulkomailla suoritetut lääkärintutkinnot ja lääkärien laillistaminen ovat olleet julkisuudessa esillä valelääkäritapausten vuoksi. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän selvittämään lääkärien laillistuksen valvontaa. Myös ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärien laillistusjärjestelmää selvitettiin, ja sen osalta työryhmä esitti mietinnössään ammatillisen kielikoulutuksen lisäämistä sekä muutoksia lääkäriharjoitteluun ja tilapäisiin toimilupiin (Paunio & Pelkonen 2012).

Tutkimuksessa esitetyt tiedot ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärien osallistumisesta kuulusteluihin ja niissä menestymisestä kuvaavat opintorekisterin mukaista tilannetta vuoden 2009 lopussa. Tiedot ja arviot lääkärien tulositystä, työtilanteesta, työtyytyväisyydestä, arvostuksesta, syrjinnästä, ammatti- ja yhteisö-identiteetistä, arvoista ja tulevaisuudensuunnitelmista sekä heidän mielipiteensä kuulustelujärjestelmästä perustuvat vuonna 2009 tehtyyn kyselytutkimukseen. Rekisteri- ja kyselytutkimuksesta käytetään nimeä Treta-tutkimus.

Olen toiminut Tampereen yliopistossa pidettävien laillistuskuulustelujen käytännön järjestelyissä projektikoordinaattorina vuosina 2004–2008, jolloin tehtäviini kuului myös kuulustelutulosten seurantajärjestelmän ylläpito. Tässä yhteydessä kiinnostuin tekemään tutkimusta ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneita lääkäreitä koskevasta laillistusjärjestelmästä. Tutkimuksen tekemiseen sain ensi tuntumaa, kun pääsin osallistumaan Lääkäri 2003 -tutkimuksen vapaaehtoisten vastausten raportointiin (Haukilahti ym. 2005, 2008a–d). Tämän myötä syntyi ajatus tehdä kyselytutkimus, jossa selvitettäisiin lääkärien mielipiteitä kuulustelujärjestelmästä ja heidän kokemuksiaan lääkärintyöstä Suomessa.

2. Kirjallisuuskatsaus

Lääkärien liikkuvuus on maailmanlaajuinen ilmiö. Sitä on kautta vuosikymmenien tapahtunut varsinkin köyhemmistä rikkaampiin maihin. Euroopan unionin piirissä lääkärien kuten muidenkin ammattiryhmien liikkuvuutta on pyritty edistämään ja helpottamaan. Alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärit kohtaavat eri maissa erilaisia laillistamista koskevia säännöksiä.

2.1 Lääkärien liikkuvuus maailmanlaajuisesti

2.1.1 *Muuttopäätökseen vaikuttavat tekijät*

Muuttopäätökseen vaikuttavat lähtömaiden työntekijät (‘push’) ja kohdemaiden vetotekijät (‘pull’). Työntekijät ovat lähtömaan epäkohtia ja vetotekijät kohdemaan houkuttelevia olosuhteita. (Mejía ym. 1979.) Push- ja pull-käsitteitä on käytetty muuttotutkimuksessa runsaasti (Lee 1966, Kline 2003, Kirigia ym. 2006, Wiskow 2006, Eskelinen ym. 2007, Klein ym. 2009, Alonso-Garbayo & Maben 2009). Usein push- ja pull-tekijät ovat saman ilmiön kääntöpuolia. Palkat, työolosuhteet ja ammatilliset kehittymismahdollisuudet ovat puutteellisia lähtömaassa, mutta hyvätasoisia kohdemaassa. (Alonso-Garbayo & Maben 2009.)

Maita luokitellaan taloudellisen ja yhteiskunnallisen kehitystasonsa mukaan kolmeen luokkaan: kehitysmaat, teollistuneet kehitysmaat ja teollisuusmaat (Wikipedia 2014). Lääkärien muuttoliikkeessä lähtömaat ovat yleisimmin kehitysmaita tai teollistuneita kehitysmaita ja kohdemaat ovat teollisuusmaita. Seuraavassa käytetty termi kehitysmaa kattaa myös teollistuneet kehitysmaat.

Palkkojen ja elintason alhaisuus on tärkeimpiä terveydenhuoltohenkilöstön muuttoa aiheuttavia epäkohtia maailmanlaajuisesti. Usein kyseessä on muutto kehitysmaasta teollisuusmaahan, mutta myös teollisuusmaiden palkkojen välillä on tasoeroja. (Mejía ym. 1979, Kline 2003, Wiskow 2006.) Huonon palkan vuoksi pois muuttavan työntekijän tilalle voi tulla toisesta maasta työntekijä, joka kokee saman palkan hyväksi oman maansa palkkatasoon verrattuna. (Heikkilä & Pikkarainen 2008.)

Kehitysmaiden push-tekijöiksi on mainittu terveydenhuollon yleinen kehittymättömyys, hallinnon ongelmat ja lääkärien suuri työtaakka (Kirigia ym.

2006). Liian vähäisten investointien vuoksi palkat ja työolosuhteet eivät ole kehittyneet, työtyytyväisyys on ollut heikkoa ja henkilöstön muuttohalukkuus on lisääntynyt (Stilwell ym. 2004). Kuitenkin lääkärikoulutus on voinut kehitysmaissakin olla korkeatasoista ja opetussairaaloissa on ollut kehittynyttä teknologiaa. Käytännön työskentelyolosuhteet ovat olleet paljon primitiivisemmät, ja osa lääkäreistä on päättänyt hyödyntää koulutuksensa ulkomailla. (Mejía ym. 1979.)

Lääkäreitä on joissakin kehitysmaissa koulutettu liikaa ja he ovat työttömyyden vuoksi hakeutuneet ulkomaille (Mejía ym. 1979, Bach 2004, Cooper & Aiken 2006). Todellisuudessa heidän työpanostaan olisi tarvittu omassakin maassa, mutta ei ole ollut varaa palkata heitä (Kline 2003, Kirigia ym. 2006). Taloudellisen tilanteen vaihtelusta johtuva lääkärien työttömyys on mahdollista myös teollisuusmaissa. Tästä esimerkkinä on mainittu Suomi, jossa 1990-luvun alun lama aiheutti lääkärien työttömyyttä ja maastamuuttoa. (Wiskow 2006.)

Terveydenhuoltohenkilöstöä on myös tarkoituksella koulutettu ulkomaita varten (Stilwell ym. 2004, Alonso-Garbayo & Maben 2009). Egypti, Intia, Pakistan, Filippiinit ja Etelä-Korea ovat kouluttaneet lääkäreitä lähetettäväksi ulkomaille, lähinnä Yhdysvaltoihin, Kanadaan ja Isoon-Britanniaan (Mejía ym. 1979, Bach 2004). Hoitajia on koulutettu erityisesti Filippiineillä ulkomaille rekrytointia varten, ja heidän ulkomailta lähettämänsä avustukset ovat olleet merkittävä tulolähde maalle (Alonso-Garbayo & Maben 2009). Filippiineillä on myös lääkäreitä koulutautunut hoitajiksi Yhdysvaltoihin muuttoa varten (Cooper & Aiken 2006).

Maastamuuttoon erityisesti kehitysmaissa voivat vaikuttaa yhteiskunnassa vallitseva epävakaa poliittinen tilanne, rikollisuus ja väkivalta, perhettä uhkaava turvattomuus ja lasten epävarmalta näyttävä tulevaisuus (Klein ym. 2009). Myöskin huonot asumisolot (Stilwell ym. 2004) ja tartuntatautien riski (Wiskow 2006) voivat vaikuttaa muuttopäätökseen. Pakolaisilla on yleensä pakottava syy muuttaa maastaan, eli he lähtevät turvattomuuden ja hengenvaaran takia. Oleskelu pakolaisleireissä ja mahdolliset välietapit useissa maissa aiheuttavat elämään epävakautta ja katkoksen ammatin harjoittamiseen. (Forsander 2002.)

Kohdemaihin houkuttelevat urakehityksen, jatkokoulutuksen ja tutkimuksen tekemisen mahdollisuudet. Ammatillinen kehittyminen on ollut tärkeänä muuttosyyinä taloudellisten tekijöiden ohella lääkärien muutossa muista teollisuusmaista Yhdysvaltoihin. (Wiskow 2006.) Myöskin ammatillinen itsenäisyys, terveydenhuollon johtamisen taso ja eläkkeen kertyminen ovat voineet houkutella kohdemaahan (Alonso-Garbayo & Maben 2009). Rahoituksen saaminen tutkimukseen voi olla mahdotonta kehitysmaissa (Kirigia ym. 2006).

Isoon-Britanniaan muuttaneista lääkäreistä kolme neljäsosaa on ilmoittanut tulosyiksi koulutuksen täydentämisen. Heistä suuri osa on tullut Etelä-Aasiasta Kansainyhteisön maista. Jo heidän peruskoulutuksensa lääkäriksi on pohjautunut

Britannian eli siirtomaa-aikaisen emämaan malliin. (George ym. 2007.) Saksalaisia lääkäreitä on muuttanut runsaasti Isoon-Britanniaan erikoistumaan. Kurssi-järjestelyjä on pidetty hyvinä, ohjaus on tiiviimpää ja erikoistumisvaiheen palkkaus on parempi kuin Saksassa. Ulkomaalaisilla lääkäreillä on hyvä vastaanotto, ilmapiiri tukee oppimista ja työssä viihtymistä, hierarkiaa ja kilpailua on vähemmän kuin Saksassa ja kielikin on tuttu. (Simmgen 2004.)

Suomesta ulkomaille muuttaneiden lääkärien muuttopäätökseen ovat vaikuttaneet enemmän kohdemaan vetovoimatekijät kuin Suomen epäkohdat. Mielenkiintoiset työtehtävät, mahdollisuus kehittyä ammatissa ja uudenlainen elämäntapa ovat houkutelleet. Muuttoratkaisussa puoliso ja perhe ovat olleet tärkeitä tekijöitä. (Eskelinen ym. 2007.)

Muita kuin työhön liittyviä houkuttelevia tekijöitä voivat kohdemaissa olla elämänlaadun ja perheen tilanteen paraneminen, edullisemmat maantieteelliset olot, virkistysmahdollisuudet, poliittinen vakaus sekä yhteiskunnallinen suvaitsevaisuus ja monikulttuurisuus (Klein ym. 2009).

Monissa teollisuusmaissa on syntynyt lääkäripula, kun lääkäreitä ei ole pystytty kouluttamaan tarpeeksi (Stilwell ym. 2004). Aktiivinen rekrytointi ulkomailta on tuottanut nopeasti tulosta, koska kehitysmaiden lääkäreillä on heikkojen työ- ja elinolosuhteiden vuoksi ollut halukkuutta lähteä kotimaastaan. Lääkäripulaa on monissa teollisuusmaissa erityisesti maaseudulla. (Worley & Couper 2002.)

Kanadassa lääkärinkoulutuksen lisäys ei ole tuottanut omavaraisuutta, koska lääkärit eivät ole halunneet asettua syrjäisille seuduille. Ulkomaalaisia lääkäreitä on rekrytoitu erityisesti Etelä-Afrikasta ja Etelä-Aasiasta. (Mullally & Wright 2007.) Rekrytointitarve on jatkunut, koska suuri osa maahanmuuttajalääkäreistä on halunnut siirtyä pois maaseudulta (Baerlocher 2006). Myös Yhdysvalloissa on paljon ulkomaalaisia lääkäreitä rekrytoitu maaseudulle, mutta he eivät ole kauan siellä viihtyneet (Worley & Couper 2002). Samoin Australiassa on ulkomaalaisten lääkärien merkitys ollut suuri syrjäisten alueiden terveydenhuollon järjestämisessä ja ongelmia on ollut heidän pysyvyydessään (Han & Humphreys 2005).

Terveydenhuollon henkilöstörakenteessa lääkärien osuus on pienentynyt, mutta tästä huolimatta lääkäripula jatkuu. Lääkärivajausta lisää nuoremman lääkäripolven haluttomuus sitoutua ylipitkiin työpäiviin (Cooper & Aiken 2006). Lisäksi lääkärikunnan naisistuminen, osa-aikatyön lisääntyminen ja varhainen eläkkeelle jääminen ovat vähentäneet lääkärien työaikaa ja lisänneet välillisesti lääkäripulaa. (Policy Brief 2010.) EU:n alueella on erikoistuvia lääkäreitä koskeva työtunteja rajoittava työaikadirektiivi vaikuttanut lääkärien lisäkysyntään (Wiskow 2006).

Suomessa muutama Pohjois-Karjalan kunta ryhtyi yhteisvoimin rekrytoimaan lääkäreitä itärajan takaa Luoteis-Venäjältä, koska maakunnassa oli kolmasosa perusterveydenhuollon lääkärinviroista täyttämättä. Hanke kesti kaksi vuotta ja

siihen saatiin myös EU-rahoitusta. (Flygar 2009.) Myös Virosta on rekrytoitu lääkäreitä, mutta virolaisia lääkäreitä tulee Suomeen ilman aktiivista rekrytointiakin, koska paremmat palkat houkuttavat. Runsas kolmannes virolaisista lääkäreistä on ilmoittanut aikovansa työskennellä Suomessa, Ruotsissa tai Saksassa (Sepp 2012).

Hyvät työllistymismahdollisuudet ovat olleet ulkomailta Suomeen muuttaneiden lääkäreiden tiedossa (Kuusio ym. 2010). Työolot voivat houkuttaa Suomeen, mutta kieli on vaikea ja muualla Euroopassa on mahdollista ansaita paremmin. Tosin käsitys palkkatasosta vaihtelee vertailukohtaan mukaan. (Markkanen 2007.)

Kommunikaatioteknologian kehitys on helpottanut muuton harkintaa. Internetistä saadaan tietoa kohdemaasta ja työpaikoista. (Stilwell ym. 2004, Kirigia 2006.) Aiempi muuttokokemus helpottaa muuttoon liittyvien tekijöiden arviointia. Matkustaminen on tullut halvemmaksi eivätkä välimatkat ole enää muuton este. (Lee 1966.) Henkilökohtaiset yhteydet kohdemaassa asuviin sukulaisiin ja ystäviin voivat auttaa tiedonsaannissa (Klein ym. 2009).

Naapurimaihin muutto on helpointa toteuttaa maantieteellisen läheisyyden ja hyvien kulkuyhteyksien vuoksi. Lyhyt etäisyys suo mahdollisuuden ylläpitää yhteyksiä sukulaisiin ja ystäviin. Kielisukulaisuus helpottaa muuttoa, kuten Virosta Suomeen muuttavien kohdalla. (Kuusio ym. 2010.) Myös lääkärikoulutuksen samankaltaisuus kohdemaan kanssa helpottaa muuttoa (Alonso-Garbayo & Maben 2009). Tämä koskee myös kehitysmaita, joissa lääkärikoulutus on järjestetty entisen emämaan mallin mukaan siirtomaakaudella (Mejía ym. 1979).

Maahanmuuttajat voivat muuttaa edelleen, jos alkuperäinen kohde ei vastaa odotuksia. Filippiiniläisiä hoitajia on muuttanut ensin taloudellisista syistä Saudi-Arabiaan, mutta sieltä he ovat muuttaneet edelleen Isoon-Britanniaan kulttuuri-syiden vuoksi (Alonso-Garbayo & Maben 2009). Länsi-Eurooppaan muuttaneita lääkäreitä on muuttanut edelleen Yhdysvaltoihin, koska siellä on kehittyneempi terveydenhuollon toimintaympäristö ja resursseja tutkimukseen (Wiskow 2006). EU:n ulkopuolelta tulevien lääkäreiden edelleenmuutto EU:n sisällä on mahdollista, kun heidät on laillistettu jossakin EU-valtiossa ja he ovat työskennelleet vähintään kolme vuotta laillistuksen myöntäneessä jäsenvaltiossa (Ammattipätevyysdirektiivi 2005).

Muuttosyiden osuudet vaihtelevat eri maihin muuttaneiden lääkäreiden kohdalla. Alankomaihin on tullut lääkäreitä erityisesti pakolaisina ja turvapaikanhakijoina. Isoon-Britanniaan tulleista ETA-alueen ulkopuolisista lääkäreistä on kaksi viidesosaa tullut pakolaisina tai turvapaikanhakijoina. Itävaltaan on ETA-alueen ulkopuolelta tulleista lääkäreistä enemmistö muuttanut perhesuhteiden vuoksi, pakolaisina on tullut vajaa kolmasosa. Belgiassa pakolaisina tulleita on ollut enemmän kuin perhesuhteiden vuoksi tulleita. Ruotsiin on lääkäreitä tullut sekä perhesuhteiden vuoksi että pakolaisina. (Herfs 2011.)

2.1.2 Muuttosuunnat ja muuttomäärät

Lääkärien tavallisin muuttosuunta on kehitysmaista teollisuusmaihin, mutta muuttoa tapahtuu jonkin verran myös päinvastaiseen suuntaan. Kehitysmaidenkin välillä on muuttoliikettä ja runsaasti sitä on teollisuusmaiden välillä (Mejía ym. 1979). Lääkäreitä on muuttanut erityisesti Afrikasta ja Etelä-Aasiasta Euroopan maihin ja Pohjois-Amerikkaan. EU:n sisällä on paljon lääkäreiden liikkuvuutta, samoin kuin muista teollisuusmaista Yhdysvaltoihin.

Aiemmin siirtolaisuus on tarkoittanut pysyvää muuttoa toiseen maahan, mutta tämän rinnalle on nykyisin tullut erityyppistä liikkuvuutta, jossa muutto voi olla määräaikaista ja muuttajat voivat siirtyä maasta toiseen. (Heikkilä & Pikkarainen 2008.) Lääkärien muuttoliikkeessä siirtomaasuhteet ovat aiemmin vaikuttaneet enemmän kohdemaiden valintaan, mutta nykyisin on taloudellisten tekijöiden ja aktiivisen rekrytoinnin merkitys kasvanut (Bach 2004).

Useissa maissa tapahtuu samaan aikaan lääkäreiden maastamuuttoa ja maahanmuuttoa. Esimerkiksi Saksasta muuttaa lääkäreitä varsinkin Pohjoismaihin, Isoon-Britanniaan ja Yhdysvaltoihin, ja Saksaan muuttaa lääkäreitä erityisesti Itä-Euroopan maista (Siukosaari 2009).

Työntekijöitä voi muuttaa köyhemmästä maasta rikkaampaan ja heidän tilalleen tulee muuttajia toisesta vielä köyhemmästä maasta (Heikkilä & Pikkarainen 2008). Lääkäreitä on muuttanut vähemmän kehittyneestä Tšekistä Saksaan ja Tšekkiin on heidän tilalleen tullut lääkäreitä Slovakiasta tai Puolasta (Wiskow 2006).

Paluumuuttoa voi tapahtua, jos olosuhteet kohdemaassa heikkenevät tai muutto on alun perinkin suunniteltu määräajaiseksi. Ulkomailla hankittujen kokemusten ja varallisuuden ansiosta kotimaan mahdollisuudet voivat olla paremmat, ja myös ulkomaisia kontakteja voidaan hyödyntää. (Lee 1966.) Paluumuutto kehitysmaihin ei kuitenkaan ole tavallista, koska lääkärit eivät pysty käyttämään saamaansa lisäkoulutusta alkeellisemmän terveydenhuollon piirissä. Myös tutkimustyön jatkaminen voi olla vaikeaa kehitysmaassa. (Kirigia ym. 2006.) Ulkomailla erikoistuneet lääkärit eivät aina palaa lähtömaahan, koska ei ole tarjolla hyväpalkkaisia työpaikkoja tai erikoistumisala ei liity oman maan tautiprofiiliin (Mejía ym. 1979). Kotimaahan voidaan palata perhe- ja ystävyysuhteiden vuoksi, vaikka vieraassa maassa monet työolosuhteisiin liittyvät asiat olisivat paremmin (Simmgen 2004).

Euroopan alueelta lääkäreiden muuttoliikkeestä tehdyn selvityksen mukaan ulkomaalaisten lääkäreiden suurimmat osuudet olivat Isossa-Britanniassa ja Irlannissa (30 %), Ruotsissa ja Norjassa (15 %) sekä Portugalissa (10 %). Lukumääräisesti ulkomaalaisia lääkäreitä oli eniten Isossa-Britanniassa. (García-Pérez ym. 2007.) Suomessa oli vuoden 2013 alussa kaikista työikäisistä lääkäreistä (19 865) vieraskielisiä 1 307 (6,6 %) (Lääkärit 2013).

EU:n ulkopuolelta muualta Euroopasta EU-maihin muuttaneiden suurimmat osuudet ulkomaalaisista lääkäreistä olivat Saksassa, Norjassa ja Italiassa. Aasiasta muuttaneita oli Isossa-Britanniassa lähes puolet ulkomaalaisista lääkäreistä ja Saksassa neljäsosa, Afrikasta muuttaneita oli Ranskassa runsas kolmannes.

Ulkomaille oli siirtynyt Irlannista lähes puolet lääkärikunnasta ja Islannista lähes neljäsosa. Ruotsista oli muuttanut 4,7 % lääkäreistä ulkomaille, Suomesta 2,1 %, Virossa 1,5 % ja Venäjältä 1,2 %. Lääkärien kokonaismääräksi ilmoitettiin Virossa 6 118 ja Venäjällä 609 043. (García-Pérez ym. 2007.) WHO:n (2011) tilaston mukaan Virossa oli lääkäreitä vuonna 2010 yhteensä 4 376. Virolaisista lääkäreistä on noin neljännes työskennellyt ulkomailla (Sepp 2012). Osuus on huomattavasti suurempi kuin edellä on mainittu, koska mukana on myös tilapäinen työskentely ulkomailla.

Suomalaisia työikäisiä lääkäreitä oli ulkomailla vuonna 2007 noin 650 (Eskelinen ym. 2007). Vuoden 2013 alussa Suomessa laillistetuista lääkäreistä oli ulkomailla 2 277 (8,7 %). Lukuun sisältyi myös ulkomaalaissyntyisiä lääkäreitä, jotka olivat hankkineet laillistuksen Suomesta ja siirtyneet sitten muihin EU-maihin. Suosituimmat muuttomaat olivat Ruotsi, Saksa, Yhdysvallat, Viro, Iso-Britannia ja Norja. (Lääkärit 2013.)

ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien laillistusprosessiin osallistuville viranomaisille ja yliopistoille kohdistetun tutkimuksen mukaan *Ruotsiin* oli tullut lääkäreitä eniten Irakista, Iranista, entisestä Neuvostoliitosta, Romaniasta ja Bulgariasta; *Isoon-Britanniaan* Irakista, Venäjältä, Iranista, Afganistanista, Pakistanista, Ukrainasta, Kongosta, Algeriasta ja Somaliasta; ja *Saksaan* Venäjältä, Kiinasta, Syyriasta, Jordaniasta ja Irakista (Herfs 2011).

Yhdysvaltain noin 750 000 lääkäristä viidesosa on saanut koulutuksensa ulkomailla. Valtaosa lääkäreistä on tullut kehitysmaista, mutta heitä on tullut myös Kanadasta, Isosta-Britanniasta ja muista teollisuusmaista. (Cooper & Aiken 2006.) Yhdysvalloissa myönnettiin vuosina 1980–2004 ulkomailla tutkintonsa suorittaneiden lääkärien sertifikaatioita yli 170 valtion kansalaisille, heistä viidesosa tuli Intiasta (Boulet ym. 2006). Entisestä Neuvostoliitosta muutti vuosina 1980–2004 Yhdysvaltoihin noin 5 500 lääkäriä (Boulet ym. 2006). Israeliin muutti entisestä Neuvostoliitosta vuosina 1989–1995 noin 14 000 lääkäriä, jolloin maan lääkärimäärä kaksinkertaistui (Bernstein & Shuval 1998.) Kanadaan rekrytoitujen ulkomaalaisten lääkärien määrä on ajoittain ylittänyt valmistuneiden kanadalaisten lääkärien määrän (Mullally & Wright 2007). Australiassa oli ulkomaalaisten lääkärien osuus 23 % vuonna 2008. Uudessa-Seelannissa osuus oli 39 %, ja toista ääripäätä edusti Puola, jossa osuus oli 1 %. (Policy Brief 2010.)

Viisumimääräysten avulla maat voivat säädellä lääkärien maahanmuuttoa, jos on tarvetta sen lisäämiseen tai vähentämiseen. (Worley & Couper 2002.) Viisumi-

sääntöjä sovelletaan eriasteisesti Euroopassa maahanmuuton hallitsemiseksi. Työlupajärjestelmien avulla tarkkaillaan ja säännöstellään työmarkkinoille tulevia muuttovirtoja. (Wiskow 2006.) Kanadassa on eri vaiheissa helpotettu ja tiukennettu lääkäreitä koskevia maahanmuuttosäännöksiä. Lääkäreille on annettu ylimääräisiä ammattipisteitä silloin, kun he ovat olleet toivottuja maahanmuuttajia. Myöhemmin on jouduttu tiukentamaan maahanmuuttopolitiikkaa ja on annettu uusia säännöksiä. Tässä yhteydessä on jo muuttovaiheessa vaadittu lääkäreiltä provinssin hyväksymä työsopimus. (Mullally & Wright 2007.)

2.1.3 Eettiset kysymykset ja muuttoliikkeen hallinta

Eettisessä pohdinnassa on vastakkain kaksi vaikeasti yhteen sovitettavaa asiaa. Epäeettiseksi on todettu sekä yksilöiden vapaan liikkuvuuden estäminen että työvoiman rekrytoinnin aiheuttama lähtömaiden terveydenhuoltojärjestelmien heikentyminen (Siukosaari 2009).

EU:n alueella on periaatteena työvoiman vapaa liikkuvuus, joka edistää sekä urakehitystä että työvoiman kysynnän ja tarjonnan kohtaamista (Euroopan unioni 2010). Liikkuvuus merkitsee työntekijöille keinoa hankkia uusia tietoja ja taitoja sekä saavuttaa paremmat elin- ja työolosuhteet. Myös potilaiden saamien palvelujen laadun katsotaan paranevan, kun kansainväliset työntekijät voivat vaihtaa tietoja ja kokemuksia. Työntekijöiden vaihtuvuus ei kuitenkaan saisi heikentää terveyspalvelujen jatkuvuutta. (Wiskow 2006.) Itä-Euroopassa liikkumisen vapaus taattiin 1990-luvulla. Tämän jälkeen terveydenhuollon ammattihenkilöiden muuttoliike Itä-Euroopan maista on lisääntynyt. (Wiskow 2006.)

Teollisuusmaissa terveydenhuolto on laajentunut, mutta koulutusmääriä ei ole lisätty tarpeeksi ja on päädytty työvoiman rekrytointiin ulkomailta. Pahin lääkäripula on ollut maaseutualueilla. (Mejía ym. 1979.) Työvoiman rekrytointi ulkomailta on ollut nopeampaa ja halvempaa kuin lisähenkilöstön kouluttaminen, ja rikkaat maat ovat säästäneet köyhien kustannuksella. (Worley & Couper 2002.)

Kehitysmaissa lisättiin terveydenhuoltohenkilöstön koulutusta siirtomaakauden jälkeen, mutta samaan aikaan alkoi teollisuusmaissa ilmetä henkilöstöpulaa ja nämä paikat kiinnostivat kehitysmaissa koulutettuja (Bach 2004). Lääkärien muutto on ollut taloudellinen menetys kehitysmailla, koska koulutukseen on uhrattu rahaa (Kline 2003). Keniassa tehdyn tutkimuksen mukaan lääkärien ja hoitajien maastamuuton aiheuttama taloudellinen menetys on ollut aiemmin arvioitua suurempi ja vastaavasti kohdemaiden saama hyöty on ollut suurempi (Kirigia ym. 2006).

Kehitysmaissa palvelujen tarjonta ja koko terveydenhuoltojärjestelmä ovat heikentyneet muuttoliikkeen vuoksi (Stilwell ym. 2004). Jäljelle jääneeseen henkilökuntaan on kohdistunut suurempia vaatimuksia (Kline 2003). Välillisinä

vaikutuksina ovat olleet suuren kansanosan huono terveydentila, tarttuvien tautien leviäminen, pula koulutuksen ohjaajista sekä erikoissairaanhoidon hoitopaikkojen ylikuormitus perusterveydenhuollon lääkäripulan vuoksi. (Kirigia ym. 2006.)

OECD:n ja WHO:n yhteisen raportin mukaan vuonna 2000 OECD-maissa työskennelleiden afrikkalaistaustaisten lääkärien ja hoitajien määrä oli 12 % maanosan terveydenhuoltohenkilöstön vajauksesta (Policy Brief 2010). OECD:hen kuuluu 34 jäsenmaata, joista 24 on Euroopan maita ja muita ovat esimerkiksi Yhdysvallat, Kanada, Australia ja Uusi-Seelanti (OECD 2013). Ilman rekrytointiakin Afrikan maissa on huomattava henkilöstövajaus. Lääkäritiheydet on todettu alhaisiksi useissa Afrikan, Lähi-idän ja Etelä-Aasian maissa (WHO 2011).

WHO on arvioinut, että vuonna 2006 oli maailmassa yli 4,3 miljoonan terveydenhuollon työntekijän vajaus. Kriittinen työvoimapula oli 57 maassa, ja näistä 36 oli Saharan eteläpuolisia Afrikan valtioita. (Policy Brief 2010.) Myös joihinkin Itä-Euroopan maihin lääkärien runsas muuttoliike länteen on aiheuttanut kriittisen lääkäripulan. Tämä ei ole koskenut koko terveydenhuoltoa, vaan maaseudun yleislääkäreitä ja joitakin erikoisalvoja. (Wiskow 2006.)

Eettiset kysymykset koskevat erityisesti maita, jotka värväävät henkilöstöä kehitysmaista rekrytointitoimistojen avulla. Isojen ryhmien muutto on tehty helpoksi huolehtimalla viisumeista, kuljetuksesta ja asumisesta. (Stilwell ym. 2004.)

Kehitysmaissa aktiivista rekrytointia harjoittavien tahojen on katsottu olevan vastuussa eettisyydestä, ei muuttavien henkilöiden. Lääkärien valinnanvapautta on korostettu, eli heitä ei pidä syyllistää, vaikka he tavoittelevat parempaa palkkaa ja elämänlaatua, hyviä työolosuhteita ja urakehitystä sekä turvallisempia oloja. Lääkärit itse voivat kokea tilanteen ristiriitaiseksi, kun muuton vuoksi kotimaan terveydenhuollon tila heikkenee. He tuovat kuitenkin arvokkaan työpanoksen lääkäripulasta kärsivään kohdemaan. (Worley & Couper 2002.) – Tosin monet lääkärit muuttavat kohdemaassa pian pois maaseudulta, jonne heidät on rekrytoitu.

Kanadassa on eettisessä pohdinnassa todettu vastakkaisiksi näkökulmiksi omien kansalaisten terveystalvasta huolehtiminen ja rekrytoinnista lähtömälle aiheutuneen haitan huomioon ottaminen. Ilman ulkomaalaisten lääkärien panosta ei köyhempien ja syrjäisempien provinssien terveydenhuollon järjestäminen olisi onnistunut. (Baerlocher 2006.) Samoin Yhdysvalloissa on pohdittu rekrytointia eettiseltä kannalta, eli tekeekö maa oikein houkutellessaan suuria määriä ulkomaalaisia lääkäreitä helpottamaan lääkäripulaansa (Cooper & Aiken 2006).

Vajaan kymmenen lääkärin rekrytointi Itä-Suomen terveyskeskuksiin Luoteis-Venäjäältä on myös herättänyt eettistä pohdintaa. Lääkäreitä tarvittaisiin kotimaassankin, mutta toisaalta Petroskoin yliopistoon vuosittain otettavista 500:sta lääketieteen opiskelijasta monet eivät jää lääkäriksi Petroskoin alueelle. Luoteis-Venäjäältä rekrytoitujen lääkärien suomalaisten potilaiden asema on todettu

eriarvoiseksi, koska lääkärit edustavat toistaa kulttuuria eivätkä tunne suomalaisia kansansairauksia. (Flygar 2009.) – Tällä perusteella muidenkin ulkomaalaisten lääkärien potilaat Suomessa olisivat poikkeusasemassa.

Virosta on jatkuvasti tullut runsaasti lääkäreitä Suomeen, useimmat ilman aktiivista rekrytointia, koska työskentely Suomessa kiinnostaa palkkaeron vuoksi. Lähtömaalle aiheutuvaa haittaa vähentää lääkärien samanaikainen tai vuorottainen työskentely molemmissa maissa. WHO:n tilaston mukaan lääkäritiheys 100 000 asukasta kohti on sekä Virossa (341) että Venäjällä (431) suurempi kuin Suomessa (274) (WHO 2011).

WHO:n jäsenmailleen antamassa terveydenhuoltohenkilöstön eettisen rekrytoinnin suosituksessa (WHO Global Code 2010) korostetaan sekä yksilöiden vapautta muuttaa että vastuuta kehitysmaiden terveydenhuollosta. Ohje on kohdistettu terveydenhuoltohenkilöstölle, rekrytoijille, työnantajille, hallituksille ja organisaatioille. Teollistuneita maita kielletään rekrytoimasta aktiivisesti sellaisista maista, joihin aiheutuu kriittistä työvoimapulaa.

Rekrytoinnista aiheutuneen haitan vuoksi kohdemaita kehoitetaan tarjoamaan lähtömaille teknistä ja taloudellista apua, tukemaan terveydenhuoltohenkilöstön koulutusta ja pysyvyyttä, tarjoamaan erikoiskoulutusta sekä tukemaan paluumuuttoa. – Kohdemailta siis edellytetään, että samalla kun ne rekrytoivat, ne myös tukevat rekrytoinnin vähentämistä.

Maahanmuuttajilla pitää olla vastaavat työehdot sekä samat mahdollisuudet koulutukseen ja uralla etenemiseen kuin maan omilla työntekijöillä. Kriteerien työhönotossa ja palkkauksessa pitää perustua pätevyteen, kokemukseen ja ammatilliseen vastuuseen. Perehdytysohjelmia kehoitetaan tarjoamaan kaikille terveydenhuollon maahanmuuttajille.

Suosituksen mukaan rekrytointitarvetta pitää pyrkiä vähentämään työvoimasuunnittelun avulla. Kaikkien jäsenmaiden tavoitteena pitäisi olla henkilöstötarpeiden täyttäminen oman maansa resursseilla. Koulutusohjelmia pitää parantaa ja työvoimapulasta kärsivien alueiden työvoiman pysymiseen ehdotetaan koulutusta ja taloudellisia kannustimia.

Suosituksen tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan kansainvälistä rekrytointia koskevaa tiedonkeruuta jäsenmaista sekä tutkimusta. Jäsenmaiden edellytetään ylläpitävän luetteloita viranomaisten valtuuttamista rekrytoijista, ja vain niitä rekrytointitoimistoja tulee käyttää, jotka noudattavat suosituksen periaatteita.

Terveydenhuoltohenkilöstön vastavuoroista liikkuvuutta pitää suosituksen mukaan edistää, koska tietoista ja taidoista on hyötyä sekä lähtö- että kohdemaille. Ulkomaisista työ- ja koulutusmahdollisuuksista hyötyvät henkilöstön lisäksi terveydenhuoltojärjestelmät.

Maailman lääkäriliitto (World Medical Association, WMA) on antanut samantyyppisen suosituksen lääkärien kansainvälisestä rekrytoinnista. Lääkärien tilapäistä toimimista muissa maissa pidetään suositeltavana tietojen, taitojen ja asenteiden sekä terveydenhuoltojärjestelmien kehittymisen kannalta, ja maahanmuuttajalääkäreitä pitää kohdella tasaveroisesti. Kuitenkin jokaisen maan pitää huolehtia riittävästä lääkärien koulutuksesta, heidän työoloistaan ja uralla etenemisen mahdollisuuksistaan. Lääkärivaihtoa koskevat kahdenväliset sopimukset maiden välillä ovat kannatettavia. Sen sijaan rikkaiden maiden hyötyminen köyhien maiden kustannuksella valmiiden lääkärien rekrytoinnin yhteydessä ei ole eettisesti hyväksyttävää. (WMA 2003.)

Teollisuusmaissa lääkärien koulutusmäärät ovat olleet pitkään liian pieniä ja on syntynyt henkilöstöpulaa. Teollisuusmaiden velvollisuudeksi on katsottu lisätä lääkärikoulutustaan, ja tätä on jo tapahtunutkin mm. Kanadassa, Isossa-Britanniassa ja Australiassa. Edelleen on ongelmana lääkärien saaminen maaseudulle. (Worley & Couper 2002.) Koulutuspaikkojen lisääminen edellyttää myös rakennuksia, opetushenkilökuntaa ja mahdollisesti opetusohjelmien muuttamista (Cooper & Aiken 2006).

Terveydenhuollon työntekijöiden muuttoliikkeen hallitseminen on maailmanlaajuisesti tärkeää, ja muuttajien lähtömaille ei saisi koitua kohtuuttomia vaikeuksia (Stilwell ym. 2004). Rekrytoinnista hyötävien maiden edellytetään antavan kehitysmaihin lääkärien koulutukseen aineellisia resursseja. Lisäksi on ehdotettu aktiivisia yhteyksiä teollisuusmaiden ja kehitysmaiden yliopistojen välille. (Worley & Couper 2002.) Erityisesti Yhdysvaltojen velvoitteeksi on katsottu rahallisen ja teknologisen avun tarjoaminen kehitysmaiden lääkärikoulutukseen, ja varsinkin alhaisessa kehitysvaiheessa olevia maita pitäisi auttaa (Cooper & Aiken 2006).

WHO:n rekryointisuositusten mukaan vastaanottajamaiden pitää tarjota lähtömaille taloudellista tukea ja teknologiaa sekä edistää paluumuuttoa (WHO Global Code 2010). Teollisuusmaat ovat hyötäneet kehitysmaiden kustannuksella ja niiden pitäisi maksaa korvausta lääkärien koulutukseen sijoitetusta taloudellisesta investoinnista sekä lääkäripalvelujen menetyksestä (Worley & Couper 2002).

Työntekijöiden pitämiseksi kehitysmaissa pelkästään palkkojen nostaminen ei auta, eikä palkkoja edes pystytä nostamaan teollisuusmaiden tasolle. Pitäisi parantaa työoloja ja luoda mahdollisuuksia ammatilliseen kehittymiseen. (Stilwell ym. 2004.)

Saharan eteläpuolisissa valtioissa terveydenhuollon työvoimapula on pahentumassa. Tässä tilanteessa työntekijöiden maastamuutto ei ole toivottavaa. (Kinfu ym. 2009.) Opiskelijamäärien lisääminen ei ole ratkaisu, koska pienten palkkojen vuoksi

lääkärit hakeutuvat ulkomaille. Taloudellisten kannustimien toteuttaminen on vaikeaa. (Worley & Couper 2002.)

Lääkärit eivät välttämättä muuta ulkomaille paremman palkkauksen takia, jos kotimaassa on tasapainoinen työllisyystilanne. Perhe- ja kulttuurisiteet pitävät kotimaassa. (Mejía ym. 1979.)

Lääkärien pysyminen omassa maassaan vahvistuisi, jos he voisivat luoda uraa ja saavuttaa samanlaisen elintason kuin ulkomailla. Koska tätä on vaikea toteuttaa, lääkärien muutto ei todennäköisesti ole pysäytettävissä, vaikka siitä aiheutuu ongelmia lähtömaihin. (Herfs 2011).

Terveydenhuollon työntekijöiden maastamuuttoon liittyvien ongelmien ratkaisemiseksi on ehdotettu kehitysmaiden ja teollisuusmaiden yhteistyötä (Kirigia ym. 2006). Kehitysmaat tarvitsevat apua työolojensa parantamiseen terveydenhuollon ammattihenkilöiden pitämiseksi maassa (Cooper & Aiken 2006).

Terveydenhuoltohenkilöstön rekrytointia koskevissa kahdenvälisissä sopimuksissa pyritään noudattamaan eettisiä ohjeita ja rajoittamaan muuttomääriä (Bach 2004). Sopimuksiin voidaan sisällyttää vastavuoroinen ammattipätevyyskysymysten tunnistaminen ja määräaikainen työskentely ulkomailla (Stilwell ym. 2004).

Euroopan unionin ja muiden Euroopan alueen maiden välillä on monenvälisiä ja kahdenvälisiä sopimuksia, joissa pyritään samanaikaisesti ottamaan huomioon kohdemaan tarpeet, turvaamaan maahanmuuttajien oikeudet ja estämään yhtäkkistä työvoimapulaa lähtömaissa. Työehtojen suhteen maahanmuuttajien kohtelun pitää olla tasa-arvoista maan omien kansalaisten kanssa. (Wiskow 2006.)

Yleislääketieteen maailmanjärjestön WONCAN tehtäväksi on katsottu kansainvälisen vaihdon ja kahdenvälisen ohjelmien edistäminen. Vaihto tarkoittaisi myös lääkärien siirtymistä teollisuusmaista kehitysmaihin. Määräaikainen vaihto voisi puolin ja toisin avartaa sekä teollisuusmaiden että kehitysmaiden lääkärien näkemyksiä. (Worley & Couper 2002.)

Työvoiman ja muuton lukumäärätietoja on yleensä paremmin saatavissa kohdekuin lähtömaista. Työvoimasuunnittelua varten tarvitaan tietoa, joten työvoimaa koskevia informaatiojärjestelmiä on kehitettävä. (Stilwell ym. 2004.) Tilastojen puute vaikeuttaa myös kansainvälistä kehitysyhteistyötä (Kinfu ym. 2009).

Lähtö- ja kohdemaiden tilastotiedoissa on eroja, koska kansalaisuuden saaneita ei kohdemaassa enää luokitella maahanmuuttajiksi. Lisäksi lähtömaassa lääkärinä työskennelleet voivat olla kohdemaassa terveydenhuollon avustavissa tehtävissä, jolloin heitä ei luokitella maahanmuuttajalääkäreiksi. (Diallo 2004.)

Muuttoliikkeen ja rekrytoinnin hallintaa varten tarvitaan vertailukelpoisia tilastotietoja maakohtaisesti työvoiman tarpeesta, pysyvyydestä ja rekrytoinnista. Eri maiden viranomaisten välillä informaation välitys on puutteellista. Tietoa tarvitaan

myös rekrytointikampanjoiden haitallisten vaikutusten estämiseksi. Tilastotietojen avulla voidaan paremmin tutkia muuttoliikkeen vaikutuksia lähtö- ja kohdemaiden terveydenhuoltojärjestelmien toimivuuteen. (Wiskow 2006.)

Lääkärien työskentely toisessa maassa helpottuisi, jos lääkärikoulutus olisi maailmanlaajuisesti yhtenäisempi. Internetiin on jo luotu lääketieteen koulutusohjelmia, joiden avulla koulutusta voitaisiin yhtenäistää. Teknologia ja pedagogiset ratkaisut ovat olemassa, mutta vaikeinta olisi päästä eri maiden kesken sopimukseen yhteisesti hyväksytyistä ohjelmista. Lääketieteen yhteiset kansainväliset käytännöt loisivat mahdollisuuden toimia kliinisessä työssä missä tahansa maailmalla ja kulttuurierojen merkitys pienenesi. Lääkärien tietoja ja taitoja voitaisiin pitää vertailukelpoisina lähtömaasta riippumatta. (Harden 2006.)

Maasta toiseen siirtyvien lääkärien tason arviointia helpottaisi myös yhteinen eurooppalainen laillistuskoe, joka koskisi kunkin maan eri yliopistoista valmistuvia sekä Euroopan ulkopuolelta tulevia lääkäreitä. Menestyminen kokeessa olisi tae lääkärin ammattitaidosta ja helpottaisi lääkärien liikkuvuutta maailmanlaajuisesti. Yhteisessä laillistuskokeessa pitäisi olla lääketieteellisen tiedon testi ja sen lisäksi kliinisten ja psykososiaalisten taitojen arviointi. (Archer 2009.)

Erikoislääkärien pätevyyden vertailua helpottaa eurooppalaisen erikoislääkäriliiton (Union of European Medical Specialists) perustama komissio, jonka alaisena on mahdollisuus suorittaa yleiseurooppalainen erikoislääkäritentti (UEMS 2014).

Lääkärien liikkuvuuden hyötynä heidän palatessaan kotimaahan on ulkomailta saatu uusi lääketieteellinen osaaminen sekä uusi tieto terveydenhuollon järjestämistavoista (Siukosaari 2009).

Suomeen tulevien lääkärien määrä on pieni kansainvälisessä vertailussa ja varsinkaan kehitysmaista heitä ei tule paljon, joten lähtömaihin tästä aiheutuvat ongelmat eivät ole mainittavia. Lääkärit tosin vaikuttavat enimmäkseen jäävän Suomeen, joten täältä saatu osaaminen ei juurikaan siirry lähtömaihin.

Lääkärien pätevyyden tunnustamista koskevat kansainväliset sopimukset edistävät muuttoja, mutta ne voivat samalla pahentaa lähtömaihin syntyvää lääkäripulaa (Mejía ym. 1979). Kommunikation kehitys ja työmarkkinoiden muuttuminen maailmanlaajuisiksi ovat helpottaneet työpaikkojen saantia ulkomailta, mutta tämä on nähty kielteisenä asiana työntekijöitään menettävien kehitysmaiden kannalta (Stilwell ym. 2004).

2.2 Maahanmuuttajalääkärien laillistaminen

2.2.1 *Kansainväliset säännökset*

Ammattipätevyysdirektiivi 2005

Ammattipätevyysdirektiivin (2005) mukaan EU-maissa (vuonna 2013 yhteensä 28) suoritettujen lääkärien perustutkinnot tunnustetaan lähtökohtaisesti toisissa EU-maissa automaattisesti. EU-lääkäreihin rinnastetaan ETA-alueen lääkärit eli myös Norjassa, Islannissa ja Liechtensteinissa koulutuksensa saaneet sekä lisäksi Sveitsissä koulutetut. EU/ETA-alueen ulkopuolella lääkärintutkinnon suorittaneita varten on kussakin maassa omat säännöksensä.

Ammattipätevyyden tunnustamista koskevan EU-direktiivin tarkoituksena on hoidon laadun varmistaminen ja ammattihenkilöiden liikkuvuuden helpottaminen. Direktiivi pyrkii tarjoamaan yhtenäisen ja joustavan säännösten tutkintojen tunnustamiseen. Lääkärien pätevyysvaatimukset on direktiivin mukaisesti yhtenäistetty EU/ETA-valtioissa. Uusista EU-maista muuttavien lääkärien suhteen on siirtymävaiheessa ollut eri maissa erilaisia säännöksiä, ja työolupia on saatettu myöntää ensisijaisesti vanhojen EU-maiden kansalaisille. (Wiskow 2006.)

Direktiivin käyttöönoton yhteydessä on jäsenvaltioissa saatettu voimaan direktiivin noudattamisen edellyttämät lait, asetukset ja hallinnolliset määräykset. Kussakin maassa on pitänyt määrätä toimivaltainen viranomainen, joka ottaa vastaan hakemuksia ja tekee pätevyyttä koskevia päätöksiä. (Ammattipätevyysdirektiivi 2005.)

Ammattipätevyysdirektiivi koskee pääasiassa jäsenvaltioiden kansalaisten suorittamien tutkintojen tunnustamista heidän siirtyessään harjoittamaan ammattitoimintaa toiseen jäsenvaltioon. Automaattinen tutkintojen tunnustaminen koskee lääkäreitä ja muita säänneltyjä ammatteja, joiden tutkintovaatimukset on yhtenäistetty EU-maissa ja yhtenäistetään uusissa EU-maissa unioniin liittymisen yhteydessä.

Direktiivin (2005) mukaan lääkärin peruskoulutuksen vähimmäisvaatimuksena on EU:ssa kuusi vuotta tai 5 500 tuntia opiskelua. Koulutuksen pitää sisältää teoreettista ja käytännöllistä opetusta ja sen on tapahduttava yliopistossa tai yliopiston valvonnassa. Direktiivissä on määritelty lääkärin peruskoulutuksessa hankittavat tiedot ja taidot sekä sairaalassa asianmukaisessa valvonnassa hankittu kliininen kokemus.

Vastaanottava jäsenvaltio voi vaatia lähtö- tai koulutusjäsenvaltion viranomaisilta vahvistuksen muodollista pätevyyttä osoittavien asiakirjojen aitoudesta, jos on aihetta epäilyksiin.

Säännöksiä saavutetuista oikeuksista sovelletaan silloin, kun lääkäri on saanut tutkintotodistuksensa aiempina vuosina ja tutkinto ei täytä kaikkia koulutusvaatimuksia, mutta lääkäriellä on riittävästi työkokemusta. Tutkintotodistus pitää tunnustaa, jos henkilö on toiminut lääkäriinä jäsenvaltiossa yhtäjaksoisesti vähintään kolme vuotta todistuksen myöntämistä edeltäneiden viiden vuoden aikana.

Erikoistumisen automaattinen tunnustaminen koskee lääketieteen erikoisaloja, jotka ovat yhteisiä ainakin kahdelle jäsenvaltiolle. Direktiivin hyväksymisen jälkeen voidaan automaattinen tunnustaminen ulottaa uusiin erikoisaloihin, jos ne ovat yhteisiä ainakin kahdelle viidesosalle jäsenvaltioista. Jäsenvaltiot voivat myös keskenään sopia yhteisten erikoisalojen tunnustamisesta.

Yleislääketieteen erityiskoulutuksen kesto on kolme vuotta täysipäiväisenä koulutuksena, joka tapahtuu viranomaisten valvonnassa. Vuoden hyvityksen voi saada, jos peruskoulutuksen koulutusohjelma on sisältänyt käytännön koulutusta ja sitä on annettu koulutukseen hyväksytyssä sairaalassa.

Kielitaidosta direktiivissä mainitaan, että ammattipätevyyden tunnustamisen saaneella ammattihenkilöllä on oltava sellainen kielitaito, jota tarvitaan kyseisen ammatin harjoittamiseksi vastaanottavassa jäsenvaltiossa.

Euroopan komissio julkaisee joka viides vuosi raportin direktiivin täytäntöönpanosta. Jäsenvaltioiden pitää toimittaa komissiolle kahden vuoden välein kertomus direktiivin soveltamisesta, tilastollinen yhteenveto tehdyistä päätöksistä sekä selvitys direktiiviin liittyvistä ongelmista.

Jäsenvaltioiden välillä tehdään viranomaisten yhteistyötä ja vaihdetaan tietoja direktiivin soveltamisen helpottamiseksi. Terveystieteiden ammattihenkilöiden koulutusta ja ammatinharjoittamista koskevaa tietojenvaihtoa varten on perustettu sisämarkkinoiden tietojärjestelmä (Internal Market Information System, IMI).

Direktiivissä on erikseen mainittu, että direktiivi ei estä jäsenvaltiota tunnustamasta lainsäädäntönsä mukaisesti kolmannen maan kansalaisen EU:n ulkopuolella hankkimaa ammattipätevyyttä.

Ammattipätevyysdirektiivi 2013

Uusi EU:n ammattipätevyysdirektiivi 2013/55/EU annettiin 20.11.2013 ja se tuli voimaan 18.1.2014. Jäsenvaltioilla on kaksi vuotta aikaa tehdä kansalliseen lainsäädäntöönsä direktiivin edellyttämät muutokset. Kuhunkin maahan on perustettava tammikuuhun 2016 mennessä tukikeskus, joka huolehtii ammattipätevyyden tunnustamiseen liittyvistä asioista tiedottamisesta. (Ammattipätevyysdirektiivi 2013.)

Ammattipätevyysdirektiivin suurimpia uudistuksia on ammattikortin käyttöönotto, jonka pitäisi nopeuttaa pätevyyden tunnustamista. Kortti perustuu jäsenvaltioiden yhteisen tietojärjestelmän (Internal Market Information System, IMI) käyttöön. Tähän liitetään myöskin hälytysmekanismi, jonka avulla leviää tieto henkilön ammattioikeuksien rajoittamisesta tai poistamisesta muihin jäsenvaltioihin. (European Commission 2013.)

Uuden direktiivin mukaan lääkärien peruskoulutukseen on kuuluttava vähintään viisi vuotta opintoja (aiemmin kuusi). Opetuksen vähimmäistuntimäärä 5 500 säilyy ennallaan. Toisen jäsenvaltion toimivaltainen viranomainen voi testata kielitaidon ammattipätevyyden tunnustamisen jälkeen, mutta ennen kuin henkilö alkaa harjoittaa ammattia. Myös työnantajan tehtävä on edelleen varmistua tarvittavasta kielitaidosta. Jos ammattiin liittyy potilasturvallisuusasioita, kielitaito voidaan tarkistaa systemaattisesti kaikilta.

Ennen direktiivin hyväksymistä järjestetyllä konsultaatiokierroksella Ison-Britannian lausunnossa vastustettiin ammattikortin käyttöönottoa, koska sen tietojen epäiltiin vanhenevan nopeasti ja siihen voisi liittyä väärinkäytöksiä (Jaques 2011). Myös Valvira suhtautui varauksellisesti ammattikortin nopeaan käyttöönottoon. Tunnustamismenettely pitäisi säilyä vastaanottavassa jäsenvaltiossa, jossa varmennetaan henkilöllisyyttä ja tutkintoasiakirjat. (Valviran lausunto 2012.)

Tieto toimilupansa menettäneestä lääkäristä ei ole tähän mennessä aina välittynyt muihin EU-valtioihin ja lääkäri on voinut hakeutua työskentelemään toiseen maahan. Kaikista maista ei ole tietosuojan vuoksi edes haluttu ilmoittaa nimiä yli rajojen. Isossa-Britanniassa tiedottaminen on kuitenkin toiminut hyvin, eli sanktioiden kohteeksi joutuneiden lääkärien nimet on ilmoitettu viranomaisten nettisivuilla ja lisäksi on ilmoitus lähetetty kerran kuukaudessa muiden maiden terveydenhuoltoviranomaisille. (Jaques 2011.)

EU-alueelta tulevien lääkärien kielitaidon tarkistuksessa päävastuu on aiemmin ollut työnantajalla, mutta kielitaidon monipuolinen arviointi rekrytointitilanteessa on mahdotonta. (Jaques 2011.) Valvira ehdotti kielitaidon tarkistamista jo ennen ammattipätevyyden tunnustamista (Valviran lausunto 2012), mutta tämä ei toteutunut lopullisessa direktiivissä.

Pohjoismainen sopimus

Pohjoismaiden välillä on voimassa sopimus yhteisistä terveydenhuoltoalan työmarkkinoista, ja tavoitteena on mahdollisimman yhtenäinen koulutus. Lääkäriin pätevyys tunnustetaan toisessa sopimusvaltiossa, samoin erikoislääkäriin pätevyys, jos kyseinen erikoisala on käytössä. Eri maiden toimivaltaisten keskusviranomaisten pitää antaa tietoja hakijoista toisten maiden viranomaisille sekä ilmoittaa

ammattinharjoittamisoikeuksien peruutuksesta ja sen syistä, jos henkilöllä on ollut oikeudet myös toisessa Pohjoismaassa. (Valtiosopimukset 2/1994.)

Yhtenäistä tutkintojen tunnustamisjärjestelmää ei ole EU/ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneille lääkäreille (Berkestijn 2008). Koska tunnustamisprosessin koordinoimista ei ole tapahtunut, maiden välillä on suuria eroja ja EU:n laajennuttua vuonna 2007 erot ovat edelleen kasvaneet. Yleensä kussakin maassa kehitetään omia ohjelmia eikä muiden maiden järjestelmiä tunneta. Kaivattaisiin direktiiviä myös ei-ETA-lääkäreitä varten.

2.2.2 *Eri maiden laillistusjärjestelmiä*

ETA-alueen ulkopuolelta tulevia lääkäreitä koskevia laillistusjärjestelmiä on kehitetty erityisesti maissa, joiden terveydenhuollon toimivuuden kannalta ulkomaalaisilla lääkäreillä on tärkeä merkitys, kuten Yhdysvalloissa, Kanadassa, Australiassa ja Isossa-Britanniassa. Lääkärien pääsy ammattiin on näissä maissa pyritty tekemään sujuvaksi, mutta sellaisissa maissa, joiden terveydenhuollossa ulkomaalaisilla lääkäreillä ei ole yhtä tärkeää roolia, arviointiprosessi voi olla vaikeampi. (Herfs 2011.)

Laillistusjärjestelmiä on tarkasteltu tutkimuksessa, joka koski kymmentä ETA-maata (Ruotsi, Norja, Tanska, Iso-Britannia, Belgia, Alankomaat, Ranska, Saksa, Itävalta, Espanja) (Herfs ym. 2007). Erityinen laillistusjärjestelmä on vain Pohjoismaissa ja Isossa-Britanniassa. Muissa maissa annetaan lisäkoulutusta yliopistojen lääketieteellisissä tiedekunnissa, jos viranomaiset eivät ole tunnustaneet tutkintoa. Saksassa, Ranskassa, Belgiassa ja Alankomaissa hakijat kirjautuvat lääketieteellisten tiedekuntien ylemmille kursseille ja suorittavat lääkärin tutkinnon uudelleen. Itävallassa ja Espanjassa täydennetään alkuperäistä tutkintoa, ja se hyväksytään lisäopinnojen jälkeen.

Lääkärien tutkintotodistukset tarkastetaan aluksi joka maassa. Isossa-Britanniassa on käytäntönä tarkastaa, että tutkintotodistuksen myöntänyt yliopisto tai muu instituutti on mainittu IMED-luettelossa (International Medical Education Directory). On yliopistoja, joissa suoritettuja tutkintoja ei hyväksytä, ja lisäksi epävarmoja suorituspaikkoja, joiden kohdalla tutkitaan tapauskohtaisesti tutkinnon pätevyys. Epävarmoina on mainittu mm. Pietarissa toimivia lääketieteellisiä instituutteja. (General Medical Council 2013.)

Norjassa rekisteröintiviranomainen on yhteistyössä yhdysvaltalaisen ulkomaalaisten lääkäreiden laillistamista hoitavan toimielimen (ECFMG) kanssa ja hakijoiden pitää alistaa koulutuksensa dokumentaatio ensin tämän toimielimen tarkistettavaksi, ennen kuin Norjan viranomainen aloittaa käsittelyprosessin. Muutamista maista (mm. Afganistan, Irak, Somalia) hakijan on pyydettävä

koulutusinstituutiotaan lähettämään todistuksensa ja arvosanalitteesä suoraan Norjan viranomaiselle. (SAK 2014.)

Kielitaitovaatimuksena on yleensä kielikoe, mutta vaatimus voi olla myös epäsuora. Ranskassa ja Espanjassa ei vaadita kielikoetta, mutta tentit pitää suorittaa maan kielellä. (Herfs ym. 2007.) Ranskaan lähetystön kautta pyrkivien kielitaito testataan, ja jos taito ei ole riittävä, he eivät saa viisumia (Herfs 2011).

Ruotsissa vaaditaan hyvät tiedot ruotsin kielessä; vaihtoehtoina ovat norja ja tanska (Socialstyrelsen 2012). Norjassa pitää osallistua norjan kielen ja kommunikaation kurssille, jonka päätteeksi on koe. Tanskassa kielitaito arvioidaan harjoittelupaikassa sekä lisäksi suullisessa ja kirjallisessa kokeessa. (Herfs 2011.) Isossa-Britanniassa rekisteröintijärjestelmään hyväksytyjen lääkäreiden pitää suorittaa ensin IELTS-kielikoe (International English Language Testing System) (Board 2013). Alankomaissa testataan arviointijärjestelmän ensimmäisessä vaiheessa lääketieteellisen hollannin kielen taitoa, englannin kielen lukutaitoa, tietoteknisiä taitoja ja Alankomaiden terveydenhuoltojärjestelmän tuntemusta (Herfs 2011).

Ruotsissa pitää kielikokeen jälkeen suorittaa lääketieteellisen tiedon koe eli TULE-testi (Tentamensgruppen för utländska läkares examination), jonka järjestää Karolinska institutet (Socialstyrelsen 2012). Erikoislääkäreiden ja tutkijoiden ei tarvitse osallistua TULE-kokeeseen, vaan heiltä vaaditaan ruotsin kielen koe sekä puolen vuoden mittainen koeaika oman alansa yksikössä (Ansökan 2013). Norjassa hakijat testataan pakollisessa lisäkoulutusohjelmassa Oslon yliopistossa (Herfs 2011). Tanskassa järjestetään kirjallinen ja suullinen lääketieteen kuulustelu tanskaksi Kööpenhaminan yliopistossa (Sundhedsstyrelsen 2014). (Taulukko 1.)

Ruotsissa 18 kk:n harjoitteluun sisältyy 9 kk sisätautien ja kirurgian, 3 kk psykiatrian ja 6 kk yleislääketieteen palvelua. Harjoittelun päätteeksi pitää osallistua AT-kokeeseen (allmän tjänstgöring), joka on yhteinen sekä ruotsalaisista yliopistoista että ulkomailta valmistuneille lääkäreille. Eri yliopistot vuorottelevat kokeen kysymysten laatimisessa ja osallistujia on 200–250 kerrallaan. (Östergren ym. 2009.) Norjassa vaatimuksiin kuuluvan radiologian kurssin kesto on kuusi päivää ja lopuksi on suullinen koe; kurssia järjestetään kaksi kertaa vuodessa. Kansallisten aiheiden kursseihin kuuluu myös kokeita. Lisäksi pitää olla kolmessa synnytyksessä mukana avustamassa. (Herfs 2011.) Tanskassa harjoittelupaikan pitää toimittaa raportit terveystieteellisille 1, 3 ja 12 kk:n kuluttua harjoittelun alkamisesta (Sundhedsstyrelsen 2014). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Kuulustelut, kurssit ja harjoittelu Ruotsin, Norjan ja Tanskan laillistusjärjestelmissä.

Laillistusprosessin osat	Ruotsi	Norja	Tanska
Lääketieteellisen tiedon koe	<p>TULE-testi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 kertaa vuodessa - kesto 3 pv <p>1) Kirjallinen teoreettinen koe, 1 pv</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100 kysymystä - erikoisalot sisätaudit, kirurgia, naistentaudit ja synnytykset, lastentaudit, psykiatria <p>2) Käytännön koe, 2 pv</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 tai 2 potilasta kumpanakin päivänä 	<p>Kirjallinen lääketieteellinen koe</p> <ul style="list-style-type: none"> - kesto 3 t -90 monivalinta-kysymystä - erikoisalot sisätaudit, kirurgia, psykiatria, naisten-taudit ja synnytykset, lastentaudit, neurologia, kliininen farmakologia - oikeita vastauksia vaaditaan kaksi kolmasosaa 	<p>Kirjallinen ja suullinen lääketieteen kuulustelu Kööpenhaminan yliopistossa</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2 kertaa vuodessa - maksuttomia - 3 yritysmahdollisuutta <p>Kirjallinen koe 4 t</p> <ul style="list-style-type: none"> - sisätaudit ja kirurgia. <p>Suullinen koe 2 t</p> <ul style="list-style-type: none"> - useita testiasemia - oikeat tai näyttelijä-potilaat ja arvioitsija
Muut kurssit ja kokeet	<p>Yhteiskunta- ja lakitiedon kurssi</p> <ul style="list-style-type: none"> - pakollinen - kesto 2 vk - maksuton 	<p>Kurseja</p> <ul style="list-style-type: none"> - radiologia - terveydenhuollon organisaatio - terveydenhuollon ja sosiaalihuollon lainsäädäntö - oikeuspsykiatria - oikeuslääketiede - lääkehuolto - kulttuurikompetenssi 	<p>Terveydenhuollon lainsäädännön kurssi</p> <ul style="list-style-type: none"> - kesto 3 pv <p>Kirjalliset kokeet</p> <ul style="list-style-type: none"> - sosiaalilääketiede - terveydenhuollon lainsäädäntö - laki lääkkeiden määräämisestä
Harjoittelu	<p>Yleislääkäripalvelu (allmäntjänstgöring, AT)</p> <p>18 kk</p> <ul style="list-style-type: none"> - päätteeksi AT-koe, jota järjestetään 4 kertaa vuodessa 	<p>Käytännön harjoittelu norjalaisessa sairaalassa</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 kk - harjoittelupaikka itse hankittava 	<p>Harjoittelu 12 kk kahdella tanskalaisella sairaalaosastolla, kummallakin vähintään 3 kk</p> <ul style="list-style-type: none"> - osastolla arvioidaan kliinisiä ja kommunikaatiotaitoja

Isossa-Britanniassa vaaditaan kielikokeen jälkeen kaksiosainen PLAB-testi (Professional and Linguistic Board). Kokeen ensimmäinen osa on kirjallinen, siinä on 200 kysymystä ja vastaamiseen aikaa kolme tuntia. Koe järjestetään Britanniassa

neljä kertaa vuodessa ja lisäksi Kansainyhteisön maissa. Toinen osa on kliininen näyttökoe (Objective Clinical Examination, OSCE), jossa on 14 testiasemalla näyttelijäpotilaiden haastatteluja, tutkimista ja diagnosointia; aikaa on kussakin testipisteessä käytettävissä viisi minuuttia. (Board 2013.) Isossa-Britanniassa on ollut ETA-alueen ulkopuolelta tuleville lääkäreille lisäkoulutuksena tarjolla Lontoon Queen Mary -yliopistossa ohjelma, jossa heitä valmennetaan PLAB-kokeisiin (Herfs ym. 2007).

Saksassa kukin osavaltio on vastuussa tutkintojen tunnustamisjärjestelmästä alueellaan. Vaihtoehtoina ovat tutkinnon pätevyuden arviointi ja osallistuminen tietopuoliseen testiin. Arviointia varten pitää pystyä esittämään yksityiskohtaiset ja dokumentoidut tiedot tutkintoon kuuluneista opinnoista. Lääketieteellisessä testissä on eroja eri osavaltioiden välillä, ja esimerkiksi Berliinissä on käytössä puolitoista tuntia kestävä saksaksi suoritettava suullinen koe. Kokeessa kysytään yksityiskohtaisesti sisätautien ja kirurgian sekä yhden valinnaisen alan tietoja, ja lisäksi siinä on potilastapausten käsittelyä ja röntgenkuvien tulkintaa. Tutkinto tunnustetaan automaattisesti, jos sen suoritusmaa on Australia, Etelä-Afrikka, Israel, Japani, Kanada, Uusi-Seelanti tai Yhdysvallat. (Englmann 2009.)

Saksalaissyntyisiltä paluumuuttajilta on vuodesta 2002 lähtien vaadittu tietopuolinen testi ja kielikoe. Aiemmin ei ollut kielikoetta ja lääkärin pätevyyttä arvioitiin heidän toimiessaan harjoittelujaksolla sairaalassa. Paluumuuttajat tulevat yleensä Venäjältä, Ukrainasta tai Kazakstanista.

Saksassa ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärit ovat voineet hakea Leipzigin yliopiston lääketieteelliseen tiedekuntaan täydentämään opintojaan, jos heidän tutkintoaan ei ole tunnustettu. Vuosittain on otettu 30 lääkäriä opiskelemaan valintamenettelyn perusteella. (Herfs ym. 2007.) Lisäopintoina vaaditaan lääketieteen opiskelijoiden 11. ja 12. lukukausi tai enemmän. Venäläisen lääkärin-tutkinnon katsotaan vastaavan 10 lukukauden opiskelua ja heiltä vaaditaan vuoden lisäopinnot. Kiinasta tulevien lääkärin opintojen katsotaan vastaavan 6 lukukautta eli heiltä vaaditaan kolmen vuoden lisäopinnot. Samoin Syyriasta ja Jordaniasta tulevat lääkärit sijoitetaan aikaisemmalle lukukaudelle. (Herfs 2011.)

Alankomaissa vuonna 2005 voimaan tulleen ulkomaalaisten lääkärin arviointijärjestelmän mukaan tutkintotodistusten tarkistus ja rekisteröityminen tapahtuvat terveysministeriössä. Kielitaidon testauksen jälkeen on lääketieteellisten ja kliinisten tietojen ja taitojen arviointi. (Herfs 2011.) Lääketieteellisen tiedon testissä on 160 oikein–väärin-kysymystä ja 160 monivalintakysymystä. Kliinisen tiedon testissä kysytään 100 potilastapauksesta. Kolmantena testinä on näyttökoe, jossa on 10 näyttelijäpotilasta; kuhunkin potilaskontaktiin on aikaa 20 minuuttia ja raportin kirjoittamiseen 10 minuuttia. (Berkestijn ym. 2008.)

Alankomaissa tarjottiin ulkomaalaisille lääkäreille lisäkoulutusta CIBA-ohjelman puitteissa vuosina 1996–2007. Jos tutkinnon ei katsottu vastaavan hollantilaista lääkärintutkintoa, hakijalla oli mahdollisuus hakea lisäkoulutukseen yliopistoon. (Herfs 2011.) Koulutusta järjestettiin kahdeksassa yliopistossa ja sen pituus ja sisältö määritettiin hakijan tason mukaan. CIBA-ohjelma lopetettiin siinä vaiheessa, kun uusista EU-maista alkoi tulla lääkäreitä, jotka laillistettiin automaattisesti. (Huijskens ym. 2010.) Ohjelmaan osallistuneet lääkärit olivat pääasiassa Itä-Euroopasta, Aasiasta ja Afrikasta. Vuonna 2005 käyttöön otetussa uudessa laillistusjärjestelmässä on edelleen puolesta vuodesta kolmeen vuoteen kestävä lisäkoulutus. (Herfs 2011.)

Yliopisto-opinnot kuuluvat oleellisina ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien laillistusprosessiin Ranskassa, Belgiassa, Itävallassa ja Espanjassa. Ranskassa lääkärien pitää osallistua ensin lääketieteellisen tiedon testiin, ja jos tulos on kielteinen, heidän pitää hakea yliopistoon suorittamaan lisäohjelmaa. (Herfs ym. 2007.) Yliopisto-ohjelmassa pitää suorittaa ensimmäisen ja kuudennen vuoden lääketieteen opintojen loppukokeet, jotka ovat kansallisia kokeita (Herfs 2011).

Belgiassa yliopistojen lääketieteelliset tiedekunnat järjestävät tunnustamisprosessin ulkomaalaisille lääkäreille, joiden tutkintoa terveystieteiden ministeriö ei ole hyväksynyt, ja tiedekunnat päättävät tarvittavan ohjelman sisällöstä. (Herfs ym. 2007.) Valintakoe järjestetään kahdesti vuodessa, siihen kuuluu monivalintatesti ja haastattelu. Opiskelemaan hyväksytyt voivat aloittaa opinnot missä tahansa maan yliopistoista. (Herfs 2011.)

Itävallassa pääasiassa Wienin yliopisto huolehtii ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien tunnustamisprosessista (Herfs ym. 2007.) Ensin arvioidaan hakijan tutkintotodistus ja siihen kuuluvat opinnot, ja tämän jälkeen on monivalintakoe 15 kliinisestä aiheesta. Jos todistukset ja kokeen tulos osoittavat, että hakija on suorittanut viiden vuoden lääketieteen opinnot, hänet hyväksytään erityisohjelmaan, jossa hänen pitää suorittaa oikeuslääketieteen, farmakologian, terveydenhoidon ja sosiaalilääketieteen kokeet. Jokaiseen kokeeseen on kolme kuukautta valmistautumisaikaa. Lyhimmillään ohjelma kestää vuoden ja kaikki kokeet suoritetaan saksaksi. (Herfs 2011.)

Espanjassa lääketieteellisen tiedon testiä käytetään tutkinnon tunnustamisessa. Yliopistossa lääkäri osallistuu kokeeseen, jonka tuloksen perusteella hänelle laaditaan lisäohjelma. Lisäopintojen jälkeen alkuperäinen tutkinto hyväksytään. ETA-alueen ulkopuolelta tullut lääkäri voi saada yliopistolta osittaisen tunnustamisen, jos viranomaiset eivät ole tätä myöntäneet. (Herfs ym. 2007.) Espanjalla on sopimuksia useiden Latinalaisen Amerikan maiden kanssa tutkintojen tunnustamisesta (Herfs 2011).

Laillistusprosessin kesto ja uusimissäännökset vaihtelevat, ja erilliseen laillistusprosessiin (Pohjoismaat, Iso-Britannia) kuluu yleensä vähemmän aikaa kuin yliopisto-ohjelmiin. Prosessin kesto on lyhimmillään yhden vuoden Tanskassa ja Norjassa. (Herfs ym. 2007.) Alankomaissa koko prosessi voi kestää lyhimmillään kaksi ja puoli vuotta ja pisimmillään viisi vuotta. Kokeiden ensimmäiseen vaiheeseen kuuluvat kielitestit sekä tietotekniset ja Alankomaiden terveydenhuoltojärjestelmää koskevat testit pitää suorittaa vuoden kuluessa. Jos epäonnistuu yhdessäkin testien osassa, pitää kaikki osat uusia. (Herfs 2011).

Iso-Britanniassa PLAB-testin yrityskertoja ei ole rajoitettu, mutta koe on suoritettava kahden vuoden kuluessa kielikokeen suorituksesta. Näyttökoe on suoritettava kolmen vuoden kuluessa PLAB-testin ensimmäisen osan hyväksymisestä. Näyttökokeessa sallitaan neljä yritystä, ja jos neljännelläkin kerralla repputtaa, on kaikki uusittava kielikokeesta lähtien. (Board 2013.)

Saksassa lääketieteellisen testin voi joissakin osavaltioissa uusia vain kerran, toisissa useita kertoja. Berliinissä on vain yksi uusimismahdollisuus, jota voi joutua odottamaan 4–6 kuukautta. Toisen kerran repputtaminen merkitsee, että lääkäri ei voi työskennellä Berliinin alueella. Tosin vielä jää mahdollisuus siirtyä toiseen osavaltioon, jossa on enemmän uusintamahdollisuuksia. (Englmann 2009.) Leipzigin yliopistossa suoritettavien lisäopintojen kesto määritetään lääkärin tutkinnon perusteella, ja se voi vaihdella yhdestä kolmeen vuoteen (Herfs 2011).

Norjassa lisäkurssien (radiologia ym.) kokeisiin voi osallistua enintään kolme kertaa. Koko tunnustamisprosessi kestää vähintään vuoden, mutta uusinnat voivat pidentää aikaa. (Herfs 2011.)

Yliopistossa suoritettavan lisäohjelman pituus on Ranskassa kaksi vuotta, samoin Belgiassa. Itävallassa Wienin yliopistossa suoritettavan ohjelman pituus on vähintään vuosi. (Herfs ym. 2007).

Laillistusjärjestelmä voi vaikuttaa muuttokohteen valintaan. Jos on valinnanvaraa, sellaiset maat kiinnostavat, joissa laillistusprosessi on lyhytkestoisempi. (Alonso-Garbayo & Maben 2009.)

Yhdysvaltain laillistamisjärjestelmässä ulkomailta tutkintotodistuksen saaneiden lääkärin pitää suorittaa laillistuskoe sekä kliinisten taitojen kuulustelu (Clinical Skills Assessment, CSA). Tämän jälkeen kokelaat hakevat vaadittavaan lisäkoulutukseen (Graduate Medical Education, GME). Kanadasta Yhdysvaltoihin siirtyviltä lääkäreiltä ei vaadita lisäkoulutusta. (Boulet ym. 2006.) CSA-koe on edellytyksenä jatko-opintoihin pääsyyllä sekä oman maan lääkäreille että ulkomaalaisille. Vasta jatkokoulutuksen (GME) jälkeen ulkomaalaiset lääkärit voivat saada rajoittamattoman luvan harjoittaa lääkärin ammattia. (Whelan ym. 2005.)

Kanadassa ulkomaalaisten lääkärin pitää toimia kahden vuoden ajan maaseudulla ja tämän jälkeen alkavat laillistuskokeet. Täyden laillistuksen lääkärit

saavat maaseutupalvelun ja laillistuskokeiden suorituksen jälkeen. (Audas ym. 2009.) Laillistuskokeet järjestävä toimielin on Medical Council of Canada (MCC) ja kokeiden suorittamiseen on aikaa kaksi ja puoli vuotta. (Klein ym. 2009.) Lääkäreille on ollut tarjolla koulutusohjelma, jossa testataan aluksi tiedot ja taidot ja määrätään arvioinnin perusteella lisäkoulutusta. Ohjelmaan pääsy on edellyttänyt terveysviranomaisten sponsorointia ja kokelaiden sitoutumista toimimaan maaseudulla. (Curran ym. 2008.)

Australiassa ulkomailla koulutuksensa saaneiden lääkärien vaatimuksina ovat monivalintakoe, kliiniset kokeet, vuoden ohjattu harjoittelu australialaisessa sairaalassa sekä palvelua maaseudulla. (Han & Humphreys 2005.) Kokeet järjestävä toimielin on Australian Medical Council (AMC). Vaadittavaa monivalintakoetta järjestetään useita kertoja vuodessa, myös Australian ulkopuolella. Kokeen aiheet perustuvat Australian lääketieteellisen koulutuksen opetusohjelmiin ja esillä ovat varsinkin Australiassa yleiset taudit. (AMC Exam 2013.)

Israel on erityistapaus lääkärien maahanmuuton suhteen, koska sinne muutti paljon lääkäreitä entisestä Neuvostoliitosta 1990-luvun alkuvuosina. Lääkäreille tarjottiin julkisin varoin 6 kk:n heprean kielen kurssi, 2 kk:n lääketieteellisen heprean kurssi sekä 5 kk:n valmennuskurssi laillistuskoea varten, ja he saivat suorittaa laillistuskokeen venäjäksi (Bernstein & Shuval 1998). Israelissa on vapautettu laillistuskokeesta Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Etelä-Afrikassa lääkärin-tutkinnon suorittaneet (Shuval 1998).

Yhteenvedona edellä olevista laillistusprosessia koskevista maakohtaisista tiedoista todetaan seuraavaa.

Lääkärin kielitaitoon kiinnitetään kattavasti huomiota eri maissa. Vaaditaan kielikoe tai ainakin kuulustelujen suoritus maan kielellä. Joissakin maissa kielikoulutus on hyvin järjestetty, ja se voi sisältää sekä yleistä kielikoulutusta että lääketieteellistä terminologiaa.

Lääketieteellistä tietoa testaavassa kuulustelussa kysymykset ovat melko usein tyypiltään monivalintaisia ja painottuvat suurimpiin lääketieteen aloihin. Testi voi olla myös suullinen, ja se voi olla samantasoinen kuin maan omille opiskelijoille suunnattu testi. Usein kuulusteluissa on myös kliinisiä taitoja ja potilasvastaanottoa testaava osuus. Näyttökokeissa voidaan käyttää aitoja potilaita tai näyttelijäpotilaita. Lisäksi on kohdemaan terveydenhuoltojärjestelmän tuntemusta vaativia kursseja ja kuulusteluja lainsäädännöstä, farmakologiasta, radiologiasta ja muista aiheista.

Lääkäreiltä vaadittava harjoittelu voi olla ennen kuulusteluja tai kuulustelujen jälkeen tai harjoitteluaikana käydään kuulusteluissa. Harjoittelupaikka pitää hakijan itse hankkia tai paikat on järjestelmässä määritelty niin, että harjoittelua kertyy eri aloilta. Harjoitteluajan pituus vaihtelee puolesta vuodesta kahteen vuoteen, ja harjoittelu on joko yhtäjaksoinen tai jaettu useampaan jaksoon. Sairaalassa

suoritettu harjoittelu on valvonnan alaista. Joissakin maissa ulkomaalaisten lääkäreiden pitää sitoutua suorittamaan harjoittelu maaseudulla ja lääkäri saattaa toimia yksin eli häneltä vaaditaan heti täysi ammatillinen vastuu.

Lisäkoulutus tai kuulusteluihin valmentava koulutus voi olla pakollista tai vapaaehtoista. Yliopistossa suoritettavaan lisäkoulutukseen pääsemiseksi vaaditaan yleensä testi, jonka pohjalta määritetään koulutustarve, ja koulutus voi kestää vuoden tai pitempään.

Arviointijärjestelmien kehittämiseen tarvittaisiin kansainvälistä yhteistyötä. Herfs (2011) on ehdottanut, että Euroopan komissiolla voisi olla tärkeä rooli EU-alueen ulkopuolelta tulevia lääkäreitä koskevien arviointijärjestelmien yhteensovittamisessa. Koordinoinnin piiriin kuuluisivat ainakin tutkintotodistusten tarkistus, lääketieteellisen tiedon testi, kielivaatimukset ja lisäohjelmien pituus (Herfs 2007).

2.2.3 Suomen laillistusjärjestelmä

Lääkäreiden laillistamisessa noudatetaan Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviä ammattipätevyden tunnustamisesta (2005/36/EY) sekä sen mukaisesti säädettyjä lakeja ja asetuksia. Pohjoismaiden kansalaisiin sovelletaan sopimusta Pohjoismaiden yhteisistä työmarkkinoista (Valtiosopimukset 2/1994).

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevaan lakiin (559/1994) ja asetukseen (564/1994) tehtiin muutoksia EU-direktiivin perusteella ja Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta (1200/2007) tuli voimaan vuoden 2008 alusta. Laissa viitataan sekä EU:n ammattipätevyysdirektiiviin että direktiivin täytäntöönpanoon liittyviin komission asetuksiin. (Ammattihenkilölaki 2007.)

Uusina säädettiin laki ammattipätevyden tunnustamisesta (1093/2007), valtioneuvoston asetus ammattipätevyden tunnustamisesta edellytetyistä sopeutumisajasta ja kelpoisuuskokeesta (1207/2007) sekä opetusministeriön asetus kelpoisuuskokeeseen liittyvistä maksuista (1474/2007). (Setälä & Jyrälä 2008.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden lupiin ja valvontaan liittyvien tehtävien hoidossa on ollut useita organisaatiomuutoksia parin viime vuosikymmenen aikana. Lääkintöhallitus hoiti tehtäviä 1990-luvun alkuun asti. Vuonna 1991 lääkintöhallitus ja sosiaalihalitus yhdistettiin sosiaali- ja terveyshallitukseksi. Vuonna 1992 tämä muutettiin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukseksi (Stakes). Tässä yhteydessä vuonna 1992 perustettiin Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO), jolle siirrettiin terveydenhuollon lupa- ja valvontatehtävät. Vuoden 2009 alusta syntyi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), jossa yhdistettiin TEO sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus. (Paunio & Pelkonen 2012.) Valvira on sosiaali- ja terveysministeriön alainen keskusvirasto (Laki 669/2008).

Ammatinharjoittamisoikeuksien myöntäminen ja ammatinharjoittamisen valvonta ovat Valviran tehtäviä. Valvira käsittelee myös terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa koskevia ilmoituksia ja muistutuksia. Valvira päättää ammatinharjoittamisoikeuksien rajoittamisesta ja poistamisesta, kun taas aluehallintoviranomaiset käsittelevät vähemmän vakavia tapauksia.

Kaikkien ulkomailla tutkintonsa suorittaneiden lääkärien pitää toimittaa Valviraan hakemuksensa lääkäriainekseiden saamiseksi, ja Valvira tarkistaa tutkintotodistukset. Ammatinharjoittamisoikeuden saaneet merkitään Valviran ylläpitämään terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin. (Valvira 2012.)

ETA-valtion kansalaisella, joka on suorittanut lääkärin perustutkinnon toisessa ETA-valtiossa, on EU:n ammattipätevyysdirektiivin mukaisen automaattisen tunnustamisen periaatteen nojalla oikeus harjoittaa lääkärin ammattia Suomessa Valviralta haetun laillituksen jälkeen. Jos ETA-valtion kansalainen on suorittanut lääkärin perustutkinnon ETA-alueen ulkopuolisessa valtiossa, hänen koulutuksensa pitää olla Valviran hyväksymä.

ETA-valtion kansalaisen ETA-valtiossa suorittama lääkärintutkinto ei aina täytä ammattipätevyysdirektiivin automaattisen tunnustamisen edellyttämiä vähimmäisvaatimuksia, samoin ETA-valtion kansalaisen alueen ulkopuolella suorittama tutkinto voi olla puutteellinen. Kummassakin tapauksessa Valvira voi vaatia koulutusta koskevia lisätietoja, joiden perusteella määritetään olennaiset erot Suomessa vaadittavaan koulutukseen verrattuna. Ennen laillistusta lääkärille voidaan määrätä sopeutumisaika tai hänen pitää suorittaa kelpoisuuskoe.

Lisävaatimuksia voidaan määrätä, jos hakijan koulutus on vähintään vuoden vastaanottavan jäsenvaltion edellyttämää lyhyempi tai sisällöltään olennaisesti erilainen tai ammatti sisältää vastaanottavassa jäsenvaltiossa sellaista ammattitoimintaa, jota siihen ei sisälly hakijan kotijäsenvaltiossa (Ammattipätevyysdirektiivi 2005). Hakijan ammattikokemuksensa aikana hankkimat tiedot voivat osittain tai kokonaan korvata puutteellisuudet (Setälä & Jyrälä 2008).

Kielitaitovaatimus ei voi olla ETA-valtion kansalaisen ammattipätevyysdirektiivin tunnustamisen ehto eikä Valvira vaadi kielitodistusta, mutta Suomessa työnantajalla on lainmukainen velvollisuus edellyttää myös ETA-kansalaiselta ammatinharjoittamisen kannalta riittävää kielitaitoa (Setälä & Jyrälä 2008).

ETA-alueen ulkopuolisen valtion kansalainen on voinut suorittaa lääkärintutkinnon joko ETA-valtiossa tai alueen ulkopuolisessa valtiossa. Valvira voi tällöin myöntää lääkäriainekset, jos hakijalla on valtioneuvoston asetuksella säädetty pätevyys ja tehtävien edellyttämä riittävä kielitaito. ETA-alueen ulkopuolisten valtioiden kansalaisilta Valvira vaatii aina kielitodistuksen. Jos ETA-valtiossa suoritettu

lääkärintutkinto ei täytä vaatimuksia, voidaan määrätä korvaavana toimenpiteenä sopeutumisaika tai kelpoisuuskoe.

Valvira määrää sopeutumisajan pituuden sekä kyseeseen tulevat tehtävät. Hakijan on itse hankittava työpaikka, ja hänen pitää olla suoraan toimintayksikön ylläpitäjän palveluksessa. Sopeutumisajan ohjaajan on valvottava hakijan toimintaa, ja sopeutumisaika voidaan keskeyttää, jos potilasturvallisuus vaarantuu. Ohjaaja antaa lausunnon hakijasta Valviralle. Kelpoisuuskokeen sisällöksi Valvira määrää aiheita, jotka puuttuvat hakijan koulutuksesta mutta ovat olennaisen tärkeitä lääkärin ammatin harjoittamisen kannalta Suomessa. (Asetus 377/2011.)

ETA-alueen ulkopuolella lääkärintutkinnon suorittaneita ETA-alueen ulkopuolisten valtioiden kansalaisia koskevia määräyksiä ei ole EU:n direktiivissä, mutta Valvira vaatii heiltä täyden laillistusprosessin, johon kuuluvat kielitesti, puolen vuoden sairaalaharjoittelu ja kolmiosainen kuulustelu. Valvira ilmoittaa osallistujat laillistuskulusteluun, jonka se järjestää yhteistyössä Tampereen yliopiston lääketieteen yksikön yleislääketieteen oppialan kanssa. Kulustelun tulosten ja muiden tietojen pohjalta Valvira päättää laillistuksen myöntämisestä. (Valvira 2012.)

Nykyinen laillistusjärjestelmä tuli käyttöön vuonna 1994, mutta se pohjautuu vuodesta 1972 lähtien ulkomailla lääkäriksi opiskelleille järjestettyyn kuulusteluun, jonka osallistujat olivat alkuaikoina pääasiassa ulkomailla opiskelleita suomalaisia.

Ulkomailla opiskelemaan lähdön synä oli Suomessa 1960-luvulla vallinnut lääkäripula sekä lääketieteen koulutuspaikkojen puute. Vuoden 1977 loppuun mennessä oli lääkäriksi laillistettu 600 suomalaista, jotka olivat suorittaneet tutkintonsa ulkomaisessa yliopistossa. Ulkomailla opiskelevien määrä alkoi vähentyä 1970-luvulla, kun perustettiin uudet lääketieteelliset tiedekunnat Kuopioon ja Tampereelle. (Mattila ym. 1979.)

Ulkomailla lääkäriksi opiskelleet veloitettiin osallistumaan Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen järjestämälle suomalaisen terveydenhuoltoon perehdyttävälle kolmen viikon mittaiselle kurssille, jonka päätteeksi oli kuulustelu. Kurseja järjestettiin kolme kertaa vuodessa ja kuulustelun kysymykset olivat sosiaalilääketieteen, oikeuslääketieteen ja reseptiopin alalta. Ennen laillistusta vaadittiin lisäksi sairaalaharjoittelu. (Mattila ym. 1979.) Suomalaisia oli opiskellut lääkäriksi ulkomailla kaikkiaan 139 yliopistossa, ja Tampereen kurseille heitä osallistui vuosina 1972–91 yhteensä 991 henkilöä (julkaisematon tutkimus 2009).

Ulkomailla lääkäriksi opiskelleista suomalaisten osuus väheni ja ulkomaalais-syntyisten kasvoi 1990-luvulle tultaessa. Molempien ryhmien piti suorittaa Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen järjestämä suomalaisen terveydenhuollon kurssi ja kuulustelu. Kuitenkaan pelkkä suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu ei riittänyt ulkomaalaisten lääkärin ammattitaidon tutkimiseen, ja alkoi ilmaantua valituksia epäpätevistä ulkomaalaisista lääkäreistä.

Ulkomaalaisten lääkärien laillistamisesta tehtiin eduskuntakysely (Aittoniemi 1992) ja laajempaa kuulustelujärjestelmää pidettiin tarpeellisenä. Kuulustelujärjestelmän suunnittelu annettiin Tampereen yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan tehtäväksi. Ensimmäiset osallistajat olivat vuonna 1994, ja seuraavasta vuodesta lähtien järjestelmä toimi täysipainoisesti.

Kolmiosaisen kuulustelun alkuun tuli kirjallinen kliininen kuulustelu, toisena osana säilyi jo aiemmin Tampereella käytössä ollut suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu ja kolmanneksi osaksi tuli näyttökoe. Vaatimukset ovat periaatteessa samat kuin Suomessa lääketieteen lisensiaatin tutkinnon suorittaneilla.

Kuulustelujärjestelmä on vuosien myötä pysynyt pääpiirteissään samanlaisena. Muutoksena on kuitenkin ollut ensimmäisen eli kliinisen kuulustelun tenttikysymysten laatimisen siirtyminen yleislääketieteen vastuulle vuonna 2003. Sitä ennen lääketieteen eri alojen professorit olivat laatineet kysymykset.

Jotkut muutokset ovat olleet lyhytaikaisia kokeiluja. Vuosina 2001–2003 oli mahdollista uusia kliininen kuulustelu ainoastaan hylätyiltä osin. Tuolloin kysymykset olivat selkeästi rajautuneet lääketieteen eri aloille. Kun kysymysten laatiminen siirtyi yleislääketieteen oppialan tehtäväksi, samaan kysymykseen saattoi olla integroituna useampia aloja ja hylkäämistapauksessa piti uusia koko kuulustelu.

Näyttökokeessa käytettiin aiempina vuosina (1999–2001) näyttelijäpotilaita, mutta tästä palattiin aitoihin potilaisiin. Lisäksi oli vaihe (2000–2005), jolloin lääkärien oli mahdollista vapautua näyttökokeesta terveystieteiden tutkimuksen ja terveyskeskuksen ylilääkärin antaman lausunnon perusteella.

Valvira tarkistaa kuulusteluihin tulevien lääkärien tutkintotodistukset sekä kielitodistuksen ja todistuksen suomalaisessa julkisen terveydenhuollon sairaalassa viimeisten kolmen vuoden aikana suoritetusta kuuden kuukauden harjoittelusta. Valviran nettisivuilla on yksityiskohtaiset ohjeet laillistusprosessista (www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet).

Kielitaitovaatimuksena on joko valtionhallinnon kielitutkinnon tyydyttävä taitotaso tai yleisen kielitutkinnon keskitason tutkinto (taso 3–4) suomen tai ruotsin kielestä. Pelkästään todistukset kielikursseista eivät riitä.

Kirjallisia kuulusteluja järjestetään Tampereen yliopistossa neljä kertaa vuodessa ja näyttökokeita terveyskeskuksissa tarpeen mukaan. Ensimmäinen kirjallinen kuulustelu pitää suorittaa hyväksytysti, ennen kuin toiseen voi osallistua. Toisen kirjallisen kuulustelun osiot (sosiaalilääketiede, oikeuslääketiede, reseptioppi) voi suorittaa kaikki samalla kerralla tai yksittäin tai kaksi kerrallaan. Kuulustelumaksuista määrätään valtioneuvoston antamassa asetuksessa (1082/2009).

Kuulusteluissa saa käyttää ainoastaan suomea tai ruotsia. Ruotsin kielen käyttämisestä pitää erikseen ilmoittaa Valviralle, jolloin tenttikysymykset käännetään

ruotsiksi. Myös näyttökokeen voi suorittaa suomeksi tai ruotsiksi. Sanakirjojen käyttöoikeus poistettiin kuulusteluista vuonna 2005.

Kuulustelun ensimmäinen osa eli kliininen kuulustelu on kirjallinen koe, jossa testataan lääketieteellisiä tietoja. Potilastapauksista on annettu taustatiedot ja kysymykset koskevat tutkimuksia, diagnoosia ja hoitoa. Vastauksilta edellytetään asianmukaisuutta suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kannalta. Kokeessa voidaan käyttää osittain samoja kysymyksiä kuin suomalaisten lääketieteen opiskelijoiden tenteissä.

Toinen kirjallinen kuulustelu on terveydenhuollon lainsäädäntöä, oikeuslääketiedettä ja farmakologiaa käsittävä suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu. Siinä edellytetään lääkärin toimintaa koskevien säännösten hallintaa ja tarkistetaan kuolintodistuksen laatimisen ja reseptien kirjoittamisen taito.

Näyttökokeessa tutkitaan kokelaan suoriutumista käytännön vastaanottotilanteissa. Kokeessa on yleensä kolme aitoa potilasta. Vastaanottotilanne videoidaan ja suorituksen arviointi tapahtuu erillisessä arviointikokouksessa. Kokeessa on myös muutama röntgenkuviiin liittyvä tehtävä. Kokeessa tarkkaillaan erityisesti toiminnan ammattimaisuutta, johon kuuluvat ammattimaiset otteet manuaalisessa tutkimuksessa, työvälineiden hallinta, oikeiden päätelmien tekeminen, tietojen välittäminen potilaalle ja sairauskertomustietojen kirjaaminen. (Haukilahti ym. 2010).

Kuulustelujen osallistujista valtaosa on ETA-alueen ulkopuolella koulutuksensa saaneita lääkäreitä. Lisäksi aiempina vuosina Valvira on voinut vaatia esimerkiksi suomalaisen terveydenhuollon kuulustelun suorituksen lääkäriltä, joka on suorittanut tutkintonsa ETA-alueella, mutta ei ole ETA-valtion kansalainen.

Valvira voi velvoittaa kuulusteluihin myös laillistuksen saaneita suomalaisia tai ulkomaalaisia lääkäreitä, jos on perusteltua aihetta olettaa, että heidän ammattitaidossaan on puutteita (Ammattihenkilölaki 1994). Lisäksi Valvira voi vaatia kliinisen kuulustelun suorituksen ETA-alueen ulkopuolella lääkäriksi opiskelevilta suomalaisilta, jotka pyrkivät opiskeluaikana määräaikaiseen työhön Suomessa (Asetus 377/2011).

Valtioiden liittyminen EU:hun vaikuttaa välillisesti kuulustelujen osallistujamääriin. Esimerkiksi virolaisia lääkäreitä osallistui aiemmin runsaasti, mutta Viron EU-jäsenyyden myötä heiltä ei enää vaadita kuulusteluja. Samalla poistui osallistumisvaatimus Virossa lääkäriksi opiskelleilta suomalaisilta.

Kuulusteluja on aiemmin saanut uusia vapaasti, mutta syksyllä 2010 Valvira määräsi ylärajan kirjallisten kuulustelujen osallistumiskertoihin ja vuoden 2011 alusta myös näyttökokeeseen (www.valvira.fi/luvut/ammattioikeudet). Kumpaakin kirjallista kuulustelua saa yrittää enintään kymmenen kertaa ja jokaisen kolmen kerran jälkeen

on pidettävä vuoden tauko. Näyttökokeeseen saa osallistua enintään kolme kertaa, ennen toista kertaa täytyy pitää puolen vuoden tauko ja ennen kolmatta kertaa vuoden tauko.

Kirjallisten kuulustelujen tulokset ilmoitetaan osallistujille kuuden viikon kuluessa. Kliinisessä kuulustelussa hylätyille lähetetään kopiot heidän omista vastauksistaan sekä tarkastajien laatimat arviointiperusteet. Näyttökokeen tulos ilmoitetaan arviointiryhmän kokouksen jälkeen.

Tampereen yliopistosta lähetetään Valviralle jokaisen kuulustelun jälkeen tulokset eli ilmoitetaan hyväksytyt ja hylätyt sekä pistemäärät. Kirjallisissa kuulusteluissa hyväksytyyn suoritukseen vaaditaan puolet maksimipisteistä. Osallistujilla on mahdollisuus tehdä tuloksista oikaisupyynnö Tampereen yliopiston arviointisäännön mukaisesti (Arviointisääntö 2012).

Suomessa tuli vuonna 2011 voimaan lakimuutos, jonka mukaan sekä Suomesta valmistuvien lääkärien että laillistusprosessiin osallistuneiden ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien laillistusajankohta muuttui. Ennen lakimuutosta ulkomailla tutkintonsa suorittaneiden oli pitänyt kuulustelujen jälkeen suorittaa vielä kolmivuotinen perusterveydenhuollon lisäkoulutus ennen laillistuksen saamista. Lakimuutoksen jälkeen he saavat laillistuksen heti hyväksytysti suoritettujen laillistamiskuulustelujen jälkeen. (Valvira 2012.)

Suomessa laillistetut ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärit eivät voi välittömästi siirtyä toiseen ETA-valtioon ja saada siellä automaattista laillistusta, elleivät he ole toimineet vähintään kolme vuotta lääkärinä Suomessa. Tänä aikana he suorittavat yleislääketieteen erityiskoulutuksen, joka on sisällöllisesti sama kuin entinen perusterveydenhuollon lisäkoulutus.

Yleislääketieteen erityiskoulutuksen tavoitteena on perehdyttää lääkäri perusterveydenhuollon lääkärin tehtäviin, terveydenhuollon hallintoon, sosiaaliturvajärjestelmään sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon väliseen yhteistyöhön. Koulutukseen kuuluu palvelua terveyskeskuksessa vähintään 9 kk:n ajan palvelusuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään sekä sairaalassa vähintään 6 kk:n ajan. Lisäksi pitää osallistua säännöllisesti toimintayksikön toimipaikkakoulutukseen ja suorittaa kurssimuotoista koulutusta. (Asetus 377/2011.)

ETA-alueen ulkopuolisen valtion kansalaiselle on voitu myöntää oikeus harjoittaa lääkärin ammattia jossakin muussa ETA-valtiossa kuin Suomessa. Tässä tapauksessa häneltä vaaditaan kyseisen maan viranomaisen enintään kolme kuukautta aiemmin antama todistus ammatinharjoittamisoikeuden voimassaolosta. Lisäksi on edellytyksenä, että lääkäri on toiminut oikeuden myöntäneessä ETA-valtiossa vähintään kolmen vuoden ajan. (Ammattihenkilölaki 2007.) Valvira arvioi tutkinnon ja vertaa koulutusta Suomessa suoritettavaan koulutukseen. Valvira voi

myöntää oikeuden harjoittaa lääkärin ammattia ilman lisävaatimuksia, mutta voi myös määrätä korvaavan toimenpiteen. (Setälä & Jyrälä 2008.)

Valvira voi myöntää ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneille lääkäreille laillistusprosessin aikana määräaikaisen toimiluvan laillistetun ammattihenkilön tehtäviin julkisen terveydenhuollon toimintayksikössä. Sama koskee ETA-valtion kansalaisia tai ETA-valtiossa tutkintonsa suorittaneita alueen ulkopuolisen valtion kansalaisia, joille Valvira on määrännyt lisäopintoja tai kuulusteluja. (Asetus 377/2011.)

Laillistuskuulusteluihin osallistuvat lääkärit voivat hakea määräaikaista toimilupaa sairaalaan heti ensimmäisen kirjallisen kuulustelun suoritettuaan ja terveystieteiden toisen kirjallisen kuulustelun suorituksen jälkeen. Lupa myönnetään kuudeksi kuukaudeksi kerrallaan julkisen terveydenhuollon toimintayksikköön, jossa lääkärikokelas toimii laillistetun lääkärin johdon ja valvonnan alaisena. Määräaikaisia toimilupia voidaan myöntää yhteensä kahden vuoden ajaksi. (Valvira 2012.) Valvira pyytää työnantajan lausunnon lääkäristä jokaisen toimilupajakson jälkeen ennen seuraavan jakson myöntämistä.

Näyttökokeessa reuttanut kokelas saa Valviran määräyksen mukaan uusia kokeen vasta puolen vuoden päästä ja väliaikana hänen edellytetään toimivan julkisen terveydenhuollon palveluksessa. Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppiala on esittänyt Valviralle, että lääkäri saisi toimia vain yliopiston hyväksymässä opetusterveystieteiden keskuksessa, jossa hänellä on koulutettu ohjaaja.

ETA-alueen ulkopuolisessa valtiossa lääkärintutkinnon suorittanut ei-ETA-kansalainen voi saada Valviralta tilapäisen toimiluvan, jos hän osallistuu Suomessa terveydenhuollon tutkimukseen tai opetukseen kouluttajana ja tähän tehtävään liittyy potilaiden hoitoa. Hakijalla pitää olla lähtömaassaan voimassa oleva rajoittamaton ammatinharjoittamisoikeus. Lupa myönnetään enintään kahdeksi vuodeksi kerrallaan toimipaikkakohtaisena, ja luvan saaneelle on nimettävä vastuuhenkilö, jonka tehtävänä on valvoa hänen toimintaansa. (Asetus 377/2011.) Tässä tapauksessa lääkäriltä ei vaadita laillistuskuulustelujen suoritusta.

Lääkärien laillistamisen valvonta ja erityisesti ulkomailla suorittettujen tutkintojen luotettavuus ovat olleet julkisuudessa esillä vuodesta 2011 lähtien ns. valelääkärikohun yhteydessä. Kahdessa tapauksessa Suomen viranomaiset olivat hyväksyneet Venäjältä saadut tutkintotodistukset, mutta tosiasiaa henkilöt eivät olleet suorittaneet lääkärikoulutusta. Kolmannessa tapauksessa ei ollut kyse ulkomaisesta tutkinnosta, vaan suomalaisena lääketieteen opiskelijana esiintymisestä.

Kohun ensi vaiheessa lääkärikuntaan kohdistui epäilyjä laajemminkin, ja tämän arveltiin vaikuttavan koko lääkärikunnan arvostukseen. Erityisesti maahanmuuttajalääkärien koulutukseen ja osaamiseen kohdistuneet epäluulot vahvistuivat. (Pälve

2011.) Suomen Lääkäriliitto teki kohun aikaan kyselyn, johon vastasi lähes 6 000 lääkäriä. Varsinkin nuoret lääkärit arvelivat potilaiden luottamuksen ammattikuntaan heikentyneen kohun myötä. Tutkintotodistusten varmistamista pidettiin ensisijaisena keinona valvonnan parantamiseksi. (Lääkäriliitto 2011.)

Valvira syytettiin tutkintotodistusten tarkastamisen puutteellisuudesta. Tapaus-ten vuoksi Valvira aloitti järjestelmällisen ulkomailla annettujen tutkintotodistuksen tarkastamisen alkuperämaasta, mutta uusia tapauksia ei ole tullut esille. Myös esimerkiksi Alankomaissa on kiinnitetty huomiota todistusten aitouden tarkastamiseen, koska on tiedossa, että väärennetyjä todistuksia on mahdollista ostaa. Itävallassa yliopistot informoivat toisiaan, jos hakijaa ei ole hyväksytty epäilyttävien todistusten vuoksi. (Herfs 2011.)

Saksassa viranomaiset ovat vaatineet ulkomaalaisia lääkäreitä esittämään dokumentit tutkintoon kuuluneista opinnoista; tosin seurauksena on ollut EU-komission antama huomautus liian yksityiskohtaisten tietojen vaatimisesta (Englmann 2009). Toisaalta ammattipätevyysdirektiivissä annetaan suositus tarkistaa lähtömaasta myöskin EU-alueelta tulevien lääkärien tutkintotodistusten aitous (Ammattipätevyysdirektiivi 2005).

Valelääkärikohun yhteydessä Tampereella järjestettävistä ulkomaalaisten lääkärien kuulusteluista haluttiin julkisuudessa tarkempaa selvyyttä. Lääkäriliiton toiminnanjohtaja esitti, että kuulustelujen läpäisykriteereitä pitäisi tiukentaa (Pälve 2011). Lääkäriliiton tekemässä kyselyssä puolet vastaajista kannatti laillistamis-kuulustelujen läpäisykriteerien kiristämistä (Lääkäriliitto 2011).

Väärinkäsityksiäkin esiintyi lehdistössä, mm. oletettiin, että kaikkien ulkomailla opiskelleiden lääkärien olisi pitänyt suorittaa kaikki kolme kuulustelun osaa. Tästä on kuitenkin ollut erilaisia poikkeuksia vuosien varrella eivätkä kyseessä ole olleet väärinkäytökset. Suomalaisilta ulkomailla tutkintonsa suorittaneilta lääkäreiltä vaadittiin 1990-luvun lopulla vain suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu. Joidenkin vuosien ajan 2000-luvun alkupuolella oli mahdollista korvata näyttökoe muutaman kuukauden terveystarkastuskeskustelulla, josta terveystarkastuksen ylilääkäri antoi lausunnon.

Valelääkärikohun yhteydessä tuli esiin toimilupien tarkastamisen puutteellisuutta terveydenhuollon yksiköiden työhönotossa. Terveystarkastusten ylilääkäreitä ja ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä koskeneessa haastattelututkimuksessa ilmeni, että toimilupien tarkastamisessa ei ole ollut yhtenäistä linjaa eikä aina ole ollut tietoa, kenen vastuulla tarkastaminen on (Lämsä ym. 2012). Työnantajien pitäisi tarkastaa lääkärin ammatinharjoittamislupa Valvirasta. Tämä onnistuu nykyisin entistäkin helpommin sähköisesti uuden järjestelmän ansiosta (Terhikki 2013).

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti syksyllä 2011 Terveydenhuollon valvontatyöryhmän selvittämään ammatinharjoittamisoikeuden myöntämistä ja ammatinharjoittamisen valvontaa. Työryhmä kuuli runsaasti eri asiantuntijoita ja tutustui

myös Tampereella järjestettäviin kuulusteluihin. Työryhmän loppuraportin mukaan ammatinharjoittamisen valvontaa pitää parantaa potilasturvallisuuden takaamiseksi. ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärien laillistusprosessiin työryhmä esitti jonkin verran tiukennusta. Tärkeä tilannetta parantava uudistus olisi ehdotettu pakollinen ammatillinen kielikoulutus. (Paunio & Pelkonen 2012.)

2.3 Ulkomailla tutkinnon suorittaneet lääkärit työelämässä

2.3.1 Työhön sijoittuminen

Yleensä maahanmuuttajalääkärit työllistyvät hyvin, koska he pyrkivät enimmäkseen lääkäripulasta kärsiviin maihin. Aktiivisen rekrytoinnin perusteella lääkäreillä voi olla työpaikka tiedossa jo kotimaasta lähtiessään. Yleensä kuitenkin ammatinharjoittamisoikeuksien hankinta kohdemaassa kestää niin kauan, että etukäteen ei voi hankkia työpaikkaa.

ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien aseman työmarkkinoilla on todettu olevan tasa-arvoinen maan omien lääkärien kanssa Ranskassa, Espanjassa, Belgiassa ja Alankomaissa, mutta heikompi Isonsa-Britanniassa, Tanskassa ja Itävallassa (Herfs ym. 2007).

Entisestä Neuvostoliitosta Israeliin 1990-luvulla muuttaneilla lääkäreillä oli hyvät mahdollisuudet hankkia laillistus, mutta vakituisen työpaikan saaminen oli vaikeaa, koska se edellytti erikoistumista Israelissa (Shuval & Bernstein 1996). Lääkäreiden ylitarjonnan vuoksi maahanmuuttajia jäi työttömäksi. Osa oli kuitenkin tyytyväisiä pelkästään laillituksen vuoksi, koska se lisäsi omanarvontunnetta. (Shuval 1998.)

Lääkärin ammatinharjoittamisluvan hankkiminen voi toisinaan osoittautua ylivoimaiseksi, ja lääkärin tutkinnon suorittaneita hakeutuu terveydenhuoltoalalle avustaviin tehtäviin tai muille aloille. Kaikki eivät ole valmiita vastaanottamaan muuta työtä, vaan jäävät mieluummin työttömäksi. (Kyhä 2006.)

Ulkomaalaistaustaisia työikäisiä lääkäreitä oli Suomessa vuonna 2002 noin 400 ja vuonna 2012 noin 1 300, eli kymmenessä vuodessa määrä oli noussut yli kolminkertaiseksi (Lääkärit Suomessa 2012). Lääkäriliiton (2010) kyselyyn vastanneista ulkomaalaisista lääkäreistä 94 % ilmoitti olevansa päätoimisesti työssä.

Myös Suomeen tulleet pakolaislääkärit ovat ilmoittaneet työllistyneensä hyvin (Markkanen 2007). Tässä suhteessa heidän asemansa on poikkeuksellinen, koska yleisesti pakolaisina tulleet työllistyvät heikommin kuin muut maahanmuuttajat ja vaikeat kokemukset ovat voineet heikentää työkykyä (Forsander 2002).

Ulkomailla lääkäriksi opiskelleista suomalaisista löytyi 803:sta työpaikkatietoja vuodelta 2004 (julkaisematon tutkimus 2009). Heistä 27 % toimi ylilääkärinä tai apulaislääkärinä, kun vastaavassa asemassa on kaikista Suomen sairaaloissa toimivista lääkäreistä 35 % ja terveyskeskuksissa toimivista 19 % (Lääkärit Suomessa 2012). (Lääkärit Suomessa 2012). Ulkomailla opiskelusta ei näytä olleen lääkäreille ”haittaa” urakehityksen kannalta. Lääkäreistä toimi terveyskeskuksessa 25 % ja sairaalassa 39 %, kun aiemmasta tilanteesta tehdyn tutkimuksen (Mattila ym. 1979) mukaan terveyskeskuksissa toimi 15 % ja sairaaloissa 50 %.

2.3.2 Työssä menestyminen

Ulkomaalaisten lääkärien työssä menestymiseen vaikuttavat vastaanotto ja perehdytys kohdemaassa, kielitaito, erilainen kulttuuri, lääkärikoulutuksen sisältö sekä sopeutuminen työyhteisöön ja potilaisiin.

Työtyytyväisyyden kannalta tärkeitä asioita ovat ammatillinen onnistuminen ja kehittyminen sekä hyvät työyhteisö- ja potilassuhteet. Työstä saatu arvostus vaikuttaa jaksamiseen ja pysyvyyteen. Oma ammatti-identiteettiä vastaava työkenttä ja työskentelytapa vahvistavat tyytyväisyyttä.

Hyvä perehdytys ja jatkuva mahdollisuus tuen saamiseen parantavat ulkomaalaisten lääkärien työtyytyväisyyttä ja pysyvyyttä. Perehdytysohjelmia kohdemaan terveydenhuoltoon pitää olla kaikkien maahanmuuttajien saatavilla, koska tavoitteena on turvallinen ja tehokas toiminta (WHO Global Code 2010). Suomessakin on todettu tärkeäksi ulkomaalaisten lääkärien riittävä perehdytys ja tuki varsinkin alkuvaiheessa (Aalto ym. 2013).

Perehdytyksen sisältöä ja tavoitteita on tutkittu Kanadan maaseudulle muuttaneiden Afrikasta, Etelä-Aasiasta ja Lähi-idästä rekrytoitujen lääkärien osalta. Perehdytyksessä pitää käsitellä uuden maan terveydenhuoltojärjestelmää, hoitokäytäntöjä, kulttuurieroja ja potilaiden odotuksia sekä antaa opastusta kommunikointiin, puhekieleen ja murteisiin. Perehdytyksen muotoina voivat olla kurssit, tutustumiskäynnit ja henkilökohtainen ohjaus. Perehdytys pitää suunnitella yksilöllisesti ja sen pitää olla pitkäkestoista. Myös työn ulkopuoliset eli jokapäiväiseen elämään, yhteisöön asettumiseen ja perheeseen liittyvät asiat pitää ottaa huomioon. (Curran ym. 2008.)

Yhdysvalloissa ulkomaalaisten lääkärien perehdytykseen on kuulunut koulutusta, jossa on käytetty näyttelijäpotilaita. Maahanmuuttajalääkärit ovat saaneet harjoittelun jälkeen palautetta näyttelijäpotilailta ja opettajilta. (Dorgan 2009.)

Suomessa maahanmuuttajat ovat yleisesti pitäneet erittäin tärkeänä työpaikalla annettua perehdytystä suomalaisen työelämään. Maahanmuuttajat saavat usein tukea myös aiemmin Suomeen muuttaneilta maanmiehiltään sekä muilta ulkomaalaisilta. (Heikkilä & Pikkarainen 2008.)

Työtyytyväisyyden kannalta tärkeiksi on todettu sekä työolosuhteisiin että työssä kehittymiseen liittyvät tekijät. Työolosuhteisiin kuuluvat tekijät, kuten palkka, johtaminen ja vuorovaikutussuhteet, tuovat turvallisuutta, mutta niiden vaikutus työtyytyväisyyteen voi vaihdella kausittain. Työssä kehittymiseen liittyviä tekijöitä ovat työn sisältö, työn suorittaminen, vastuu, työstä saatu tunnustus ja ammatillinen kehittyminen, ja nämä voivat parantaa työtyytyväisyyttä pysyvästi. (Herzberg 1966.)

Lääkärien työtyytyväisyyteen liittyviksi tekijöiksi on todettu työn kiinnostavuus, itsenäisyys, luovuus, taitojen käyttäminen, vastuullisuus, etenemismahdollisuudet, työtuntien määrä, palkkaus sekä suhde työtovereihin ja esimieheen (Shuval & Bernstein 1996).

Arvostuksen kokemus voi liittyä läheisesti työtyytyväisyyteen, mutta pelkästään lääkärin statuskin tuo arvostusta. Israeliin muuttaneet venäläiset lääkärit halusivat saada laillistuksen, vaikka työnsaanti näytti epävarmalta. Kuitenkaan lääkärin ammatti ei ollut entisessä Neuvostoliitossa samalla tavalla arvostettu eliittiammatti kuin monissa muissa maissa. Lääkärien koulutus ei tapahtunut yliopistojen yhteydessä, heillä oli huonot palkat ja käytännön työtä hankaloitti puute lääkkeistä ja teknologiasta. Huolimatta aiemmin koetuista arvostuksen ongelmista Israeliin muuttaneille venäläislääkäreille ammatti oli tärkeä, koska heillä oli siihen koulutus ja sen avulla oli mahdollista saada toimeentulo. (Shuval & Bernstein 1996.)

Suomalaisia lääkäreitä koskeneessa tutkimuksessa vuonna 1988 kysyttiin lääkärin mielipiteitä omasta ammatti-identiteetistään. Kysymyksessä oli annettu 18 ilmaisua, joiden sopivuutta itseensä lääkärin piti arvioida. Ilmaisut olivat *parantaja, teknikko, shamaani, opettaja, perhelääkäri, terveyskasvattaja, tiedemies, byrokraatti, yrittäjä, terveysammattilainen, todistusten kirjoittaja, lääkkeiden määrääjä, lunkubihnatyöntekijä, kutsumuslääkäri, auttaja, lohduttaja, kuuntelija ja sosiaalityöntekijä*. Tulosten faktorianalyysissä saatiin viisi ammatti-identiteettiä kuvaavaa faktoria: humanisti, byrokraatti, terveyden edistäjä, tiedemies ja parantaja. Naiset olivat humanisteja, terveyden edistäjiä ja byrokraatteja, miehet parantajia ja tiedemiehiä. Perusterveydenhuollon lääkärit olivat humanisteja, byrokraatteja ja terveyden edistäjiä, sairaalalääkärit parantajia ja tutkimus- ja koulutussektorin lääkärit tiedemiehiä ja terveyden edistäjiä. (Kumpusalo ym. 1994.)

Virolaisten ja suomalaisten lääkärin ammatti-identiteettiä koskevassa tutkimuksessa käytettiin samaa kysymystä kuin edellä. Molemmat ryhmät valitsivat parhaiten kuvaaviksi ilmaisuihin *auttajan, kuuntelijan ja kutsumuslääkärin*. Virolaisten suosituimmista valinnoista oli myös *lohduttaja* ja suomalaisten *perhelääkäri*. Huonoimmin sopivat molempien ryhmien mielestä ilmaisut *yrittäjä* ja *teknikko*. (Virjo ym. 1997.)

2.4 Sopeutuminen vieraaseen maahan

Maahanmuuttajien integraatiota on Suomessa tutkittu runsaasti. Maahanmuuttajilla on erilaisia kokemuksia uuteen yhteiskuntaan kotoutumisesta ja vuorovaikutuksesta ihmisten kanssa. Kantaväestön piirissä on vaihtelevaa suhtautumista maahanmuuttajiin. Integraatiota helpottaa työnsaanti ja maan kielen osaaminen. Muuttajien oma arvomaailma ja kulttuuri vaikuttavat sopeutumiseen ja halukkuuteen jäädä pysyvästi uuteen maahan.

2.4.1 *Integraatio ja kanssakäyminen*

Maahanmuuttajien akkulturaatiossa eli oman ja vieraan kulttuurin välisessä suhteessa integraatio on toivottavinta. Integroitunut maahanmuuttaja kokee olevansa uudessa asuinmaassaan yhteiskunnan aktiivinen jäsen, mutta ei unohda aiempaa kulttuurista identiteettiään. Akkulturaation muista vaihtoehdoista separaatiossa maahanmuuttaja eristyy pelkästään omaan kulttuuriinsa, assimilaatiossa hän sulautuu valtakulttuuriin ja marginalisaatiossa hän syrjäytyy sekä vanhasta että uudesta kulttuurista. (Snauwaert ym. 2003.) Onnistuneessa integraatiossa maahanmuuttaja säilyttää oman kulttuurinsa piirteitä sekä yhteyksiä oman kulttuurinsa edustajiin (Kinnunen 2003). Lääkärit ovat maahanmuuttajista erityisryhmä, koska heidän pitää jo ammattinsa puolesta olla hyvin integroituneita.

Työ on todettu suomalaisessa yhteiskunnassa maahanmuuttajien keskeiseksi keinoksi integroitua. Työstä saatavia hyötyjä ovat toimeentulo, sosiaalinen arvostus, kontaktit sekä mahdollisuus integroitua ammatin mukaan, ei vain maahanmuuttajana. (Vartia ym. 2007.) Erilaiset verkostot auttavat maahanmuuttajia sosiaalisessa ja kulttuurisessa sopeutumisessa (Stilwell ym. 2004).

Monikulttuurisista työpaikoista tehdyn tutkimuksen mukaan eri etnisten ryhmien vuorovaikutus sekä keskenään että suomalaisten kanssa on tärkeää. Erilaisista työkulttuureista tulevien työntekijöiden pitää sopia yhteisistä toimintatavoista ja normeista työpaikalla. Kaikkien osallistuminen toimintatapojen kehittämiseen on työn sujumisen kannalta tärkeää, ja erilaiset näkökulmat voivat tuoda uusia ratkaisumalleja. (Vartia ym. 2007.)

Kanssakäyminen kantaväestön kanssa on kunnollisen integraation edellytys (Jasinskaja-Lahti ym. 2002). Maahanmuuttajalääkärien integraatiota uuden maan kulttuuriin ja kielen oppimista edistää kanssakäyminen paikallisten asukkaiden kanssa myös työn ulkopuolella.

2.4.2 Väestön asenteet ja median vaikutus

Kantaväestön asenteilla on vaikutusta siihen, miten kanssakäyminen ulkomaalaisten kanssa onnistuu. (Liebkind ym. 2004) Jos ulkomaalaisia vieroksutaan, heidän viihtyvyytensä huononee ratkaisevasti (Han & Humphreys 2005).

Suomalaisten suhtautumisesta ulkomaalaisiin työnhakijoihin ja pakolaisiin on tehty tutkimus vuosina 1987–2007. Seuranta-aikana asenteet muuttuivat myönteisemmiksi, mihin vaikutti osaltaan siirtyminen 1990-luvun alun lamasta ja työttömyydestä työvoimapulaan. (Jaakkola 2009.) Myös terveydenhuoltoalan työvoimapulan on todettu edistäneen myönteistä suhtautumista ulkomaalaisiin työntekijöihin (Simola 2008).

Tärkeimmät myönteistä suhtautumista ulkomaalaisiin ennustavat tekijät olivat Jaakkolan (2009) tutkimuksen mukaan koulutus ja runsaat kontaktit maahanmuuttajiin. Korkea-asteen koulutuksen saaneet sekä johtajat, ylemmät toimihenkilöt ja opiskelijat suhtautuivat keskimääräistä myönteisemmin ulkomaalaisiin työtovereina ja esimiehinä sekä heidän toimintaansa lääkäreinä ja viranomaistehtävissä.

Suomalaisista kaksi kolmasosaa suhtautui myönteisesti ulkomaalaisen toimimiseen hoitavana lääkärinään, kolmannes suhtautui torjuvasti. Pääkaupunki-seudulla ja isommissa kaupungeissa maahanmuuttajat hyväksyttiin muuta maata yleisemmin työtovereiksi, esimiehiksi ja palvelualan työntekijöiksi. Suhtautuminen oli Uudellamaalla myönteisempää kuin muualla maassa, Itä-Suomessa varauksellisinta. Maaseudulla asuvien asenteet muuttuivat tutkimuksen aikana myönteisemmiksi. Jyrkästi kielteistä kantaa ulkomaalaisia kohtaan edusti pääkaupunkiseudulla haastatelluista 11 % ja maaseudulla 15 %. Vanhempien ihmisten asenteet olivat torjuvampia kuin nuorten, ja miesten asenteet olivat torjuvampia kuin naisten – ero oli suurin nuorten keskuudessa.

Työperäistä maahanmuuttoa on käsitelty yleensä myönteisesti mediassa, koska sitä pidetään välttämättömänä tulevan työvoimapulan helpottamiseksi. Tässä yhteydessä on vedottu tulijoiden ammattitaitoisuuteen ja työnantajien tyytyväisyyteen jo maassa oleviin ulkomaalaisiin työntekijöihin. Kieli- ja kulttuurierojen aiheuttamat ongelmat on sivuutettu. Maahanmuuttajat itse ovat todenneet Suomen hyväksi maaksi ja työehdot he ovat kokeneet hyviksi. Artikkeleissa on esitetty huoli siitä, ettei Suomi olisi tarpeeksi houkutteleva. (Simola 2008.)

Maahanmuuttoa vastustavissa artikkeleissa on todettu maahanmuuttajien korkeat työttömyysluvat ja huonommat työehdot. Ulkomaalaisten työntekijöiden ja heidän perheidensä tarvitsemien palvelujen on katsottu tulevan kalliiksi. Maahanmuuttajien mukana on arveltu tulevan rikollisuutta ja terrorismin uhkaa. Lisäksi on tuotu esiin kielitaidon puutteellisuuden, kulttuurierojen ja asenteiden aiheuttamia ongelmia. (Simola 2008.) Maahanmuuton vastustus on voitu esittää

epäsuorasti, kun on esitelty vähemmistöryhmien aiheuttamia tai niihin kohdistuneita rikoksia (Raittila 2004).

Työstä on tullut maahanmuuton keskeinen näkökulma mediassa. Erityisesti ovat esillä olleet sellaiset alat, joilla esiintyy työvoimapulaa. Asiaa on tarkasteltu Suomen kansallisten tarpeiden näkökulmasta, ja maassaolon oikeutus on tullut työvoiman tarpeesta. Filippiiniläishoitajien rekrytointia Suomeen on käsitelty mediassa sekä myönteisesti että kriittisesti. Määräaikaista työperäistä maahanmuuttoa on kannatettu, mutta ei pysyvää asettumista Suomeen perheineen. Suomen vastuulle on ehdotettu koulutusyhteistyötä lähtömaan kanssa ja hoitajien kotoutumisen tukemista. (Simola 2008.)

Medialla on vahva vaikutus etnisten stereotyyppien vahvistumiseen tai heikkenemiseen, koska monet ihmiset tutustuvat maahanmuuttajiin vain median kautta. Journalistinen kirjoittelu voi ylläpitää joidenkin etnisten ryhmien vierauden vaikutelmaa, vaikka kirjoittelu ei olisi avoimen rasistista. Ennakkoluulojen purkamisessa voisi auttaa eri etnisten ryhmien dialogi mediassa. (Raittila 2004.)

Suomalaisten sanomalehtien etnisiä kysymyksiä koskeva kirjoittelu on todettu pääosin asialliseksi. Suomalainen journalismi pyrkii etnisen suvaitsevaisuuden lisäämiseen ja ennakkoluulojen poistamiseen. Lehdissä on kertomuksia rasismista vastaisesta työstä ja maahanmuuttajien menestystarinoita. (Raittila 2004.) Selviytymistarinoissa esitetään, miten maahanmuuttajat ovat ensin kokeneet työllistymisvaikeuksia, syrjintää ja kieliongelmia ja vaikeuksien jälkeen löytäneet työpaikan ja päässeet todistamaan ammattitaitonsa. Työelämää on pidetty maahanmuuttajien parhaana kotouttajana. (Simola 2008.)

2.4.3 Syrjintäkokemukset

Ihmisiä voidaan kohdella eri tavoin ihonvärin, kansallisuuden, uskonnon, etnisen taustan tai kulttuurin perusteella. Rasistisiin asenteisiin ja toimintaan tai syrjintään voi liittyä yhteiskunnan yleinen ilmapiiri ja kulttuuri sekä politiikan ja tiedotusvälineiden antama tuki. Ennakkoluuloja maahanmuuttajia kohtaan yritetään toisinaan selittää heistä itsestään johtuviksi. (Jasinskaja-Lahti 2002.)

Suomeen tulleita maahanmuuttajia koskevissa tutkimuksissa on todettu etnisen taustan suuri merkitys. Ulkonäöltään eniten suomalaisista poikkeavat ryhmät ovat joutuneet kokemaan eniten syrjintää ja rasismia. Myös heidän työllistymisensä on onnistunut huonoiten, koska työhönotossa syrjintää voi tapahtua vierasperäisen nimen, vieraan aksentin tai ulkonäön vuoksi. (Vartia ym. 2007.) Oletettavasti etnisellä hierarkialla ei ole niin suurta merkitystä lääkärin kohdalla, koska kaikkien pätevyys tutkitaan tasapuolisesti.

Maahanmuuttajista neljä viidesosaa oli tutkimuksen mukaan kokenut Suomessa syrjintää työnhaussa tai työssä. He eivät olleet saaneet työpaikkaa ulkomaalaisen taustan vuoksi, työssä etenemisessä oli ollut hankaluuksia tai he olivat kärsineet loukkauksista ja kiusaamisesta työpaikalla ulkomaalaistaustan vuoksi.

Esimiesten taholta oli kokenut loukkaamista ja kiusaamista 11 % maahanmuuttajista, työtovereiden taholta 31 % ja asiakkaiden taholta 21 %. Maahanmuuttajaryhmiä virolaiset olivat kokeneet vähiten vaikeuksia työnsaannissa ja heillä oli vähiten kokemuksia työssä etenemisen esteistä.

Työsyrjinnän kokemisessa vaikuttavina olivat sukupuoli ja suomen kielen taito. Miehet kokivat enemmän syrjintää kuin naiset. Suomen kieltä hyvin osaavat kokivat enemmän syrjintää kuin huonosti osaavat, eli suomen kielen taito ei suojannut syrjintäkokemuksilta. Venäläisistä suomea hyvin osaavat kokivat työsyrjintää enemmän kuin suomea kohtalaisesti tai huonosti osaavat. Tosin huonosti osaavilla oli myös vähemmän kokemuksia työelämästä.

Ympäristön rasismia kadulla ja liikennevälineissä oli kokenut neljä viidesosaa maahanmuuttajista, ja yhtä moni oli kokenut loukkaamista ja kiusaamista naapurien taholta. Kansallisuuksien väliset erot olivat merkitseviä, ja ympäristön rasismia olivat eniten kokeneet somalit. Virolaiset olivat kokeneet vähemmän ympäristön rasismia kuin venäläiset. (Jasinskaja-Lahti ym. 2002.)

Rasistisista rikoksista noin puolet on ollut solvauksia ja viidesosa uhkauksia. Muita rasistisia rikoksia voivat olla pahoinpitely, omaisuusrikokset ja tuhopolttot. Rasistisen rikoksen kohteeksi joutuneista venäläisistä ja virolaisista noin viidesosa oli ilmoittanut asiasta poliisille. Poliisi julkaisee vuosittain selvityksen ulkomaalaisiin ja maahanmuuttajataustaisiin henkilöihin kohdistuneista rasistisista rikoksista. Tilasto sisältää vain poliisille ilmoitetut tapaukset.

Lääkärien syrjintäkokemuksia on kuvattu ulkomaisissa tutkimuksissa. Suomessakin lääkärit ja heidän perheensä voivat joutua esimerkiksi ympäristön rasismien kohteeksi oman etnisen ryhmänsä edustajina. Mahdollisesti lääkärin ammatti voi osittain suojata syrjinnältä silloin, kun henkilö tunnetaan.

Australiassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että ulkomaalaisen lääkärin koulutuspaikka voi aiheuttaa potilaiden taholta syrjintää ja luottamuksen puutetta. Pakistanissa tutkintonsa suorittaneita lääkäreitä kohtaan ilmeni ennakkoluuloja, vaikka he olisivat olleet koulutuksensa, työkokemuksensa ja muiden ominaisuuksiensa suhteen verrattavissa australialaisiin lääkäreihin. Negatiiviset käsitykset kuitenkin kumoutuivat, jos pakistanilaiset lääkärit olivat saaneet koulutuksensa Ison-Britanniassa. Väestön ennakkoluulot ja epäluottamus voivat heikentää lääkärin työnsaantia ja maassa viihtymistä. (Louis ym. 2010.)

Yhdysvalloissa tehtiin lääkärien syrjintää koskeva tutkimus, jossa vastanneista kaksi viidesosaa oli ulkomailla tutkintonsa suorittaneita. Kaikista vastaajista kolme viidesosaa oli sitä mieltä, että ulkomaalaisiin lääkäreihin kohdistuu erittäin tai melko paljon syrjintää. Ulkomaalaisista lääkäreistä lähes puolet oli kokenut syrjintää viimeisen vuoden aikana. Syrjinnän muotoja olivat olleet vaikeudet päästä työhaastatteluun, suuremmat vaatimukset kuin kollegoja kohtaan, huonompi palkka tai muut edut kuin pätevyydeltään vastaavantasoisilla kollegoilla, ulkopuolelle jääminen päätöksenteosta sekä uralla etenemisen estyminen. (Tolbert Coombs & King 2005.)

Kielen merkitys korostui tutkimuksessa, koska ulkomaalaisista vastaajista yli puolen äidinkieli ei ollut englanti. Kieli oli selvästi este työsaannissa, ja kielimuri oli merkittävä uhka potilas-lääkärisuhteelle. Kulttuurikompetenssi on tullut yhä tärkeämmäksi, kun sekä koko väestön että terveydenhuoltohenkilöstön monimuotoisuus on lisääntynyt Yhdysvalloissa.

Norjassa on varsinkin maaseutualueille jouduttu lääkäripulan vuoksi rekrytoimaan lääkäreitä, joilla on ollut huono kielitaito ja norjalaisen kulttuurin tuntemus, ja tämä on lisännyt ennakkoluuloja maahanmuuttajalääkäreitä kohtaan (Andersen ym. 2001). Tosin myös täysin pätevät ja kielitaitoiset ulkomaalaiset lääkärit ovat kokeneet ennakkoluuloja erityisesti päivystystyössä, jossa he eivät ole olleet potilaille entuudestaan tuttuja. (Díaz & Hjörleifsson 2011.)

2.4.4 Arvot ja yhteisöidentiteetti

Lääkäreiden omien arvojen ja yhteiskunnan arvojen kohtaaminen voi vaikuttaa ulkomaalaisten lääkäreiden viihtymiseen. Suomalaisten lääkäreiden vastauksia arvoja koskevaan kysymykseen 'Mikä sinulle on tärkeää elämässäsi?' on verrattu vuosina 1988, 1993, 1998, 2003 ja 2008 tehtyjen tutkimusten perusteella (Heikkilä ym. 2009). Kolmen tärkeimmän asian joukkoon on kaikkina vuosina useimmin valittu *perhe-elämä, terveys, läheiset ja turvalliset ystäväsuhteet* sekä *lasten menestyminen elämässään*, ja näiden tärkeys on kasvanut vuosien myötä. *Suoriutuminen työssä ja opiskelussa ja korkea elintaso* ovat menettäneet merkitystään.

Lasten menestyminen elämässä on osoittautunut myös kehityksistä muuttavien lääkäreiden muuttopäätökseen vaikuttavaksi tekijäksi. Lasten tulevaisuuden ja koulutuksen turvaamiseksi he haluavat muuttaa korkeamman elintason maahan. (Klein ym. 2009.)

Uudessa-Seelannissa tehdyssä tutkimuksessa on todettu lasten menestymisen elämässä ja heidän koulutusmahdollisuuksiensa vaikuttavan maaseudulle rekrytoitujen lääkäreiden siirtymiseen kaupunkiympäristöön. (Kearns ym. 2006.) Myös Australian maaseudulle rekrytoidut lääkärit voivat muuttaa lasten koulutusmahdollisuuksien puutteen vuoksi pois maaseudulta (Han & Humphreys 2005).

Perhearvojen tärkeys on tullut esiin myös suomalaisten lääkärien yhteisö-identiteettiä koskevissa vastauksissa tutkimusvuosina 1993, 1998, 2003 ja 2008. Kaikissa tutkimuksissa ovat tärkeimpinä yhteisöinä lääkäreille olleet oma perhe ja Suomi. Seuraavina ovat tulleet suku, työyhteisö ja kaveriporukka, vain näiden järjestys on vaihdellut eri tutkimuksissa. Suhde seurakuntaan on ollut vähiten kiinteä kaikissa tutkimuksissa paitsi viimeisessä, jossa suhde nettiyhteisöön oli vielä vähemmän kiinteä; suhteesta nettiyhteisöön ei ollut kysytty aiemmissa tutkimuksissa. (Heikkilä ym. 2010.)

2.4.5 Lääkärien pysyvyyteen vaikuttavat tekijät

Ulkomailla lääkärien pysyvyysoongelma on ollut suuri niissä maissa, joissa ulkomaalaisia lääkäreitä on lääkäripulan vuoksi rekrytoitu maaseudulle. Lääkärit eivät ole siellä eri syistä viihtyneet ja heidän poismuuttonsa on aiheuttanut uutta rekrytointitarvetta. Pysyvyyteen panostaminen on tärkeää erityisesti alueilla, joille on vaikea saada lääkäreitä.

Australiassa tehdyssä tutkimuksessa tulivat maaseudun ongelmina esiin ammatillinen eristyneisyys ja kollegojen tuen puute sekä syrjintäkokemukset, jotka ilmenivät potilaiden ennakkoluuloina ja lääkärin perheenjäsenten kokemana negatiivisena suhtautumisena. Omaa etnistä taustaa edustavan väestön puuttuminen maaseudulta saattoi olla merkittävä haittatekijä, ja lääkärit muuttivat mieluummin isoihin asutuskeskuksiin, joissa voi olla samaa kieltä puhuvia sekä samaa uskontoa ja kulttuuria edustavia henkilöitä. (Han & Humphreys 2005.)

Uuden-Seelannin maaseudulla toimineet lääkärit ovat esittäneet sopeutumista vaikeuttaviksi haittatekijöiksi matalan palkkatason, runsaan työmäärän ja päivistyksen. Työn ulkopuolisia ongelmia tai puutteita ovat olleet puolison vaikeus saada työtä, lasten rajoittuneet koulutusmahdollisuudet sekä kulttuuri- ja virkistystoimintojen ja viihdetarjonnan vähäisyys. Maaseudulta poismuuttoon ovat vaikuttaneet pitkät välimatkat, eristyneisyys kollegoista, työn kuormittavuus sekä vaikeudet osallistua täydenniskoulutukseen. Toisaalta myös lähtö on voinut olla vaikeaa, koska lääkärit ovat tunteneet lojaalisuutta yhteisöä ja potilaita kohtaan ja heillä on voinut olla taloudellisia sitoumuksia. (Kearns ym. 2006.)

Kanadassa on pääsyyksi lääkärien maaseudulta muuttoon esitetty ansiotason parantaminen, mutta osa on muuttanut etnisten suhteiden vuoksi, koska kaupunkiympäristössä on paremmat mahdollisuudet päästä tekemisiin omaa etnistä ryhmää edustavien kanssa (Audas ym. 2009).

Maahanmuuttajalääkäreillä voi olla sopeutumiso ongelmia myös muualla kuin maaseudulla. Työelämän yhteistyökuviot voivat olla erilaisia kuin kotimaassa, ja esimerkiksi intialaiset lääkärit ovat Isossa-Britanniassa kokeneet vaikeaksi työskentelyn moniammatillisissa työryhmissä. (Mahajan & Stark 2007.)

Hyvä vastaanotto ja tuen tarjoaminen muuttovaiheessa antavat pohjan lääkärin pysyvyydelle. Lähtömaahan verrattuna paremmat palkat ja runsaampi vapaa-aika sekä hyvät julkiset palvelut lisäävät viihtyvyyttä. Tärkeää voi olla sukuverkoston ja oman uskonnollisen yhteisön läheisyys. (Klein ym. 2009.)

Australiassa pysyvyyttä vahvistaviksi tekijöiksi on todettu yhteisössä koettu maahanmuuttajien hyväksyntä sekä työyhteisössä kannustava ilmapiiri, hyvä kommunikaatio ja kollegojen tarjoama tuki. Samaa etnistä ryhmää edustavien henkilöiden asuminen lähellä on voinut olla tärkeä pysyvyyttä vahvistava tekijä. Lisäksi aiempi kokemus maaseudulla toimimisesta on helpottanut sopeutumista. (Han & Humphreys 2005.)

Uudessa-Seelannissa ulkomaalaiset lääkärit ovat esittäneet maaseudulla pysymistä vahvistaviksi tekijöiksi mahdollisuuden harjoittaa lääkärin ammattia monipuolisesti sekä potilassuhteiden jatkuvuuden ja vahvat siteet potilaisiin. Ammatin ulkopuolisina maaseudulle sopeutumista ja viihtyvyyttä parantavina tekijöinä on mainittu luonnonkauneus, vähäisemmät liikenneongelmat, rennompia elämäntyyliä sekä sosiaalinen asema yhteisössä. Uuden-Seelannin hallitus on pyrkinyt parantamaan maaseudun lääkäritilannetta eri keinoin, kuten tarjoamalla bonuspalkkoja ja maaseutulisiä, helpottamalla sijaispulaa sijaispalvelun avulla sekä houkuttelemalla oman maan lääkäreitä maaseudulle. (Kearns ym. 2006.)

Ulkomaalaisten lääkärin integraatioon vaikuttavat monet tekijät, jotka eivät liity lääkärin ammatin harjoittamiseen, kuten perheen sopeutuminen, puolison työnsaanti ja lasten koulunkäyntimahdollisuudet. Joskus muutto maaseudulta on välttämätöntä lasten koulunkäynnin takia, vaikka sopeutuminen olisi sujunut hyvin ammatillisesti ja yhteisön hyväksynnän kannalta. (Han & Humphreys 2005.)

3. Tutkimuksen tavoitteet

Treta-tutkimuksen tavoitteena oli kuvata EU/ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkärien laillistamisprosessia ja heidän osallistumistaan kuulusteluihin sekä saada tietoa heidän kuulusteluja koskevista mielipiteistään, työllistymisestään ja integroitumisestaan Suomeen. Tarkoitus oli myös vertailla tuloksia käytettävissä oleviin tietoihin suomalaisista lääkäreistä muutamien lääkärin ammattiin liittyvien kysymysten osalta.

Yksityiskohtaisempina selvityksen kohteina olivat

- muutto syyt ja kielitaito
- kuulustelujen toteutus, osallistujamäärät ja osallistujien taustatiedot
- menestyminen kuulusteluissa ja käsitykset kuulustelujärjestelmästä
- työhön sijoittuminen, työtyytyväisyys ja työssä koettu arvostus
- ammatti-identiteetti, arvot ja yhteisöidentiteetti
- tulevaisuudensuunnitelmat.

4. Aineisto ja menetelmät

4.1 Aineisto

Tutkimuksessa käytettiin kahta aineistoa: opintorekisteriä ja kyselytutkimuksen vastauksia. Opintorekisterin tiedot olivat käytettävissä kaikista ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneista kuulusteluihin osallistuneista lääkäreistä vuosilta 1994–2009. Kyselytutkimus tehtiin vuonna 2009 ja kohderyhmänä olivat kaikki vuosina 1994–2008 kuulusteluihin osallistuneet.

Kuulusteluista vastaava Tampereen yliopiston lääketieteen yksikön yleislääketieteen oppiala ylläpitää opintosuoritusten karttumisen seuraamiseksi opintorekisteriä. Ennen jokaista kirjallista kuulustelua eli neljä kertaa vuodessa Valvira ilmoittaa Tampereen yliopistolle kuulusteluihin ensi kertaa tulevat osallistujat, jotka lisätään rekisteriin. Valviran ilmoituksessa on mainittu henkilö- ja osoitetiedot, kansallisuus sekä tutkinnon suoritusyliopisto.

Kuulusteluihin osallistuneita lääkäreitä on vuosina 1994–2009 ollut kaikkiaan 746. Kuulustelujen myötä on opintorekisteritietoihin lisätty kunkin osallistujan osallistumispäivät, tulokset ja hyväksymispäivät. Artikkelin I kuviossa 1 on esitetty lukumäärätiedot osallistujista ja heidän kuulusteluvaiheestaan vuoden 2009 lopussa ja kuviossa 2 vuosittain kuulusteluprosessin aloittaneet.

Valviran Terhikki-rekisteristä saatiin täydentäviä tietoja. Osalla varhaisempina vuosina osallistuneista puuttui tieto syntymävuodesta, kansallisuudesta ja tutkinnon suoritusyliopistosta.

Laillistustietoja tarkistettiin myös lääkäriluettelosta (Terveydenhuollon... 2004).

Kyselytutkimus tehtiin postikyselynä. Vuoden 2008 loppuun mennessä kuulusteluprosessin aloittaneita lääkäreitä oli yhteensä 686. Heistä 656:n (95,6 %) osoite pystyttiin selvittämään lomakkeen postitusta varten. Osoitetietoja saatiin tenttiprosessissa olevien osalta opintorekisteristä ja aiemmin tentteihin osallistuneiden osalta Lääkäriluettelosta ja väestörekisteristä.

Vastauksia saatiin kaikkiaan 344, eli 52 % kyselylomakkeen saaneista vastasi. Vastaajista viidesosa oli edelleen kuulusteluprosessissa vuonna 2009, jolloin tutkimus tehtiin. Kyselytutkimuksen aineiston muodostuminen on esitetty artikkelin IV kuviossa 1.

Vastanneiden ikä oli keskimäärin 43 vuotta (vaihteluväli 27–69) ja vastaamattomien 45 vuotta. Vastanneista oli naisia 64 % ja vastaamattomista 52 %.

Osa kyselylomakkeen kysymyksistä oli samoja, joita oli käytetty Lääkäri 2008 -tutkimuksessa, ja vastausten välillä tehtiin vertailuja. Lääkäri 2008 -tutkimuksen perusjoukko oli Suomen Lääkäriliiton rekisterissä olevat vuosina 1977–2006 valmistuneet lääkärit. Lääkärit oli jaettu kahteen ryhmään valmistumisvuoden mukaan: vuosina 1997–2006 laillistetut (juniorit) ja vuosina 1977–1996 laillistetut (seniorit). Kyselyyn vastasi 1211 junioria ja 2956 senioria. (Heikkilä ym. 2010.)

Lääkäri 2008 -tutkimuksen junioriryhmää käytettiin vertailuun. Junioriryhmässä oli naisten osuus 73 % ja keski-ikä 34 vuotta. Junioriryhmän vastaajista oli 9 % suorittanut lääkärintutkinnon ulkomailla.

4.2 Menetelmät

Opintorekisterin perusteella on saatu tiedot kunkin osallistujan osallistumiskerroista ja kuulustelun eri osien hyväksymispäivämääristä. Tietojen perusteella on laskettu vuosittaiset kuulustelun ja sen eri osien osallistumis- ja hyväksymismäärät. Koko tarkasteluajalta on laskettu kuulustelun osien kaikki osallistumis- ja uusintakerrat, joiden perusteella on voitu vertailla osien uusimistarvetta. Taustatiedoista on vertailuissa käytetty ikää, sukupuolta, kansallisuutta, tutkinnon suorituspaikkaa ja suorituksesta kulunutta aikaa.

Eri aikoina ja eri syistä TEO ei ollut kaikilta osallistujilta vaatinut kaikkien kolmen kuulustelun osan suoritusta (vrt. artikkeli I, kuvio 1). Tämän vuoksi osallistumiskertojen vertailuun otettiin vain ne 383 osallistujaa, jotka olivat suorittaneet kaikki kolme kuulustelua hyväksytysti. Kansallisuutta käytettiin vertailussa ainoastaan jakona venäläiset–muut, koska lähes puolet osallistuneista oli venäläisiä. Pienempien ryhmien vertailu olisi ehkä heikentänyt vastaajien anonyymiteettiä.

Kyselylomakkeen (Liite) kysymyksistä osa oli tutkijaryhmän itse laatimia. Nämä koskivat lääkärien Suomeen muuttota edeltäviä vaiheita, muuttopäätökseen vaikuttaneita tekijöitä, kuulusteluja, kanssakäymistä työn ulkopuolella, syrjintää ja tulevaisuudensuunnitelmia. Kysymyksissä oli yleensä annettu vastausvaihtoehtoja ja lisäksi oli mahdollista kirjoittaa vapaamuotoisia kommentteja. Lomakkeen lopussa pyydettiin vapaamuotoisesti mielipiteitä kuulustelujen myönteisistä ja kielteisistä puolista sekä kehittämisehdotuksia.

Aikaisempien tutkimusten kysymyksiä käytettiin osana kyselyä, koska ne sopivat aiheeseen ja antoivat mahdollisuuden vertailujen tekemiseen koko lääkärikunnan tietoihin.

Lääkäri 2008 -tutkimuksesta (Heikkilä ym. 2009) otetut kysymykset koskivat työtilannetta (ammattinimike, toimipaikka, sairaanhoitopiiri), työtyytyväisyyttä, työstä koettua arvostusta, ammatti-identiteettiä, urasuunnitelmia, yhteisö-identiteettiä ja arvoja. Kysymykset olivat strukturoituja ja vastausvaihtoehtoja oli useimmiten viisi. Yhteisöidentiteettiä koskevassa kysymykseen lisättiin *Suomi-*vaihtoehdon lisäksi *synnyinmaa*, koska vastaajista valtaosa oli ulkomaalaisia.

Lisäksi oli otettu kaksi muuttopäätöksen tekemiseen liittyvää kysymystä ulkomaille muuttaneita suomalaislääkäreitä koskeneesta tutkimuksesta (Eskelinen ym. 2007).

Kyselytutkimuksen vastausten analyseissä käytettiin vastaajien itse ilmoittamia taustatietoja. Työpaikkaa koskevat taustatiedot olivat saatavissa ainoastaan kyselyvastauksista.

Syntyperäisiä suomalaisia ulkomailla lääkäriksi opiskelleita oli vastanneista 33. Heidän vastauksensa jätettiin pois kieltä ja työn ulkopuolella tapahtuvaa kanssakäymistä sekä syrjintää koskevista analyseistä.

Viitteiden haussa käytettiin pääasiassa Medlinea, hakusanoina esim. 'foreign medical graduates', 'migration'. Viitteitä löytyi myös artikkelien sekä suomalaisten muutto-liikettä käsittelevien kirjojen lähdeluetteloista.

Tilastollisina menetelminä käytettiin frekvenssijakaumia ja ristiintaulukointia sekä vertailuihin khiin neliö -testiä ja T-testiä. Käytössä oli tilasto-ohjelma SPSS 15. Tenttimenestystä selittäviä tekijöitä tutkittaessa käytettiin logistista regressiota ja vertailu tehtiin iän, sukupuolen, valmistumisesta kuluneen ajan ja kansallisuuden mukaan.

4.3 Eettiset näkökohdat

Kyselytutkimukseen ei tarvita Suomessa eettisen toimikunnan lupaa, koska vastaamalla kyselyyn vastaajat antavat luvan tietojen käyttöön tutkimustarkoitukseen.

Kyselytietoja ja rekisteritietoja ei yhdistetty, koska tähän ei ollut pyydetty lupaa kyselyn osallistujilta. Kyselyvastausten analyseissä ei käytetty opintorekisteristä saatavia taustatietoja, vaan vastaajien itse ilmoittamia tietoja kansallisuudesta, opiskeluyliopistosta ja kuulustelujen osallistumiskerroista.

5. Tulokset

5.1 Kuulustelujen osallistujat ja toteutus (I)

Kuulusteluihin osallistuneista 746 lääkäristä yhteensä 580 oli suorittanut TEOn vaatimat osiot vuosina 1994–2009. Heistä kaksi kolmannesta oli suorittanut kaikki kolme kuulustelua. Kuulustelun yksittäisiä suorituksia oli ollut yhteensä 3 366, johon sisältyivät kaikki uusintakerrat.

Uusien osallistujien määrä oli korkeimmillaan vuonna 2002. Määriin tuli jyrkempi lasku vuonna 2005 Viron EU:hun liittymisen jälkeen, kun Virossa opiskelleet virolaiset ja suomalaiset jäivät pois. Opiskelumaan EU:hun liittymisen vuoksi noin 50 osallistujaa oli keskeyttänyt tentit, koska niitä ei enää vaadittu.

Kliininen kuulustelu oli järjestetty Tampereen yliopistossa yhteensä 57 kertaa ja suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu 58 kertaa vuoden 2009 loppuun mennessä. Vuodesta 2002 lähtien kirjallisia kuulusteluja oli säännönmukaisesti järjestetty neljä kertaa vuodessa.

Vuosina 1994–2009 kuulusteluihin osallistuneet lääkärit edustivat yhteensä 65 kansallisuutta. Suurimmat ryhmät olivat venäläiset (341), virolaiset (85) ja suomalaiset (77). Seuraavaksi eniten oli lääkäreitä tullut lähtömaista Ukraina, Irak, Afganistan, Iran, Romania ja Egypti. Eniten lääkäreitä oli valmistunut Pietarin, Petroskoin ja Tarton yliopistoista. Tarkemmat tiedot eri maista ja eri yliopistoista valmistuneiden lääkärien määristä ilmenevät artikkelin I taulukosta 1.

Muualla kuin omassa maassaan oli opiskellut 152 lääkäriä. Suomalaisyntyisistä lääkäreistä oli 21 opiskellut Venäjällä ja 40 Virossa. Monet afrikkalaiset olivat opiskelleet Venäjällä tai Ukrainassa.

Osallistuneista oli naisia 58 % ja miehiä 42 %. Egyptistä, Somaliasta ja Syyriasta oli tullut pelkästään miehiä. Monista Aasian maista oli tullut enemmän miehiä ja Itä-Euroopan maista naisia.

Venäläisten lääkärien ikä heidän tentteihin tullessaan oli ollut keskimäärin 38 vuotta, virolaisten 35 vuotta ja suomalaisten 30 vuotta. Keskimääräistä nuorempia osallistujia oli tullut Egyptistä, Intiasta ja Romaniasta ja keskimääräistä vanhempia Armeniasta, Ukrainasta ja Kazakstanista.

5.2 Tenttimenestys (II)

Kuulusteluihin osallistumiskertoja oli vuosina 1994–2009 ollut kaikkiaan 3 366. Osallistumiskerroista oli ollut uusintoja kliinisessä kuulustelussa 56 % (n = 1 655), suomalaisen terveydenhuollon kuulustelussa 50 % (n = 1 214) ja näyttökokeessa 12 % (n = 497). Enimmäismäärä osallistumisia kuulustelun hyväksymiseksi oli vuoden 2009 loppuun mennessä ollut kliinisessä kuulustelussa 14 kertaa, suomalaisen terveydenhuollon kuulustelussa 8 kertaa ja näyttökokeessa 5 kertaa. Kuulusteluprosessin vaiheet on esitetty artikkelin II kuviossa 1.

Koko tarkasteluajalla oli kirjalliset kuulustelut suorittanut hyväksytysti ensimmäisellä kerralla runsas kaksi viidesosaa osallistuneista ja näyttökokeen 90 % (artikkeli II, taulukko 2).

Kliinisen kuulustelun oli suorittanut ensi yrittämällä 48 % naisista ja 37 % miehistä; ero on tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.006$). Vertailussa venäläisten ja muiden välillä ei tullut esiin merkitsevää eroa. Suomalaisen terveydenhuollon kuulustelusta oli selviytynyt ensi yrittämällä naisista 48 % ja miehistä 32 %; ero on tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.001$). Venäläisistä 38 % oli suorittanut kokeen ensi kerralla, muista 46 % ($p = 0.069$). Näyttökokeen oli suorittanut ensi yrittämällä naisista 91 % ja miehistä 88 %. Ero ei ole tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.359$). Myöskään venäläisten ja muiden välillä ei tullut esiin merkitsevää eroa näyttökokeen osalta.

Verrattaessa tuloksia kolmena ajanjaksona (1994–1999, 2000–2004, 2005–2009) ensimmäisellä osallistumiskerralla hyväksytyjen määrä oli noussut kliinisessä kuulustelussa, laskenut suomalaisen terveydenhuollon kuulustelussa ja pysynyt suunnilleen samana näyttökokeessa (artikkeli II, taulukko 3). Ero on tilastollisesti merkitsevä kliinisessä kuulustelussa ($p = 0.003$) ja suomalaisen terveydenhuollon kuulustelussa ($p < 0.001$), mutta näyttökokeessa ero ei ole tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.087$).

Ensimmäistä kertaa osallistuneilla naisilla oli kulunut valmistumisesta keskimäärin 11 vuotta ja miehillä 8 vuotta; ero on tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.001$). Venäläisillä lääkäreillä oli aikaa kulunut valmistumisesta keskimäärin 12 vuotta ja muilla kansallisuuksilla 8 vuotta; ero on tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.001$).

Kaikki kolme kuulustelua suorittaneiden (n = 383) erillisen tarkastelun mukaan runsas viidennes oli hyväksytty kaikissa osakuulusteluissa ensimmäisellä kerralla. Kolme kuulustelua suorittaneista naisista oli hyväksytty kaikissa osakuulusteluissa ensimmäisellä kerralla 25 % ja miehistä 17 %. Sukupuoli osoittautui ainoaksi selittäväksi tekijäksi paremmalle menestykselle.

Kolmen kuulustelun suoritukseen oli kulunut aikaa keskimäärin kaksi vuotta. Suoritusajat olivat pidentyneet verrattaessa kolmea ajanjaksoa (mediaanit 14, 18 ja 24 kk).

5.3 Kuulusteluja koskevat mielipiteet (III)

Treta-kyselyn vastaajista lähes kolme viidesosaa ilmoitti saaneensa tietoa kuulustelujärjestelmästä TEOsta, lisäksi mm. kollegoilta, suomalaisilta ystäviltä ja internetistä. Asiakirjojen toimittamisessa valtaosan mielestä ei ollut ongelmia.

Runsaalla kolmanneksella vastanneista oli ollut harjoittelupaikka ennen kuulusteluja Helsingissä tai Uudellamaalla. Seuraavaksi eniten oli harjoittelupaikkoja ollut Varsinais-Suomessa, Pirkanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla. Harjoitteluaajan oli suurin osa kokenut positiiviseksi.

Valmennuskursseille oli osallistunut 49 % vastaajista, ja heistä 79 % ilmoitti kurssin vaikuttaneen tenttimenestykseen merkittävästi. Kurseille osallistuneista neljä viidesosaa oli osallistunut kerran, muut useampia kertoja. Noin puolet oli osallistunut alle 6 kk:n mittaisille kursseille ja toinen puoli pitemmille. Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen kurssille oli osallistunut lähes kolme viidesosaa, seuraavaksi yleisin kurssinjärjestäjä oli Fintra.

Syitä, joiden vuoksi TEO ei ollut vaatinut suorittamaan kaikkia kolmea kuulustelua, olivat suomalainen syntyperä, työskentely terveyskeskuksessa, lähtömaan liittyminen EU:hun sekä lääkärintutkinnon suoritus EU-maassa mutta syntyperä EU:n ulkopuolelta.

Noin puolet piti kuulusteluihin valmistautuessa vaikeana suomalaisten toimintatapojen tuntemusta ja noin neljännes piti kieltä ongelmana, samoin vastaamista kirjallisesti. Vastaajista kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että kliinisessä kuulustelussa voi menestyä aikaisempien lääkäriopintojen perusteella. Suomalaisista taudeista kaivattiin lisäkoulutusta. Suomalaisen terveydenhuollon kuulustelun osioista sosiaalilääketiede koettiin muita vaikeammaksi ja reseptioppi muita helpommaksi vaatimusten, vastaustavan ja kielen osalta, mutta molempien arvostelua pidettiin ankarana. Näyttökokeessa oli edelleen kieliongelmia noin kolmasosalla, ja runsas kolmannes piti sen arvostelua ankarana tai sattumanvaraisena. Röntgentehtävien mukana pitämistä vastaajat kannattivat varsin yksimielisesti. Aitojen potilaiden tilalle jotkut ehdottivat näyttelijöitä.

Vastaajia pyydettiin ilmaisemaan vapaamuotoisesti käsityksiään kuulustelujärjestelmän myönteisistä ja kielteisistä puolista ja esittämään kehittämisehdotuksiaan. Artikkelissa III on esitetty suoria sitaatteja vastauksista.

Kuulustelujärjestelmän myönteisinä puolina mainittiin hyvät järjestelyt, riittävä vastaamisaika, monipuoliset kysymykset ja riittävät uusimismahdollisuudet. Kuulusteluja koettiin olevan sopivin väliajoin, ja kuulusteluprosessista oli hyötyä työn kannalta. Lisäksi oli mainittu kurssien hyödyllisyys.

Epäkohtina mainittiin kuulustelujen järjestäminen ainoastaan Tampereella, puuttuva informaatio, korkeat hinnat, materiaalin hankinnan vaikeus, epäselvät vaatimukset, riittämätön aika, sanakirjojen puute, liian laaja-alaiset tai liian yksipuoliset kysymykset, ankara arvostelu sekä jono näyttökokeeseen. Lisäksi kuulusteluja

koettiin olevan liian harvoin ja EU-maista tulevien välttyminen kuulusteluilta ärsytti monia.

Kehittämisehdotusten mukaan suullinen kuulustelu voisi olla vaihtoehtona, samoin monivalintakysymykset, ja kuulustelut pitäisi voida suorittaa englanniksi. Mallikysymyksiä ja -vastauksia kaivattiin nettiin. Ensimmäistä tenttiä ehdotettiin maksuttomaksi. Valmentavia kurseja tarvittaisiin enemmän. Aiempi erikoistuminen pitäisi ottaa huomioon ja antaa mahdollisuus toimia omalla erikoisalallaan. Lisäksi ehdotettiin, että tietoa kuulustelujärjestelmästä jaettaisiin myös terveydenhuollossa toimiville esimiehille.

5.4 Tulossyyt, työllistyminen ja jatkosuunnitelmat (IV)

5.4.1 *Muuton syyt*

Treta-kyselyyn vastanneista oli venäläisiä 52 %, virolaisia 10 % ja suomalaisia 10 %. Suomalaiset olivat ETA-alueen ulkopuolella lääkäriksi opiskelleita. Muita kansallisuksia oli Euroopasta, Aasiasta, Afrikasta ja Amerikasta. Synnyinmaana oli ilmoitettu yhteensä 50 maata, tutkinnon suoritusyliopistoja oli mainittu yhteensä 111. Vastausten mukaan aikaa tutkinnon suorittamisesta ensimmäistä kertaa kuulusteluun osallistuttaessa oli keskimäärin 11 vuotta, vaihteluväli 0–35 v, mediaani 10 vuotta. Eri kansallisuusryhmistä afganistanilaisten, venäläisten, ukrainalaisten ja romanialaisten vastaamisaktiivisuus oli parempi kuin kyselyn keskimäärin, virolaisten taas huonompi (artikkeli IV, taulukko 1).

Perhesyyt olivat lääkäreiden tavallisin Suomeen muuton syy. Suomalaisen puolison oli ilmoittanut tulosyiksi 37 % vastaajista, heistä oli naisia 79 %. Suomalaisen sukutaustan oli ilmoittanut 24 %, paremman palkan ja elintason 24 %, oman maan epävarman tilanteen 19 %, urakehityksen 16 %, ystävien suosituksen 8 %, vaikeuden harjoittaa ammattia omassa maassa 7 % ja syrjinnän 6 %. Suomeen tulon syitä oli kyselylomakkeessa mahdollista valita useampia.

Kysymykseen vastanneista venäläisistä lääkäreistä (n = 176) oli 41 % tullut suomalaisen puolison takia, heistä oli naisia 86 %. Suomalaisen sukutaustan oli ilmoittanut tulosyiksi 34 % venäläisistä lääkäreistä sekä paremman palkan ja elintason 27 %. Kaiken kaikkiaan suomalaisen sukutaustan ilmoittaneista oli 88 % venäläisiä tai virolaisia.

Vastaajista 15 eri kansallisuuden edustajat olivat merkinneet tulosyiksi oman maan epävarman tilanteen, vaikeuden harjoittaa lääkärin ammattia omassa maassa tai syrjinnän. Lukumääräisesti heidän joukossaan oli eniten venäläisiä ja virolaisia, mutta näiden tulossyyten osuudet olivat suurimmat afganistanilaisten ja irakiläisten vastauksissa.

Omasta maasta lähtöön vaikuttaneita syitä ja Suomeen houkuttelevia syitä oli kysytty erikseen. Tärkein omasta maasta lähtöön vaikuttanut tekijä oli puolison tai perheen muutto Suomeen, jonka runsas puolet vastaajista ilmoitti vaikuttaneen erittäin tai melko paljon muuttopäätökseen. Seuraavaksi tärkeimpänä oli oman maan suhteellisen matala palkkataso. Muita tekijöitä olivat huonot työolosuhteet sekä kehitymis- ja erikoistumismahdollisuuksien puute. Oman maan korkea verotustaso koettiin vähiten epäkohdaksi. Suomen houkuttimista tulivat yhtä vahvoina esiin mahdollisuus löytää uudenlainen elämäntapa sekä muutto puolison tai perheen perässä. Mahdollisuus kehittyä ammatissa, korkeatasoiset työolosuhteet ja mielenkiintoisilta vaikuttavat työtehtävät olivat seuraavina. Suomi ei houkutellut alhaisen verotustason tai matalan hintatason maana.

5.4.2 Kielitaito

Kyselylomake oli suomenkielinen. Kielen ei pitänyt olla vastaamisessa ongelma, koska kaikki osallistujat olivat jo ennen kuulusteluja joutuneet suorittamaan suomen kielen kokeen ja käyttäneet kuulusteluissa suomen kieltä. Kuulusteluissa on mahdollista käyttää myös ruotsin kieltä. Yksi kyselylomakkeen vastaanottaneista olisi halunnut lomakkeen ruotsiksi, mutta kun tarvetta ei ollut enempää, käänöstä ei tehty.

Lähes puolet (47 %) vastaajista ilmoitti, etteivät he osanneet Suomeen muuttaessaan lainkaan suomea tai ruotsia. Hyvin ilmoitti kieltä osanneensa 9 % ja muut joko vähän tai jonkin verran. Suomalaiset ulkomailla opiskelleet oli poistettu laskelmasta.

Kielitaidon hankkimisen tapaa koskevaan kysymykseen oli mahdollista merkitä useampia vaihtoehtoja. Kielen opiskelun muodoista itseopiskelu oli tavallisin. Lääkäreistä, joilla oli tullessaan jonkinasteinen kielitaito, oli itsenäisesti opiskellut kieltä 74 %, sukulaisilta oli oppinut 22 % ja aiemman Suomessa asumisen perusteella osasi 8 %. Pakollista kielikoetta piti 42 % helppona ja 33 % vaikeana ja muut olivat antaneet sanallisen vastauksen, joka oli usein näiden väliltä.

5.4.3 Ammattinimikkeet ja työpaikat

Treta-kyselyyn vastanneista 48 % ilmoitti olevansa määräaikaisessa ja 33 % vakituisessa virassa tai toimessa. Amanuenssina toimi 6 %, vuokralääkärinä 4 %, yksityislääkärinä 3 % ja muussa työssä 2 %. Työtä vailla oli 3 %, ja kaksi henkilöä ei vastannut kysymykseen. Vakituisessa virassa tai toimessa oli miehistä pienempi osuus kuin naisista (23 % vs. 39 %).

Päätoimen ammattinimikkeistä yleisin oli erikoistuva lääkäri/sairaalalääkäri/euroalääkäri, jonka ilmoitti 41 % vastaajista. Terveyskeskuslääkärinä toimi 26 % ja erikoislääkärinä 15 %. Johtavana lääkärinä/ylilääkärinä/osastonylilääkärinä/apulais-

ylilääkärinä toimi 6 %. Työterveyslääkärinä, yksityislääkärinä, tutkijana tai muussa lääkärin työssä oli yhteensä noin 6 %. Muussa kuin lääkärin työssä oli 1 %, ja 6 % ei ilmoittanut ammattinimikettä.

Päätoimen toimipaikkaa koskevien vastausten mukaan 37 % lääkäreistä oli sijoittunut terveyskeskukseen, 30 % kunnalliseen tai kuntayhtymän sairaalaan ja 20 % yliopistolliseen keskussairaalaan. Yksityispuolella, kunnallisessa työterveys-huollossa, mielenterveystoimistossa, säätiöiden tai yhdistysten palveluksessa ja muissa toimipaikoissa oli yhteensä 13 %. Naislääkäreistä toimi terveyskeskuksessa 44 % ja sairaalassa 41 %; mieslääkäreistä toimi terveyskeskuksessa 23 % ja sairaalassa 65 %. Terveyskeskukseen sijoittuneilla oli lähtömaastaan keskimäärin 8,7 vuoden työkokemus ja sairaalaan sijoittuneilla 7,0 vuoden työkokemus lääkärin työstä. Sairaalaan sijoittuneista kolme viidesosaa oli joko erikoistunut tai erikoistumassa.

Lääkäreistä oli runsas kolmasosa sijoittunut terveyskeskukseen, kun koko Suomen lääkärinkunnasta oli sijoittunut noin viidennes. Sairaalaan työhön sijoittumisessa ei ollut eroa, eli sekä ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista että koko Suomen lääkärinkunnasta oli noin puolet sijoittunut sairaalaan.

ETA-alueen ulkopuolelta tulevista lääkäreistä oli lähes puolet sijoittunut HUS:n erityisvastuualueelle ja lähes viidesosa TAYS:n vastuualueelle, seuraavina tulivat KYS:n, OYS:n ja TYKS:n alueet (artikkeli 4, taulukko 3). Venäläisistä lääkäreistä oli TAYS:n alueelle sijoittunut vähemmän ja KYS:n alueelle enemmän kuin muista ETA-alueen ulkopuolelta tulevista lääkäreistä.

Koko lääkärinkuntaan verrattuna ETA-alueen ulkopuolelta tulevista lääkäreistä oli suhteellisesti enemmän sijoittunut Itä-Savon, Etelä-Savon, Kymenlaakson, Keski-Pohjanmaan, Etelä-Karjalan, Kainuun ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiireihin (artikkeli 4, taulukko 2).

5.4.4 Ura- ja tulevaisuudensuunnitelmat

Erikoistumista koskevaan kysymykseen vastanneista ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneista lääkäreistä 52 % (n = 313) ilmoitti erikoistuneensa, heistä 57 Suomessa, 95 muualla ja 11 sekä Suomessa että muualla. Suomessa erikoistuneita oli näin ollen 22 % vastaajista. Erikoistumassa oli kyselyajankohtana 30 % vastaajista, ja lisäksi 26 % aikoi erikoistua. Erikoistumassa olevista tai erikoistumaan aikovista oli kuitenkin 43 % jo erikoistunut, joten he olivat erikoistumassa toiselle alalle tai heidän ulkomailla suoritettua erikoistumistaan ei ollut sellaisenaan hyväksytty.

Erikoistumassa olevista, erikoistumaan aikovista, Suomessa erikoistuneista tai muualla erikoistuneista 62 % (n = 293) ilmoitti erikoisalan, muutamat kaksikin. Erikoisalaksi useimmin ilmoitetut olivat yleislääketiede (25 %), psykiatria (11 %),

kirurgia (8 %), anestesiologia ja tehohoito (7 %), neurologia (6 %), sisätaudit (6 %), radiologia (5 %) sekä naistentaudit ja synnytykset (4 %).

Väitöskirjan ilmoitti tehneensä 36 lääkäriä eli 12 % vastanneista, heistä 15 Suomessa ja 21 muualla. Parhailtaan teki väitöskirjaa 5 % lääkäreistä ja lisäksi 10 % oli aikeissa tehdä väitöskirjan.

Suomessa pysymistä koskevaan kysymykseen vastanneista (n = 306) valtaosa (93 %) ilmoitti, että he aikovat asua ja työskennellä Suomessa. Vain muutama aikoi palata kotimaahansa (4 %) tai siirtyä muuhun maahan (4 %). Viisi lääkäriä ei vastannut kysymykseen. Mahdollisina muuttomaina oli mainittu Australia, Italia, Kanada, Norja, Ruotsi, Saksa ja Sveitsi. Venäläisistä lääkäreistä lähes kaikki ja muista 87 % ilmoittivat aikovansa pysyä Suomessa. Muuttosuunnitelmien syynä oli useimmin mainittu sopeutumattomuus suomalaisen elämäntapaan.

5.5 Työstä koettu arvostus (V)

Verrattaessa suomalaisten ja ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärien arvioita työstään kokemastaan arvostuksesta kävi ilmi, että molemmat ryhmät arvostivat omaa työtään ja kokivat saavansa korkeaa arvostusta perheeltään, potilailtaan ja hoitohenkilökunnalta. Lähipiiriä kauempana olevien tahojen arvostusta vastaajien oli vaikeampi arvioida, ja varsinkin maahanmuuttajien osalta 'vaikea sanoa' -vastaukset olivat yleisiä.

ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista pienempi osa kuin Suomessa koulutetuista koki nauttivansa suuren yleisön ja toimipaikkansa väestön arvostusta, eivätkä he itsekään arvostaneet omaa työtään yhtä paljon kuin suomalaiset lääkärit. Ryhmien väliset erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < 0,001$). Kuitenkin suurempi osa ETA-alueen ulkopuolelta tulleista kuin suomalaisista lääkäreistä koki paikallisten ja valtakunnallisten päättäjien arvostavan heitä. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan arvostuksessa ei ollut merkitsevää eroa ryhmien välillä.

Suurempi osa ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista mies- kuin naislääkäreistä arvioi suuren yleisön arvostavan heitä. Naisista useampi kuin miehistä arvosti kuitenkin omaa työtään sekä koki myös perheensä ja läheistensä arvostavan sitä.

5.6 Työtyytyväisyys

Kysymys ”Kuinka tyytyväinen olet työhösi?” oli peräisin Lääkäri 2008 -tutkimuksesta. Treta-kyselyssä oli kysymykseen vastannut 328 lääkäriä (Taulukko 1). Tyytymättömien osuus oli hyvin pieni. Sairaalalääkäreistä oli erittäin tyytyväisiä selvästi enemmän kuin terveyskeskuslääkäreistä.

Taulukko 1. ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärien työtyytyväisyys toimipaikan mukaan Treta-kyselytutkimuksessa 2009.

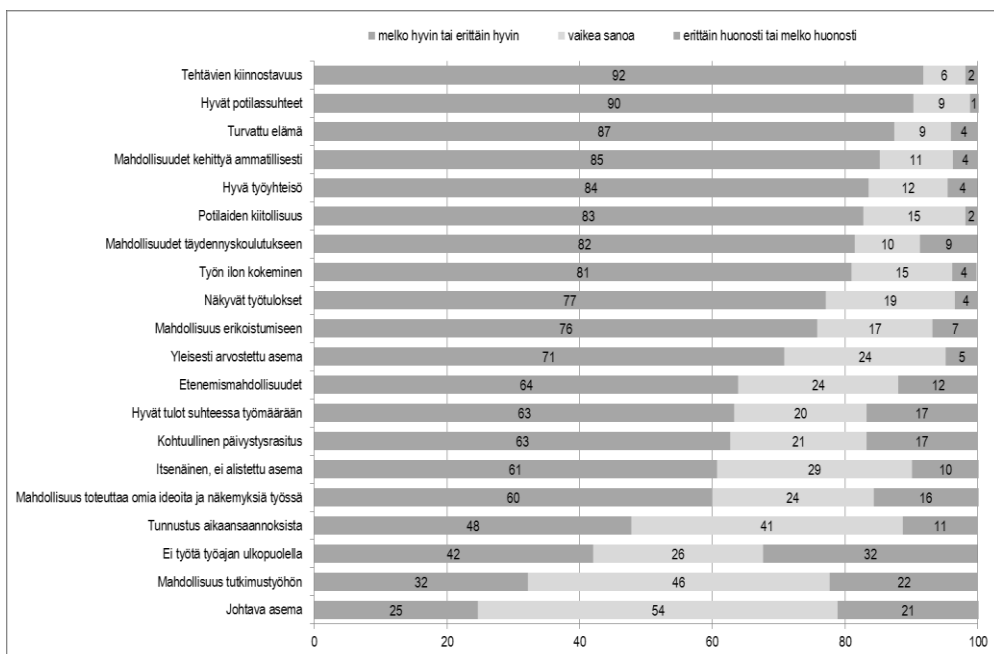
toimipaikka	n	erittäin tyytyväinen %	melko tyytyväinen %	vaikea sanoa %	melko tyytymättöm %	erittäin tyytymättöm %	yhteensä %
sairaalalääkäri	166	42	46	10	2	0	100
terveyskeskuslääkäri	114	26	65	7	2	0	100
muualla toimiva	48	30	63	8	0	0	100
yhteensä	328	35	55	8,5	2	0	100

Ammattiaseman mukaisessa vertailussa ylilääkäreistä oli erittäin tyytyväisten osuus suurin ja terveyskeskuslääkäreiden pienin (Taulukko 2).

Taulukko 2. ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärien työtyytyväisyys ammattinimikkeen mukaan Treta-kyselytutkimuksessa 2009.

	n	erittäin tyytyväinen %	melko tyytyväinen %	vaikea sanoa %	melko tyytymättöm %	erittäin tyytymättöm %	yhteensä %
ylilääkäri	17	53	29	12	6	0	100
erikoislääk., osastonlääk.	50	30	62	6	2	0	100
erikoist. lääk., sair.lääk.	145	40	52	7	1	0	100
terveyskeskuslääkäri	86	27	64	7	2	0	100
muu	30	30	47	23	0	0	100
yhteensä	328	35	55	8,5	2	0	100

Lääkäri 2008 -tutkimuksesta otetussa kysymyksessä ”Miten hyvin koet seuraavien työtyytyväisyyteen vaikuttavien tekijöiden toteutuvan nykyisessä työssäsi?” pyydettiin ottamaan kantaa 20 tekijän toteutumiseen viisiportaisen asteikon mukaan (Kuvio 1). Eri kohtiin vastanneiden määrä vaihteli 301–319. Arviot ovat hyvin positiivisia, esimerkiksi potilassuhteet ovat hyviä lähes kaikkien mielestä. Noin kolmasosan kohdalla työtyytyväisyyttä heikentää työn venyminen työajan ulkopuolelle.



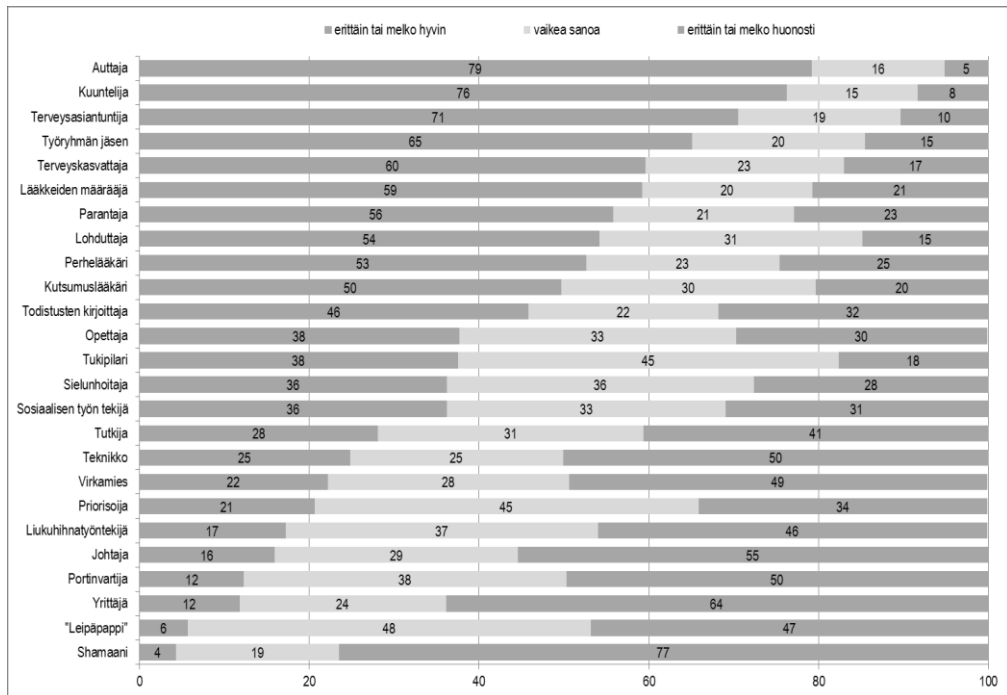
Kuvio 1. ”Miten hyvin koet seuraavien työtyytyväisyyteen vaikuttavien tekijöiden toteutuvan nykyisessä työssäsi?” ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärin vastausten jakauma (%) työtyytyväisyyteen vaikuttavien parhaiten toteutuneiden tekijöiden mukaisessa järjestyksessä Treta-tutkimuksessa 2009.

Työpaikan mukaisessa vertailussa sairaalalääkäreinä toimivat ilmoittivat parhaiten toteutuneiksi (erittäin hyvin tai melko hyvin) vaihtoehdot ’Tehtävien kiinnostavuus’ (94 %), ’Mahdollisuus kehittyä ammatillisesti’ (88 %) ja ’Hyvät potilassuhteet’ (87 %). Terveyskeskuslääkärin ilmoittamat parhaiten toteutuneet vaihtoehdot olivat vielä potilaskeskeisemmät eli ’Hyvät potilassuhteet’ (96 %), ’Tehtävien kiinnostavuus’ (90 %) ja ’Potilaiden kiitollisuus’ (90 %).

5.7 Ammatti-identiteetti

Lääkäri 2008 -tutkimuksesta otetussa kysymyksessä ”Miten hyvin seuraavat lääkärin työtä kuvaavat ilmaisut vastaavat Sinua lääkärinä?” oli annettu 25 määrettä, joihin piti ottaa kantaa viisiportaisen asteikon mukaan.

Treta-kyselyssä oli kysymyksen eri kohtiin vastanneita 296–313. Parhaiten kuvaaviksi oli valittu *auttaja* ja *kuuntelija*, mutta lähes kärjessä olivat myös *terveysasiantuntija* ja *terveyskasvattaja*, jotka viittaavat enemmän asiantuntijan rooliin (Kuvio 2). Vastauslomakkeisiin tehtyjen merkintöjen perusteella joidenkin vastaajien oli vaikea ymmärtää sellaisia ilmauksia kuin *shamaani* tai *leipäpappi*. *Yrittäjä* ja *johtaja* ovat olleet huonosti sopivia, joten ne vastaavat harvojen ammattiasemaa.



Kuvio 2. ”Miten hyvin seuraavat lääkärin työtä kuvaavat ilmaisut vastaavat Sinua lääkärinä?” ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärin vastausten jakauma (%) ammatti-identiteettiä parhaiten kuvaavien mukaisessa järjestyksessä Treta-kyselytutkimuksessa 2009.

Verrattaessa vaihtoehdon ’erittäin hyvin’ valinneiden lääkärin vastauksia sukupuolen mukaan miehet tunsivat naisia useammin olevansa teknikoita, johtajia ja terveysasiantuntijoita, naiset taas miehiä useammin kuuntelijoita, kutsumuslääkäreitä ja auttajia.

Sairaala- ja terveyskeskuslääkärit tunsivat itsensä useammin auttajiksi, kuuntelijoiksi ja kutsumuslääkäreiksi kuin johtajiksi tai yrittäjiksi. Sairaalälääkärit

tunsivat itsensä terveyskeskuslääkäreitä useammin opettajiksi, leipäpapeiksi ja tekniikoiksi, terveyskeskuslääkärit taas sairaalalääkäreitä useammin virkamiehiksi, lääkkeiden määrääjiksi ja perhelääkäreiksi.

5.8 Yhteisöidentiteetti ja kanssakäyminen

5.8.1 Yhteisöihin kuuluminen

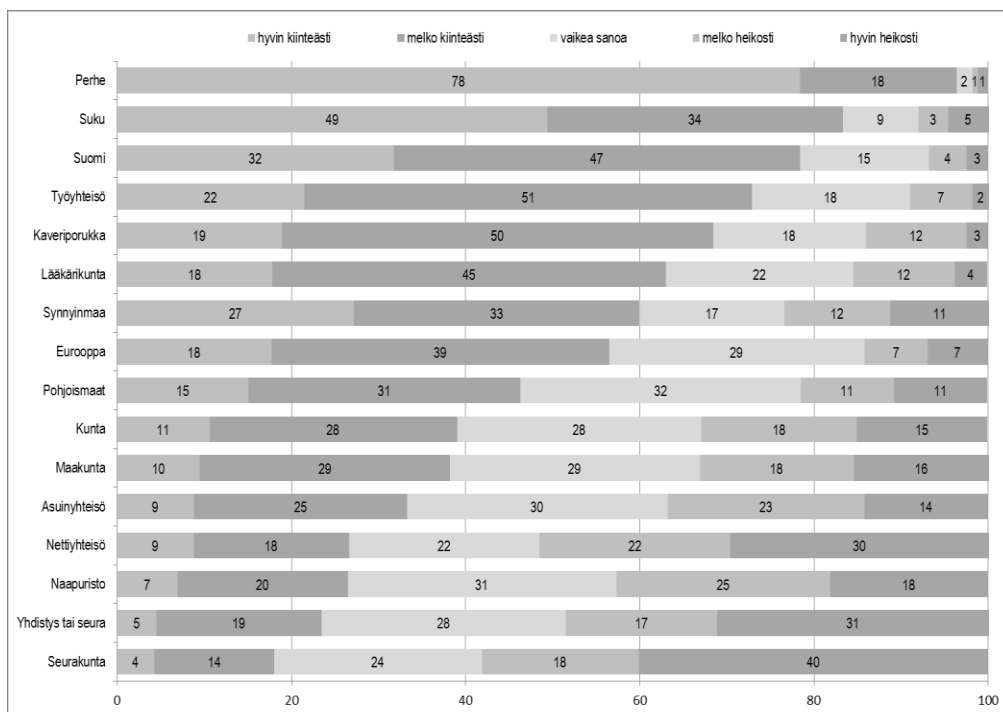
Lääkäri 2008 -tutkimuksesta otetussa kysymyksessä vastaajia pyydettiin ottamaan kantaa, miten kiinteästi he tunsivat kuuluvansa lueteltuihin 16 yhteisöön.

ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista lääkäreistä ilmoitti kuuluvansa ylivoimaisesti kiinteimmin omaan perheeseen ja suku tuli seuraavana (Kuvio 3). Vaikea sanoa -vastauksia oli runsaasti Pohjoismaiden ja Euroopan kohdalla. Yhteenkuuluvuutta naapuriston ja asuinyhteisön kanssa oli noin neljäsosalla.

Suomeen ilmoitti kuuluvansa hyvin tai melko kiinteästi 78 % ja synnyinmaahan 60 %. Kun kysymykseen vastanneista poistettiin suomalaissyntyiset ($n = 32$), oli Suomeen melko tai hyvin kiinteästi kuuluvia 76 % ja synnyinmaahan kuuluvia 56 %. Pelkästään ulkomaalaissyntyisten osalta oli varsinkin synnyinmaahan kuuluminen hieman vähäisempää kuin kaikkien vastanneiden osalta.

Lääkärrien vastauksissa sekä miesten että naisten arviot kuudesta tärkeimmästä yhteisöstä (kuuluminen hyvin tai melko kiinteästi) olivat samassa järjestyksessä: perhe, suku, Suomi, työyhteisö, kaveriporukka ja lääkärrikunta. Näihin yhteisöihin naiset tunsivat kuuluvansa hieman voimakkaammin kuin miehet. Netti yhteisöön miehet tunsivat kuuluvansa kiinteämmin kuin naiset ja naiset taas asuinyhteisöön ja seurakuntaan kiinteämmin kuin miehet.

Sekä sairaalassa että terveyskeskuksessa työskentelevät ilmoittivat samassa järjestyksessä yhdeksän yhteisöä, joihin he tunsivat kuuluvansa kiinteimmin: perhe, suku, Suomi, työyhteisö, kaveriporukka, lääkärrikunta, synnyinmaa, Eurooppa, Pohjoismaat. Sairaalassa toimivat kokivat kuuluvansa terveyskeskuksessa toimivia kiinteämmin Pohjoismaihin, synnyinmaahan ja maakuntaan; terveyskeskuksessa toimivat kokivat kuuluvansa sairaalassa toimivia kiinteämmin työyhteisöön, nettiyhteisöön ja kaveriporukkaan.



Kuvio 3. ”Kuinka kiinteästi tunnet kuuluvasi?” ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärien arvioiden jakauma (%) hyvin tai melko kiinteästi kuulumisen mukaisessa järjestyksessä Treta-kyselytutkimuksessa 2009.

5.8.2 Kanssakäyminen työn ulkopuolella

Kysymyksessä ”Kenen kanssa sinulla on kanssakäymistä Suomessa työn ulkopuolella?” oli mahdollista valita useita vaihtoehtoja. Annetussa luettelossa oli yhdeksän vaihtoehtoa ja kymmenentenä muu-vaihtoehto, johon voi lisätä täydennyksen sanallisesti. Analyysistä poistettiin suomalaisten vastaukset, koska he olivat eri asemassa kanssakäymisen suhteen.

Eniten oli kanssakäymistä omasta maasta olevien ulkomaalaisten lääkärien kanssa (61 %), mutta lähes yhtä paljon suomalaisten ystävien (59 %) ja suomalaisten lääkärien kanssa (59 %). Seuraavina tulivat ulkomaalaiset ystävät (47 %), muut työtoverit kuin lääkärin (43 %), ulkomaalaiset lääkärin muista maista (39 %), naapurit (37 %), harrastuksista saadut ystävät (30 %) ja viranomaiset (10 %).

Monet olivat vapaamuotoisissa vastauksissa maininneet perheen ja sukulaiset, joita ei ollut listalla. Muita mainintoja olivat lasten elinympäristöön liittyvät henkilöt (hoitajat, opettajat), nettityhteisö, opiskelukaverit sekä sosiaalisen verkoston jäsenet Suomessa ja maailmalla.

5.8.3 Syrjintä- ja rasismikokemukset

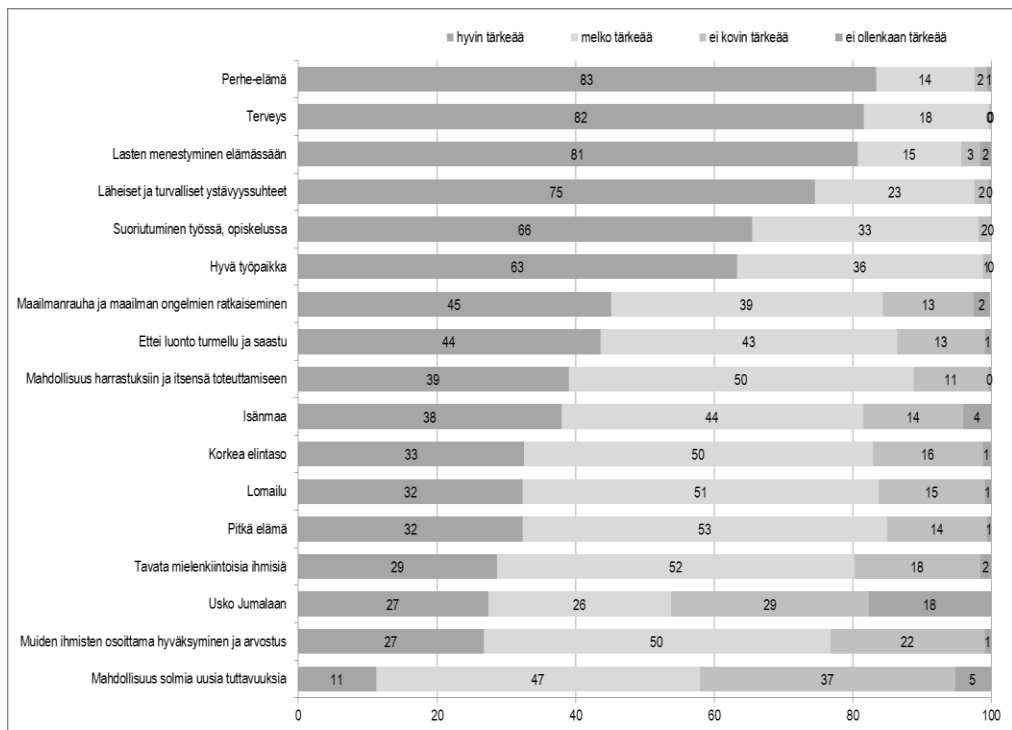
Kysymyksessä ”Oletko kokenut seuraavilta tahoilta syrjintää tai rasismia Suomessa?” oli lueteltu alakohtina: lääkärit, hoitohenkilökunta, potilaat, viranomaiset, tuntemattomat ihmiset ja muut tahot. Viimeksi mainittua kohtaa oli mahdollisuus täydentää sanallisesti. Vastausvaihtoehdot olivat ei koskaan, harvoin, joskus ja usein. Myös tästä kysymyksestä poistettiin syntyperäisten suomalaisten vastaukset.

Vajaa puolet Treta-kyselyn vastaajista ei ollut koskaan kokenut syrjintää lääkäreiden (48 %), hoitohenkilökunnan (46 %) tai viranomaisten (47 %) taholta. Jonkin verran harvempi ei ollut koskaan kokenut syrjintää potilaiden (30 %) tai tuntemattomien ihmisten (32 %) taholta. Kääntäen tarkasteltuna runsas puolet oli kaikilta tahoilta ainakin joskus kokenut syrjintää tai rasismia. Eri tahoilta usein syrjintää kokeneiden osuudet olivat lääkäreiden, hoitohenkilökunnan, potilaiden ja tuntemattomien ihmisten taholta 3–4 %:n luokkaa sekä viranomaisten taholta tai muulta taholta noin 6 %.

Vapaamuotoisissa vastauksissa oli ilmoitettu syrjintää tai rasismia tai epäasiallista käyttäytymistä koetuksi seuraavilta tahoilta: ex-puoliso, esimies, tuttavat, naapurit, maahanmuuttajat, poliitikot, koulun rehtori, kauppa, pankki, vakuutuslaitos, koulu ja erikoistumisvaihe. Yksittäisinä mainintoina olivat myös ”venäläisten ylenemisto Suomessa” ja ”Teon valvontaosasto”.

5.9 Lääkäreiden arvot

Lääkäri 2008 -tutkimuksesta otetussa kysymyksessä ”Mikä Sinulle on tärkeää elämässäsi?” oli lueteltu 17 asiaa, joiden tärkeyteen piti ottaa kantaa, ja lisäksi pyydettiin nimeämään kolme tärkeintä. Treta-kyselyn vastauksissa (Kuvio 4) hyvin tärkeiksi nousivat *perhe-elämä, terveys ja lasten menestyminen elämässään. Läbeiset ja turvalliset ystävyysuhteet* olivat myös tärkeitä, mutta *mahdollisuus solmia uusia tuttavuuksia* ei ollut tärkeää. *Usko Jumalaan* oli poikkeuksellinen verrattuna muihin kohtiin, koska siinä vastaukset jakautuivat melko tasaisesti kaikkien neljän vaihtoehdon kesken.



Kuvio 4. "Mikä Sinulle on tärkeää elämässäsi?" ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärien arvioiden jakauma (%) hyvin tärkeiksi valittujen mukaisessa järjestyksessä Treta-tutkimuksessa 2009.

Kysymyksen toisessa osassa piti valita luetelluista vaihtoehdoista kolme tärkeintä. Tämä antoi saman tuloksen kuin edellä, eli kolmen joukkoon oli useimmin valittu *perhe-elämä*, *terveys* ja *lasten menestyminen elämässään*.

6. Pohdinta

ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet Suomessa laillistusprosessiin osallistuneet lääkärit ovat olleet hyvin monimuotoinen ryhmä, kun taustalla on noin 65 kansallisuutta ja tämän myötä eri kulttuureja sekä sisällöltään poikkeavia lääkärintutkintoja ja vaihtelevia määriä työkokemusta. Lääkärit ovat tulleet Suomeen jäädäkseen ja hyvin harvoille Suomi on ollut vain läpikulkumaa.

Enemmistö osallistujista on suorittanut kuulustelut ilman suurempia ongelmia. Yksittäisillä lääkäreillä on esiintynyt vaikeuksia ja he ovat voineet viipyä prosessissa pitkään. Kuulustelujen käytännön järjestelyjen yhteydessä saamani kokemuksen mukaan yhteydenottoja tuli erityisesti näiltä lääkäreiltä ja he myös herkästi esittivät kritiikkiä kuulusteluja kohtaan. Tästä syntyi ennako-oletus, että kuulusteluissa voisi olla paljon moitittavaa. Kuitenkaan moitteita ei esitetty laajasti, ja kuulusteluissa vaadittujen asioiden tärkeys oli monille paljastunut käytännön työssä.

Kolme kuulustelua suorittaneista viidesosa oli hyväksytty ensimmäisellä kerralla ja laillistusprosessin keskeyttäneiden määrä on ollut pieni. Kuulustelujen vaatimustaso vaikuttaa näin ollen tarpeeksi korkealta, mutta ei kuitenkaan ylivoimaiselta. Kyselytutkimuksen vastausten mukaan lääkärit olivat työllistyneet hyvin ja olivat yleisesti tyytyväisiä työhönsä. He pitivät työtään kiinnostavana ja kokivat onnistuneensa erityisesti potilassuhteissa. Suuri osa oli saavuttanut tavoitteensa ja menestyi lääkärin ammatin harjoittajana Suomessa.

6.1 Aineiston ja menetelmien arviointi

Kuulusteluihin osallistumista ja tenttimenestystä koskevassa osassa tutkimusta tulokset perustuivat opintorekisterin täsmällisiin tietoihin, jotka olivat käytettävissä kaikista osallistujista. Joissakin tapauksissa henkilöillä oli opiskelumaan passi, joten alkuperäinen kansallisuus ei tullut esiin.

Opintorekisteristä saatiin huomattavasti täydellisempi kuva osallistujien taustatiedoista kuin kyselytutkimuksesta, johon hieman yli puolet oli vastannut. Kuulusteluihin osallistuneiden kansallisuuksia oli opintorekisterin mukaan vuosina 1994–2009 yhteensä 65. Vastaajien itse ilmoittamia kansallisuuksia oli 50. Vastaavasti tutkinnon suoritusyliopistoja oli rekisterin mukaan 161 ja kyselytutkimuksen vastaajien ilmoittamina 111.

Kuulusteluihin 15 vuoden aikana osallistuneiden 686 lääkärin osoitteiden hankkiminen onnistui hyvin, sillä vain 22 osoitetta jäi löytymättä. Kyselyyn vastasi hiukan yli puolet (52 %) kyselylomakkeen saaneista, joten vastausprosentti oli samaa luokkaa kuin kyselytutkimuksissa yleisestikin. Esimerkiksi Lääkäri 2008 -tutkimuksessa oli vastanneita 54 % (Heikkilä ym. 2010).

Vastaajista 23 % ilmoitti, että heillä oli kuulustelut kesken. Tässä suhteessa he edustivat hyvin perusjoukkoa, koska opintosuoritusrekisterin mukaan vuoden 2009 lopussa kuulustelut olivat kesken 20 %:lla kaikista osallistuneista. Vastaajista osalla oli kuulusteluihin osallistumisesta vuosia aikaa ja asiat olivat voineet unohtua, osa oli prosessissa parhaillaan ja he myös olivat hieman aktiivisempia kyselytutkimuksen vastaajina.

Kysely tehtiin suomenkielisenä eikä muuta mahdollisuutta ollutkaan, koska vastaajien äidinkieliä olisi ollut suuri määrä. Vastaajien voitiin olettaa hallitsevan suomen kieltä riittävästi, koska he olivat joutuneet kuulusteluissakin sitä käyttämään. Myös pakolaisina Suomeen tulleita terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskeneessa tutkimuksessa käytettiin haastatteluissa suomen kieltä (Markkanen 2007). Ulkomaalaisten lääkärin haastattelututkimuksia on tehty kohdemaan kielellä esimerkiksi hollanniksi (Huijskens ym. 2010) ja norjaksi (Díaz & Hjörleifsson 2011). Israeliin muuttaneita venäläislääkäreitä koskenut kyselytutkimus tehtiin venäjäksi, koska venäjä oli vastaajille yhteinen kieli (Bernstein & Shuval 1998).

Kaikista laillistuskulusteluihin osallistuneista naisten osuus oli 58 %, kyselytutkimukseen vastanneista 64 %. Iältään vastaajat olivat keskimäärin samanikäisiä kuin vastaamatta jättäneet, samoin eri kansallisuusryhmät olivat edustettuina. Kuitenkin lähes puolet jätti kyselytutkimukseen vastaamatta, joten varmoja johtopäätöksiä ei voida tehdä. Vastanneiden osalta työtilanne ja työtyytyväisyys vaikuttivat hyvin positiivisilta, mutta vastaamattomissa työssä käyvien osuus saattoi olla pienempi. Vastaajat edustivat suhteellisen hyvin koko ryhmää iän, sukupuolen, kansallisuuden ja tenttivaiheen osalta ja vastauksissa tuli esiin erilaisia mielipiteitä ja vastakkaisiakin käsityksiä, joten tulokset ovat melko hyvin yleistettävissä.

Vertailuja tehtiin Lääkäri 2008 -tutkimukseen osallistuneisiin vuosina 1997–2006 valmistuneisiin lääkäreihin. Vertailuryhmän lääkärin valmistumisaika oli lähellä ETA-alueen ulkopuolelta tulleiden lääkärin tenttiprosessiin osallistumisen aikaa (1994–2008). Vertailuryhmässä oli naisia hieman suurempi osuus kuin Treta-tutkimuksessa ja keski-ikä oli 34 vuotta, kun se Treta-tutkimuksessa oli 43 vuotta. Lääkäri 2008 -tutkimuksen vastaajien joukossa oli myös ulkomaisista yliopistoista valmistuneita Suomessa laillistettuja lääkäreitä, joten tuloksien vertailu ei ollut puhtaasti Suomessa ja ulkomailla koulutettujen välinen. (Heikkilä ym. 2010.)

6.2 Lääkärien Suomeen muuton erityiset syyt

Treta-tutkimuksen mukaan lääkärien erityisinä tulositynä Suomeen olivat suomalainen puoliso ja sukutausta. Perhesyiden korostumisen vuoksi lääkärien muuttosyyt ovat poikkeavia kansainvälisessä vertailussa. Yleensä taloudelliset syyt ovat tärkeimpiä lääkärien muutossa teollisuusmaihin.

ETA-alueen ulkopuolelta muuttaneista lääkäreistä kolme viidesosaa oli tullut avioliiton tai sukutaustan vuoksi. Kaikista Suomessa asuvista ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä puolet on saanut oleskeluluvan perhesyiden vuoksi (Aalto ym. 2013).

Suomalainen sukutausta on ollut tulositynä kolmanneksella venäläisistä lääkäreistä Treta-tutkimuksen mukaan ja runsaalla neljänneksellä kaikista venäläisistä maahanmuuttajista (Jasinskaja-Lahti ym. 2002). Inkerinsuomalaisten paluumuutto päättyy vuonna 2016 (Maahanmuuttovirasto 2013), joten jatkossa sukutaustan merkitys vähenee myös lääkärien tulositynä.

Avioliitto suomalaisen kanssa on ollut tulositynä kahdella viidesosalla venäläisistä lääkäreistä ja runsaalla puolella kaikista venäläisistä maahanmuuttajista (Jasinskaja-Lahti ym. 2002). Alankomaissa on todettu erityisesti Itä-Euroopan maista muuttaneiden lääkärien yleiseksi muuttoon vaikuttavaksi syyksi alankomaalainen puoliso (Herfs 2011).

Perhesyiden lisäksi tärkeimpiä Suomeen houkuttelevia tekijöitä oli mahdollisuus löytää uudenlainen elämäntapa. Käsite on varsin laaja ja voi liittyä myös parempaan elintason ja ammatilliseen kehittymiseen. Vastaavasti Suomeen tulleet ulkomaalaiset tutkinto-opiskelijat ovat esittäneet tulosityksi vieraan maan kokemisen (Kinnunen 2003) ja Suomessa toimivat ulkomaalaiset akateemiset työntekijät halun elää eri kulttuurissa (Heikkilä & Pikkarainen 2008).

Suomalaislääkäreitä ovat houkutteleet ulkomaille samat tekijät, jotka houkuttelevat ulkomaalaisia lääkäreitä Suomeen, eli tärkeimpinä perhesyyt, uudenlainen elämäntapa ja mahdollisuus kehittyä ammatissa (Eskelinen ym. 2007).

Treta-tutkimuksessa neljäsosa kaikista vastaajista oli ilmoittanut tulosityksi paremman palkan ja elintason. Mahdollisesti elintason parantaminen oli tähtäimessä myös niillä vastaajilla, jotka olivat tulosityksi ilmoittaneet suomalaisen sukutaustan tai avioliiton suomalaisen kanssa. Ulkomaille muuttaneet suomalaislääkärit ovat kuitenkin pitäneet Suomen epäkohtana matalaa palkkatasoa (Eskelinen ym. 2007).

Tärkeitä Suomeen houkuttelevia tekijöitä olivat myös mahdollisuus kehittyä ammatissa, korkeatasoiset työolosuhteet ja mielenkiintoiset työtehtävät. Näiden voidaan arvioida toteutuneen monen Suomeen muuttaneen lääkärin kohdalla, koska he olivat merkinneet työtyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä parhaiten toteutuneiden joukkoon mahdollisuuden kehittyä ammatillisesti ja tehtävien kiinnostavuuden.

Tutkimuksen vastauksissa oli rekrytoinnista vain pari mainintaa. Tiedossa kuitenkin on, että jotkut suomalaiset työnantajat ovat aktiivisesti rekrytoineet lääkäreitä ja hoitajia Venäjältä ja Virosta (Markkanen & Tammisto 2005).

Itä-Suomen yliopisto toteutti vuosina 2008–2011 Doktor-hankkeen, jossa pyrittiin edistämään lääkärien työperäistä maahanmuuttoa Venäjältä (Doktor 2013). Hankkeesta tiedotettiin myös venäjäksi ja työnsaanti terveyskeskuksesta luvattiin lähes varmaksi. Hankkeen kokemusten perusteella tehtiin opas työyhteisöille (Karhapää-Puhakka ym. 2011).

Lääkärien rekrytointiin liittyy eettisiä kysymyksiä toisin kuin useimmilla muilla aloilla, koska rekrytoinnista saattaa aiheutua häirtää lähtömaiden terveydenhuollolle. Eettistä ongelmaa on väläytetty Luoteis-Venäjältä rekrytoitujen lääkärien kohdalla (Flygar 2009). Kuitenkin Venäjällä on Suomea korkeampi lääkäritiheys ja lääkäreitä muuttaa Venäjältä muihin maihin huomattavasti enemmän kuin Suomeen.

Treta-tutkimuksessa oli noin viidesosa vastaajista ilmoittanut Suomeen tulon syyksi oman maan epävarman tilanteen. Muina oman maan ongelmina oli ilmoitettu vaikeus harjoittaa ammattia ja syrjintä. Oman maan ongelmat tulossyiksi merkinneiden joukossa oli lukumääräisesti eniten venäläisiä ja virolaisia.

Suomeen on tullut pakolaisia eniten Somaliasta, Irakista, entisestä Jugoslaviasta, Iranista ja Afganistanista (Heikkilä & Pikkarainen 2008). Kaikista näistä maista on tullut myös lääkäreitä ja heitä on ollut laillistuskäytösten osanottajina, vaikkakaan tutkimuksessa ei erikseen kysytty pakolaisstatuksesta.

Muuttoa suunnittelevat voivat saada tukea aiemmin muuttaneilta erilaisten verkostojen ja yhteyksien kautta (Stilwell ym. 2004). Suomessa olevat sukulaiset ja tuttavat ja omat aiemmat kokemukset Suomesta ovat vaikuttaneet maahan tulleiden akateemisten työntekijöiden muuttopäätökseen. Avoimemmat asenteet maahanmuuttajia kohtaan, lupien saannin joustavuus sekä runsaampi kotoutumis- ja kielikoulutus lisäsivät heidän mielestään Suomen houkuttelevuutta. (Heikkilä & Pikkarainen 2008.) Treta-tutkimuksessa osalla vastaajista ystävien suositus oli vaikuttanut muuttoon ja jotkut olivat matkoillaan tutustuneet Suomeen.

Maantieteellinen läheisyys on muuttoa helpottava tekijä. Käytännön järjestelyt ovat sujuvampia ja jatkossa on mahdollista pitää tiiviisti yhteyttä kotimaahan. Lääkäriliiton (2010) tutkimuksen mukaan Suomeen tulleita lääkäreitä oli eniten Virosta (32 %) ja Venäjältä (28 %), naapurimaasta Ruotsista hyvin vähän (1 %).

Suomi voi houkutella myös maana, jossa hankittu laillistus antaa mahdollisuuden siirtyä mihin tahansa EU/ETA-maahan lääkäriksi. Tosin Suomessa pitää ensin toimia kolme vuotta lääkärinä ja suorittaa yleislääketieteen erityiskoulutus. Treta-tutkimuksen mukaan kuitenkin muuttoaikheet Suomesta eteenpäin olivat harvinaisia.

Vastaavasti kuin lääkäreitä tulee muista maista Suomeen, suomalaisia lääkäreitä muuttaa ulkomaille. Ulkomaille työskentely on hyödyllistä kokemusten ja tutkimuskontaktien hankkimisen kannalta, ja varsinkin nuoret lääkärit suunnittelevat ulkomaille muuttoa. Jos kuitenkin ulkomaille jää pysyvästi paljon lääkäreitä, heidän osaltaan menetetään lääkärikoulutukseen tehty investointi. (Eskelinen ym. 2007.)

Oulun yliopistosta valmistuneita koskevassa tutkimuksessa kaksi kolmasosaa vastaajista oli kiinnostuneita työskentelemään ulkomaille tulevaisuudessa, mutta lääkäreistä hieman harvemmat. Opiskeluajanaan ulkomaille olleet lääketieteen opiskelijat olivat tavallisimmin opiskelleet omaa alansa ja yli puolet ulkomaille olleista oli työskennellyt omalla alallaan. (Heikkilä & Pikkarainen 2008.)

Ulkomaille opiskelun ja työskentelyn etuina pidettiin kokemusten saamista, ammatillista kehitystä, kielitaidon paranemista, tutustumista toiseen maahan, vaihtelua työuraan ja etenemistä uralla sekä ansiotason paranemista. Ulkomaille lähtöä jarruttivat puolison työnsaannin epävarmuus, lasten turvattomampi ympäristö, huono kielitaito, ikä ja muuton hankaluus. Suomessa kielteisiä asioita olivat matala palkkataso ja korkea verotus, mutta Suomessa pysymiseen vaikuttivat suku ja ystävät, luonto ja viihtyisyys sekä työnsaanti. (Heikkilä & Pikkarainen 2008.)

6.3 Kuulustelujärjestelmä

Treta-tutkimuksen vastaajista neljä viidesosaa ilmoitti saaneensa tarpeeksi informaatiota laillistusjärjestelmästä. Suomeen pakolaisina tulleet lääkärit ovat todenneet, että maahanmuuttoviranomaiset ovat tottumattomia korkeasti koulutettuihin pakolaisiin (Markkanen 2007). Työvoimaviranomaisilta he olivat saaneet huonosti tietoa laillistumahdollisuuksistaan ja prosessin aloittaminen oli viivästynyt. Lääkärit toivoivat yksityiskohtaisempaa tietoa kuulusteluista ja niiden arviointikriteereistä. Treta-tutkimuksessa oli toivottu tenttikysymyksiä ja niiden mallivastauksia nettiin. Myöskin Saksassa neljäsosa maahanmuuttajalääkäreistä on kokenut työvoimatoimiston ja maahanmuuttajien neuvontakeskusten antaman laillistusprosessia koskevan informaation puutteelliseksi (Englmann 2009).

ETA-alueen ulkopuolelta tulevat lääkärit ovat haastattelututkimuksessa tuoneet esiin tiedonsaannin ja ohjauksen puutteellisuuden lupaprosessin aikana (Lämsä ym. 2012). Työvoimatoimistossa ja Kelassa oli ollut tiedonpuutetta lupaprosessista ja lääkäreiden työskentelymahdollisuuksista, paremmin he olivat saaneet tietoa samasta maasta tulleilta kollegoilta. Haastatellut lääkärit olivat olleet Suomessa keskimäärin 12 vuotta, joten heidän kokemuksensa lupaprosessista painottuivat todennäköisesti 2000-luvun alkuun.

Maahanmuuttajalääkärien olisi hyvä saada kaikki tarpeelliset tiedot internetistä yhdestä lähteestä (Wiskow 2006). Lupaprosessia esitellään nykyisin tarkasti Valviran nettisivuilla (www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet). Kirjallisten kuulustelujen mallikysymyksiä ja esimerkkejä kliinisen kuulustelun arviointiperusteista on ollut saatavissa Tampereen yliopistolta ja Valvirasta sekä valmennuskurssien yhteydessä. Kliiniseen kuulusteluun useita kertoja osallistuneet ovat voineet kerätä todellisen ”tietopankin”, koska heille on postitettu jokaisen hylätyn kuulustelun jälkeen kuulustelun arviointiperusteet.

Treta-tutkimuksessa noin puolet vastaajista ilmoitti osallistuneensa vapaaehtoisille valmennuskursseille, ja neljä viidesosaa osallistuneista koki saaneensa kurssista merkittävää apua tenteistä selviämiseen. Kurseille olisi toivottu ammatillista kielikoulutusta ja erityisesti suomenkielisen lääketieteellisen terminologian opetusta.

Kursseja ei ole säännönmukaisesti tarjolla kaikille Suomeen tuleville ulkomaalaisille lääkäreille. Työvoimatoimiston rahoittamille kurseille on voinut päästä, mutta kurssipaikkoja ei ole ollut riittävästi. Kurssitarjonnan lisääminen todennäköisesti parantaisi tenttimenestystä.

Joitakin kursseja on jo loppunut, kuten entisen Neuvostoliiton alueelta tuleville korkeasti koulutetuille järjestetty Specima-projekti (Kyhä 2007) ja Venäjältä rekrytoitujen lääkäreiden valmennuskurssi (Lääkäriksi Pohjois-Karjalaan 2010). Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus on järjestänyt Lääkäriksi Suomeen -kursseja (Kahra 2007) lähes vuosittain. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottaja Mediverkko on viime vuosina kehitellyt Lääkäriksi Suomeen -kursseja (Mediverkko 2013). Mediverkon kurssilla on aluksi ammatillisen osaamisen kartoitus, ja kurssiin sisältyy mm. ammatillisen kielen opetusta (Kekäläinen 2013). Helsingin yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia on järjestänyt Kaakkois-Suomessa Sukkula-kielikoulutusta, johon sisältyy ammattikielen opetuksen lisäksi valmennusta laillistuskulusteluihin. (Mediaseuranta 2013.)

Ruotsissa, Norjassa ja Alankomaissa on kehitetty erityisiä lääketieteellisen kielen kursseja ulkomaalaisille lääkäreille (Herfs ym. 2007). Saksassa on tarjolla järjestöjen ja säätiöiden toimesta kursseja, joiden osana opiskellaan saksankielistä lääketieteellistä terminologiaa (Englmann 2009.)

Laillistusjärjestelmään kuuluvaa puolen vuoden harjoittelua varten lääkäreiden pitää itse hankkia harjoittelupaikka. Sosiaali- ja terveysministeriö maksaa työnantajille EVO-korvausta kattamaan osan lääkäreiden harjoittelun aikaisista palkkamenoista. Treta-tutkimuksen vastaajista kolme neljäsosaa ilmoitti saaneensa harjoittelupaikan helposti, neljäsosa oli siis kokenut vaikeuksia harjoittelupaikan hankkimisessa. Suomeen pakolaisina tulleet lääkärit ovat kokeneet harjoittelupaikan hankkimisen

erittäin vaikeaksi, koska alkuvaiheessa kielitaito on puutteellinen ja suomalaiset yhteydenottokäytännöt vieraita (Markkanen 2007).

Terveysdenhuollon valvontatyöryhmä on ehdottanut harjoittelun siirtoa vasta ensimmäisen kuulustelun hyväksymisen jälkeen potilasturvallisuuden vuoksi. Ennen harjoittelua pitäisi suorittaa uusimuotoinen vaativampi kielikoe ja harjoitteluajaksi pitäisi olla nimettynä ohjaaja. (Paunio & Pelkonen 2012.) Kuitenkin Treta-tutkimuksen vastaajat ovat pitäneet ennen kuulusteluja tapahtuvaa harjoittelua erittäin hyödyllisenä suomalaisen terveydenhuoltoon tutustumisen ja kielitaidon kehittymisen kannalta. He ovat valmiita lääkäreitä ja monilla on vuosien työkokemus, joten perusteista lähtien heitä ei tarvitse ohjata. Harjoitteluajan siirto saattaisi huonontaa ensimmäisen kuulustelun tuloksia. Koulutusterveyskeskuksessa ohjaajan valvonnassa tapahtuva harjoittelu parantaisi potilasturvallisuutta.

Ruotsissa harjoittelun pituus on puolitoista vuotta ja sen voi aloittaa vasta lääketieteellisiä tietoja testaavan kuulustelun suorituksen jälkeen (Socialstyrelsen 2012). Ehdotettu Suomen harjoitteluajan siirto vastaisi Ruotsin mallia. Norjassa harjoittelu-aika on puoli vuotta ja lääketieteellisiä tietoja ja taitoja arvioidaan harjoittelu-aikana (Herfs 2011). Australiassa lääkärit toimivat harjoittelupaikassa maaseudulla varsin itsenäisesti ja osallistuvat samaan aikaan kuulusteluihin (Han & Humphreys 2005). Kanadassa lääkärit toimivat kahden vuoden ajan maaseudulla ja vasta tämän jälkeen alkavat laillistuskokeet (Audas ym. 2009). Ilmeisesti kovan lääkäripulan vuoksi maahanmuuttajalääkärit pääsevät heti harjoittamaan ammattiaan ja heidän pätevyytensä testataan vasta myöhemmin. Toisaalta kieli ei ole niin suuri ongelma englanninkielisissä maissa kuin esimerkiksi Suomessa.

Treta-tutkimuksen mukaan osallistujat pitivät kuulusteluja vaikeina, mutta kuitenkin hyödyllisinä, koska prosessin läpikäyminen helpotti myöhemmin lääkärin työssä selviämistä. Kuulustelujen vaatimustaso on sama kuin valmistuvilla lääketieteen liseniaateilla, ainoastaan kielellisesti tenttikysymykset ovat hieman yksinkertaistettuja. Kielitaitovaatimus ei ole Suomessa poikkeuksellinen, vaan myös muilla pienillä kielialueilla laillistuskokeet suoritetaan maan kielellä, esimerkiksi Tanskassa tietopuolinen koe suoritetaan suullisesti tanskaksi (Herfs ym. 2007).

Kliinisessä kuulustelussa vaaditaan tietojen soveltamista potilastapauksiin. Taustatiedot on annettu ja kysymykset koskevat tutkimuksia, diagnoosia ja hoitoa. Kontekstin antaminen on tarpeellista, kun tavoitteena on testata tiedon soveltamista ongelmanratkaisuun (Schuwirth & van der Vleuten 2004). Esseekysymyksiä on pidetty validina tapana testata lääkäreiden ammatillista tasoja. Kliininen kuulustelu hylätään, jos yhdenkin vastauksen perusteella potilasturvallisuus vaarantuisi.

Suomalaisen terveydenhuollon kuulustelussa vaadittavaa lainsäädännöllistä tietoa jotkut vastaajat eivät pitäneet tarpeellisena, mutta toisten mielestä tiedot olivat oleellisia varsinkin terveystieteiden haun internetistä

jotkut osallistujat olivat kokeneet vaikeaksi, mutta todennäköisesti internetin käytön yleistymisen myötä materiaalin hankkiminen ei ole enää ongelma.

Näyttökokeen vaativuutta lisää kokeen suoritus oudossa terveyskeskuksessa, jossa potilaat ovat satunnaisia päivystyspotilaita. Aidot potilaat tuovat kokeeseen vaikeustason vaihtelua, mutta tilanteen hallinta on tärkeämpää kuin kaikkien lääketieteellisten ongelmien ratkaiseminen. Joskus näyttökoetta ovat hankaloittaneet potilaiden asenteet, kun he ovat pitäneet valvojaa tilanteen varsinaisena lääkärinä. Vaatimukset ovat samantyyppiset kuin esimerkiksi Alankomaissa, jossa kiinnitetään huomiota potilaan haastatteluun, fyysiseen tutkimiseen, ongelman määrittelyyn, erotusdiagnostiikkaan ja hoitoehdotuksiin sekä kommunikaatiotaitoihin, raportointiin ja ammatillisuuteen. (Berkestijn ym. 2008.)

Kuulusteluvaatimukset eivät Suomessa vaikuta ankarammilla kuin muuallakaan. Samalla tavoin vaaditaan kielitaitoa, lääketieteellistä osaamista, säännösten tuntemusta ja vuorovaikutustaitoja. Vaatimukset voivat olla muualla kovemmatkin, jos lääkärin pitää osallistua yhteisiin kokeisiin maan omien lääkärin kanssa, kuten Ruotsissa AT-kokeeseen (Östergren ym. 2009) ja Yhdysvalloissa laillistukseen vaadittavan jatkokoulutuksen pääsykokeeseen (Whelan ym. 2005). Ruotsin AT-kokeen kirjallisessa osuudessa on esseekysymyksiä potilastapauksista. Potilasvastaanoton osuudessa kokelas haastattelee ja tutkii potilaan, mutta diagnostiikasta, tutkimuksista ja hoidosta hän keskustelelee tentaattorin kanssa. (Östergren ym. 2009). Suomen näyttökokeessa lääkäriin toimintaa tarkkaillaan vastaanoton loppuun asti ja hänen pitää laatia myös sairauskertomusteksti.

Pääosin vastaajien mielestä kuulustelujärjestelyt ovat toimineet hyvin. Niihin onkin kehittynyt rutiini, koska kuulustelija on Tampereen yliopistossa järjestetty vuodesta 1994 lähtien. Alkuvuosina tenttijoita oli vähemmän ja kuulustelut pidettiin erikoislääkäritenttien yhteydessä, nykyisin ne pidetään erillisenä. Aiemmat järjestysongelmat on saatu poistetuksi, ja kuulustelurauhaa on parantanut myös sanakirjojen käytön lopettaminen. Kirjallisten kuulustelujen vastausajan pituudesta ja tenttikysymysten laaja-alaisuudesta tuli esiin vastakkaisia mielipiteitä.

Tiheämmät tenttimahdollisuudet edistäisivät kuulusteluprosessin etenemistä ja tenttipaikkojen lisääminen vähentäisi matkustamista, mutta resurssipulan vuoksi ei näitä parannuksia voida toteuttaa. Minimimäärä osallistumisia kirjallisiin kuulusteluihin on kaksi kertaa, jos onnistuu ensimmäisellä kerralla kummassakin tentissä. Monet suorittavat vapaaehtoisesti suomalaisen terveydenhuollon kuulustelun kahdessa osassa, ja lisää matkustuskertoja aiheuttavat uusinnat. Ruotsissa kuulustelujärjestelmä on tiiviimpi, koska siellä pidetään peräkkäisinä päivinä kirjallinen lääketieteellinen koe sekä suullinen näyttökoe (Socialstyrelsen 2012).

Jotkut vastaajat valittivat korkeista tenttimaksuista. Nämä ovat valtioneuvoston asetuksessaan (2009) määrittämiä. Ainakin osa kokelaista on saanut maksuihin avustusta työvoimaviranomaisilta, sosiaaliviranomaisilta tai työnantajalta.

Ehdotus kokeiden suorittamisesta englannin kielellä vaikuttaa epätarkoituksenmukaiselta, koska Suomen terveydenhuollossa maan kielen hallitseminen on välttämätöntä lääkärille. Joillakin aloilla Suomessa ulkomaalaiset opiskelijat ovat voineet suorittaa tutkinnon englannin kielellä, mutta heidän työllistymisensä on osoittautunut vaikeaksi (Heikkilä & Pikkarainen 2008).

Vastaajat ehdottivat kirjallisiin kuulusteluihin monivalintakysymyksiä. Näiden käyttäminen on mahdollista osittain, mutta esseekysymykset halutaan kuitenkin säilyttää, koska niissä vastaajat joutuvat pohtimaan kokonaisvaltaisemmin tilanteita. Suullisia kuulusteluja myös ehdotettiin. Ehkä taustalla on ollut kokemus oman kirjallisen kielitaidon puutteista tai tottumus suullisiin kuulusteluihin lähtömaassa. Näyttökokeessa lääkärit kuitenkin pääsevät esittelemään suullisia kykyjään.

Vastaajat olivat aiheellisesti arvostelleet näyttökokeeseen pääsyn jonoa. Tilojen ja tentaattorien saamisessa terveystieteiden osittain ollut vaikeuksia, ja kirjallisista kuulusteluista suoriutuneet ovat joutuneet jonottamaan näyttökokeeseen kuukausia. Jotkut vastaajat ehdottivat näyttelijäpotilaiden käyttöä näyttökokeessa. Näyttelijäpotilaita on käytettykin kokeiden historiassa parin vuoden ajan. Aidot potilaat kuitenkin mahdollistavat enemmän erilaisia potilastapauksia. Yhdysvalloissa ulkomaalaisten lääkärin testausjärjestelmään kuuluvassa näyttökokeessa käytetään paljon näyttelijäpotilaita, joiden vastuulla on suurelta osalta myös kokeen arviointi (Whelan ym. 2005). Suomessa kokeen volyymi on pieni ja vain muutaman näyttelijäpotilaan käyttäminen tekisi kokeesta liaksi ennakoitavissa olevan.

Kanadassa on käytetty mm. erikoistumaan pyrkivien ulkomaalaisten lääkärin valintaprosessin täydennyksenä MMI-haastattelutestiä (Multiple Mini-Interview). Menetelmä perustuu useiden haastattelijoiden käyttämiseen, ja se on todettu käyttökelpoiseksi ja luotettavaksi (Eva ym. 2004, Hofmeister ym. 2009, Dore ym. 2010). Testattavia ominaisuuksia ovat kriittinen ajattelu, eettinen päätöksenteko, vastuunotto, terveydenhuoltojärjestelmän tuntemus, kulttuurisensitiivisyys, tiimityöskentelykyky, kommunikaatiotaidot, epäonnistumisen sieto, ajanhallinta ja ammattimainen käytös. Ihanteellista olisi, jos Suomessakin pystyttäisiin järjestämään laillistusprosessissa oleville monipuolinen haastattelututkimus. Se ei kuitenkaan korvaa näyttökokeen aitoa vastaanottotilannetta.

Treta-tutkimuksessa osa vastaajista piti kuulustelujen arviointia ankarana. Riittävä vaatimustaso takaa kuitenkin lääkärin menestymisen mahdollisuudet käytännön lääkärintyössä Suomessa. Kuulustelujen tasapuolinen ja oikeudenmukainen arviointi on tärkeää, koska kuulustelujen suoritus vaikuttaa yksittäisten lääkärin

laillistusprosessin etenemiseen. Alhaisemman vaatimustason mahdollisia seurauksia olisivat potilaiden tekemät muistutukset sekä työnantajien yhteydenotot Valviraan.

Kuulustelukysymysten laatimisesta ja vastausten arvioinnista on kertynyt paljon kokemusta Tampereen yliopistossa vuosien kuluessa. Toisinaan on käytetty samoja kysymyksiä kuin suomalaisten lääketieteen lisensiaatin tutkintoa opiskelevien kuulusteluissa ja tuloksia on voitu verrata keskenään. Lisäksi vertailukohtana ovat olleet aiemmin kuulusteluihin osallistuneiden ulkomaalaisten lääkärien suoritukset.

Kliinisen kuulustelun kysymyksiä muokataan työryhmässä, johon kuuluu yleislääketieteen professoreita ja kliinisiä opettajia. Samoin pisteytys määritetään työryhmässä, ja kuulustelun jälkeen pohditaan erityisesti rajatapauksia. Kukin opettaja laatii yhden kysymyksen, arvostelee sen vastaukset sekä laatii arviointiperusteista yhteenvedon, joka lähetetään tentissä hylätyille. Tutkimustiedonkin mukaan useiden kysymysten vastausten tarkastuksessa saadaan luotettavampi tulos, jos yksi henkilö tarkastaa vain yhden kysymyksen vastaukset (Schuwirth & van der Vleuten 2004).

Suomalaisen terveydenhuollon kuulustelun kunkin kolmen osion kysymykset ovat eri professorien laatimia ja he myös arvioivat ja pisteyttävät vastaukset. Ainoastaan oikeuslääketieteen osiossa on muutaman kerran käytetty monivalinta-kysymyksiä. Niiden tarkastaminen on nopeaa, mutta laatiminen haastavaa.

Monivalintatestit ovat yleisesti käytössä eri maissa ja niiden luotettavuutta on tutkittu. Kysymysten vaikeustaso ja testin hyväksymisraja määritetään työryhmässä, joka koostuu aiheen asiantuntijoista (Standard-setting study 2013). Kysymykset ovat yleensä suuresta kysymyspankista ja arvioitsijoilta edellytetään asiantuntemusta kaikkien kysymysten suhteen, muuten ei vaikeustason määrittäminen ole luotettavaa (Verheggen ym. 2008). Osana kliinistä kuulustelua voitaisiin käyttää monivalintatestejä. Kielellisesti monivalintatestien kysymykset vaativat ainoastaan luetun ymmärtämistä, mutta toisaalta ne voivat vaatia kielellisten vivahteiden tajua enemmän kuin tavalliset kysymykset. Monivalintakysymykset eivät yleensä testaa kokonaisvaltaista potilastapausten hallintaa, joten myös esseekysymyksiä tarvitaan. Esseekysymysten käyttöä puoltaa myös niistä saatu pitkä kokemus ja niiden hiominen usean hengen työryhmässä.

Treta-tutkimuksessa runsas kolmannes vastaajista oli pitänyt näyttökokeen arvostelua ankarana. Kokeessa arvioidaan toiminnan ammatillisuutta ja johdonmukaisuutta sekä vuorovaikutustaitoja, ajankäyttöä ja potilaskertomusmerkintöjä. Kokelaalta edellytetään kokonaistilanteen hallintaa. Koetta valvova lääkäri täyttää arviointikokousta varten pisteytyslomakkeen.

Yhdysvalloissa ulkomaalaisten lääkärien testausjärjestelmään kuuluvassa näyttökokeessa koulutetut näyttelijäpotilaat arvioivat kokelaiden kielitaitoa ja vuorovaikutustaitoja sekä tarkistuslistojen pohjalta myös tutkimustaitoja. Koe voidaan hylätä kommunikaatiotaitojen puutteellisuuden vuoksi. Ainoastaan potilas-

kertomusmerkintöjen arvioinnissa käytetään lääkäreitä. Kanadassa on voitu käyttää pelkästään lääkäreitä näyttökokeiden arvioitsijoina. (Whelan ym. 2005.)

Suomessa ulkomaalaisten lääkärin näyttökokeet ovat kokonaisuudessaan lääkärin arvioimia; kokeen tuloksesta on arviointikokouksessa päättämässä kolme lääkäriä. Näyttökokeiden potilailta on myös kysytty mielipiteitä kokelaista, ja useimmiten he ovat vastanneet kohteliaasti olevansa tyytyväisiä. Potilaille voisi ehkä laatia suppean kyselylomakkeen täytettäväksi näyttökokeen jälkeen.

Kolmasosalla Treta-tutkimuksen vastaajista oli ollut kieliongelmiä näyttökokeessa, vaikka näyttökokeeseen mennessä osallistujien kielelliset valmiudet ovat ehtineet parantua jo mahdollisen työkokemuksenkin myötä. Näyttökokeessa vaaditaan monipuolista kielitaitoa, eli kielen puhumisen lisäksi pitää ymmärtää potilaan puhetta, lukea aikaisempia potilaskertomustekstejä ja kirjoittaa uusi käyntiteksti. Kokelaiden valmiuksissa on eroja kirjallisen ja suullisen kielitaidon suhteen. Kommunikaatiokyvyn heikkous voi ilmetä vasta näyttökokeessa.

Runsas kolmannes vastaajista piti näyttökokeen tulosta sattumanvaraisena. Kokeessa on yleensä kolme satunnaista päivystyspotilasta, joiden lääketieteelliset ongelmat vaihtelevat. Arvioitsijat pitävät tärkeimpänä kokonaistilanteen hallintaa ja kommunikaation onnistumista, ei kaikkien sairausongelmien hoitamista kerralla. Epäonnistuneilla kokelailla voi olla kyvyttömyyttä tiedostaa omia puutteitaan tai tietämättömyyttä siitä, mitä Suomessa lääkäriltä odotetaan. Kuulustelun hylkäyspäätökseen pitäisi liittää entistä tarkempi selostus esiin tulleista puutteista.

Skotlannissa on annettu näyttökokeessa kaksi kertaa hylätyille ulkomaalaisille lääkäreille lisäkoulutusta roolipelin ja palauteskustelujen muodossa. Lääkäreillä on ilmennyt vuorovaikutusongelmia, ja jotkut kokelaat ovat halunneet ensisijaisesti tuoda esiin omia lääketieteellisiä tietojaan. (Jamieson & Browne 2011.) Suomessa on pidetty terveystieteiden koulutusta hyvänä harjoitteluna näyttökokeeseen, mutta näyttelijäpotilaiden avulla tapahtuvaa harjoittelua ei tietävästi ole ollut tarjolla.

Kuulustelun uusimismahdollisuuksia vastaajat pitivät hyvinä. Kyselyn tekemisen aikaan vuonna 2009 uusintakertoja ei vielä lainkaan rajoitettu. Valviran määräämät maksimosallistumiskerrat tulivat voimaan kirjallisten kokeiden osalta syksyllä 2010 ja näyttökokeen osalta vuoden 2011 alusta (www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet).

Treta-tutkimuksen aineisto on vuosilta 1994–2009 eli ajalta ennen rajoituksia, joten kuulustelumenestyksestä voitiin tehdä päätelmiä osallistumiskertojen perusteella. Enää ei tällaista vertailua voitaisi tehdä, koska yrityskertojen erot ovat tasoittuneet ylärajan vuoksi.

Kaikkiin kolmeen kuulusteluun osallistuneista noin viidesosa oli hyväksytty kuulusteluissa ensi yrittämällä. Neljäsosa oli osallistunut kuulusteluihin ainakin seitsemän kertaa, ja noin 30 lääkäriä oli osallistunut vähintään kymmenen kertaa.

Laillistuksen saaminen on vaikeuksista huolimatta lääkäreille erittäin tärkeää ammattiin pääsemiseksi. Tätä osoittaa keskeyttäneiden pieni määrä.

Osallistumiskertojen vertailussa todettiin naisten parempi tenttimenestys, eli he olivat tarvinneet vähemmän uusintoja kuin miehet hyväksytyin tuloksen saamiseen. Mahdollinen syy voi olla, että monilla naislääkäreillä, erityisesti venäläisillä, on suomalainen puoliso ja he ovat oppineet paremmin kielen ja muutenkin integroituneet paremmin suomalaiseen yhteiskuntaan.

Tarkasteluajalla ilmeni kliinisessä kuulustelussa ensimmäisellä kerralla hyväksytyjen määrän lisääntymistä, johon saattoi vaikuttaa kysymysten helpottuminen siinä vaiheessa, kun ne siirtyivät yleislääketieteen oppialan laadittaviksi muiden erikoisalojen sijasta. Suomalaisen terveydenhuollon kuulustelun tulosten heikkenemiseen todennäköisesti vaikutti suomalaisten ja virolaisten jääminen pois kuulusteluista Viron EU:hun liittymisen jälkeen.

Runsaasti yrityskertoja tarvinneella ryhmällä kuulusteluprosessi venyi vuosien mittaiseksi. Huono kielitaito saattoi olla ensimmäisillä kerroilla tenttimenestystä heikentävä tekijä, lisäksi voi olla tottumattomuutta vastata kirjallisesti ja soveltaa tietoja. Huonoon kuulustelumenestykseen on voinut vaikuttaa koulutuksen yksipuolisuus, jolloin varhaisen erikoistumisen vuoksi muiden lääketieteen alojen tiedot ovat jääneet hatariksi. Koulutuksesta on voinut puuttua asioita, joita Suomessa vaaditaan peruskoulutuksen suorittaneelta lääkäriltä.

Treta-tutkimuksen mukaan jotkut kokelaat eivät tieneet, miten heidän pitäisi kuulustelussa vastata ja mitä heiltä vaaditaan. Kliinisessä kuulustelussa hylätyille lähetetään jokaisen tentin jälkeen kopiot heidän omista vastauksistaan sekä kysymysten tekijöiden laatimat arviointiperusteet. Palvelun tarkoituksena on auttaa reuttaneita ymmärtämään kuulustelun vaatimuksia ja epäonnistumisensa syitä.

Uusintakertojen rajoituksen vaikutuksena on todettu kuulustelujen osallistujamäärien väheneminen. Kokelaat pitävät pidempiä taukoja voidakseen valmistautua paremmin. Käytännössä prosessi on voinut pidentyä, vaikka rajoitusten yhtenä tarkoituksena oli sen lyhentäminen. Rajoitusten vuoksi inhimillisestikin turhauttavat runsaat yrityskerrat ovat nyt jääneet pois. Tosin kymmenen yrityskertaa eli varsin monta sallitaan edelleen kirjallisiin kokeisiin.

Terveydenhuollon valvontatyöryhmä piti kuulustelujen vaatimustasoa sopivana mutta ehdotti uusimismahdollisuuksia vähennettäväksi edelleen (Paunio & Pelkonen 2012). Tämän seurauksena yhä lisää moninkertaisia yrittäjiä poistuisi tenttiprosessista ja entistä useampien tie lääkäriksi Suomeen katkeaisi. Laillistamisjärjestelmässä on tavoitteena varmistaa lääkäreiden riittävä ammattitaito, ja vaatimuksia voidaan tarpeen mukaan tiukentaa. Liian tiukat vaatimukset voivat karsia lääkäreitä, jotka olisivat oikeasti päteviä. ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkäreiden määrää saattaa vähentää tieto vaikeista kuulusteluista.

Kielitaitovaatimuksien ja laillistusjärjestelmän kehittämistä varten asetetun opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmän muistiossa on ehdotettu terveydenhuollon ammattihenkilöiden kielitaitovaatimuksen nostamista tasolle YKI 4 ja kielitaidon arvioimista vasta laillistamisprosessin loppuvaiheessa. Kielitaitokokeeseen ja laillistamiskoulusteluihin valmentavaa koulutusta ehdotettiin järjestettäväksi työvoimakoulutuksena. Ammatillinen kielikoe vaatii vielä kehittämistä. (Kielitaidon määrittäminen 2014.)

Ruotsin AT-kokeen (allmän tjänstgöring) tenttimenestyksestä on tehty tutkimus vuosilta 1995–2008. Ruotsalaisista yliopistoista valmistuneista lääkäreistä oli kokeessa hylättyjä 2–3,7 % ja EU:n ulkopuolella tutkintonsa suorittaneista 29,5 %. Huonon tenttimenestyksen syiksi esitettiin kielivaikkeudet, lyhyt kokemus ruotsalaisesta terveydenhuollosta, lääkärikoulutuksen erilainen sisältö, työskentely vain yhdellä erikoisalalla aiemmin sekä pitkä aika perustutkinnon suorituksesta. (Östergren ym. 2009.) Treta-tutkimuksen mukaan lääkärien tenttimenestys ei ollut yhteydessä perustutkinnon suorituksesta kuluneeseen aikaan. Suomessa ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien kirjallisissa kuulusteluissa hylkäysprosentit ovat olleet edellä olevaa suurempia.

Kanadassa on vertailtu maan omien lääkärien ja ulkomaalaisten lääkärien tuloksia erikoistumiskoulutuksen valintaprosessin haastattelussa. Kanadalaisista lääkäreistä noin kymmenesosalla todettiin ammatillisuudessa puutteita, ulkomaalaisista runsaalla puolella. (Dore ym. 2010.)

Isossa-Britanniassa ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärit menestyivät erikoislääkärikokeiden kliinisten taitojen testissä huonommin kuin ETA-alueen lääkärit, mutta lääketieteellisen tiedon testissä he menestyivät paremmin. Näyttökokeessa epäonnistuneille on tarjottu lisäharjoittelua, jossa panostetaan kielitaitoon, vuorovaikutustaitoihin, potilassuhteeseen, oppimis-asenteisiin ja terveydenhuoltojärjestelmän tuntemukseen. (Remedios ym. 2010.) Suomessa ETA-alueen ulkopuolelta tulevat lääkärit ovat menestyneet lääketieteellisiä tietoja mittaavassa kliinisessä kuulustelussa huonommin kuin myöhemmin suoritettavassa näyttökokeessa, mahdollisesti kielitaidon puutteellisuuden vuoksi.

Skotlannissa on ulkomaalaisten lääkärien näyttökokeessa epäonnistumisen syiksi todettu kieliongelmat, potilas-lääkärisuhteeseen liittyvät kulttuurierot sekä diagnosoinnin ja hoidon ongelmat. Kuitenkin ulkomaalaisten lääkärien joukossa on ollut myös kokeessa hyvin menestyneitä. (Jamieson & Browne 2011.)

Saksassa on vapaaehtoisia valmennuskursseja pidetty tärkeinä ja niiden puutteen vuoksi tietopuolisen testin hylkäysprosentti on ollut korkea (Englmann 2009). Belgiassa on yliopistossa lisäopintoja suorittavien ulkomaalaisten lääkärien hollannin kielen taito todettu puutteelliseksi. Useimmiten lääketieteelliset tiedot

olisivat kohtuullisia. Samoin Alankomaissa on ollut ongelmana riittämätön hollannin kielen taito, ja vaaditun kielikokeen taso on todettu liian alhaiseksi. Tietoa on puuttunut Alankomaiden terveydenhuoltojärjestelmästä, eettisistä kysymyksistä ja modernista diagnostiikasta, ja asenteet potilaita, kollegoja, hoitajia ja kouluttajia kohtaan ovat poikenneet hollantilaisten lääkäreiden asenteista. Vaadittu englannin kielen taito on ollut ongelma joillekin ulkomaalaisryhmille. (Herfs 2011.)

Ulkomaalaisten lääkäreiden tenttitulokset on monissa maissa todettu maan omien lääkäreiden tuloksia huonommiksi. Toisaalta ei kai voida olettaa, että ulkomaalaiset pystyisivät yhtä hyvin tenttisuorituksiin kieliongelmiensa, terveydenhuoltojärjestelmän puutteellisen tuntemuksen ja peruskoulutuksen erojen vuoksi.

Lääkäreiden hyvä opiskelumenu ei aina takaa menestymistä käytännön työssä (Rethans ym. 2002). Mahdollisesti sama pätee laillistuskäytännöihin, mutta toivottavaa kuitenkin on, että tulokset olisivat suuntaa-antavia – muuten kuulustelujen validius on kyseenalainen.

6.4 Ammatillinen sijoittuminen

ETA-alueen ulkopuolelta tulevista lääkäreistä valtaosa oli sijoittunut työhön, ja terveyskeskukseen oli sijoittunut suurempi osuus kuin Suomen koko lääkärinkunnasta. Heidän työtyytyväisyytensä oli parempaa verrattuna suomalaisiin lääkäreihin. He pitivät työtään kiinnostavana ja kehittymismahdollisuuksia tärkeinä ja kokivat onnistuneensa erityisesti potilassuhteissa.

Treta-tutkimuksen mukaan rajoitetun toimiluvan oli saanut ensimmäisen kuulustelun jälkeen hieman runsas puolet vastaajista. Toimilupien myöntäminen perustuu valtioneuvoston asetukseen (377/2011), ja niitä voi saada enintään kahden vuoden ajaksi. Työssäolo edistää välillisesti kuulusteluissa menestymistä.

Maahanmuuttajalääkäreiden mielestä pakollisen harjoittelun aikana saatu työkokemus oli auttanut työpaikan saamisessa jo kuulusteluprosessin aikana. Puutteellinen kielitaitokaan ei ole ollut esteenä työnsaannille, koska julkisella sektorilla on ollut lääkärivajetta. (Markkanen 2007.)

Myös Ruotsissa ETA-alueen ulkopuolelta tuleva lääkäri voi saada rajoitetun toimiluvan jo kuulusteluprosessin aikana (Socialstyrelsen 2012). Saksassa määräaikainen toimilupa on mahdollinen lääketieteellisen kuulustelun suorituksen jälkeen tiettyyn työpaikkaan. Työnantajan on osoitettava, että ketään saksalaista tai muuta EU-kansalaista ei ollut tarjolla. (Englmann 2009.)

Terveydenhuollon valvontatyöryhmä on ehdottanut tenttiprosessin aikaisten toimilupien poistamista potilasturvallisuuden vaarantumisen vuoksi. Tilalle työryhmä on ehdottanut kuulustelujen suorituksen jälkeen pakollista vuoden työjaksoa

julkisessa terveydenhuollossa ohjaavan lääkärin alaisuudessa, jonka jälkeen myönnettäisiin täysi laillistus. (Paunio & Pelkonen 2012.)

Työvoiman saannissa on ollut ongelmia etenkin perusterveydenhuollossa, mutta osin myös erikoissairaanhoidossa (Heikkilä ym. 2010). Lääkärivaje on ajoittain koskenut myös suurten kaupunkien terveyskeskuksia. Terveyskeskusten houkuttelevuutta on vähentänyt suuri työmäärä, joka on ollut seurausta pohjoismaisittain ylisuurista vastuuväestöistä. (Vänskä & Kangas 2008.)

Terveyskeskusten lääkärivaje on 2000-luvulla ollut suurimmillaan vuonna 2003 (12 %). Vuoden 2008 jälkeen tehtävien ulkoistaminen ja ostopalvelujen käyttö ovat pitäneet vajetta kurissa. Vuonna 2011 vaje oli 6,5 %. (Lääkärit Suomessa 2012.) Koska jonkinasteinen lääkäripula on jatkunut vuosia, myös ulkomaalaisille lääkäreille on ollut työpaikkoja tarjolla.

Tässä tutkimuksessa ETA-alueen ulkopuolelta tulevista lääkäreistä ainoastaan 3 % ilmoitti olevansa työttömänä. Kaikista ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä oli Lääkäriliiton (2010) kyselyn mukaan työelämässä 94 %. Aallon ym. (2013) tutkimuksen mukaan kaikkien ulkomaalaisten lääkärin työllistymisaste oli 92 % ja ETA-alueen ulkopuolelta tulevien 84 %.

Yleisesti maahanmuuttajien työllistymisen arvioidaan paranevan vuosi vuodelta Suomessa, kun kotimaisen työvoiman tarjonta vähenee suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle. Toisaalta maahanmuutto voi vähentyä, jos maiden väliset elintasoerot kaventuvat. (Heikkilä & Pikkarainen 2008.)

Kovan lääkäripulan vuoksi on kielivaatimuksia toisinaan höllennetty ja on palkattu ulkomaalaisia lääkäreitä huolimatta heidän puutteellisesta kielitaidostaan (Paunio & Pelkonen 2012). Vaatimusten höllentämistä on tapahtunut myös muualla maailmassa vastaavassa tilanteessa (Han & Humphreys 2005, Díaz & Hjörleifsson 2011).

Maahanmuuttajalääkärien työhönotossa mukana olleiden terveyskeskusten ylilääkärien mielestä suurin ongelma on kielitaidon puutteellisuus (Lämsä ym. 2012). Kielitodistukset eivät kerro tarpeeksi lääkärin kielitaidosta, vaan kielitaidon taso pitää varmistaa työhönottohaastattelussa eikä se saa jäädä lähiesimiesten tai työyhteisön tehtäväksi. Huono kielitaito aiheuttaa potilaskontakteihin ongelmia.

Alankomaissa on todettu riittämätön hollannin kielen taito esteeksi ulkomaalaisten lääkärin työnsaannille. Joidenkin työnantajien tarjoamat kielikurssit on koettu erittäin hyödyllisiksi. (Huijskens ym. 2010.) Myös Suomessa työnantajan tarjoama kielikoulutus voi olla rekrytointivaltti (Aalto ym. 2013).

Kielitaito vaikuttaa työhönotossa käsitykseen ulkomaalaisen henkilön pätevydestä ja sopivuudesta työtehtävään. Jos ääntäminen ei ole norminmukaista, voi tulla vaikutelma puutteellisesta kielitaidosta. Myöskin koulutuksen

suoritusmaahan liittyvät ennakkoluulot voivat vaikuttaa päätöksentekoon. (Forsander 2002.)

Terveyskeskuksessa toimivien osuus oli tämän tutkimuksen vastaajista huomattavasti suurempi (37 %) kuin koko lääkärikunnasta (22 %) ja hieman suurempi kuin kaikista ulkomaalaisista lääkäreistä (33 %). Sairaalassa toimivien osuuksissa ei ollut suuria eroja, mutta yksityispuolella toimi ei-ETA-lääkäreistä pieni osuus verrattuna koko lääkärikuntaan ja kaikkiin ulkomaalaisiin lääkäreihin. (Lääkäriliitto 2010.)

Ulkomaalaisten lääkärien työpanos on tärkeä erityisesti perusterveydenhuollossa, vanhustenhuollossa ja päivystyksessä, joihin suomalaisten lääkärien rekrytointi on vaikeaa (Aalto ym. 2013). Ei-ETA-lääkärit saattavat hakeutua terveyskeskukseen kuulusteluprosessin aikana saadakseen kokemusta näyttökoetta varten.

ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien ammattinimikkeistä oli yleisin erikoistuva lääkäri/sairaalalääkäri/euroilääkäri, jonka ilmoitti 41 % vastaajista, ja erikoislääkärinä toimi 15 %. Verrattuna koko lääkärikuntaan erikoistuvien osuus oli suurempi ja erikoislääkäreiden pienempi (Lääkärit Suomessa 2012).

Vastaajista toimi johtavana lääkärinä, ylilääkärinä, osastonylilääkärinä tai apulaisyylilääkärinä 6 %. Lääkäri 2008 -tutkimuksessa kaikista vastanneista oli johtavassa asemassa 24 % ja nuorten lääkäreiden ryhmästä 5 % (Heikkilä ym. 2010). Noin 30 lääkärää ETA-alueen ulkopuolelta oli saavuttanut johtavan aseman, joten ulkomaalaisuus ei ollut esteenä ammatilliselle etenemiselle. Johtavassa asemassa olevien osuus oli samaa luokkaa kuin koko lääkärikunnan nuoremmista lääkäreistä.

Ei-ETA-lääkäreistä oli 33 % vakituudessa virassa tai toimessa. Lääkäri 2008 -tutkimuksessa oli vakituudessa työsuhteessa kaikista vastaajista 59 % ja junioreista 28 % (Heikkilä ym. 2010). Tässäkin ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkäreiden asema on verrattavissa nuorten lääkäreiden asemaan, koska he ovat uransa alkutaipaleella Suomessa, vaikka ovatkin iältään vanhempia.

Suuri osa maahanmuuttajataustaisista työntekijöistä on käyttänyt äidinkieltään työtehtävissä joko tulkkeina tai vieraskielisiä potilaita hoitaessaan. (Markkanen & Tammisto 2005.) Erityisesti akuuttitilanteissa voi harvinaisempien kielten taidosta olla merkittävää apua, jos potilas osaa ainoastaan äidinkieltään. Maahanmuuttajataustaiset työntekijät voivat myös tutustuttaa suomalaisia työntekijöitä erilaisiin kulttuureihin ja erilaisiin käsityksiin potilas-lääkärisuhteesta. (Markkanen 2007.)

Norjassa tehdyssä tutkimuksessa haastateltiin ulkomaalaissyntyisiä lääkäreitä, jotka hallitsivat norjan kielen ja olivat hyvin integroituneet norjalaiseen kulttuuriin. He olivat erityinen resurssi ulkomaalaisten potilaiden hoidossa, koska he pystyivät oman taustansa perusteella auttamaan toisia maahanmuuttajia ja olivat tähän halukkaita huolimatta ylimääräisestä työstä. (Díaz & Hjörleifsson 2011.)

Myös Yhdysvalloissa on ulkomaalaislääkärien erityisvahvuudeksi todettu heidän kykynsä ymmärtää ja auttaa samasta lähtökulttuurista olevia potilaita. Heillä on myös tietämystä ja kokemusta sairauksista, jotka ovat Yhdysvalloissa harvinaisia mutta heidän kotimaassaan tavallisia. (Chen 2010.) Ulkomaalaiset lääkärit eivät aina saa toivomaansa arvostusta taidostaan kommunikoida eri kielillä ja erilaisista kulttuuritaustoista olevien potilaiden kanssa (Jamieson & Browne 2011).

ETA-alueen ulkopuolelta tulevista lääkäreistä oli tyytyväisiä työhönsä 90 %, eli he olivat tyytyväisempiä kuin Lääkäri 2008 -tutkimuksen mukaan koko lääkärikunta Suomessa (78 %) tai Viron lääkärikunta (Sepp ym. 2007). Todennäköisesti tyytyväisyyden tunnetta lisää tavoitteeseen pääseminen eli vaativa laillistusprosessi on takana ja työpaikka on saatu. Maahanmuuttajat ovat myös keskimäärin tyytyväisempiä työhönsä kuin suomalaiset (Vartia ym. 2007). Kaikkia ulkomaalaisia lääkäreitä koskevassa tutkimuksessa ei kuitenkaan tullut esiin eroa työtyytyväisyydessä suomalaisiin lääkäreihin verrattuna (Aalto ym. 2013).

Sairaalassa toimivista lääkäreistä oli Treta-tutkimuksen mukaan erittäin tyytyväisiä työhönsä 42 % ja terveyskeskuksessa toimivista 26 %. Lääkäri 2008 -tutkimuksessa oli sairaalassa toimivista erittäin tyytyväisiä 19 % ja terveyskeskuksessa toimivista 14 %. Mahdollisesti ETA-alueen ulkopuolelta tulevat lääkärit saavat sairaalassa enemmän kollegiaalista tukea.

Ylilääkärin asemassa olevista ETA-alueen ulkopuolelta tulevista lääkäreistä oli erittäin tyytyväisiä työhönsä 53 %, erikoislääkäreistä 30 %, erikoistuvista lääkäreistä 40 % ja terveyskeskuslääkäreistä 27 %. Myös Lääkäri 2008 -tutkimuksessa korkeammassa asemassa olevat lääkärit olivat tyytyväisempiä työhönsä.

Työtyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä *työn kiinnostavuus* ja *hyvä työyhteisö* toteutuivat lääkäreiden mielestä parhaiten sekä Treta-tutkimuksen, Lääkäri 2008 -tutkimuksen että virolaisia lääkäreitä koskeneiden tutkimusten (Sepp ym. 2007, Sepp 2012) mukaan. Sairaalalääkäreiden mielestä *mahdollisuus kehittyä ammatillisesti* toteutui hyvin Treta-tutkimuksen ja Lääkäri 2008 -tutkimuksen mukaan. Terveyskeskuslääkäreiden mielestä *potilaiden kiitollisuus* toteutui hyvin Treta-tutkimuksen mukaan ja *hyvät potilassubteet* Lääkäri 2008 -tutkimuksen mukaan.

ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkäreiden ilmoittamat hyvin toteutuneet asiat selittävät saatua tulosta heidän yleisesti korkeasta työtyytyväisyydestään. Myöskin Suomessa toimivat muut ulkomaalaiset akateemiset työntekijät ovat esittäneet myönteisinä asioina suomalaisessa työelämässä mielekkään työn ja hyvän työilmapiirin (Heikkilä & Pikkarainen 2008).

ETA-alueen ulkopuolelta tulevat lääkärit (Treta-tutkimus) ovat kokeneet työstä saamansa arvostuksen perheen, potilaiden ja hoitohenkilökunnan taholta yhtä

suureksi kuin koko lääkärikunta (Lääkäri 2008 -tutkimus), mutta suuren yleisön taholta pienemmäksi. Venäläiset ja virolaiset lääkärit ovat kokeneet saaneensa Suomessa enemmän arvostusta kuin lähtömaassaan (Aalto ym. 2013).

Maahanmuuttajalääkärit ovat todenneet työpaikan saannin jälkeen itsetuntonsa parantuneen, mutta heidän on pitänyt alkuaikoina työssä todistaa pätevyytensä saavuttaakseen kollegojen ja esimiesten luottamuksen. (Markkanen 2007.) Norjassa ulkomaalaislääkärit ovat kokeneet, että heiltä vaaditaan muita lääkäreitä enemmän potilaiden ja kollegojen hyväksynnän saamiseksi. (Díaz & Hjörleifsson 2011.)

ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien valitsevat ammatti-identiteettiään kuvaavat ilmaisut viittasivat humaaniin lääkärikuvaan. Useimmin valittuja olivat *auttaja*, *kuuntelija*, *kutsumuslääkäri* ja *lohduttaja*. Lääkäri 2008 -tutkimuksessa useimmin valittuja olivat *auttaja* ja *työryhmän jäsen*. Huonoiten kuvaavat ilmaisut olivat molemmissa tutkimuksissa *leipäpappi* ja *shamaani*.

Treta-tutkimuksessa miehet tunsivat itsensä naisia useammin *johtajiksi*, *terveysasiantuntijoiksi* ja *opettajiksi* ja Lääkäri 2008 -tutkimuksessa *johtajiksi*, *yrittäjiksi* ja *parantajiksi*. Treta-tutkimuksessa naiset tunsivat olevansa miehiä useammin *kutsumuslääkäreitä* ja Lääkäri 2008 -tutkimuksessa *perhelääkäreitä*.

Sairaalalääkärit tunsivat itsensä Treta-tutkimuksessa terveyskeskuslääkäreitä useammin *opettajiksi* ja Lääkäri 2008 -tutkimuksessa *tutkijoiksi* ja *työryhmän jäseniksi*. Terveyskeskuslääkärit tunsivat itsensä Treta-tutkimuksessa sairaalalääkäreitä useammin *lääkkeiden määrääjiksi* ja *virkamiehiksi* ja Lääkäri 2008 -tutkimuksessa *lääkkeiden määrääjiksi*, *todistusten kirjoittajiksi* ja *sosiaalisen työn tekijöiksi*.

Virolaisia ja suomalaisia perusterveydenhuollon lääkäreitä koskevassa tutkimuksessa (Virjo ym. 1997) molempia ryhmiä parhaiten kuvaavat ilmaisut olivat *auttaja*, *kuuntelija* ja *kutsumuslääkäri*; lisäksi virolaisia kuvasi *lohduttaja* ja suomalaisia kuvasivat *perhelääkäri* ja *terveysasiantuntija*. Molempia huonoimmin kuvaavat ilmaisut olivat *yrittäjä* ja *teknikko*; lisäksi virolaisia kuvasi huonosti *virkamies* ja suomalaisia *shamaani*. *Virkamies* kuvasi virolaisia huonommin kuin *shamaani*.

Treta-tutkimuksessa lääkäreistä puolet oli erikoistunut, lisäksi oli erikoistumassa olevia ja erikoistumaan aikovia. Myös väitelleitä ja väitöskirjan suunnittelijoita oli joukossa. Työtyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä mahdollisuus erikoistumiseen ja ammatilliseen kehittymiseen olivat parhaiten toteutuneita heidän työssään.

Erikoistuneista ei-ETA-lääkäreistä viidesosa oli erikoistunut Suomessa. Kaikista työikäisistä lääkäreistä kolme viidesosaa on erikoislääkäreitä (Lääkärit 2013). ETA-alueen ulkopuolella suoritetun erikoislääkärintutkimusta ei useimmiten hyväksytä Suomessa, vaan pitää erikoistua suomalaisten vaatimusten mukaan.

Neljäsosa erikoistuneista ilmoitti erikoisalakseen yleislääketieteen, seuraavina tulivat psykiatria, kirurgia ja anestesiologia. Koko lääkärikunnan erikoislääkäreistä

viidesosa on erikoistunut yleislääketieteeseen, seuraavina sisätaudit, psykiatria ja yleiskirurgia. Kaikkia ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä koskevassa tutkimuksessa yleislääketieteen osuus oli pienempi (Aalto ym. 2013).

Venäjällä opiskelleet lääkärit ovat jo perustutkinnon yhteydessä erikoistuneet, usein gynekologiaan tai lastentauteihin. Kuitenkin näiden alojen edustajia oli vähän Treta-tutkimuksessa ilmoitetuissa erikoisaloissa. Terveyskeskuslääkäriin laajan työnkuvan vuoksi heillä on mahdollisuus hyödyntää Suomessa erikoistumistaan.

Treta-tutkimuksen vastaajista 12 % oli väitellyt. Lääkäri 2008 -tutkimuksen mukaan koko lääkärikunnasta oli väitellyt noin neljännes, nuoremasta lääkäri-ryhmästä 14 %. ETA-alueen ulkopuolelta tulleita lääkäreitä voidaan Suomessa saadun ammatinharjoittamiskokemuksen pituuden osalta verrata lääkärikunnan nuorempaan osaan, joten monilla jatkotutkinto ei ole vielä ollut ajankohtainen.

Treta-tutkimuksen mukaan kuulusteluihin osallistuneiden lääkärien määrä oli korkeimmillaan vuonna 2002. Määrä väheni erityisesti Viron liittyttyä EU:hun vuonna 2004, koska virolaisten lääkärien ja Virosta valmistuneiden suomalaisten lääkärien ei enää tarvinnut osallistua kuulusteluihin. Osallistujia on tullut myös uusista maista ja venäläisten määrä ei ole vähentynyt. Suomalaisia osallistujia on enää hyvin vähän, koska ainoastaan ETA-alueen ulkopuolella, kuten Venäjällä, tutkintonsa suorittaneiden pitää osallistua kuulusteluihin.

Virolaisten lääkärien Suomeen muutto on kaksinkertaistunut vuodesta 2000 vuoteen 2005. Viron EU-jäsenyys lisäsi lääkärien Suomeen muuttota, kun heidän kohdallaan ammatinharjoittamisoikeuksien saaminen helpottui. (Heikkilä & Pikkarainen 2008.) Virolaisten lääkärien määrä Suomessa on noussut erityisesti vuodesta 2006, jolloin EU-jäsenyyteen liittyvä siirtymäaika päättyi (Kuusio ym. 2010).

Suomessa asuvista työikäisistä lääkäreistä oli vuoden 2013 alussa suomenkielisiä 89,6 %, ruotsinkielisiä 3,8 % ja vieraskielisiä 6,6 % (Lääkäri 2013). Ulkomaalaisten lääkärien osuudet ovat monissa muissa maissa olleet suurempia, esimerkiksi Isossa-Britanniassa 31 %, Ruotsissa 15 % ja Norjassa 15 %. (García-Pérez ym. 2007.) Työikäisten ulkomaalaistaustaisten lääkärien määrä on kuitenkin yli kolminkertaistunut Suomessa kymmenessä vuodessa: vuonna 2002 heitä oli noin 400 ja vuonna 2012 noin 1 300 (Lääkärit Suomessa 2012).

Suomeen tulleista ulkomaalaisista lääkäreistä noin kaksi kolmasosaa on suorittanut tutkintonsa ETA-alueella ja noin kolmannes alueen ulkopuolella (Lääkäriliitto 2010). Isossa-Britanniassa, Saksassa ja Ranskassa ETA-alueen ulkopuolelta tulleiden osuudet ovat olleet suurempia (García-Pérez ym. 2007).

Treta-tutkimuksen mukaan ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneita lääkäreitä oli vuosina 1994–2009 tullut Suomeen 65 maasta. Tästä ryhmästä venäläistaustaisten lääkärien osuus oli lähes puolet. Kaikista Suomessa olevista ulkomaalaisista lääkäreistä venäjänkielisten osuus on tuoreen tilaston mukaan 27 %

ja vironkielisten 22 % (Lääkärit 2013). Venäjänkielisten lääkärien osuus on hieman suurempi kuin venäjänkielisten osuus kaikista maahanmuuttajista (25 % vuonna 2009 ja 23 % vuonna 2012) (Tilastokeskus 2012).

ETA-alueen ulkopuolelta tulleista lääkäreistä on ollut naisia enemmän kuin miehiä. Eroja on lähtömaiden mukaan, eli joistakin maista on tullut tasaisesti kumpaan sukupuolelta edustavia, joistakin enemmistö miehiä tai enemmistö naisia. Venäjältä tulleeseen naisten enemmistöön on vaikuttanut muutto avioliiton vuoksi. Aasian tai Afrikan maista tulleeseen miesten enemmistöön on vaikuttanut todennäköisesti miesten suurempi osuus lääkärinkoulutuksen saaneista sekä naisten suuremmat esteet muuttaa ulkomaille.

6.5 Maahan sopeutumiseen vaikuttavat tekijät

Yleisesti maahanmuuttajien sopeutumiseen vaikuttavat työ, sosiaaliset verkostot, kanssakäyminen kantaväestön ja maanmiesten kanssa, kantaväestön asenteet sekä syrjäintäkokemukset. Kielteiset kokemukset vaikuttavat psyykkiseen hyvinvointiin. Työllistyminen on keskeinen tekijä maahanmuuttajien sopeutumisessa, koska siitä seuraa taloudellinen riippumattomuus, sosiaalisia suhteita ja kohentunut itsetunto. Hyvät etniset suhteet käsittävät maahanmuuttajien sopeutumisen yhteiskuntaan ja suomalaisten sopeutumisen maahanmuuttajiin. (Jasinskaja-Lahti ym. 2002.)

Lääkärit ilmaisivat Treta-tutkimuksessa sopeutuneensa hyvin työyhteisöön jo harjoitteluaikana ja myöhemmin työssä. Tyytyväisyys työyhteisöön ja hyvät potilas-suhteet luovat pohjan suomalaisen yhteiskuntaan sopeutumiselle.

Monikulttuurisilla työpaikoilla voi olla tarpeen antaa suomalaisille asennekoulutusta ulkomaalaisten työntekijöiden huomioon ottamisesta (Heikkilä & Pikkarainen 2008). Hyvä sosiaalinen ilmapiiri edistää työyhteisön toimivuutta ja työn teon sujuvuutta. Maahanmuuttajatyöntekijän kokemus työyhteisöön ja ammattikuntaan kuulumisesta ja arvostetuksi tulemisesta lisää hänen hyvinvointiaan, samoin luottamus avun saantiin tarvittaessa. (Bergbom 2007.)

Asennekysymykset on todettu joidenkin ulkomaalaisten lääkärien ongelmaksi työyhteisössä, esimerkiksi heidän on ollut vaikea paljastaa tietämättömyyttään tai kysyä neuvoa (Pitkänen 2011). Hollantilaisen tutkimuksen mukaan Irakista, Iranista ja Afganistanista tulevien lääkärien asenteet aiheuttivat ongelmia, koska heidän taustakulttuurinsa mukaan omien tietojen ja taitojen epäily osoittaa heikkoutta ja kysymysten tekeminen koulutuksen aikana paljastaa tiedon puutteen (Herfs 2011).

Yhteisöihin kuulumista koskevassa kysymyksessä sekä Treta-tutkimuksessa että Lääkäri 2008 -tutkimuksessa ylivoimaisesti tärkeimmäksi yhteisöksi osoittautui *oma perhe*, seuraavina tulivat *suku*, *Suomi* ja *työyhteisö*. Heikoimmin vastaajat tunsivat

kuuluvansa *seurakuntaan, yhdistykseen tai seuraan, nettiyhteisöön ja naapurustoon*. Treta-tutkimuksessa ulkomaalaissyntyisten vastauksissa kuuluminen kiinteästi *Suomeen* oli valittu tärkeäksi useammin kuin kuuluminen *synnyinmaahan*. Myös virolaiset lääkärit ovat ilmaisseet kuuluvansa läheisimmin *omaan perheeseen, sukuun ja työyhteisöön* (Sepp ym. 2007, Sepp 2012), jälkimmäisessä tutkimuksessa lisäksi *Viroon ja Eurooppaan*.

Treta-tutkimuksessa terveyskeskuslääkärit tunsivat kuuluvansa sairaalalääkäreitä kiinteämmin *kaveriporukkaan, työyhteisöön ja lääkärikuntaan*, kun taas Lääkäri 2008 -tutkimuksessa sairaalalääkärit tunsivat kuuluvansa terveyskeskuslääkäreitä kiinteämmin näihin yhteisöihin. Lisäksi Treta-tutkimuksessa sairaalalääkärit tunsivat kuuluvansa terveyskeskuslääkäreitä kiinteämmin laajempiin yhteisöihin eli *synnyinmaahan, Eurooppaan ja Pohjoismaihin*.

Vastauksissa kysymykseen 'Mikä on tärkeää elämässä' olivat sekä Treta-tutkimuksessa että Lääkäri 2008 -tutkimuksessa lääkärien tärkeimmät arvot *perhe-elämä, terveys ja lasten menestyminen elämässään*. Työhön liittyviä asioita ei ollut kukaan merkinnyt tärkeimmäksi arvoksi.

Myös aiemman tutkimuksen (Mattila ym. 2003) mukaan lääkärien tärkeimmät arvot olivat *perhe-elämä, terveys, läheiset ja turvalliset ihmissuhteet* sekä *lasten menestyminen elämässään*. Virolaisia lääkäreitä koskevissa tutkimuksissa (Sepp ym. 2007, Sepp 2012) tärkeitä arvoja olivat *perhe-elämä, terveys, lasten menestyminen elämässään* sekä *suoriutuminen työssä tai opiskelussa*.

Oma arvomaailma vaikuttaa sopeutumiseen ja mahdollisuuteen jäädä pysyvästi uuteen maahan. Lääkärien omien arvojen ja yhteiskunnan arvojen kohtaaminen parantaa viihtymistä. ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien arvot osoittautuivat hyvin samanlaisiksi kuin suomalaistenkin lääkärien. Yhteiset arvot voivat helpottaa Suomeen kotiutumista.

Kanssakäymistä lääkäreillä oli Treta-tutkimuksen mukaan eniten omasta maastaan tulevien lääkärien kanssa, mutta lähes yhtä paljon suomalaisten ystävien ja suomalaisten lääkärien kanssa. Suomeen tulleiden pakolaislääkärien verkostoihin on kuulunut vaihtelevasti suomalaisia kollegoja, muita suomalaisia tuttavii, lähiperhe ja suku, maanmiehiä ja muita maahanmuuttajia (Markkanen 2007).

Yleisesti maahanmuuttajien sosiaalisissa verkostoissa on Suomessa ollut pääasiassa muita maahanmuuttajia. Suhteita on ollut myös muiden maiden maahanmuuttajayhteisöihin. Kontakteja valtaväestöön on voinut olla suomalaisen puolison, työn, opiskelun tai viranomaisten kautta. (Forsander 2002.) Lisäksi ystävyysuhteita on syntynyt harrastuksissa ja naapurien kanssa (Heikkilä & Pikkariainen 2008).

Hyvän integraation kannalta edullista on kanssakäyminen sekä kantaväestön että oman etnisen ryhmän kanssa (Dorgan 2009). Maahanmuuttajalääkärien vetäytyminen vapaa-aikana pelkästään omaan yhteisöönsä ei edistä paikallisen kulttuurin

tuntemusta, mikä voi vaikeuttaa potilassuhteita (Mahajan & Stark 2007). Maahanmuuttajilla ei välttämättä ole keskinäistä solidaarisuutta pelkästään yhteisen kansallisuuden perusteella, vaan kontakteihin vaikuttavat koulutus, sosiaaliluokka, sukupuoli, uskonto ja kieli (Jaakkola 2009).

Treta-tutkimuksen mukaan ETA-alueen ulkopuolelta tulevista lääkäreistä noin neljäsosa oli joskus tai usein kokenut syrjintää lääkärin tai hoitohenkilökunnan taholta. Potilaiden taholta oli kokenut syrjintää hieman useampi eli runsas neljäsosa.

Lääkäriliiton (2010) tutkimuksen mukaan Suomessa toimivista ulkomaalaisista lääkäreistä oli noin kuudesosa kokenut joskus tai melko usein syrjintää kollegojen, työtoverien tai esimiesten taholta ja noin viidesosa potilaiden taholta. Näin ollen ETA-alueen ulkopuolelta tulevat olivat kokeneet syrjintää jonkin verran useammin. Aallon ym. (2013) tutkimuksen mukaan ulkomaalaiset lääkärit olivat kokeneet syrjintää ja epäasiallista kohtelua lähinnä potilaiden taholta, ja eniten olivat kokeneet syrjintää ETA-alueen ulkopuolelta tulevat lääkärit lukuun ottamatta venäläisiä.

Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa lääkäreistä lähes kolmasosa oli usein tai silloin tällöin kokenut syrjintää esimiesten taholta, noin neljäsosa kollegojen taholta, noin kuudesosa hoitohenkilökunnan taholta, samoin potilaiden taholta (Tolbert Coombs & King 2005). Suomalaisissa tuloksissa ulkomaalaiset lääkärit olivat kokeneet enemmän syrjintää potilaiden taholta.

Maahanmuuttajien työhönotossa voi työnantajien taholta olla epäilyjä, koska pelätään kielitaidon puutteellisuuden tai kulttuurierojen aiheuttavan ongelmia ja hoitoalalla potilasturvallisuuden vaarantumista (Simola 2008). Maahanmuuttajalääkärin työnsaanti on kuitenkin todettu helpoksi sekä Treta-tutkimuksen että pakolaislääkäreitä koskevan tutkimuksen (Markkanen 2007) mukaan.

Monikulttuurisissa työpaikoissa maahanmuuttajista runsas kuudesosa ja suomalaisista kymmenesosa oli kokenut työpaikkakiusaamista. Venäläiset ja virolaiset maahanmuuttajat olivat kokeneet vähemmän kiusaamista kuin muut ryhmät. Epäasiallista käytöstä asiakkaiden tai potilaiden taholta maahanmuuttajat olivat kokeneet vähemmän kuin suomalaiset. (Vartia ym. 2007.)

Maahanmuuttajien syrjintää käsitelleen tutkimuksen mukaan suomea hyvin osaavat olivat kokeneet enemmän työsyryntää kuin huonosti osaavat (Jasinskaja-Lahti ym. 2002.) Oletettavasti tämä ei koske lääkäreitä, koska heiltä nimenomaan edellytetään hyvää kielitaitoa.

Treta-tutkimuksen mukaan vain harvat ETA-alueen ulkopuolelta tulleista lääkäreistä suunnittelivat muuttoa Suomesta muualle. Venäläislääkäreistä suurempi osuus kuin muista aikoi jäädä Suomeen pysyvästi, mihin vaikuttivat todennäköisesti hyvät työllistymismahdollisuudet ja kotimaan läheisyys.

Myös pakolaisina tulleet lääkärit ovat olleet halukkaita jäämään Suomeen maasta saamiensa kokemusten perusteella, vaikka he eivät olleet alun perin itse valinneet Suomea kohteekseen. Maahan jäämisen edellytyksenä on onnistunut työuran jatkaminen. (Markkanen 2007.)

Kaikkia Suomen maahanmuuttajia koskeneen tutkimuksen mukaan lähes kaksi kolmasosaa aikoi jäädä Suomeen pysyvästi. Venäläiset olivat tulleet jäädäkseen, heistä vain kymmenesosa oli vielä epävarmoja. Virolaisista puolet oli Suomessa joko väliaikaisesti työssä tai vielä epävarmoja jäämisestä. (Vartia ym. 2007.)

Oulun yliopiston ulkomaalaisille opiskelijoille ja Oulussa työskenteleville akateemisesti koulutetuille ulkomaalaisille työntekijöille tehtiin kysely kansainvälisestä liikkuvuudesta. Vastaaajissa oli eniten saksalaisia, venäläisiä ja kiinalaisia. Opiskelijoista yli neljä viidesosaa oli halukkaita jäämään Suomeen tutkinnon suorituksen jälkeen. Työntekijäryhmästä kolmasosa aikoi jäädä Suomeen pysyvästi, naisista puolet ja miehistä neljäsosa. (Heikkilä & Pikkarainen 2008.)

Opiskelijoista neljäsosa uskoi, että Suomessa on helppo työllistyä. Hyviä asioita Suomessa olivat ympäristötietoisuus, vapaa-ajanviettomahdollisuudet, ystävälliset ihmiset ja ulkomaalaisten hyväksyntä. Työntekijäryhmän kokemia myönteisiä tekijöitä oli työssä ja työympäristössä, lisäksi hyviä asioita olivat yhteiskunnan järjestyneisyys, tehokkuus ja turvallisuus sekä lasten koulunkäyntimahdollisuudet.

Kielteisiä puolia Suomen olosuhteissa olivat työntekijäryhmän vastausten mukaan ulkomaalaisten vaikeus saada töitä, ilmasto, sijainti, korkeat hinnat, matalat palkat ja korkea verotus. Lisäksi ongelmia aiheuttivat kieli- ja kommunikaatiovaikeudet, yhteisöllisyyden puute ja asenteet ulkomaalaisia kohtaan.

Ulkomaalaiset tutkinto-opiskelijat ovat todenneet Suomeen jäämistä vahvistavina tekijöinä yhteiskunnan taloudellisen ja sosiaalisen tasa-arvon, hyvät palvelut sekä luonnon, koulutuksen ja yksilöiden arvostuksen. Kielteisesti vaikuttava asia on suomalaisten torjuva käyttäytyminen. (Kinnunen 2003).

ETA-alueen ulkopuolelta tulleet lääkärit näyttävät kiinnittyneen Suomeen vahvemmin kuin muut ulkomaalaisryhmät. Lääkärien pysyvyyttä vahvistavat vaativan laillistusprosessin suorittaminen, panostus kielen oppimiseen, mahdollisuus työllistyä jatkuvan lääkärivajeen takia ja koettu työtyytyväisyys. Kotimaahan paluun ongelmat voivat liittyä sotiin ja muihin konflikteihin ja lääkärin ammatin harjoittamisen vaikeuteen kotimaassa.

Alankomaissa tehdyn tutkimuksen mukaan maahanmuuttajalääkärit eivät halunneet palata kotimaahan. Traumaattiset kokemukset painoivat edelleen ja perheen tulevaisuus vaikutti turvatummalta Alankomaissa. Hyvät ammatilliset tiedot, työkokemus ja joustava asenne auttoivat selviämään. Poismuuttoa harkitsivat ainoastaan työnhaussa epäonnistuneet. (Huijskens ym. 2010.)

Ulkomailla olevista suomalaisista lääkäreistä noin viidennes ei aio palata Suomeen; vanhemmista ikäryhmistä valtaosa on jäänyt pysyvästi ulkomaille (Eskelinen ym. 2007). Ulkomailla 1960–70-luvuilla lääkäriksi opiskelleista noin 600 suomalaisesta valtaosa (92 %) palasi kotimaahan valmistuttuaan (Mattila ym. 1979).

6.6 Kielitaidon ja kulttuurin merkitys

ETA-alueen ulkopuolelta tulevilta lääkäreiltä Valvira vaatii todistuksen kielikokeesta ennen kuulustelua. Uudistetun direktiivin mukaan EU/ETA-maista tulevien lääkäreiden kielitaito voidaan tarkistaa ammattipätevyyden tunnustamisen jälkeen (Ammattipätevyysdirektiivi 2013).

Ruotsissa on laillistusprosessin aluksi ruotsin kielen koe (Socialstyrelsen 2012). Tanskassa ei ole kielikoetta, mutta kuulustelut pitää suorittaa tanskaksi (Herfs ym. 2007). Alankomaissa tarkistetaan sekä lääketieteellisen hollannin taito että englannin kielen lukutaito (Herfs 2011).

Tretä-tutkimuksessa noin puolet vastaajista ilmoitti, etteivät he osanneet lainkaan suomea muuttaessaan maahan. Kuulusteluissa pitää hallita lääketieteellinen terminologia vieraalla kielellä, ja kuulusteluvaatimukseen kuuluu myös vaikeaa säädöskieltä. Näyttökokeessa vaaditaan lisäksi suullista kielitaitoa.

Osallistujat ovat kokeneet kieliongelmia kirjallisissa kokeissa ja vielä enemmän näyttökokeessa. Laillistuskuulusteluissa voi kuitenkin menestyä, vaikka suomen kielen taidossa olisi puutteita. Tampereen yliopistossa on meneillään ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkäreiden kirjallista kielitaitoa koskeva tutkimus. Tavoitteena on saada tietoa lääkäreiden kieliongelmien laajuudesta ja tyypeistä ja niiden mahdollisesta vaikutuksesta tenteissä menestymiseen. (Laurinoli 2012.)

Kielikoulutus kuuluu maahanmuuttajien kotouttamistoimintaan. Suomeen tulleet pakolaislääkärit ovat todenneet kielikoulutuksen ongelmaksi tasoryhmien puuttamisen; lukutaidottomia ja akateemisesti koulutettuja on sijoitettu samaan ryhmään (Markkanen 2007). Saman ovat kokeneet ulkomaalaistaustaiset terveyskeskuslääkärit (Lämsä ym. 2012) sekä pakolaislääkärit Alankomaissa (Herfs 2011).

Suomeen tulleet opiskelijat ovat kaivanneet kotoutumiskoulutukseen tietoa maan kulttuurista, toimintatavoista ja palveluista (Heikkilä & Pikkarainen 2008). Eri maissa on todettu tärkeäksi ulkomaalaisten lääkäreiden perehdytys sekä työyhteisöön että ympäröivään yhteiskuntaan (Curran ym. 2008, Slowther ym. 2012).

Maahanmuuttajien suomen kielen oppimista edistävät kielisukulaisuus, alhainen maahanmuuttoikä, pitkä asumisaika Suomessa, perustasoa korkeampi koulutus, sosiaaliset verkostot ja avioituminen suomalaisen kanssa. (Liebkind ym. 2004.)

Maahanmuuttajien aiemmat kokemukset kielten opiskelusta vaihtelevat, samoin taipumukset oppia kieliä. Alankomaissa on todettu, että lääkärien kielikokeeseen valmistautuminen vie ainakin vuoden (Herfs 2011).

Maahanmuuttajien kielitaidon osa-alueista kuullun ymmärtäminen on yleisesti parempaa kuin puhetaito, ja lukutaito on parempaa kuin kirjoitustaito (Vartia ym. 2007). Työhönottotilanteessa näiden kaikkien testaaminen on vaikeaa, joten monipuolisen testaamisen pitäisi tapahtua aiemmin.

Ammattiterminologian opetus on ollut puutteellista lääkärien kielikoulutuksessa (Lämsä ym. 2012). Teoreettinen kielinopetus on lääkärien mielestä alussa välttämätöntä, ja hyviä tuloksia voi saavuttaa itseopiskelunkin avulla (Markkanen 2007). Treta-tutkimuksen vastaajista suuri osa oli opiskellut kieltä itsenäisesti. Jatkossa kuitenkin kieltä oppii parhaiten käytännön harjoittelussa ja aidoissa työtilanteissa (Aalto ym. 2013, Markkanen 2007).

Treta-tutkimuksen vastaajat toivoivat valmennuskursseille myös Suomessa tyypillisten tautien opetusta. Vastaavasti Irossa-Britanniassa maahanmuuttajalääkärit ovat toivoneet sellaisten Englannissa tavallisten tautien opiskelua, jotka eivät ole yleisiä heidän kotimaassaan (Mahajan & Stark 2007).

Terveydenhuollon valvontatyöryhmä on ehdottanut pakollisen ammatillisen kielikoulutuksen ja ammattiterminologian opetuksen tarjoamista kaikille maahanmuuttajalääkäreille. Kielikoulutuksen yhteydessä olisi ammatillinen kielikoe. Työryhmä ehdotti myös harjoittelujakson siirtämistä ensimmäisen kirjallisen kuulustelun jälkeen ja määräaikaisten toimilupien myöntämisen lopettamista kuulusteluprosessin aikana (Paunio & Pelkonen 2012). Harjoittelujakson siirto voisi heikentää menestystä ensimmäisessä kuulustelussa, ja toimilupien poistaminen kuulusteluprosessin ajalta vaikuttaisi merkittävästi lääkärien kielitaidon kehittymiseen ja näyttökokeessa menestymiseen.

Valvontatyöryhmän ehdotuksen pohjalta opetus- ja kulttuuriministeriö on asettanut työryhmän, jonka pitää tehdä esitys EU/ETA-alueen ulkopuolella hankitun terveydenhuollon ammattipätevyyden tunnustamista ja täydentämistä koskevan järjestelmän parantamiseksi sekä vaadittavan kielitaidon määrittämiseksi (Asettamispäätös 2013).

Treta-tutkimuksen osallistujat totesivat kielitaidon tärkeyden sekä tenttiprosessissa että lääkärin työssä Suomessa. Kielitaito on yleisestikin maahanmuuttajille keskeistä työnsaannin ja integraation kannalta (Forsander 2002).

Vuorovaikutus potilaiden ja asiakkaiden kanssa edellyttää suomen kielen käyttöä ja antaa samalla tilaisuuden parantaa kielitaitoa (Vartia ym. 2007). Suomi ja ruotsi ovat vaihtoehdot, mutta pelkkä ruotsin kielen taito riittää vain yksikielisissä

kunnissa. Heikosta kielitaidosta voi aiheutua todellisia turvallisuusriskejä terveydenhuoltoalalla (Simola 2008).

Maahanmuuttajalääkärien työhönotossa mukana olleiden ylilääkärien mielestä lääkäreiden pitäisi kartuttaa ensin kielitaitoaan sairaalatyössä, ennen kuin he tulevat terveyskeskukseen. Terveyskeskuksessa vuorovaikutus potilaan kanssa on keskeisempää, sairaalassa tehdään enemmän tiimityötä. (Aalto ym. 2013.) Lääkäreille kuulusteluprosessin aikana myönnetty toimitukset ovat noudattaneet tätä käytäntöä, eli ensimmäisen kuulustelun jälkeen Valvira on antanut toimituksen sairaalatyöhön ja vasta toisen kuulustelun jälkeen myös terveyskeskukseen.

Treta-tutkimuksessa kysyttiin vastaajien kielitaidon tasoa laillistusprosessin alussa. Noin puolet ei osannut aiemmin lainkaan suomea tai ruotsia, ja noin kymmenesosa ilmoitti osanneensa hyvin. Kuulusteluja koskevista vastauksista kävi ilmi, että vielä näyttökokeessa kolmasosa vastaajista oli kokenut kieliongelmiä.

Kaikkia Suomessa toimivia ulkomaalaisia lääkäreitä koskevassa tutkimuksessa vastaajista 80–90 % arvioi kielitaitonsa erittäin tai melko hyväksi kielen eri osa-alueiden suhteen (Lääkäriliitto 2010). Mukana olivat myös EU/ETA-alueelta tulevat lääkärit, joilta ei ole vaadittu kielikoetta ja kuulusteluja. Myöskin Aallon ym. (2013) tutkimuksessa ulkomaalaiset lääkärit arvioivat oman kielitaitonsa hyväksi.

Maahanmuuttajalääkäreillä voi olla hyvä suullinen ja kirjallinen kielitaito, mutta ongelmana ovat murteet ja puhekieliset sanat (Mahajan & Stark 2007). Potilaiden kielenkäytön lisäksi ongelmia voi aiheuttaa lääkärin oma aksentti, joka vaikeuttaa ymmärtämistä. Kanssakäyminen kantaväestön kanssa myös vapaa-aikana on tärkeää puhekielen oppimiseksi. (Dorgan ym. 2009.) Isossa-Britanniassa ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkäreiden kielitaito tarkistetaan kielitestissä ja he suorittavat kuulustelut englanniksi, mutta väärinymmärryksiä on tullut ilmeiden ja eleiden, äänensävyyn ja katsekontaktin suhteen (Slowther ym. 2012).

Belgiassa ulkomaalaisten lääkäreiden riittämätön hollannin kielen taito on ilmennyt potilaskontakteissa sekä kokouksissa kollegojen kanssa. Ranskassa ulkomaalaisilla lääkäreillä ei ole ollut kieliongelmiä, koska he tulevat pääasiassa Afrikan ranskaa puhuvista maista. (Herfs 2011.)

Monikulttuurisissa terveydenhuollon työyhteisöissä jotkut ulkomaalaiset lääkärit peittelevät kielitaitonsa ja tietojensa puutteita. Heillä on erilaisia käsityksiä hierarkiasta, sukupuolten tasa-arvosta ja potilas-lääkärisuhteesta. Lääkärit itse ovat kokeneet potilaiden ja työtovereiden taholta kielteisiä asenteita, ennakkoluuloja ja luottamuksen puutetta. Työyhteisössä kommunikaatio on voinut olla heikkoa ja ohjausta ei ole annettu tarpeeksi. (Pitkänen 2011.)

Eri etnisille ryhmille tyypilliset arvot, normit, asenteet ja odotukset voivat olla merkityksellisempiä kulttuurieroja kuin kieli (Bruijnzeels & Visser 2005). Ulkomaalaisilla lääkäreillä voi olla erilaisia käsityksiä sairauksista, potilas-lääkärisuhteesta, perhe-elämästä ja suhteesta omaisiin (Slowther ym. 2012). Yhdysvalloissa maahanmuuttajalääkärit ovat kokeneet potilaat vaativammiksi kuin kotimaassaan, jossa lääkäri on suurempi auktoriteetti. Uudessa maassa vallitseviin normeihin ja asenteisiin sekä potilaiden odotuksiin on hyödyllistä tutustua. (Dorgan ym. 2009.)

Suomessa kuten muissakin länsimaissa potilas-lääkärisuhde on keskusteleva eli potilas osallistuu hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Informaatiota sairaudesta annetaan ensisijaisesti potilaalle itselleen eikä perheelle. Maahanmuuttajalääkärit edustavat usein kulttuureja, joissa käytännöt ovat näiltä osin erilaisia.

Isossa-Britanniassa potilas-lääkärisuhteelle on ominaista potilaan ja lääkärin yhteinen päätöksenteko ja potilaan itsemääräämisoikeus. Diagnoosi ilmoitetaan potilaille, ja heillä on päätösvalta hoitoon suostumisessa ja siitä kieltäytymisessä. Monissa maahanmuuttajalääkärien lähtökulttuureissa lääkäri päättää yksin kaikesta tai perheellä on osuutensa potilaan hoitopäätöksissä. Tietojen antaminen perheelle on normaalia, diagnoosi saatetaan jättää sanomatta potilaalle. (Slowther ym. 2012.)

Maahanmuuttajalääkärien ongelmat ovat yleensä kokeneet eettisiä kysymyksiä ja potilassuhdetta, ei niinkään lääkkeiden määräämistä tai muuta hoitoa. Lääkäreille pitäisi tarjota informaatiota ja perehdytystä jo ennen rekisteröintiä. Tavoitteena on varmistaa, että ulkomaalaiset lääkärit tarjoavat tasoltaan ja tyypiltään samanlaista hoitoa kuin maan omat lääkärit. (Slowther ym. 2012.)

Harjoittelupaikassa lääkäreillä on mahdollisuus saada tukea seniorilääkäreiltä eettisesti vaikeissa tilanteissa, mutta ohjauksen saatavuus on ollut sattumanvaraista. Ulkomaalaiset lääkärit ovat itse esittäneet huolen perehdytyksen ja tuen puuttumisesta. (Slowther ym. 2012.) Samalla tavoin ulkomaalaiset lääkärit ovat Suomessa kokeneet ohjauksen saamisen harjoittelupaikassa sattumanvaraiseksi, mutta jos on saanut hyvän ohjaajan, tällä on ollut suuri merkitys (Markkanen 2007).

Ruotsalaisia, saksalaisia ja venäläisiä lääkäreitä koskeneessa tutkimuksessa verrattiin lääkärin suhtautumista vanhan potilaan esittämiin hoitoa koskeviin toivomuksiin. Ruotsalaiset lääkärit noudattivat eniten potilaan toivomuksia ja venäläiset vähiten. Lääkärin omat uskonnolliset käsitykset tai sairaalalle aiheutuvat kustannukset eivät vaikuttaneet päätöksentekoon missään maassa. Yhtenäisiä periaatteita hoitopäätösten tekemiseen tarvitaan, kun lääkärin liikkuvuus maiden välillä lisääntyy. (Richter ym. 2001.)

Suomessa ovat ulkomaalaisiin lääkäreihin liittyvät kieliongelmat olleet niin korostuneesti esillä, että mahdolliset muut potilassuhteisiin liittyvät ongelmat ovat jääneet taustalle. Lääkäreitä tulee Suomeen ympäri maailman, ja heidän tausta-

kulttuurinsa voivat vaikuttaa ratkaisuihin. Uutta tietoa saadaan meneillään olevasta monikulttuurisia terveydenhuollon yksiköitä koskevasta toimintatutkimuksesta (Akatemia 2013). Tähän mennessä Pitkäsen (2011) tutkijaryhmä on julkaissut tietoa monikulttuuristen terveydenhuollon työyhteisöjen henkilöstösuhteista.

6.7 Pätevyyden tutkimisen merkitys

Tampereen yliopistossa järjestettävien kuulustelujen avulla pyritään varmistamaan lääkärin ammattitaito. Pätevyyden tutkiminen on tärkeää ensisijaisesti potilasturvallisuuden vuoksi.

ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärin koulutus- ja kulttuuritausta vaihtelevat, samoin ammattikokemuksen määrä. Lääkärintutkinnon sisältö voi olla eri tavalla painotettu kuin suomalainen. Suomessa perusterveydenhuollon lääkäriltä voidaan vaatia enemmän tietoja ja taitoja kuin lähtömaassa. Kuulusteluvaatimukset ovat tämän vuoksi periaatteessa samat kuin suomalaisilla valmistuvilla lääkäreillä.

Lääkärit ovat päteviä omassa maassaan tutkintonsa perusteella, mutta heiltä vaaditaan erityistä panostusta sopeuttaa ammattitaitonsa vieraan maan vaatimuksiin. Aiemman opiskelun lisäksi edellytetään kieliopintoja ja ammatillista lisäopiskelua. Tämän lisäopinnistuksen suhteen lääkäreissä on todennäköisesti eroa, vaikka he lähtökohdiltaan ovat kaikki valmiita lääkäreitä.

Treta-tutkimuksen vastaajat pitivät kuulusteluja vaikeina, mutta kuitenkin hyödyllisinä tulevan työn kannalta. Harjoittelu-aika ja kuulustelut edistivät tietojen ja taitojen paranemista ja kielitaitoa sekä suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän ja käytäntöjen tuntemusta. Joidenkin vastaajien mielestä prosessin kesto oli liian pitkä ja sisälsi tarpeettomia osia.

Laillistusjärjestelmä on lääkäreille etuoikeus. Monilla muilla akateemisilla aloilla ei ole järjestelmää, jonka avulla tutkinnot tunnustettaisiin ja maahanmuuttajat pääsisivät jatkamaan ammattiaan. Maahanmuuttajalääkärit ovat todenneet ymmärtävänsä kuulustelujen korkean vaatimustason, koska suomalaisten viranomaisten pitää varmistaa potilasturvallisuus. Suomessa noudatettavat käytännöt pitää tuntea, potilaiden kanssa pitää pystyä kommunikoidaan suomeksi ja myöskin kirjalliset kielitaitovaatimukset ovat perusteltuja. (Markkanen 2007.)

Isossa-Britanniassa on todettu ulkomaalaisilta lääkäreiltä puuttuvan maan terveydenhuoltojärjestelmän sekä noudatettavien eettisten ja lainsäädännöllisten periaatteiden tuntemusta. Ohjeistukset hoitokäytännöistä annetaan rekisteröinnin yhteydessä, mutta niihin perehdyttäminen on heikkoa. (Slowther ym. 2012.) Suomessa säännökset kuuluvat kuulusteluvaatimuksiin, mutta Treta-tutkimuksen vastaajat ovat pitäneet myös ohjaavan lääkärin osuutta säännöksiin perehdyttäjänä tärkeänä harjoittelu-aikana tai työpaikassa.

Muutammat vastaajat arvostelivat sitä, että EU-alueelta tulevat lääkärit eivät joudu osallistumaan kielikokeeseen ja kuulusteluihin, vaikka se heillekin olisi tarpeellista. Ruotsissa esitettiin jo 1990-luvulla huoli siitä, että EU-maista tulevien lääkäreiden ei tarvitse osallistua testeihin ja heillä on puutteita pätevytydessään (Fagrell & Pehrs 1996). Uuden direktiivin (2013) mukaan EU-kansalaisilta voidaan vaatia kielikoe.

Lähtömaan EU:hun liittyminen on tuonut vapautuksen kuulustelujen loppuun suorittamisesta. Tämä kävi ilmi myös Treta-tutkimuksessa, jossa opintorekisterin perusteella uusista EU-maista olevat lääkärit olivat jättäneet kuulustelut kesken, mutta tarkistuksen jälkeen heidät todettiin laillistetuiksi.

Alankomaissa tehdyn tutkimuksen mukaan lääkäreiden menestymistä käytännön työssä pystyttiin ennakoimaan yhtä hyvin kirjallisten testien kuin näyttelijäpotilaiden avulla järjestettyjen näyttökokeiden pohjalta (Ram ym. 1999). Suomessa on pidetty pelkkiä kirjallisia kuulusteluja riittämättöminä ja näyttökoe on katsottu tarpeelliseksi ammatillisuuden ja kommunikaatiotaitojen testauksessa.

Yleisesti lääkäreiden katsotaan pysyvän pätevinä koko ammattiuransa ajan. Kuitenkin lääkäreiden käytännön toiminnassa voi olla työympäristöön tai henkilökohtaisiin asioihin liittyviä ongelmia. Riskitapausten seulomiseksi on kehitetty malli, jossa on tiedollisia testejä ja näyttökokeita sekä potilaiden ja kollegojen kuulemista. Voidaan päätyä lisäkoulutukseen tai ammatinharjoittamisen kieltämiseen. (Rethans ym. 2002.)

Isossa-Britanniassa on kehitetty myös järjestelmä, jossa on erikoisaloittain lääkäreiden toimintaa arvioivia ryhmiä ja mukana myös maallikkojäseniä. Lääkärin toimintaa arvioidaan työpaikalla ja lisäksi on testejä. Tavoitteena on suojella suurta yleisöä puutteellisesti toimivilta lääkäreiltä. (Southgate ym. 2001.)

Suomessa Valvira voi lähettää laillistuskulusteluihin aiemmin laillistuksen saaneita suomalaisia tai ulkomaalaisia lääkäreitä ammattitaidon tarkistamiseksi.

Laillistusjärjestelmältä edellytetään virheettömyyttä ja pääsääntöisesti se toimii hyvin. Kuitenkin on ilmennyt yksittäistapauksia, joissa lääkärin pätevytydessä on ollut puutteita huolimatta laillistuskulustelujen suorituksesta (Lämsä ym. 2012). Tästä on herännyt epäilyjä laillistusjärjestelmää kohtaan. Yleensä heikko kielitaito on kuitenkin suurempi ongelma kuin kliinisten taitojen puuttuminen.

Kulusteluissa pyritään tutkimaan ammattitaitoa laaja-alaisesti. Jos tästä huolimatta epäpäteviä pääsee läpi kuulusteluissa, tämä viittaisi tarpeeseen tiukentaa vaatimuksia. Ainakaan kuulusteluvaatimusten alentaminen ei ole perusteltua.

Kanadassa on korostettu ulkomailta saapuvien lääkäreiden oikeudenmukaista ja empaattista kohtelua laillistusprosessissa. Vaaditun hoidon tason suhteen ei kuitenkaan voida tehdä kompromisseja. (Nasmith 2000.) Suomessa hoidon tasoon

liittyvä lääkärin kielitaito on todennäköisesti suurempi ongelma kuin Kanadassa, jossa lääkäreillä useimmiten on kielitaito jo maahan tullessaan. Kielitaidon suhteen on Suomessa jouduttu tekemään kompromisseja lääkärinpuolan vuoksi.

ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärin pätevydessä ja tutkintojen sisällössä on paljon vaihtelua ja tämän takia laillistusjärjestelmä pätevyden tutkimiseksi on välttämätön. Kaikkien Suomeen tulleiden lääkärin tutkintojen tunnustaminen ja ammatinharjoittamisluvan myöntäminen pitää olla tavoitteena, koska heidän koulutuksensa on suomalaiselle yhteiskunnalle resurssi, joka ei saisi mennä hukkaan (Kyhä 2006).

Lääkäreiltä vaadittava laillistusprosessi ei todennäköisesti ole ollut suuren yleisön tiedossa, koska sitä eivät tunne kaikki työnantajatkaan. Tämä on voinut lisätä epäluottamusta lääkäreitä kohtaan kielitaidon puutteiden ohella.

Suomessa saatu laillistus on takeena ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkärin pätevydestä myös heidän siirtyessään Suomesta muuhun ETA-maahan. Pohjoismaisen sopimuksen perusteella lääkärit voivat siirtyä myös muihin Pohjoismaihin ammatinharjoittajiksi, jos heillä on Suomen kansalaisuus.

Kuulustelujen vaativuuden pitää säilyä sellaisella tasolla, että laillistettujen lääkärin ammattitaitoon voidaan luottaa työelämässä. Määräaikaisten toimilupien yhteydessä ennen laillistusta lääkäri toimii laillistetun lääkärin ohjauksen ja valvonnan alaisena, mutta laillistuksen saannin jälkeen häneltä edellytetään riittävää kielitaitoa ja korkeaa ammattitaitoa harjoittaa lääkärin ammattia itsenäisesti.

7. Johtopäätöksiä tuloksista ja jatkotutkimusehdotuksia

Treta-tutkimuksen mukaan valtaosa ETA-alueen ulkopuolelta tulevista lääkäreistä oli sopeutunut Suomeen hyvin. He viihtyivät työssään ja saivat potilailtaan myönteistä palautetta. Tähän nähden julkisuudessa esitetyt valitukset ulkomaalaisia lääkäreitä kohtaan vaikuttaisivat olevan yksittäistapauksia.

Kuulustelujen vaativuudesta oli mainintoja kyselyvastauksissa, mutta osallistujat eivät esittäneet kuulusteluja poistettaviksi. Opiskelu kuulusteluja varten on hyödyksi myöhemmässä lääkärityössä selviytymisessä.

Kuulustelujärjestelmä kaipaisi tehostamista, koska se venyy monien kohdalla vuosiksi. Parempi valmennus auttaisi pääsemään tenteistä läpi nopeammin. Vuonna 2010 voimaan tulleet uusintarajoitukset on tarkoitettu tehostamaan prosessia ja tulevaisuus näyttää, mikä niiden vaikutus on ollut. Tässä vaiheessa vaikutus näkyy osanottajamäärien vähenemisenä, koska osallistujat eivät enää osallistu uusintoihin joka kerta, vaan pitävät pidempiä välejä todennäköisesti valmistautuakseen paremmin. Kurssitarjonta on jonkin verran lisääntynyt.

Kuulustelut on syytä säilyttää yhtä vaativina kuin tähänkin asti. Nykyisellään henkilö on voinut hyväksytysti suorittaa kuulustelut, mutta hänen kielitaitonsa on edelleen jonkin verran puutteellinen ja tämä voi aiheuttaa kielteistä palautetta työssä. Kielitaidon osalta pitäisi vaatimuksia tiukentaa, ja kielitaito pitäisi testata monipuolisesti kielitestissä. Laillistuskuulustelun tavoitteena ei ole kielitaidon arviointi.

Laillistusjärjestelmään on ehdotettu muutoksia, kuten kielikoulutuksen lisäämistä, harjoitteluajan siirtoa, laillistusprosessien aikaisten toimilupien lopettamista ja ylimääräistä vuoden työssäoloa ennen laillistuksen saamista. Jos näihin kokeiluhankkeisiin lähdetään, niiden vaikuttavuutta pitää arvioida kriittisesti.

Kuulustelujärjestelmä vaikuttaisi olevan validi eli sen perusteella saadaan luotettavaa tietoa lääkärien pätevydestä, jonka testaaminen on tavoitteena. Näyttökokeessa autenttiset potilastapaukset terveyskeskuksessa vaihtelevat ennakoimattomasti, joten siltä osin voi olla vaikeustason vaihtelua. Kokeessa kuitenkin tarkkaillaan tilanteen hallintaa kokonaisvaltaisesti.

Yksilökohtainen ja pitempiaikainen tarkkailu terveydenhuollon toimintayksikössä antaisi monipuolisemman kuvan henkilön pätevydestä, mutta siihen ei todennäköisesti riitä resursseja eikä järjestely välttämättä olisi tasapuolinen.

Osallistuminen yhteisiin kuulusteluihin on kaikkien osallistujien kannalta hyödyllistä, koska se pakottaa heidät opiskelemaan ja päivittämään tietojaan.

ETA-alueella ei ole yhteistä laillistusjärjestelmää alueen ulkopuolelta tuleville lääkäreille. Olemassa olevien järjestelmien ja niiden toimivuuden tarkempi vertailu olisi kansainvälisesti hyödyllinen.

Suomen laillistamiskuulustelujen validiteettia voitaisiin arvioida sillä perusteella, miten tenteissä hyvin menestyneet ovat sijoittuneet työelämään. Myöskin viranomaisille tulleita muistutuksia voitaisiin pitää mittarina, eli minkä verran näitä on tehty ulkomaalaislääkäreistä verrattuna suomalaisiin lääkäreihin.

Kuulustelujen uusintakertojen rajoitusten vaikutuksia voitaisiin tutkia rekisteritutkimuksena, jossa käytettäisiin tietoja osallistujamääristä, tuloksista ja prosessin kestosta.

Treta-tutkimuksessa tuli esiin lääkärien omana mielipiteenä työtyytyväisyys sekä yleisesti hyvät suhteet potilaisiin ja työyhteisön jäseniin. Lääkärien työssä menestymisestä voitaisiin kysyä myös muilta tahoilta, kuten Valviralta, työtovereilta, yllilääkäreiltä ja potilailta.

Lääkärien omia kokemuksia kielivaikeuksien aiheuttajista ja kulttuurieroista olisi aiheellista tutkia, jotta saataisiin selville eniten vaikeuksia aiheuttavat asiat.

Mahdollisessa uusintakyselyssä voisi olla osallistujina samoja lääkäreitä kuin vuoden 2009 kyselyssä ja vertailuryhmänä lääkäreitä, jotka ovat aloittaneet tenttiprosessin vasta uusintarajoitusten tultua voimaan. Lisäkysymyksinä voitaisiin kysyä mielipiteitä uusintakertojen rajoituksesta, valelääkärikohun vaikutuksesta lääkärien asemaan, kieli- ja kommunikaatio-ongelmista, oman äidinkielen käytöstä työtehtävissä sekä kulttuurierojen merkityksestä ulkomaalaisten lääkärien työssä. Lisäksi voitaisiin kysyä mielipiteitä valvontatyöryhmän ehdotuksista ja mahdollisesti toteutuneista muutoksista. Erilaisten toimenpiteiden vaikuttavuutta kannattaisi tutkia, ennen kuin tehdään pysyviä muutoksia.

Kaikkien kannalta on tavoitteena luoda hyvä laillistusjärjestelmä Suomeen tarjolla olevia lääkäreitä varten. Järjestelmän pitää olla osallistujien kannalta tasapuolinen ja potilasturvallisuuden kannalta luotettava.

Kiitokset

Tulin vuonna 2004 Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialalle projekti-koordinaattoriksi hoitamaan ulkomaalaisten lääkärien laillistamiskäytösten käytännön järjestelyjä. Pääsin osallistumaan myös tutkimustehtäviin eli suomalaisia lääkäreitä koskevan Lääkäri 2003 -tutkimuksen vapaiden vastausten tallentamiseen ja analysointiin sekä artikkelien kirjoittamiseen yhtenä tutkimusryhmän jäsenenä. Kiitän emeritusprofessori Kari Mattilaa, jonka aloitteen pohjalta minulle avautui mahdollisuus tutustua tutkimuksen maailmaan.

Käytännön työssä projektikoordinaattorina heräsi tenttijärjestelmän toimivuutta ja osallistujia koskevia kysymyksiä. Lääkäri 2003 -tutkimuksesta saamani kokemuksen perusteella aloin suunnitella ETA-alueen ulkopuolelta tuleville lääkäreille kohdistetun kyselytutkimuksen tekemistä. Aivan ensi vaiheessa suunnittelussa olivat mukana Kari Mattila ja emeritusprofessori Mauri Isokoski, joita kiitän opastuksesta kyselylomakkeen laatimisessa.

Koko prosessin ajan eli vuodesta 2008 tähän päivään asti ohjaajinani ovat toimineet Kari Mattila ja emeritaprofessori Irma Virjo. Tutkimusryhmämme toteutti kyselytutkimuksen ulkomaalaisille lääkäreille vuonna 2009. Tämän jälkeen ryhmässä analysoitiin tuloksia ja kirjoitettiin artikkeleita, joita tarjottiin sekä suomalaisiin että kansainvälisiin julkaisuihin. Ryhmä on kokoontunut vuosien aikana kymmeniä kertoja. Kari Mattilalta ja Irma Virjolta saamani ohjaus on ollut hyvin tiivistä ja kannustavaa. Siitä heille suuri kiitos! Myös ehdotus väitöskirjan tekemisestä tuli heidän taholtaan.

Pääsin esittelemään tutkimusta Lääkäri 2008 -tutkimusryhmälle, johon kuuluivat Kari Mattilan ja Irma Virjon lisäksi LL Teppo Heikkilä, dosentti Harri Hyppölä, lääkintöneuvos Santero Kujala, dosentti Hannu Halila ja VTM Jukka Vänskä. Ryhmä osallistui tutkimuksen yhden artikkelin kirjoittamiseen. Kiitän heitä kiinnostuksesta ja työpanoksesta.

Kiitän seurantaryhmään suostuneita Mauri Isokoskea ja Hannu Halilaa.

Kiitän väitöskirjan esitarkastajia dosentti Marko Elovainiota ja professori Minna Kailaa, jotka olivat yksityiskohtaisesti käyneet läpi käsikirjoituksen. Minna Kaila edellytti käsikirjoituksen lyhentämistä, mikä oli varmasti eduksi lopputuloksen kannalta.

Kiitän myös tutkimukseen vastanneita laillistamiskuu­l­usteluihin osallistuneita lääkäreitä. Olin jo työssäni projektikoordinaattorina puhelin­keskusteluissa todennut, että monille oli tärkeää saada ilmaista laillistujärjestelmää koskevia mielipiteitään.

Kiitän Tampereen yliopiston yleislääketieteen ryhmässä toimineita henkilöitä, joiden kanssa olen keskustellut tutkimuksen eri vaiheissa. Kiitän erityisesti Kaisa Turusta, jonka tutkimusryhmässä olin alkuvaiheessa mukana. Vertaisryhmä yleislääketieteen alan väitöskirjatutkijoita on kokoontunut viimeisen vuoden aikana. Kiitän ryhmän jäseniä keskusteluista ja saamistani neuvoista.

Vanhemmiltani olen saanut työntekoa korostavat elämänarvot, jotka ovat auttaneet myös tutkimuksen tekemisessä. Lapseni Katja, Anssi ja Kaisa ovat tuoneet suurimman ilon elämääni ja myöskin surun, koska menetimme Anssin vuonna 2001. Tyttärien lapset Jimi, Jade ja Aslan ovat uusi ilon aihe. Kiitän koko lähipiiriäni heidän antamastaan elämänuskosta ja tuesta.

Tampereella 17.10.2014

Riitta-Liisa Haukilampi

Kirjallisuusviitteet

Aalto AM, Elovainio M, Heponiemi T, Hietapakka L, Kuusio H & Lämsä R (2013): Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa. Haasteet ja mahdollisuudet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Raportti 7/2013.

Aittoniemi S (1992): Kirjallinen kysymys ulkomaisten lääkäreiden oikeudesta harjoittaa ammattiaan Suomessa. KK 621/92. <http://www.eduskunta.fi> [luettu 5.2.2010]

Akatemia (2013): Akatemian kulttuuri- ja yhteiskuntahankkeet valittiin. Tutkimusuutiset. Tampereen yliopisto. <http://www.uta.fi/ajankohtaista/tutkimusuutiset/ilmoitus.html?id=85775> [luettu 17.11.2013]

Alonso-Garbayo Á & Maben J (2009): Internationally recruited nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: the decision to emigrate. Open Access. *Human Resources for Health*. <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/37> [luettu 5.4.2011]

AMC Exam (2013): Australian Medical Council Exams Information Web site. <http://www.amc-exam.com> [luettu 22.5.2013]

Ammattihenkilölaki (1994): Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940559>

Ammattihenkilölaki (2007): Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 1200/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20071200>

Ammattipätevyysdirektiivi (2005): Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2005/36/EY ammattipätevyyden tunnustamisesta. *Euroopan unionin virallinen lehti* 30.9.2005, L 255.

Ammattipätevyysdirektiivi (2013): Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/55/EU ammattipätevyyden tunnustamisesta. *Euroopan unionin virallinen lehti* 28.12.2013, L 354.

- Andersen F, Forsdahl A, Herder O & Aaraas I (2001): Lack of doctors in rural districts – situation in Northern Norway, national challenge [in Norwegian]. *Tidskrift for den Norske Legerforening* 121:2732-5. Viittaus artikkelissa Díaz E & Hjörleifsson S (2011).
- Ansökan (2013): Ansökan om legitimation som läkare för dig som är utbildad i annat land än inom EU, Norge, Island, Liechtenstein eller Schweiz. Provtjänstgöring. <http://www.socialstyrelsen.se> [luettu 22.5.2013]
- Archer JC (2009): European licensing examinations – The only way forward. *Medical Teacher* 31:215-216.
- Arviointisääntö (2012): Tampereen yliopiston opintojen arviointisääntö 1.8.2012. http://www.uta.fi/opiskelu/lakitieto/opintojen_arviointisaanto.html
- Asettamispäätös (2013): Opetus- ja kulttuuriministeriö. Kielitaidon ja EU-/ETA-maiden ulkopuolella hankitun osaamisen täydentäminen terveysalalla: työryhmän asettaminen. OKM/88/040/2012.
- Asetus (2009): Valtioneuvoston asetus (1082/2009) yliopistojen toiminnassa perittävistä maksuista. 4 § Yliopistojen maksulliset päätökset ja kokeet. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20091082>
- Asetus (2011): Valtioneuvoston asetus (377/2011) terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen muuttamisesta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110377> [luettu 28.10.2013]
- Audas R, Ryan A & Vardy D (2009): Where did the doctors go? A study of retention and migration of provisionally licensed international medical graduates practising in Newfoundland and Labrador between 1995 and 2006. *Can J Rural Med* 14:21-24.
- Bach S (2004). Migration patterns of physicians and nurses: still the same story? Public Health Classics. *Bull World Health Organ* 82:624-625.
- Baerlocher MO (2006): The importance of foreign-trained physicians to Canada. *Clin Invest Med* 29:151-153.
- Bergbom B (2007): Maahanmuuttajien sosiaalinen integraatio suomalaisiin työyhteisöihin. Teoksessa Vartia ym. Monikulttuurisuus työn arjessa, s. 105–124. Työterveyslaitos. Työministeriö. Helsinki.
- van Berkestijn TMG, Splinter T, ten Cate O, Bezema R, Dijkstra J & Postma C (2008): ECFMG programme: a quality tool for incoming non-EU medical Doctors to EU? Experiences from implementing the ECFMG programme in the Netherlands. AMSE Annual Conference, Barcelona. www.amse-med.eu/documents/vanBerkestijn2.doc [luettu 6.5.2010]

- Bernstein JH & Shuval JT (1998): The occupational integration of former Soviet physicians in Israel. *Soc Sci Med* 47:809-819.
- Board (2013): Professional and Linguistic Assessments Board (PLAB). General Medical Council. <http://www.gmc-uk.org/doctors/plab.asp> [luettu 22.5.2013]
- Boulet JR, Norcini JJ, Whelan GP, Hallock JA & Seeling SS (2006): The International Medical Graduate Pipeline: Recent Trends in Certification and Residency Training. *Health Affairs* 25:469-477.
- Bruijnzeels M & Visser A (2005): Intercultural doctor-patient relational outcomes: need more to be studied. Editorial. *Patient Education and Counseling* 57:151-152.
- Chen PGC, Nunez-Smith M, Bernheim SM, Berg D, Gozu A & Curry LA (2010): Professional Experiences of International Medical Graduates Practicing Primary Care in the United States. *J Gen Intern Med* 25:947-953.
- Cooper RA & Aiken LH (2006). Health Services Delivery: Reframing Policies for Global Migration of Nurses and Physicians – A U.S. Perspective. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 7(Suppl):66S-70S.
- Curran V, Hollett A, Hann S & Bradbury C (2008): A qualitative study of the international medical graduate and the orientation process. *Can J of Rural Med* 13:163-169.
- Diallo K (2004): Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. *Bulletin of the World Health Organization* 82:601-607.
- Díaz E & Hjörleifsson S (2011): Immigrant general practitioners in Norway: A special resource? A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health* 39:239-244.
- Doktor (2013): Lääkäriksi Suomeen. Itä-Suomen yliopisto. Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate. <http://wanda.uef.fi/tkk/liferay/projekti> [luettu 12.10.13]
- Dore KL, Kreuger S, Ladhani M, Rolfson D, Kurtz D, Kulasegaram K, Cullimore AJ, Norman GR, Eva KW, Bates S & Reiter HI (2010): The Reliability and Acceptability of the Multiple Mini-Interview as a Selection Instrument for Postgraduate Admissions. *Academic Medicine* 85(Suppl):S60-S63.
- Dorgan KA, Lang F, Floyd M & Kemp E (2009): International Medical Graduate-Patient Communication: A Qualitative Analysis of Perceived Barriers. *Academic Medicine* 84:1567-1575.

- Englmann B (2009): Recognition procedures for foreign trained doctors in Germany. Presentation held at the International Workshop on Practises for Recognising Qualifications of Migrant Health Professionals at the HWWI, Hamburg. http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/turantur_en.pdf [luettu 22.3.2010]
- Eskelinen O, Vänskä J, Siukosaari J & Halila H (2007): Suomalaiset lääkärit ulkomailla – Keitä he ovat, missä he ovat ja miksi he muuttavat? *Suom Lääkäril* 62:1037-1041.
- Euroopan unioni (2010): Euroopan unionin toiminta. Työllisyys- ja sosiaaliasiat. http://europa.eu/pol/socio/index_fi.htm [luettu 3.8.2010]
- European Commission (2013). Memo. Commissioner Michel Barnier welcomes the European Parliament vote on the modernization of the Professional Qualifications Directive: a good result for the promotion of professional mobility. http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-13-866_en.htm?locale=en
- Eva KW, Rosenfeld J, Reiter HI & Norman GR (2004): An admissions OSCE: the multiple mini-interview. *Medical Education* 38:314-326.
- Fagrell B & Pehrs M (1996): TULE-provet gott test på kompetens som läkare. Låg arbetslöshet bland de godkända. *Läkartidningen* 93:475-476.
- Flygar M (2009): Idästä apu lääkäripulaan. *Suom Lääkäril* 64:350-352
- Forsander A (2002): Luottamuksen ehdot. Maahanmuuttajat 1990-luvun suomalaisilla työmarkkinoilla. Väestöliitto, Helsinki. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 39/2002.
- García-Pérez MA, Amaya C & Otero Á (2007): Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation. *BMC Health Services Research*. Open Access. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/201> [luettu 19.8.2010]
- General Medical Council (2013): Applying for registration as an International Medical Graduate. http://www.gmc-uk.org/doctors/before_you_apply/imgs.asp [luettu 13.10.2013]
- George JT, Rozario KS, Anthony J, Jude EB & McKay GA (2007): Non-European Union doctors in the National Health Service: why, when and how do they come to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland? Open Access. *Human Resources for Health* 5:6. <http://www.human-resources-health.com/content/5/1/6>

- Han GS & Humphreys JS (2005): Overseas-trained doctors in Australia: Community integration and their intention to stay in a rural community. *Aust J Rural Health* 13:236-241.
- Harden RM (2006): International Medical Education and Future Directions: A Global Perspective. *Academic Medicine* 81(Suppl):S22-S29.
- Haukilahti RL, Virjo I, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, Kumpusalo E, Vänskä J & Mattila K (2005): Olut, ooppera, orkideat.. Mikä auttaa lääkäriä jaksamaan? *Suom Lääkäril* 60:3647-54.
- Haukilahti RL, Virjo I, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, Kumpusalo E, Vänskä J & Mattila KJ (2008a): Lääkäri 2003 -tutkimus: muuttuuko lääkärin työ - ja mihin suuntaan? *Suom Lääkäril* 63:405-410.
- Haukilahti RL, Virjo I, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, Kumpusalo E, Vänskä J & Mattila KJ (2008b): Miten lääkärit ovat kokeneet työtahdin muuttuneen työssäoloaikanaan? *Yleislääkäri* 23:19-22.
- Haukilahti RL, Virjo I, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, Kumpusalo E, Vänskä J & Mattila KJ (2008c): Potilaat ovat muuttuneet: vuosina 1977-1991 valmistuneiden lääkärin arvio muutoksesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45:187-196.
- Haukilahti RL, Virjo I, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, Kumpusalo E, Vänskä J & Mattila KJ (2008d): Enemmistö lääkäreistä pitää tietoteknologian muutosta myönteisenä. *Suom Lääkäril* 63:4223-4229.
- Heikkilä E & Pikkarainen M (2008): Väestön ja työvoiman kansainvälistyminen nyt ja tulevaisuudessa. Siirtolaisuusinstituutti, Turku. Siirtolaisuustutkimuksia A 30.
- Heikkilä T, Vänskä J, Hyppölä H, Halila H, Virjo I, Mattila K, Kujala S & Isokoski M (2009): Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997-2006 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:19. Helsinki.
- Heikkilä T, Hyppölä H, Vänskä J, Virjo I, Halila H, Isokoski M, Ruskoaho J, Kujala S & Mattila K (2010): Lääkäri 2008 - uusinta tutkimustietoa lääkäreistä: Nuoren lääkärin vanhemmat yhä useammin lääkäreitä. *Suom Lääkäril* 65:2401-7.
- Herfs PGP (2011): International Medical Graduates in the Netherlands. Utrecht University. Based on doctoral thesis 31.3.2009. http://paulherfs.nl/?page_id=6 [luettu 19.8.2013]
- Herfs PGP, Kater L & Haalboom JRE (2007): Non-EEA doctors in EEA countries: doctors or cleaners? *Medical Teacher* 29:383-389.

- Herzberg (1966). *Work and the Nature of Man*. World. New York.
- Hofmeister M, Lockyer J & Crutcher R (2009): The multiple mini-interview for selection of international medical graduates into family medicine residency education. *Medical Education* 43: 573-579.
- Huijskens EGW, Hooshiaran A, Scherpbier A & van der Horst F (2010): Barriers and facilitating factors in the professional careers of international medical graduates. *Medical Education* 44:795-804.
- Jaakkola M (2009): Maahanmuuttajat suomalaisten näkökulmasta. Asennemuutokset 1987–2007. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 1/2009.
- Jamieson M & Browne K (2011): How to help your international medical graduate trainee pass the CSA. Teaching exchange. *Educ for Prim Care* 22:178-181.
- Jaques H (2011): Regulating Europe's roaming doctors. *BMJ Careers*. <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20004142> (luettu 8.9.2012)
- Jasinskaja-Lahti I, Liebkind K & Vesala T (2002): Rasismi ja syrjintä Suomessa. Maahanmuuttajien kokemuksia. Gaudeamus. Helsinki.
- Kahra H (2007): Lääkäriksi Suomeen. Julkaisussa *Specimasta opittua. Korkeasti koulutetut maahanmuuttajat työelämään*, s. 66-69. Toim. Huttunen HP & Kupari T. Turun työvoimatoimiston Kansainväliset palvelut.
- Karhapää-Puhakka S, Kaarniemi H & Mentula H (2011). Lääkäriksi Suomeen. Opas työyhteisöille. Itä-Suomen yliopisto. Koulutus- ja kehittämisspalvelu Aducate.
- Kearns R, Myers J, Adair V, Coster H & Coster G (2006): What makes 'place' attractive to overseas-trained doctors in rural New Zealand? *Health and Social Care in the Community* 14:532-540.
- Kekäläinen E (2013): Lääkäriksi Suomeen – työvoimapolitiittinen koulutus. Mediverkko Terveyspalvelut Oy.
- Kielitaidon määrittäminen (2014): Kielitaidon määrittäminen sekä kielitaidon ja EU/ETA-alueen ulkopuolella hankitun koulutuksen täydentäminen terveysalalla. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2014:5.
- Kinfu Y, Dal Poz MR, Mercer H & Evans DB (2009): The health worker shortage in Africa: are enough physicians and nurses being trained? *Bull World Health Organ* 87:225-230.

- Kinnunen T (2003): "If I can find a good job after graduation, I may stay."
Ulkomaalaisten tutkinto-opiskelijoiden integroituminen Suomeen. Occasional paper 2b/2003. Kansainvälisen henkilöväihdon keskus Cimo. Opiskelijajärjestöjen tutkimussäätiö Otus rs.
- Kirigia JM, Gbary AR, Muthuri LK, Nyoni J & Seddoh A (2006): The cost of health professionals' brain drain in Kenya. Open Access. *BMC Health Services Research* 6:89. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/89> [luettu 19.8.2010]
- Klein D, Hofmeister M, Lockyer J, Crutcher R & Fidler H (2009): Push, Pull, and Plant: The Personal Side of Physician Immigration to Alberta, Canada. *Fam Med* 41:197-201.
- Kline DS (2003): Push and Pull Factors in International Nurse Migration. *Journal of Nursing Scholarship* 35:107-111.
- Kumpusalo E, Neittaanmäki L, Mattila K, Virjo I, Isokoski M, Kujala S, Jääskeläinen M & Luhtala R (1994): Professional Identities of Young Physicians: A Finnish National Survey. *Medical Anthropology Quarterly* 8:69-77.
- Kuusio H, Elovainio M, Vänskä J, Heponiemi T, Aalto AM, Koivuniemi S, Ailasmaa R & Keskimäki I (2010): Terveysthuoltohenkilöstön liikkuvuus Suomen ja muiden maiden välillä. *Suomen Lääkärilehti* 65:3323-3329.
- Kyhä H (2006): Miksi lääkäri ei kelpaa lääkäriksi? Korkeakoulutetut maahanmuuttajat Suomen työmarkkinoilla. *Aikuiskasvatus* 26:122-129.
- Kyhä H (2007): Akateemisten tutkintojen avulla suomalaisille työmarkkinoille? – tutkimus korkeakoulutettujen maahanmuuttajien työurista. Julkaisussa Specimasta opittua. Korkeasti koulutetut maahanmuuttajat työelämään, s. 21-31. Toim. Huttunen HP & Kupari T. Turun työvoimatoimiston Kansainväliset palvelut.
- Laki (2008): Laki Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta 31.10.2008/669.
- Laurinolli H (2012): Tampereella tutkitaan lääkäreiden kielitaitoa. Aikalainen 9/2012. Tampere.
- Lee ES (1966): A Theory of Migration. *Demography* 3:47-57.
- Liebkind K, Mannila S, Jasinskaja-Lahti I, Jaakkola M, Kyntäjä E & Reuter A (2004): Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. Gaudeamus. Helsinki.

- Louis WR, Lalonde RN & Esses VM (2010): Bias against foreign-born or foreign-trained doctors: experimental evidence. *Medical Education* 44:1241-1247.
- Lämsä R, Manderbacka K, Kuusio H, Aalto AM & Elovainio M (2012): Yliääkärien ja ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kokemuksia toimilupaprosessista. *Suom Lääkäril* 67:2555-2560a.
- Lääkäriksi Pohjois-Karjalaan (2010): Hanke 1.8.2008–31.12.2010. Itä-Suomen yliopisto. Koulutus- ja kehittämisspalvelu Aducate.
<http://tkk.joensuu.fi/liiferaay/projektit/doktor/> [luettu 5.8.2010]
- Lääkäriliitto (2010): Tietoja ulkomaalaisista lääkäreistä Suomessa. Lääkärien työolot ja terveys 2010 tutkimus. Lääkäriliitto, THL, TTL.
http://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1268/tietoja_ulkomaalaisista_laakareista_suomessa.pdf [luettu 21.10.2013]
- Lääkäriliitto (2011): Kysely Lääkäriliiton jäsenille valelääkäriteemasta.
www.laakariliitto.fi/files/valelaakarikyselytulokset.pdf. [luettu 15.3.2012]
- Lääkäriliitto (2014): Lääkäriliiton arvot ja tehtävät.
<http://www.laakariliitto.fi/liitto/> [luettu 5.5.2014]
- Lääkärit (2011): Suomen Lääkäriliitto. <http://old.laakariliitto.fi/files/laakariliitto-taskutilasto-2011.pdf> [luettu 28.10.2013]
- Lääkärit (2013): Lääkäriliitto.
http://old.laakariliitto.fi/files/LL_taskutilasto2013_FI_net.pdf [luettu 28.10.2013]
- Lääkärit Suomessa (2012): Tilastotietoja lääkäreistä ja terveydenhuollosta. Suomen Lääkäriliitto. Helsinki. Verkkajulkaisu.
http://www.laakariliitto.fi/files/LL_vuositil12_121210_uusi.pdf
- Maahanmuuttovirasto (2013): Inkerinsuomalaisia paluumuuttajia odotettavissa vielä muutama tuhat.
<http://www.migri.fi/medialle/tiedotteet/lehdistotiedotteet> [luettu 17.6.2013]
- Mahajan J & Stark P (2007): Barriers to education of overseas doctors in paediatrics: a qualitative study in South Yorkshire. *Arch Dis Child* 92:219-223.
- Markkanen SM (2007): Integration or Discrimination: Opportunities and Barriers to Appropriate Paid Employment for Healthcare Professional Refugees in Finland. Thesis. University of Leeds. <http://explore.bl.uk/> [luettu 17.10.2012]

- Markkanen K & Tammisto S (2005): Maahanmuuttajat hoitoalan työyhteisöissä. Tehyn selvitys monikulttuurisuudesta. Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 3/2005.
- Mattila K (2005): Tärkeimmät yleislääkärin työhön liittyvät lait ja asetukset. Teoksessa *Yleislääketiede*, s. 547-9. Toim. Kumpusalo E, Ahto M, Eskola K, Keinänen-Kiukaanniemi S, Kosunen E, Kunnamo I & Lohi J. Duodecim.
- Mattila K, Halila H, Hyppölä H, Isokoski M, Kujala S, Kumpusalo E, Luhtala R, Neittaanmäki L & Virjo I (2003): Suomalaisten lääkärin arvovalinnat. *Suom Lääkäril* 58:1199-1201.
- Mattila K, Niittykangas H & Ollila OP (1979): Ulkomailla koulutetut suomalaiset lääkärit. *Suom Lääkäril* 34:1068-1074.
- Mediaseuranta (2013): Yle: Maahanmuuttajalääkäreiden kielikoulutus ei jatku Kaakkois-Suomessa. <http://mediaseuranta.blogspot.fi/2013/06/yle-maahanmuuttajalääkäreiden.html> [luettu 16.6.2013]
- Mediverkko (2013): Lääkäriksi Suomeen. Työvoimakoulutus. <http://www.mol.fi>
- Mejía A, Pizurki H & Royston E (1979): Physician and Nurse Migration. Analysis and Policy Implications. Report of a WHO Study. Geneve.
- Mullally S & Wright D (2007): La Grande Séduction? The Immigration of Foreign-Trained Physicians to Canada, c. 1954–76. *Journal of Canadian Studies* 41:67-89.
- Nasmith L (2000): Licence requirements for international medical graduates: Should national standards be adopted? Commentary. *JAMC* 162:795-796.
- OECD (2013): OECD. <http://fi.wikipedia.org/wiki/OECD> [luettu 7.12.2013]
- Paunio R & Pelkonen R (2012): Terveystieteiden valvontatyöryhmän mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. No. 8. Helsinki.
- Pitkänen P (2011): Kulttuurien kohtaamisia arjessa. Vastapaino. Tampere.
- Policy Brief (2010): International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to Address the Global Health Workforce Crisis. OECD-WHO. http://www.who.int/hrh/resources/oecd-who_policy_brief_en.pdf [luettu 13.10.2013]
- Pälve H (2011): Valelääkäri ja lääkärin professio. Pääkirjoitus. *Suom Lääkäril* 66:3545.

- Raittila P (2004): Venäläiset ja virolaiset suomalaisten Toisina. Tapaustutkimuksia ja analyysimenetelmien kehittelyä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tiedotusopin laitos.
- Ram P, van der Vleuten C, Rethans J-J, Schouten B, Hobma & Grol R (1999): Assessment in general practice: the predictive value of written-knowledge tests and a multiple-station examination for actual medical performance in daily practice. *Medical Education* 33:197-203.
- Remedios L, Deshpande A & Harris M (2010): Helping international medical graduates (IMGs) to success in the nMRCGP (the new Membership of the Royal College of General Practitioners examination). *Education for Primary Care* 21: 143-144.
- Rethans JJ, Norcini JJ, Barón-Maldonado M, Blackmore D, Jolly BC, LaDuca T, Lew S, Page GG & Southgate LH (2002): The relationship between competence and performance: implications for assessing practice performance. *Medical Education* 36:901-909.
- Richter J, Eisemann M & Zgonnikova E (2001): Doctors' authoritarianism in end-of-life treatment decisions. A comparison between Russia, Sweden and Germany. *Journal of Medical Ethics* 27:186-191.
- SAK (2014): Statens Autorisasjons-Kontor for helsepersonell. Medical Practitioners educated outside the EU/EEA. <http://english.sak.no/sites/sak-english/profession/Sider/medical-practitioners-educated-outside-the-eueea.aspx#.UxT6K9JWF9I> [luettu 2.3.2014]
- Schuwirth LWT & van der Vleuten CPM (2004): Different written assessment methods: what can be said about their strengths and weaknesses? *Medical Education* 38:974-979.
- Sepp A (2012): Eesti arstide tööga rahulolu. Arst 2011. Ankeetküsitlus 1997–2006 diplomeeritud arstidele. Sotsiaalministeerium. Eesti Arstide Liit. Tallinn.
- Sepp A, Virjo I & Mattila K (2007): Eesti arstide tööga rahulolu. Arst 2000. Ankeetküsitlus 1987–1996 diplomeeritud arstidele. Sotsiaalministeerium. Tallinn.
- Setälä P & Jyrälä K (2008): Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta 2005/36/EY. Tiivistelmä terveydenhuollon ammattihenkilöiden osalta. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. http://www.valvira.fi/files/Käsikirja_direktiivistä_2005-36-EY.pdf [luettu 3.2.2010]
- Shuval JT (1998): Credentialling immigrant physicians in Israel. *Health & Place* 4:375-381.

- Shuval JT & Bernstein J (1996): The dynamics of professional commitment: immigrant physicians from the former Soviet Union in Israel. *Soc Sci Med* 42:965-974.
- Simmgen M (2004): Why German doctors enjoy British medicine. *Clinical Medicine* 4:57-59.
- Simola A (2008): Tervetullut työvoimaksi. Työperäinen maahanmuutto mediassa. Tampereen yliopisto. Tiedotusopin laitos. Journalismin tutkimusyksikkö. Julkaisuja. Sarja A109/2008.
- Siukosaari J (2009): Tavoitteena on reilu rekrytointi. *Suom Lääkäri* 64:352-353.
- Slowther A, Lewando Hundt GA, Purkis J & Taylor R (2012): Experiences of non-UK-qualified doctors working within the UK regulatory framework: a qualitative study. *J R Soc Med*, published online, doi: 10.1258/jrsm.2011.11026.
- Snauwaert B, Soenens B, Vanbeselaere N & Boen F (2003): When integration does not necessarily imply integration. Different conceptualizations of acculturation orientations lead to different classifications. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 34:231-239.
- Socialstyrelsen (2012): Ansökan om legitimation för läkare. www.socialstyrelsen.se
- Southgate L, Cox J, David T, Hatch D, Howes A, Johnson N, Jolly B, Macdonald E, McAvooy P, McCrorie P & Turner J (2001): The assessment of poorly performing doctors: the development of the assessment programmes for the General Medical Council's Performance Procedures. *Medical Education* 35(Suppl. 1):2-8.
- Standard-setting study (2013): Wikipedia, the free encyclopedia. http://en.wikipedia.org/wiki/Standard-setting_study [luettu 5.1.2013]
- Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O & Dal Poz M (2004): Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization* 82:595-600.
- Sundhedsstyrelsen (2014): Registration procedure for third country doctors. <http://sundhedsstyrelsen.dk/en/registration/registration-of-healthcare-professionals/application-for-registration/medical-doctor/registration-procedure.aspx> [luettu 9.1.2014]
- Terhikki (2013): Terveystietojärjestelmän ammattihenkilöiden keskusrekisterin julkinen tietopalvelu. Valvira. http://valvira.fi/tietopankki/rekisterit/terveydenhuollon_ammattihenkilot/julkiterhikki [luettu 13.10.2013]

- Terveydenhuollon ammattihenkilöt. Lääkärit (2004): Toim. Aho M, Karjalainen TL & Kinnunen L. . Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Helsinki.
- Tilastokeskus (2012): Väestörakenne. <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html> [luettu 15.6.2013]
- Tolbert Coombs AA & King RK (2005): Workplace Discrimination: Experiences of Practicing Physicians. *J Natl Med Assoc* 97: 467-477.
- UEMS (2014): European Union of Medical Specialists. UEMS Activities. European Affairs. Professional Qualifications. <http://www.uems.eu/uems-activities/european-affairs/mutual-recognition-of-professional-qualifications/mrpq-uems-priorities> [luettu 30.5.2014]
- Valtiosopimukset (1994): Sopimus eräiden terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöryhmien sekä eläinlääkäreiden yhteisistä pohjoismaisista työmarkkinoista. Finlex. Valtiosopimukset 2/1994.
- Valvira (2012): Ammattioikeudet. Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto. <http://www.valvira.fi/luvut/ammattioikeudet> [luettu 12.8.2012]
- Valviran lausunto (2012): OKM:n lausuntopyyntö komission ehdotuksesta ammattipätevyysdirektiivin muuttamiseksi. http://www.valvira.fi/tietopankki/annetut_lausunnot/valviran_lausunto_ammattipatevyysdirektiivista
- Vartia M, Bergbom B, Giorgiani T, Rintala-Rasmus A, Riala R & Salminen S (2007): Monikulttuurisuus työn arjessa. Työterveyslaitos. Työministeriö. Helsinki.
- Verheggen MM, Muijtjens AMM, van Os J & Schuwirth LWT (2008): Is an Angoff Standard an Indication of Minimal Competence of Examinees or of Judges? *Advances in Health Sciences Education* 13: 203-211.
- Whelan GP, Boulet JR, McKinley DW, Norcini JJ, van Zanten M, Hambleton RK, Burdick WP & Peitzman SJ (2005): Scoring standardized patient examinations: lessons learned from the development and administration of the ECFMG Clinical Skills Assessment (CSA). *Medical Teacher* 27:200-206.
- WHO (2011): Statistical Information System. <http://www.who.int/whosis/en/> [luettu 14.7.2011]
- WHO Global Code (2010): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly. WHA63.16. http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf

- Wikipedia (2014): Kehitysmää. <http://fi.wikipedia.org/wiki/Kehitysmää> [luettu 5.5.2014]
- Virjo IO, Mattila KJ, Lember M, Kermes R, Pikk A & Isokoski MK (1997): Autopercepción del rol profesional de los médicos de atención primaria de Estonia y Finlandia. [How do experienced Estonian and Finnish primary healthcare physicians see themselves as doctors?] *Atención Primaria* 19:407-411.
- Wiskow C (2006): Health worker migration flows in Europe: Overview and case studies in selected CEE countries – Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia. Working Paper. International Labour Office. Geneva. <http://www2.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp245.pdf> [luettu 3.8.2010]
- WMA (2003): WMA Statement on Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians. World Medical Association. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e14/> [luettu 13.10.2013]
- Worley PS & Couper ID (2002): The ethics of international recruitment. Editorial. *Rural and Remote Health* 2 (online). <http://rrh.deakin.edu.au>
- Vänskä J & Kangas M (2008): Lääkärivajeen taustalla paikalliset ongelmat. *Suom Lääkäril* 63:4436-4440.
- Östergren J, Kaviani C, Krook-Brandt M & Dahlgren LO (2009): AT-provets resultat varierar beroende på studieort och ålder. Analys av proven åren 1995–2008. *Läkartidningen* 2009-09-15. <http://www.lakartidningen.se> [luettu 22.3.2010]

Liitteet

Kyselylomake:

Kysely ETA-alueen ulkopuolelta tuleville lääkäreille 2009

1 TAUSTATIEDOT**1.1 Syntymävuosi**

1	9		
---	---	--	--

1.2 Sukupuoli

- mies
 nainen

1.3 Siviilisäät

- avioliitto
 avoliitto
 eronnut
 leski
 naimaton
 muu

1.4 Synnyinmaa

1.5 Äidinkieli

1.6 Maa, jossa opiskelit lääkäriksi

1.7 Yliopisto, josta valmistuit lääkäriksi

1.8 Milloin valmistuit lääkäriksi, vuosi

--	--	--	--

1.9 Työkokemuksesi lääkärinä ennen Suomeen tuloa

Missä maissa olet toiminut lääkärinä ennen Suomeen tuloa?

Oletko toiminut ennen Suomeen tuloa lääkärinä

- erikoissairaanhoidossa
 perusterveydenhuollossa
 muussa työssä, missä:

Minkätyyppisessä työssä olet toiminut ennen Suomeen tuloa

- kliininen työ
 tutkija
 hallinnollinen työ
 muu työ, mikä:

Montako vuotta olet toiminut lääkärinä ennen Suomeen tuloa?

--	--

 vuotta

2 KUULUSTELUJA EDELTÄVÄT VAIHEET

2.1 Suomeen tulon syyt

(voit valita useita vaihtoehtoja)

- suomalainen sukutausta
- suomalainen vaimo/mies

- oman maan epävarma tilanne
- vaikea harjoittaa lääkärin ammattia omassa maassa
- syrjintä omassa maassa

- urakehitys
- parempi palkka ja elintaso
- ystävien suositus
- muu syy, mikä?

2.2 Mistä sait tietoa kuulustelujärjestelmästä

- Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta (TEO)
- Suomeen muuttaneilta kollegoiltani
- suomalaisilta ystävilta
- Internetistä
- muualta, mistä:

Saitko riittävästi tietoa kuulusteluista etukäteen?

- kyllä
- en, mitä tietoja puuttui:

2.3 Paperien ja todistusten toimittaminen

- ei ongelmia
- oli hankaluuksia, millaisia:

2.4 Kielitaito ja kielikoe

Osaitko suomen (tai ruotsin) kieltä ennen Suomeen tuloa?

- en lainkaan
- vähän
- jonkin verran
- hyvin

Jos osait suomea (tai ruotsia), mihin kielitaitosi perustui?

- olin itsenäisesti opiskellut kieltä
- olin aiemmin asunut Suomessa
- olin oppinut sukulaisilta
- muu syy, mikä:

Arvio kielikokeesta

- helppo
- vaikea
- muu mielipide kokeesta:

2.5 Kuulusteluihin valmistautuminen

Mikä oli vaikeinta kuulusteluihin valmistautuessa?

- lääketieteellisen tiedon hallinta
- suomalaisen toimintatavan tuntemus
- vastaaminen kirjallisesti
- suomen (tai ruotsin) kieli
- muu asia, mikä:

2.6 Valmentavat kurssit

Osallistuitko kursseille ennen tenttejä tai tenttien aikana?

- en
 kyllä

Montako kertaa olet osallistunut kursseille:

_____ kertaa

Kurssien kesto yhteensä

_____ kk

Kenen järjestämä kurssi oli:

- Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus (TYT)
 Joensuun yliopiston täydennyskoulutuskeskus
 Fintra
 Jukka Alsti Oy
 Muu järjestäjä, mikä:

Miten kurssi vaikutti tenttimenestykseen

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ei
lainkaan | melko
vähän | melko
paljon | erittäin
paljon |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.7 Kokemukset tenttejä edeltävästä harjoitteluajasta

Harjoittelupaikkasi sairaanhoitopiiri:

- HUS (Uusimaa)
 HUS (Helsinki)
 Varsinais-Suomi
 Satakunta
 Kanta-Häme
 Pirkanmaa
 Päijät-Häme
- Kymenlaakso
 Etelä-Karjala
 Etelä-Savo
 Itä-Savo
 Pohjois-Karjala
 Pohjois-Savo
- Keski-Suomi
 Etelä-Pohjanmaa
 Vaasa
 Keski-Pohjanmaa
 Pohjois-Pohjanmaa
 Kainuu
 Länsi-Pohja
 Lappi
 Ahvenanmaa
- En tiedä sairaanhoitopiiriä

täysin eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	melko samaa mieltä	täysin samaa mieltä
-------------------------	-----------------------------	--------------------------	---------------------------

Sain harjoittelupaikan helposti

-

Suomen/ruotsin kielen taitoni parani

-

Lääketieteelliset tietoni paranivat

-

Sain ohjausta kollegalta

-

Opin tuntemaan suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän

-

Minulla oli hyvää aikaa valmistautua kuulusteluihin

-

Pysyin työpaikalla ulkopuolisena enkä oppinut kieltä

-

3 KUULUSTELUT

3.1 Kuulustelujen suoritus

Missä vaiheessa kuulusteluja olet?

- olen suorittanut vaadittavat kuulustelut
- kuulusteluprosessi on kesken

Kliininen kuulustelu

- en ole osallistunut
- olen osallistunut _____ kertaa
- kuulustelu on hyväksytty vuonna _____

Sosiaalilääketiede

- en ole osallistunut
- olen osallistunut _____ kertaa
- kuulustelu on hyväksytty vuonna _____

Oikeuslääketiede

- en ole osallistunut
- olen osallistunut _____ kertaa
- kuulustelu on hyväksytty vuonna _____

Reseptioppi

- en ole osallistunut
- olen osallistunut _____ kertaa
- kuulustelu on hyväksytty vuonna _____

Käytännön potilastentti

- en ole osallistunut
- olen osallistunut _____ kertaa
- kuulustelu on hyväksytty vuonna _____

Jos TEO on vaatinut suorittamaan vain osan kuulusteluista, mikä oli perusteena

- olen syntyperältäni suomalainen ja suorittanut lääkärintutkinnon ulkomailla
- maani on liittynyt EU:hun
- olen suorittanut lääkärintutkinnon EU-maassa, mutta olen syntyisin EU:n ulkopuolelta
- työskentely terveystieteiden tutkimuskeskuksessa korvasi potilastentin
- muu syy, mikä: _____

3.2 Kuulusteluja koskevat mielipiteet

Kliininen kuulustelu

	Täysin eri mieltä	Jokseen-kin eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Tentissä menestyy aikaisempien lääkäriopintojen perusteella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentti vaatii paljon lukemista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikeinta on kieli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En tiennyt, miten tenttiin pitäisi vastata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aika riittää hyvin vastaamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentin arvostelu on ankaraa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentti mittaa lääkärin tietoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Tentin vaatimukset ovat epäselvät				
sosiaalilääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oikeuslääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reseptioppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentti vaatii paljon lukemista				
sosiaalilääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oikeuslääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reseptioppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikeinta on kieli				
sosiaalilääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oikeuslääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reseptioppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En tiennyt, miten tenttiin pitäisi vastata				
sosiaalilääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oikeuslääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reseptioppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aika riittää hyvin vastaamiseen				
sosiaalilääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oikeuslääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reseptioppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentin arvostelu on ankaraa				
sosiaalilääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oikeuslääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reseptioppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Käytännön potilastentti:

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Potilastentissä on tilaisuus näyttää osaamisensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilastentin tulos on sattumanvarainen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikeinta on kieli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenkuvien katsominen on tarpeellista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentin arvostelu on ankaraa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentaattorin ei pitäisi osallistua potilaan hoitoon kokeen aikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Oliko kuulusteluista hyötyä nykyisen työsi kannalta?

	Ei lain-kaan	Melko vähän	Melko paljon	Erittäin paljon
Kliininen kuulustelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaalilääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oikeuslääketiede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reseptioppi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytännön potilastentti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 Tenttimenestys

- onnistuin tenteissä hyvin
- onnistuin paremmin kuin olin odottanut
- epäonnistuin ensin, koska en tiennyt, miten pitää vastata
- oli vaikeuksia, koska lääketieteen tietoni olivat yksipuoliset
- muu syy vaikutti menestykseeni, mikä:

3.4 Toimiluvat ja laillistus

Kliinisen kuulustelun hyväksytyin suorituksen jälkeen

- sain määräaikaisen toimiluvan

Suomalaisen terveydenhuollon kuulustelun hyväksytyin suorituksen jälkeen

- sain määräaikaisen toimiluvan

Perusterveydenhuollon lisäkoulutus (Euro-koulutus)

- on kesken
- olen suorittanut vuonna _____

4 TYÖTILANNE

4.1 Oletko tällä hetkellä työssä?

- Kyllä, vakituksessa virassa tai toimessa
- Kyllä, määräaikaisessa virassa tai toimessa
- Kyllä, yksityisenä ammatinharjoittajana
- Kyllä, vuokralääkärinä
- Kyllä, amanuenssina
- Kyllä, muussa työssä, missä:

- En (siirry kysymykseen 5.4)

4.2 Ammattinimike päätoimessa

- Johtava lääkäri, johtaja, ylilääkäri, osastonylilääkäri, apulaisyylilääkäri
- Erikoislääkäri, osastonlääkäri
- Erikoistuva lääkäri, sairaalalääkäri, eurolääkäri
- Terveyskeskuslääkäri
- Työterveyslääkäri, vastaava työterveyslääkäri
- Professori
- Apulaisopettaja, kliininen opettaja, yliassistentti
- Tutkija, assistentti
(jatkuu seuraavalla sivulla)

- Yksityislääkäri
- Muu lääkärin työ
- Muu kuin lääkärin työ

4.3 Päätoimesi toimipaikka/ työskentelysektori

- Yliopistollinen keskussairaala
- Muu kunnallinen/kuntayhtymän sairaala
- Terveyskeskus, väestövastuu
- Terveyskeskus, ei väestövastuu
- Kunnallinen työterveyshuolto
- Mielenterveystoimisto, muu avohuollon yksikkö
- Muu kunnallinen toimipaikka
- Yliopisto
- Muu valtion virasto tai laitos
- Yksityinen lääkäriasema/-keskus, yksityisvastaanotto
- Yksityinen työterveyshuolto (esim. yrityksen oma työterveyshuolto tai työterveys ry)
- Säätiö, yhdistys tai järjestö
- Lääketeollisuus
- Työvoimaa välittävä/vuokraava yritys (ns. vuokralääkärit)
- Muu yksityinen työnantaja

4.4 Työpaikkasi sairaanhoitopiiri

- HUS (Uusimaa)
- HUS (Helsinki)
- Varsinais-Suomi
- Satakunta
- Kanta-Häme
- Pirkanmaa
- Päijät-Häme
- Kymenlaakso
- Etelä-Karjala
- Etelä-Savo
- Itä-Savo
- Pohjois-Karjala
- Pohjois-Savo
- Keski-Suomi
- Etelä-Pohjanmaa
- Vaasa
- Keski-Pohjanmaa
- Pohjois-Pohjanmaa
- Kainuu
- Länsi-Pohja
- Lappi
- Ahvenanmaa
- En tiedä sairaanhoitopiiriä
- Työpaikka ulkomailla, missä:

4.5 Päätoimesi työaika

- kokoaikainen
- osa-aikainen

4.6 Sivutoimesi

(voit valita useita vaihtoehtoja)

- ei sivutoimia
- yksityisvastaanotto
- Kelan asiantuntijalääkäri
- työterveyshuollossa
- vuokralääkäri
- muu, mikä: _____

5 TYÖTYTYTYVÄISYYS JA TYÖOLOJEN ARVIOINTI

5.1 Kuinka tyytyväinen olet työhösi?

- erittäin tyytyväinen
 melko tyytyväinen
 vaikea sanoa
 melko tyytymätön
 erittäin tyytymätön

5.2 Miten seuraavat tahot mielestäsi arvostavat nykyistä työtäsi?

	Erittäin vähän	Melko vähän	Vaikea sanoa	Melko paljon	Erittäin paljon
Oman alan kollegat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muiden alojen kollegat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitohenkilökunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esimiehesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paikalliset päätöksentekijät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valtakunnalliset päätöksentekijät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkäriliitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toimipaikkakuntasi väestö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suuri yleisö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiedotusvälineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinä itse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perheesi, läheisesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3 Miten hyvin koet seuraavien työtyytyväisyyteen vaikuttavien tekijöiden toteutuvan nykyisessä työssäsi?

	Erittäin huonosti	Melko huonosti	Vaikea sanoa	Melko hyvin	Erittäin hyvin
Turvattu elämä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyvät tulot suhteessa työmäärään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleisesti arvostettu asema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Johtava asema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Itsenäinen, ei alistettu asema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisuus toteuttaa omia ideoita ja näkemyksiä työssä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei työtä työajan ulkopuolella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohtuullinen päivystysrasitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Näkyvät työtulokset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunnustus aikaansaannoksista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tehtävien kiinnostavuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etenemismahdollisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisuudet täydennyskoulutukseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisuudet kehittyä ammatillisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisuus erikoistumiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisuus tutkimustyöhön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyvä työyhteisö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työn ilon kokeminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyvät potilassuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potilaiden kiitollisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4 Miten hyvin seuraavat lääkärin työtä kuvaavat ilmaisut vastaavat Sinua lääkärinä?

	Erittäin huonosti	Melko huonosti	Vaikea sanoa	Melko hyvin	Erittäin hyvin
Parantaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teknikko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shamaani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opettaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perhelääkäri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveyskasvattaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutkija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virkamies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrittäjä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Johtaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveysasiantuntija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todistusten kirjoittaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkkeiden määrääjä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liukuhihnatyöntekijä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kutsumuslääkäri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auttaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lohduttaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukipilari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuuntelija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaalisen työn tekijä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sielunhoitaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portinvartija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työryhmän jäsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
”Leipäpappi”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Priorisoija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.5 Missä määrin seuraavat tekijät ("epäkohdat") vaikuttivat päätökseesi lähteä kotimaastasi/opiskelumaastasi Suomeen?

	Ei lainkaan	Hiukan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Puolison/perheen muutto ulkomaille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei mahdollisuutta kehittyä ammatissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei riittävästi työpaikkoja saatavilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suhteellisen matala palkkataso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei riittävästi erikoistumismahdollisuuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korkea verotustaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heikot ylenemismahdollisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heikot tutkimusmahdollisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haasteellisuuden puute työssä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei mahdollisuutta kehitysyhteistyöhön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korkea hintataso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huonot työolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rutiininomainen elämäntapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.6 Missä määrin seuraavat tekijät ("houkuttimet") vaikuttivat päätökseesi muuttaa Suomeen?

	Ei lainkaan	Hiukan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Muutto puolison/perheen perässä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisuus kehittyä ammatissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paljon työpaikkoja saatavilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korkea palkkataso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyvät erikoistumismahdollisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alhainen verotustaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyvät ylenemismahdollisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyvät tutkimusmahdollisuudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mielenkiintoisilta vaikuttavat työtehtävät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisuus kehitysyhteistyöhön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matala hintataso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korkeatasoiset työolosuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mahdollisuus löytää uudenlainen elämäntapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 ELÄMÄNTILANNE JA SOPEUTUMINEN SUOMEEN

6.1 Kuinka kiinteästi tunnet kuuluvasi

	Hyvin heikosti	Melko heikosti	Vaikea sanoa	Melko kiinteästi	Hyvin kiinteästi
Omaan perheeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omaan sukuun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naapuristoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asuinyhteisöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaveriporukkaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työyhteisöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lääkärikuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seurakuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yhdistykseen, seuraan tms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omaan kuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omaan maakuntaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suomeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pohjoismaihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eurooppaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnyinmaahan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nettiyhteisöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2 Kenen kanssa sinulla on/oli kanssakäymistä Suomessa työn ulkopuolella?

(voit valita useamman vaihtoehdon)

- suomalaiset lääkärit
- muut työtoverit
- suomalaiset ystävät
- naapurit
- ulkomaalaiset lääkärit omasta maastani
- ulkomaalaiset lääkärit muista maista
- ulkomaalaiset ystävät
- harrastuksista saadut ystävät
- viranomaiset
- muut, ketkä:

6.3 Oletko kokenut seuraavilta tahoilta syrjintää tai rasismia Suomessa?

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein
lääkärit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitohenkilökunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
potilaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
viranomaiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntemattomat ihmiset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muilta tahoilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mistä:				

6.4 Tulevaisuudensuunnitelmat

- aion asua ja työskennellä Suomessa
- aion palata / olen palannut takaisin kotimaahani
- aion siirtyä / olen siirtynyt muuhun maahan, mihin:

Jos suunnittelet muuttoa, miksi?
(voit valita useamman vaihtoehdon)

- en viihdy työssäni
- kieli tuottaa vaikeuksia
- palkka on huono
- en sopeudu suomalaiseen elämäntapaan
- kotimaani tilanne on parantunut
- sukulaiset odottavat kotimaahan
- haluan toiseen EU-maahan
- muu syy:

6.5 Urasuunnitelmat lääkärinä

Erikoistumista koskeva tilanne

- En ole tehnyt päätöstä erikoistumisesta
- Olen päättänyt, etten erikoistu
- Olen päättänyt erikoistua, mutta en ole vielä varma erikoistumisalasta
- Olen päättänyt erikoistua, ja olen jo valinnut erikoistumisalan
- Olen erikoistumassa

Ala, jolle aion erikoistua / olen erikoistunut

Olen erikoistunut

- Suomessa
- Muualla

Väitöskirjatyötä koskeva tilanne

- En ole tehnyt mitään päätöstä väitöskirjasta
- Olen päättänyt, etten tee väitöskirjaa
- Aion tehdä väitöskirjan, mutta en ole vielä varma aiheesta
- Aion tehdä väitöskirjan, ja olen jo valinnut alan
- Väitöskirja tekeillä

Olen väitellyt

- Suomessa
- Muualla

Mitä lääkärin työtä mieluiten haluaisit tehdä?
(voit valita useita vaihtoehtoja)

- Terveyskeskuslääkäri
- Sairaalassa toimiva lääkäri
- Työterveyslääkäri
- Yksityislääkäri
- Tutkimustyö
- Opetustyö
- Hallinto- ja suunnittelutyö
- Vuokralääkäri
- Ei väliä

6.6 Mikä Sinulle on tärkeää elämässäsi? Arvioi jokaisen seuraavassa esitetävän asian kohdalla, kuinka tärkeältä se Sinusta tuntuu.
(Valitse vaihtoehto, joka sopii parhaiten Sinuun.)

	Ei ollenkaan tärkeää	Ei ole kovin tärkeää	On melko tärkeää	On hyvin tärkeää
01. Suoriutuminen työssä, opiskelussa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Läheiset ja turvalliset ystävyysuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Pitkä elämä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Korkea elintaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Perhe-elämä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Lomailu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Terveys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Maailmanrauha ja maailman ongelmien ratkaiseminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Usko Jumalaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mahdollisuus solmia uusia tuttavuuksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lasten menestyminen elämässään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tavata mielenkiintoisia ihmisiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mahdollisuus harrastuksiin ja itsensä toteuttamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Muiden ihmisten osoittama hyväksyminen ja arvostus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hyvä työpaikka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ettei luonto turmellu ja saastu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Isänmaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.7 Valitse edellisestä luettelosta (01 – 17) kolme Sinulle kaikkein tärkeintä asiaa?

Tärkein _____ Toiseksi tärkein _____ Kolmanneksi tärkein _____

7. Esitä mielipiteesi kuulustelujärjestelmästä, jonka hoitamisen Terveystieteiden tutkimuskeskus on antanut Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialan tehtäväksi.

7.1. Kuulustelujärjestelmän hyvät puolet

7.2. Kuulustelujärjestelmän epäkohdat

7.3. Kuulustelujärjestelmän kehittämissuhteet

RIITTA-LIISA HAUKILAHTI
FM, projektikoordinaattori
Tampereen yliopisto,
lääketieteen laitos
riitta-liisa.haukilahti@uta.fi

IRMA VIRJO
LT, professori (emerita)
Tampereen yliopisto,
lääketieteen laitos

KARI MATTILA
LKT, professori, ylitäkäri
Tampereen yliopisto,
lääketieteen laitos
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri,
yleislääketieteen vastuualue

ETA-alueen ulkopuolella lääkäriksi valmistuneet

Lääkärien kuulustelujärjestelmä ja siihen osallistuneet vuosina 1994–2009

Lähtökohdat

Tampereen yliopiston lääketieteen laitoksen yleislääketieteen oppiala järjestää ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneille lääkäreille kuulustelut, jotka Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (aiemmin Terveydenhuollon oikeusturvakeskus TEO) vaatii ennen lääkärin laillistamista. Nykymuotoinen vuodesta 1994 käytössä ollut kuulustelujärjestelmä kuvataan tässä artikkelissa. Tutkimuksessa selvitettiin, keitä kuulustelujen osanottajat ovat olleet.

Menetelmät

Retrospektiivisen tutkimuksen kohderyhmänä ovat kuulusteluihin vuosina 1994–2009 osallistuneet 746 lääkäriä. TEO:n/Valviran Tampereen yliopistolle lähettämistä osallistujaluetteloista ilmenevät syntymäaika, sukupuoli, kansallisuus ja tutkinnon suorittamisyyliopisto. Kuulustelujen osallistumis- ja hyväksymispäivämäärät ovat yleislääketieteen oppialan ylläpitämästä opintosuoritusrekisteristä.

Tulokset

Kuulusteluihin osallistuneet lääkärit edustivat 65 eri kansallisuutta, venäläisiä oli lähes puolet. Yliopistoja, joissa perustutkinto oli suoritettu, oli yhteensä 161. Lääkäreistä kolme viidesosaa oli opiskellut Pietarin, Petroskoin, Tarton tai Moskovan yliopistoissa. Kuulustelujen aloitusvaiheessa osallistujat olivat keskimäärin 36-vuotiaita, vaihteluväli oli 24–64 vuotta. Naisia oli enemmistö (58 %).

Päätelmät

Osallistujien kirjo oli laaja sekä iän, kansallisuuden että tutkinnon suorittamisyyliopistojen suhteen. Eri kansallisuuksien osuudet kuulusteluihin osallistuneista ovat muuttuneet tarkasteluaikana. Virossa ja muissa EU:hun liittyneissä maissa opiskelleilta on poistunut velvoite osallistua kuulusteluihin. Tämän myötä suomalaisten osuus kuulusteluihin osallistuneista on vähentynyt. Venäläisten määrä on viime vuosina lisääntynyt.

Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskus järjesti vuosina 1972–1991 lääkintöhallituksen toimeksiannosta ulkomailla tutkintonsa suorittaneille lääkäreille kolmiviikkoisia kursseja ja niiden päätteeksi kuulustelun (1). Kursien tarkoitus oli perehdyttää lääkärit suomalaiseen terveydenhuoltoon. Kurssin hyväksytysti suorittaneet saivat lääkäri-oikeudet Suomessa. Ulkomailla tutkintonsa suorittaneista enemmistö oli syntyperältään suomalaisia.

Suomeen alkoi 1990-luvulla pyrkiä yhä enemmän ulkomaalaisia lääkäreitä. Heistä tehtiin eduskuntakysely (2), johon antamassaan vastauksessa ministeri Jorma Huuhtanen ilmoitti, että Tampereen yliopistolta on pyydetty

ehdotus kuulustelujärjestelmän luomiseksi lääkärin tietojen ja taitojen tutkimista varten. Järjestelmä tuli voimaan vuonna 1994. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (vuoden 2008 loppuun asti Terveydenhuollon oikeusturvakeskus TEO) käyttää kuulustelujärjestelmää lääkärin laillistukseen liittyviä päätöksiä harkitessaan.

Laillistamisprosessi

Lääkärintutkintojen automaattisen tunnustamisen piirissä ovat Euroopan talousalueen (ETA) maissa (EU-valtiot sekä Islanti, Liechtenstein, Norja ja Sveitsi) tutkintonsa suorittaneet lääkärit. ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa



Kirjallisuutta

- 1 Mattila K, Niittykangas H, Ollila O-P. Ulkomailta koulutetut suomalaiset lääkärit. Suom Lääkäril 1979;34:1068-74.
- 2 Aittoniemi S. Ulkomaisten lääkärien oikeudesta harjoittaa ammattiaan Suomessa. Kirjallinen kysymys. http://www.eduskunta.fi/Valtiopäiväasiat_ja_-_asiakirjat/KK621/1992 [siteerattu 5.2.2010]
- 3 Setälä P, Jyrälä K. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammattipätevyyden tunnustamisesta 2005/36/EY. Tiivistelmä terveydenhuollon ammattihenkilöiden osalta. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus 14.3.2008. http://www.valvira.fi/files/Kasikirja_direktiivistä_2005-36-EY.pdf [siteerattu 3.2.2010]
- 4 EU/ETA-alueen ulkopuolella koulutetuilta lääkäreiltä vaadittavat kuulustelut. Valvira. http://www.valvira.fi/luvat/ammatti_oikeudet/hakemusohjeet/eu_eta_maiden_ulkopuolella_koulutetut_laakarit/kuulustelut. [siteerattu 29.9.2010]
- 5 Tampereen yliopiston opintojen arviointisääntö. Tampereen yliopisto 21.12.2009. http://www.uta.fi/opiskelu/lakitiet/o/opintojen_arviointisaanto.html [siteerattu 3.2.2010].
- 6 Opetusministeriön asetus yliopistojen suoritteista perittävistä maksuista annetun opetusministeriön asetuksen 3 §:n muuttamisesta. N:o 1474. 21.12.2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma> [siteerattu 3.2.2010].
- 7 Terveydenhuollon ammattihenkilöt. Lääkärit 2004. Toim. Aho M, Karjalainen T-L, Kinnunen L. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus. Helsinki: Edita Publishing Oy 2004.
- 8 Potilaat 10 vuotta mukana Tampereen yliopiston lääketieteen opetuksessa. Tampereen yliopisto tiedottaa 14.8.2008. <http://www.uta.fi/ajankohdista/tiedotteet/2008/78.html> [siteerattu 12.4.2010].
- 9 World Health Statistics 2009. Table 6. Health workforce, infrastructure, essential medicines. <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html> [siteerattu 26.4.2010].

suorittaneet joutuvat Suomessa läpikäymään kuulustelujärjestelmän ennen laillistamista (3).

Ennen kuulusteluja Valvira tarkistaa lääkärin tutkintotodistuksen sekä todistuksen suomen tai ruotsin kielen kokeesta ja Suomessa suoritetusta kuuden kuukauden sairaalaharjoittelusta. Valvira ilmoittaa lääkärit Tampereen yliopistossa pidettäviin kuulusteluihin, joiden tavoitteena on varmistua lääkärin ammattitaidosta.

Valvira voi jo kuulusteluprosessin aikana antaa määräaikaisia toimilupia enintään kahdeksi vuodeksi (4). Kuulustelujen hyväksymisen jälkeen on suoritettava EU:n edellyttämä kolmivuotinen perusterveydenhuollon lisäkoulutus itsenäisten ammatinharjoittamisoikeuksien saavuttamiseksi yleislääkärinä.

Kuulustelujärjestelmä

Tampereen yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan yleislääketieteen oppiala järjestää kuulustelut ETA-alueen ulkopuolelta tuleville lääkäreille. Tenttivaatimukseen kuuluu kolme kuulustelua (liiteaineisto 1), jotka suoritetaan suomen tai ruotsin kielellä. Liiteaineistot ovat lehden internet-sivuilla artikkelin pdf-version liitteenä (www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelo > 41/2010).

Kirjalliset kuulustelut järjestetään neljä kertaa vuodessa, ja ne kestävät kuusi tuntia. Näyttökokeet pidetään terveyskeskuksissa (liiteaineisto 2) erikseen sovittavina aikoina. Kuulusteluissa noudatetaan Tampereen yliopiston opintojen arviointisääntöä soveltuvin osin (5). Kuulustelumaksut ovat opetusministeriön antaman asetuksen (6) mukaiset.

Kliininen kuulustelu

Vastaajilta edellytetään samantasoiset tiedot kuin Tampereen yliopistossa lääketieteen lisensiaatin tutkinnon suorittaneilta. Potilastapauksiin pohjautuvissa kysymyksissä vaaditaan lääketieteellisen tiedon lisäksi suomalaisen tutkimus- ja hoitotapojen tuntemusta. Vastausten arviointiperusteet lähetetään tenteissä hylätyille (liiteaineisto 3).

Suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu

Kuulustelun osioista sosiaalilääketieteessä on kysymyksiä terveydenhuollon lainsäädännöstä ja sosiaalivakuutuksesta, oikeuslääketieteessä kuoleman toteamisesta ja kuolintodistuksen tekemisestä ja reseptiopissa lääkelainsäädännöstä ja reseptien kirjoittamisesta (liiteaineisto 4).

Näyttökoe

Tenttiin sisältyy kolmen potilaan vastaanotto terveyskeskuksessa, potilasasiakirjojen laatiminen ja viisi röntgenkuvatehtävää. Valvojana toimiva lääkäri videoi vastaanottotapahtumat myöhempää arviointikokousta varten. Arviointikokoukseen osallistuvat valvojan lisäksi yleislääketieteen professori ja kliininen opettaja. Perustaidot, hoitoratkaisut ja vuorovaikutustaidot vaikuttavat hyväksymispäätökseen. Arvioinnin apuna on pisteytyslomake (liiteaineisto 5). Hylätyn näyttökokeen voi uusia aikaisintaan puolen vuoden kuluttua.

Kliinisen kuulustelun ja sosiaalilääketieteen kysymysten laatijoina ja vastausten tarkastajina ovat yleislääketieteen professorit ja kliiniset opettajat, oikeuslääketieteen osalta vastaavasti oikeuslääketieteen professori ja reseptiopin osalta kliinisen farmakologian professori. Sanakirjoja ei kirjallisissa kuulusteluissa saa käyttää. Vastaajille annetaan tenttikoodit, eli he eivät merkitse nimeään vastauspapereihin. Hyväksytyyn tulokseen vaaditaan puolet maksimipisteistä. Kirjallisten kuulustelujen uusimiskertoja ei ole tähän mennessä rajoitettu, mutta 1.11.2010 tulee voimaan Valviran määräys, jonka mukaan kummankin kirjallisen kuulustelun saa uusia enintään kymmenen kertaa (4).

TEO on aiempina vuosina käyttänyt harkintavaltaa niin, että kaikilta ei ole vaadittu kaikkia kolmea kuulustelua. Vuosina 2000-2005 TEO noudatti käytäntöä, jonka mukaan terveyskeskustyöskentelyn ja terveyskeskuksen

Tästä asiasta tiedettiin

- Julkisudessa on esiintynyt kritiikkiä ulkomaaalaisten lääkärin ammattitaitoa ja kielitaitoa kohtaan.
- Valvira velvoittaa ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneet lääkärit osallistumaan kuulusteluihin ennen laillistusta.
- Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppialalla on 15 vuoden kokemus kuulustelujen järjestämisestä.

Tämä tutkimus opetti

- Kuulustelujärjestelmässä tutkitaan lääketieteelliset tiedot, suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän tuntemus ja valmiudet perusterveydenhuollon potilastyöhön.
- Kuulusteluihin osallistuneissa oli kaiken ikäisiä lääkäreitä, joiden perustutkinnon suorittamisesta kulunut aika vaihteli.
- Lukuisia kansallisuksia ja yliopistoja oli edustettuna. Venäläisiä oli lähes puolet osallistuneista.

- 10 ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkäreiden ammatinharjoittamiskäytöt ja työllistyminen. Opetusministeriön työryhmien muistioita 8:2002.
- 11 Flygar M. Onko lääkärin houkuttelu Venäjältä eettistä? Lääkärilehden uutisia 29.1.2009. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.htm?topcode=show/news_id=6832/type=1 [siteerattu 25.3.2010].
- 12 Suomessa asuvat työkäiset lääkärit äidinkielen ja kansalaisuuden mukaan 1.1.2010. Suomen Lääkäriliitto. <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/aakaritilastot/kansalaisuus.html> [siteerattu 3.6.2010].
- 13 Kurki L. Miksi lääkäreiltä ei vaadita suomen kielen taitoa? Socius 2005;6:30.
- 14 ECFMG programme: a quality tool for incoming non-EU medical Doctors to EU? Experiences from implementing the ECFMG programme in The Netherlands. AMSE Annual Conference, Barcelona 2008. <http://www.amse-med.eu/documents/vanBerkestijnz.doc>.

ylilääkärin antaman lausunnon perusteella saattoi vapautua näyttökokeesta. Velvoite osallistua kuulusteluihin on poistunut sitä mukaa, kun opiskelumaat ovat liittyneet EU:hun ja lääkärintutkinnot on niissä harmonisoitu. Nykyisin Valvira voi käyttää kuulusteluja myös lääkärin ammattitaidon tutkimiseen.

Selvitimme kuulusteluihin osallistumista vuosina 1994–2009. Mitä kansallisuuksia osallistujat edustivat ja missä yliopistoissa he olivat suorittaneet perustutkintonsa? Millainen oli ikä- ja sukupuolirakenne?

Aineisto ja menetelmät

Kuulusteluihin osallistuneita koskevat taustatiedot, syntymäaika, sukupuoli, kansallisuus ja perustutkinnon suorituspaikka, ilmenevät

TEO:n/Valviran Tampereen yliopistolle lähettämistä osallistujaluetteloista. Eri kuulustelujen osallistumis- ja hyväksymispäivämäärät ovat yleislääketieteen oppialan ylläpitämästä opintosuoritusrekisteristä. Perustutkinnon suoritusvuosi on pääosin kuulusteltavien näyttökokeeseen toimittamasta yhteenvedosta. Puuttuvia tietoja on saatu Valviran Terhikki-rekisteristä, jossa on tiedot toimilupaa hakeneista lääkäreistä. Selvittämättä jäi 17 henkilön syntymävuosi (2 %), 64 henkilön perustutkinnon suoritusvuosi (9 %), 35 henkilön yliopisto (5 %) ja 16 henkilön kansallisuus (2 %).

Kuulusteluihin on vuosina 1994–2009 osallistunut kaikkiaan 746 lääkärinä. Kuulusteluissa hyväksytyihin on laskettu yksi, kaksi tai kolme kuulustelua suorittaneet sen mukaan, mitä TEO on heiltä vaatinut. Laillistetut ja perusterveydenhuollon lisäkoulutusvaiheessa olevat on varmistettu TEO:n julkaisemasta Lääkärit 2004 -kirjasta (7).

Tulokset

Kuulusteluihin osallistuneista 746 lääkäristä yhteensä 580 on suorittanut TEO:n vaatimat osiot vuosina 1994–2009 (kuvio 1). Heistä kaksi kolmannesta on suorittanut kaikki kolme kuulustelua. Lähtömaan EU:hun liittymisen vuoksi noin 50 osallistujaa on keskeyttänyt tentit. Keskeyttäneiksi on katsottu henkilöt, jotka eivät ole yli kolmeen vuoteen osallistuneet tentteihin.

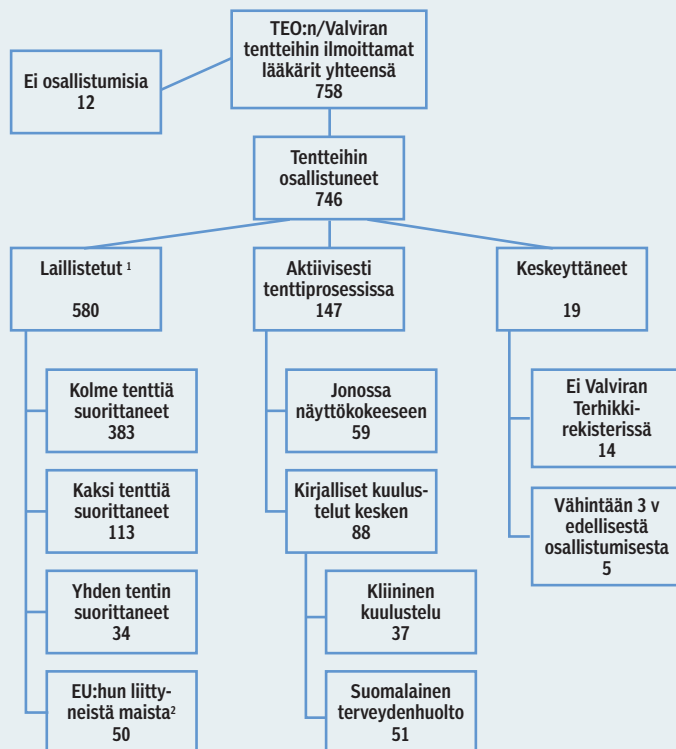
Vuoden 2009 lopussa oli aktiivisesti laillistamisprosessissa 147 lääkärinä. Heistä 25 % ei ollut vielä suorittanut yhtään hyväksyttyä kuulustelua, 35 % oli hyväksytty kliinisessä kuulustelussa ja 40 % molemmissa kirjallisissa kuulusteluissa. Näyttökokeeseen jonottavista oli ensikertalaisia 44 ja uusijoita 15.

TEO:n/Valviran ilmoittamien uusien osallistujien määrä on vaihdellut vuosittain (kuvio 2). Vuonna 2002 määrä oli suurimmillaan, mutta vuonna 2005 tuli pudotus Viron EU:hun liittymisen jälkeen. Vastaavasti on vaihdellut näyttökokeen suorittaneiden määrä.

Vuosina 1994–2009 on vaadittujen kolmen kuulustelun yksittäisiä suorituksia uusintoinneen ollut yhteensä 3 366 (kuvio 3). Osallistumiskertoja kliiniseen kuulusteluun on ollut 1 655, suomalaisen terveydenhuollon kuulusteluun 1 213 ja näyttökokeeseen 498. Suomalaisen terveydenhuollon kuulustelun kolme osio-

KUVIO 3.

ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärin kuulustelutilanne 31.12.2009.

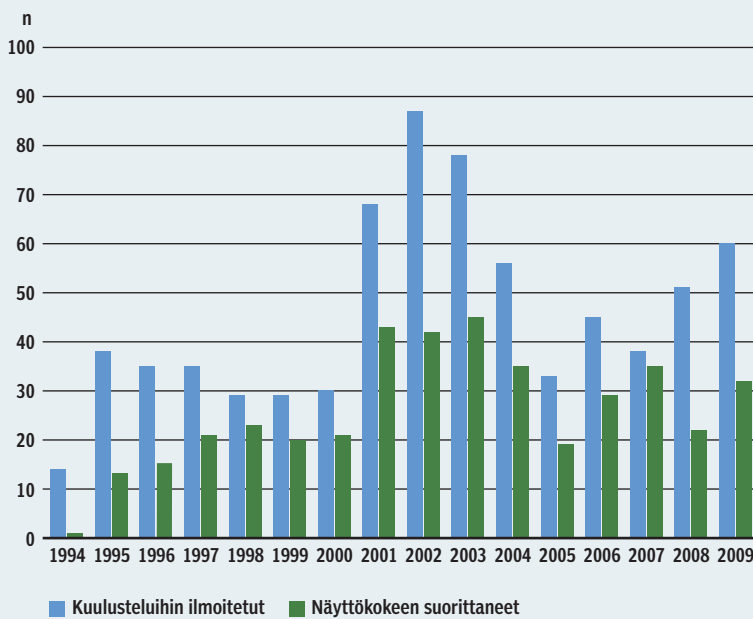


¹ TEO/Valvira päättänyt vaadittavien kuulustelujen määrän.

² Tentit on saanut jättää kesken lähtömaan liittyessä EU:hun.

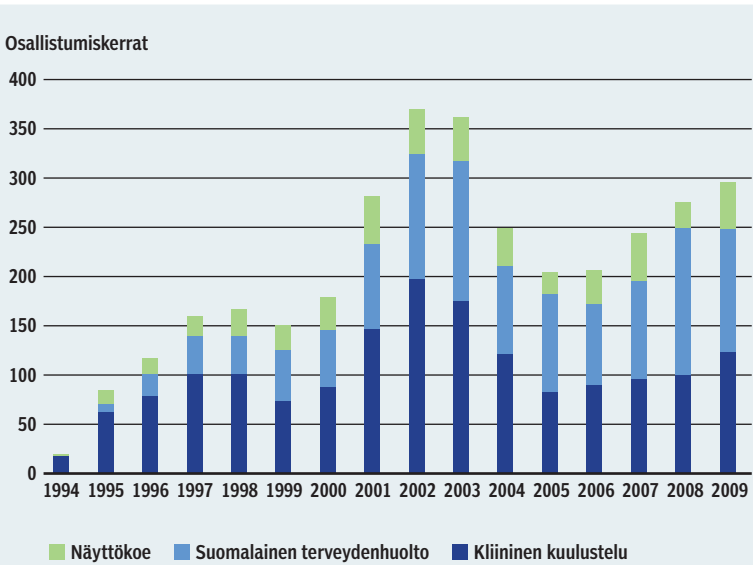
KUVIO 2.

TEO:n/Valviran vuosittain kuulusteluihin ilmoittamat ja Tampereen yliopiston järjestämässä näyttökokeessa hyväksytyt ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärit.



KUVIO 3.

ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärin eri kuulusteluihin osallistumiskerrat vuosittain.



ta on voinut suorittaa kaikki samalla kertaa tai yksittäin tai eri yhdistelminä.

Näyttökokeita on järjestetty eri paikkakuntien terveyskeskuksissa: Kangasalla 201, Tampereella 117, Kauhajoella 49, Ylöjärvellä 18, Pietarsaareissa 18, Hämeenlinnassa 10, Kurussa 8, Raahessa 8, Vaasassa 6 ja Helsingissä 1. Ruotsinkielisiä näyttökokeita on järjestetty Sipoossa, Vaasassa ja Pietarsaareissa. Tampereen yliopiston lääketieteen laitoksella pidettiin vuosina 1999–2001 yhteensä 57 näyttökokeita, joissa potilaina olivat Polku-toiminnan kokemuskouluuttajat (8). Terveyskeskuksissa potilaat ovat olleet terveyskeskuksen tavallisia potilaita.

Kuulusteluihin osallistuneet 746 lääkäriä edustavat yhteensä 65 kansallisuutta. Suurimmat ryhmät ovat 341 venäläistä (47 %), 85 virolaista (12 %) ja 77 suomalaista (11 %) lääkäriä. Seuraavaksi isoimmat ryhmät ovat 31 lääkäriä Ukrainasta, 15 Irakista, 13 Afganistanista, 12 Iranista, 11 Romaniasta ja 10 Egyptistä.

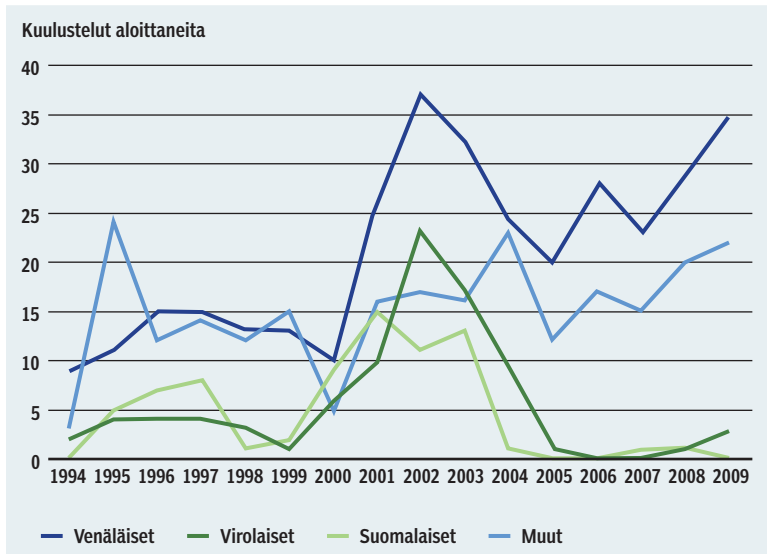
Tarkasteluaikana on tapahtunut muutoksia eri kansallisuuksia edustavien määrissä (kuvio 4). Venäläisiä on vuonna 2009 aloittanut 35 eli lähes saman verran kuin aiempaan huippuvuonna 2002. Samaan aikaan suomalaiset ja virolaiset ovat lähes kokonaan poistuneet osallistujien joukosta. Afganistanista, Irakista ja Iranista on tullut lääkäreitä melko tasaisesti koko ajan. Egyptistä on ollut aiempaa enemmän tulijoita viime vuosina.

Lääkärintutkinnon suoritusyliopistoja on yhteensä 161. Eniten eli lähes neljäsosa on Pietarissa opiskelleita (taulukko 1). Tartossa ja Petroskoissa opiskelleita on kumpaakin lähes viidennes. Moskovassa ja Venäjällä olevissa muissa 38 yliopistossa opiskelleita on yhteensä vajaa kuudennes. Muualla kuin omassa maassaan on opiskellut 152 lääkäriä, yhteensä 28 eri opiskelumaassa. Suomalaisista 21 on opiskellut Venäjällä ja 40 Virossa. Afrikan maista muualle opiskelemaan lähteneet ovat lähes kaikki opiskelleet Venäjällä tai Ukrainassa.

Osallistujien ikä heidän tentteihin tullessaan on ollut keskimäärin 36 vuotta. Lähes puolet (48 %) on ollut alle 35-vuotiaita; 45 vuotta täyttäneitä on ollut 15 %. Nuorimmat osallistujat ovat olleet 24-vuotiaita ja vanhimmat yli 60-vuotiaita. Suomalaisien lääkärin ikä heidän tentteihin tullessaan on ollut keskimäärin 30 vuotta, venäläisten 38 vuotta ja virolaisten

KUVIO 4.

ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneiden lääkärien laillistamiseen vaaditun kuulusteluprosessin aloittaneiden lukumäärät kansallisuuden mukaan vuosittain.



15 Ansökan om legitimation för läkare. Socialstyrelsens 20.7.2009 (Ruotsi). <http://www.socialstyrelsen.se> [siteerattu 4.2.2010].
 16 Terveyskeskusten lääkäritilanne 2009 kunnittain. Suomen Lääkäriliitto 10.12.2009. <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/utkimuksia/tkilanne.html> [siteerattu 25.3.2010].
 17 Tilastokeskus. Väestörakenne 2009. <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html> [siteerattu 7.6.2010].

Sidonnaisuudet

Riitta-Liisa Haukilahti, Irma Virjo, Kari Mattila: ei ilmoitettuja sidonnaisuuksia.

35 vuotta. Keskimääräistä nuorempia aloittajia on tullut Egyptistä, Intiasta ja Romaniasta ja keskimääräistä vanhempia Armeniasta, Ukrainasta ja Kazakstanista. Tenttien hyväksymisvaiheessa on noin kaksi kolmasosaa ollut alle 40-vuotiaita.

Ensimmäiseen kirjalliseen kuulusteluun tulevista noin puolella on kulunut perustutkinnon suorittamisesta alle kymmenen vuotta. Noin sadalla lääkäriä siitä on kulunut vähintään 20 vuotta. Useimmat suomalaisista lääkäreistä ovat osallistuneet tentteihin alle vuoden päästä perustutkinnon suorittamisesta. Venäläisillä on aikaa valmistumisesta ollut keskimäärin 13 vuotta ja virolaisilla 10 vuotta.

Tentteihin osallistuneista 746 lääkäristä on naisia 431 (58 %) ja miehiä 315 (42 %). Tällä hetkellä aktiivisesti tenttiprosessissa olevista on naisia 80 (54 %) ja miehiä 67 (46 %). Lähtömaiden mukaan tarkasteltuna miesten ja naisten osuudet vaihtelevat. Egyptistä, Somaliasta ja Syyriasta on tullut pelkästään miehiä, Kazakstanista vain naisia. Monista Aasian maista on tullut suhteellisesti enemmän miehiä ja Itä-Euroopan maista naisia.

Pohdinta

ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneiden lääkärien hakeutuminen Suomeen on vaihdellut eri vuosina. Viron ja muutamien muiden maiden EU:hun liittyminen aiheutti notkahduksen. Nyt tulijamäärät ovat jälleen kasvussa. Pietarissa, Petroskoissa ja Tartossa opiskelleita lääkäreitä on pyrkinyt Suomeen eniten.

Venäläisiä lääkäreitä on lähes puolet kaikista kuulusteluihin osallistuneista. WHO:n tilaston mukaan Venäjällä oli vuonna 2009 noin 600 000 lääkäriä (9), joten aika pieni osa heistä on hakeutumassa Suomeen lääkäriksi.

Tyypillisesti Venäjältä on tullut keskimääräistä vanhempia naislääkäreitä, joilla on pitkä työkokemus takanaan. Egyptistä ja Intiasta on tullut keskimääräistä nuorempia mieslääkäreitä, joilla on vastaavasti lyhyempi työkokemus. Afrikan ja Lähi-idän maista on tullut suhteessa enemmän mieslääkäreitä kuin Itä-Euroopan maista. Mahdollisesti naisten opiskelu lääkäriksi on joissakin maissa harvinaisempaa ja heidän on vaikeampi lähteä maastaan.

Tutkimusaineisto kattaa kaikki kuulusteluihin osallistuneet, mutta aivan kaikkia tietoja ei ollut käytettävissä. Eniten puuttui perustutkinnon suoritusvuosia (9 %). Valviran Terhikki-rekisteristä ei ole saatavissa tutkintovuositietoa, jos henkilö ei ole hakenut lääkärin toimilupaa. Osallistumisprosessi on pystytty selvittämään kaikista tentteihin osallistuneista.

Muutamien vuosien ajan 2000-luvun alkupuolella oli TEO:n päätöksen mukaisesti mahdollista korvata näyttökoe terveyskeskuksen ylilääkärin antamalla lausunnolla. Vajaa kolmannes tuona aikana kuulusteluihin osallistuneista käytti tätä mahdollisuutta. Lääkäripulan aikana terveyskeskuksiin kaivattiin työvoimaa. Ylilääkäreillä ei ollut kokemusta tämänkaltaisista arvioinneista, lausunnot menettivät luotettavuutensa ja TEO luopui käytännöstä. Näyttökokeen vaatiminen kaikilta takaa arvioinnin oikeudenmukaisuuden ja tasavertaisuuden.

Näyttökokeiden järjestäminen on tällä hetkellä suurin tentteihin liittyvä ongelma. Tenttipaikkoja ja tenttien valvoja on ollut vaikea saada terveyskeskusten kiireen ja lääkäripulan takia. Jonossa olevat toivovat nopeasti aikoja, koska tenttiprosessi on voinut kestää kauan

TAULUKKO 1.

Kuulusteluihin vuosina 1994–2009 osallistuneet ETA-alueen ulkopuolella koulutetut lääkärit. Kouluttajayliopistojen ja koulutettujen lääkärien lukumäärät alueen, valtion ja kaupungin mukaan.

Alue, valtio, kaupunki	Yliopistoja	Lääkäreitä	Alue, valtio, kaupunki	Yliopistoja	Lääkäreitä
AASIA			KESKI-EUROOPPA JA BALKAN		
Afganistan	3	7	Bosnia ja Hertsegovina	1	1
Armenia	1	3	Itävalta	1	1
Azerbaidžan	2	6	Kosovo	1	3
Bangladesh	1	1	Kroatia	1	1
Intia	4	4	Puola	4	5
Irak	5	14	Saksa	1	1
Iran	5	7	Serbia	3	3
Kazakstan	3	6	Slovakia	1	1
Kiina	4	5	Sveitsi	1	3
Kirgisia	1	2	Tšekki	1	1
Pakistan	4	4	Unkari	4	7
Sri Lanka	1	1	Yhteensä	19	27
Syyria	2	3	ITÄ-EUROOPPA		
Tadžikistan	1	6	Bulgaria	2	6
Taiwan	1	1	Georgia	1	1
Turkki	6	6	Latvia	1	4
Uzbekistan	2	4	Liettua	1	2
Yhteensä	46	80	Moldova	1	1
AFRIKKA			Romania	5	11
Algeria	2	2	Ukraina	12	29
Egypti	4	11	Valko-Venäjä	1	1
Etiopia	2	3	Yhteensä	24	55
Libya	1	1	VENÄJÄ		
Nigeria	2	2	Pietari	4	160
Somalia	1	2	Petroskoi	1	120
Yhteensä	12	21	Moskova	2	25
AMERIikka			muut yliopistot	38	77
Argentiina	1	3	Yhteensä	45	382
Brasilia	2	2	VIRO		
Ecuador	1	1	Tartto	1	128
Kanada	1	1			
Kolumbia	1	1			
Kuuba	1	1			
Meksiko	2	2			
Peru	1	2			
St Kitts ja Nevis	1	1			
Uruguay	2	2			
USA	1	1			
Yhteensä	14	17			

uusintojen takia ja kahden vuoden toimilupaaika on umpeutumassa. Työnantajille on tärkeää, ettei ulkomaalaisten lääkärien työsuhteisiin tule katkoksia.

Opetusministeriö asetti vuonna 2001 työryhmän pohtimaan ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien ammatinharjoittamisoikeuksia (10). Taustalla oli terveyskeskusten lääkärripula.

Päätelmissään työryhmä korosti tiedonsaantia, harjoitteluvaiheen ohjausta ja kuulusteluihin valmentavaa koulutusta.

Suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään perehdyttäviä kursseja on tarjolla eri puolilla maata. Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskuksella on pitkät perinteet kurssien järjestämisessä. Helsingin yliopiston Kouvolan toimipisteessä järjestetään koulutusta. Itä-Suomessa on ollut projekteja venäläislääkäreiden kouluttamiseksi (11). Myös yksityiset kurssinjärjestäjät antavat koulutusta. Useimmiten kyseessä on osallistujille ilmainen työvoimapolitiinainen aikuiskoulutus.

Suomessa on vuoden 2010 alussa ollut lähes 19 000 työikäistä lääkäriä (12). Heistä 1 125:n (6 %) äidinkieli on muu kuin suomi tai ruotsi. Potilastyössä yhteinen kieli on tärkeä. ETA-alueelta tulevilta lääkäreiltä Valvira ei vaadi kielitaitotodistusta, vaan asia jää työnantajan ratkaistavaksi (13). Sen sijaan ETA-alueen ulkopuolelta tulevien pitää säännönmukaisesti suorittaa kielikoe. Tenteissä he saavat käyttää ainoastaan suomea tai ruotsia. Onkin todennäköistä, että kielitaito paranee tenttiprosessin aikana.

ETA-alueen valtioilla ei ole yhtenäistä järjestelmää alueen ulkopuolisissa maissa koulutettujen lääkäreiden ammattitaidon testaamiseksi. Vain 11 maassa vaaditaan osallistuminen kuulusteluun tai arviointiin (14). Ruotsin järjestelmässä pitää ensin osallistua kielikokeeseen. Tämän jälkeen ovat teoriaa ja käytäntöä sisältävät ammatilliset kokeet, joita järjestetään kahdesti vuodessa kolmipäiväisinä (15).

Suomessa on eduskunnan toiveen mukaan ulkomaalaisia lääkäreitä varten rakennettu tenttijärjestelmä, joka varmistaa tietyn laadun ja tuottaa pienin kustannuksin merkittävän määrän lääkäreitä suomalaiseen terveydenhuoltoon. Lääkäreiden ammattitaidon tarkistus tenttijärjestelmän avulla on tarpeellista, koska koulutus ja ammattikokemus vaihtelevat ja ovat eri tavoin painottuneita. Kuulustelut eivät ole muodollisuus, vaan niissä pitää näyttää osaamisensa. Vuosina 2000–2009 on näyttökokeen vuosittain suorittanut keskimäärin 30 lääkäriä.

Lääkärripula on Suomessa helpottunut, mutta ei kokonaan poistunut, joten työpaikkoja on edelleen tarjolla (16). Ulkomaalaisten lääkäreiden edustamia harvinaisiakin väestö- ja kieliryhmiä on myös potilaina. Vuoden 2009 lopussa

LIITEAINEISTO

www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 41/2010

vieraskielisten määrä Suomessa ylitti 200 000. Heidän määränsä on 2000-luvulla kaksinkertaistunut (17).

Kuulustelujen vaatimustaso täytyy pitää riittävän korkeana, jotta tuloksiin voitaisiin luottaa. Suomesta puuttuu edelleen systemaattinen ulkomaalaisten lääkärin koulutus- ja tukijärjestelmä. Perehdyttämisen ja kurssien järjestäminen on satunnaista ja kuulustelujär-

jestelmän rahoitus on epävakaalla pohjalla. Suunnitelmallisen ohjauksen avulla ulkomaalaisten lääkärin olisi mahdollista jo harjoitteluvaiheessa ja rajoitetun toimiluvan aikana integroitua suomalaiseen terveydenhuoltoon nykyistä paremmin. Valvira on valvontaviranomainen, jonka tehtäviin koulutus ei kuulu. Tässä odotetaan opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön toimia. ■

RIITTA-LIISA HAUKILAHTI
M.A., Project Coordinator
University of Tampere, Medical
School
riitta-liisa.haukilahti@uta.fi

IRMA VIRJO
KARI MATTILA

ENGLISH SUMMARY

Licensing examinations for Non-EU/EEA doctors in Finland in 1994–2009

Background

The Department of General Practice in the medical faculty of the University of Tampere conducts examinations for doctors from non-EU/EEA countries. They have to pass a three-part examination to obtain a licence to practise medicine in Finland. The National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira) decides about the issue of permits and licences. The present examination system that has been in use since 1994 is described in this article. The purpose of the study was to explore the volume of the examinations and the background of the participants.

Methods

A retrospective survey was made of non-EU/EEA doctors who participated in the examinations arranged by the University of Tampere from 1994 to 2009. Data on their age, gender, nationality and university were available in the lists of all new participants that Valvira had sent to the University of Tampere. The study register kept in the Department of General Practice provided information about participation in and passing of the examinations.

Results

Altogether 746 doctors participated in 3 366 examinations including renewals. The participants represented 65 nationalities, and about half were Russians. There were 161 universities in which the participants had taken their degrees. Three fifths of the doctors had graduated from the universities of St. Petersburg, Petrozavodsk, Tartu, and Moscow. At the starting phase of the examinations in Tampere, the mean age of the participants was 36 years, with a range from 24 to 64 years. Almost three fifths of the examinees were women.

Conclusions

The variation among the participants was wide in terms of ages, nationalities, and universities. The percentages of the different nationalities have changed during the fifteen years studied. Doctors from Estonia and some other countries that have joined the European Union no longer have to take the examinations. Also, the percentage of Finnish doctors has diminished, because many of them had studied in Estonia. The number and percentage of Russians among the participants have risen lately.

Success in licensing examinations of doctors from outside the European Economic Area: experiences from Finland 1994–2009

Riitta-Liisa Haukilahti MA
Researcher

Irma Virjo MD PhD
Professor of General Practice

Kari Mattila MD PhD
Professor of General Practice, and Chief Physician

School of Medicine, University of Tampere, and Centre of General Practice, Hospital District of Pirkanmaa, Finland

WHAT IS ALREADY KNOWN IN THIS AREA

- Foreign doctors have difficulties associated with language, doctor–patient relationships and management practices.
- Licensing requirements vary in different countries.

WHAT THIS WORK ADDS

- There is great variation in the results of the licensing examinations in Finland.
- About one-fifth of the applicants passed the examinations on the first attempt.
- The licensing process took two years on an average.
- Women's success in the examinations was significantly better compared with men.
- Age at the start of the examinations or time from graduation was not associated with outcome.

SUGGESTIONS FOR FUTURE RESEARCH

- To investigate how the non-EEA doctors have performed as primary health care doctors.
- To compare the licensing systems in different countries in order to create a more uniform system in Europe.

Keywords: evaluation, foreign medical graduates, general practice, licensing

SUMMARY

In the licensing process in Finland, of the doctors who have taken their medical degree outside the EU/EEA, a certificate of a language test in Finnish or Swedish is demanded. The Department of General Practice at the University of Tampere takes care of the licensing examinations, including two written medical knowledge tests and clinical skills assessment. The doctors have to prove that they can manage as primary care physicians.

In this study, the aim was to investigate the performance of doctors in the licensing examinations. There were 746 doctors in all who had participated in the examinations during 1994–2009. Their success

in the exams and numbers of attempts were studied in connection with demographic data. Over half of the participants had passed all three tests and about one-fifth of them had passed them on the first attempt. Gender was the only factor that was associated with good outcome, women being significantly better than men.

The Finnish licensing system of non-EEA doctors is equal for all participants. Experienced general practitioners act as evaluators. The purpose is to make responsible assessments of the competency of the doctors, also taking into account the possibility that some doctors may continue to other EEA countries and start practice on the basis of the Finnish licensure.

INTRODUCTION

In the area of the European Union, there is a principle of people's right to live and work in other EU countries.¹ It is possible for doctors to move from one country to another to practice their profession because the medical degrees are harmonised.² The Nordic countries – Denmark, Finland, Norway and Sweden – have a long experience of a common labour market for physicians.³

Many doctors also migrate to the European Economic Area (EEA) from outside the area. According to a survey of the non-EEA doctors who had come to Finland between the years 1994 and 2009, they represented 65 different nationalities, almost half of them being Russian, and they were graduates of 161 medical schools around the world.⁴

Recognition of medical degrees taken outside the EU/EEA

Variation is great in the European countries in the recognition of medical qualifications taken in countries outside the EEA.⁵ Only in 11 EEA countries is a test or evaluation uniformly required.⁶ As in Finland, in Sweden the applicants are required to take a language test and professional tests including theory and practice.⁷ In the Netherlands, the basic medicine test includes questions taken from a large database.⁶ In Germany, the different states have their own testing systems and the allowed number of retakes varies.⁸

Comparison of 10 EEA countries in their recognition of non-EEA doctors shows that in the Nordic countries (Denmark, Norway, Sweden) and the United Kingdom there is a special procedure in use that takes a shorter time than in the other countries.⁹ In Austria, Belgium, France, Germany, The Netherlands and Spain, there are additional university programmes available for non-EEA doctors.

Licensing process in Finland

In Finland, the licensing process of doctors from outside the EEA has been in use since 1994 when it was created according to a motion proposed in Parliament. First of all, the applicants have to send their degree certificates for inspection to Valvira – the National Supervisory Authority for Welfare and Health.¹⁰ They have to pass an official language test (Finnish or Swedish), complete six months' training in a Finnish hospital and pass a three-part examination (Figure 1). Valvira uses the test results and other available information in its decisions about licensing of doctors. A further 3-year training in general medical practice is needed to get a licence to work in the whole EU area.²

Valvira organises the national examinations jointly with the Department of General Practice at the University of Tampere. No other universities in Finland are involved in the arrangements of the licensing examinations. There are no compulsory courses for the participants. In the first test or the written clinical examination, the respondents must demonstrate the same level of knowledge as the

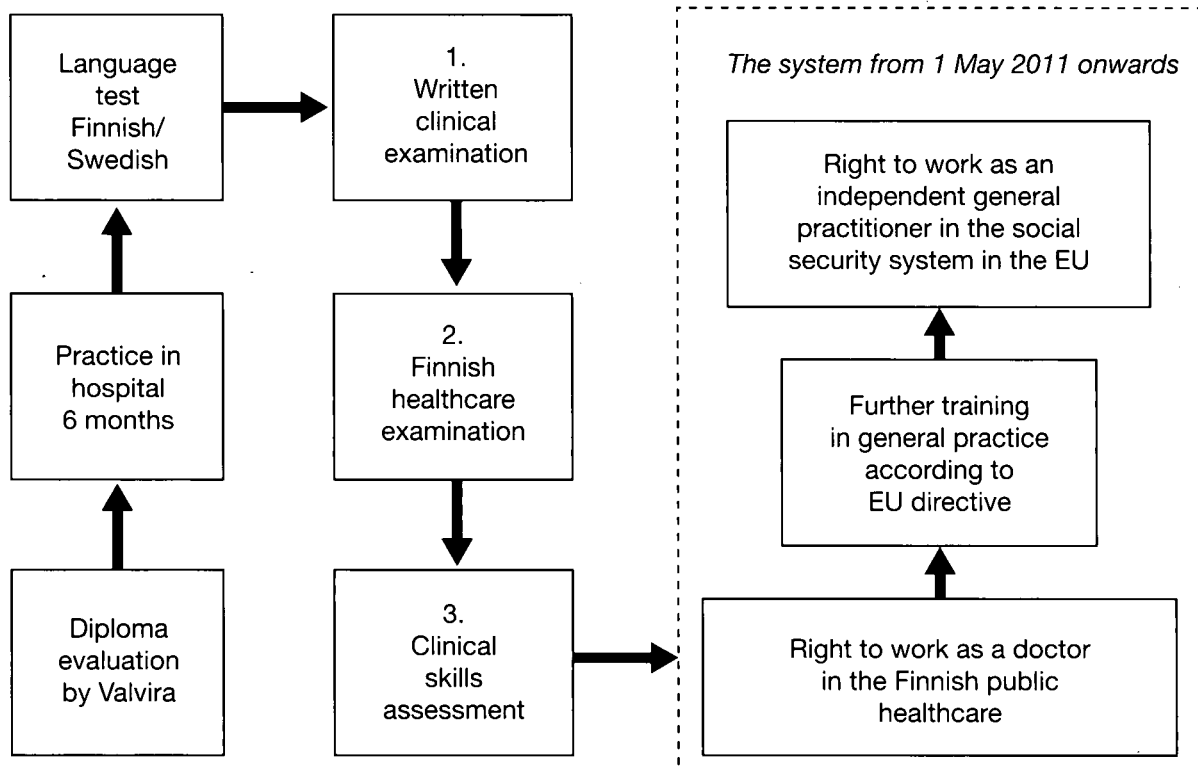


Figure 1 Phases of the licensing process in Finland for doctors graduated outside the EEA

doctors who have completed their medical education at the University of Tampere. The questions are based on patient cases, they are answered in essay form, and familiarity with the practices of Finnish health centres is needed. The test is failed if patient safety would be endangered.

The second written test or the Finnish healthcare examination includes three parts: social medicine, forensic medicine and pharmacology. In social medicine there are questions about the legislation of healthcare and social insurance, in forensic medicine about certifying death, and in pharmacology about the legislation concerning drugs. The participants have to fill in a death certificate and three prescription forms. The requirements of the second examination are given in a reading list.

The questions of the first written examination and the social medicine part of the second written examination are prepared by professors and clinical teachers of general practice. In the second test, professors of forensic medicine and clinical pharmacology also draw up questions.

The third examination or the clinical skills assessment includes the consultation of three genuine patients at a health centre, writing their patient records and working out five X-ray readings. The whole consultation is video recorded to be shown later in the evaluation meeting in which one professor and one clinical teacher from the Department of General Practice and the supervisor of the test make a decision about the result. A scoring form is used (Table 1). The written examinations as well as the clinical skills assessment consist of primary care components. The participants are

expected to have good clinical skills and the ability to apply them in primary healthcare.

Doctors who have completed their medical education in the new EU countries (e.g. Estonia, Latvia, Lithuania) no longer have to take the exams. However, the total number of participants has not diminished, since the number of Russian doctors has increased recently.⁴ The number of doctors who have completed the licensing process has been 30–40 on average every year.

Aim of the study

The aim of this study was to examine the participation and outcomes in licensing examinations in Finland of doctors who had completed their medical qualification outside the EEA. What factors were associated with good or poor outcome?

METHODS

The participant lists of the examinations including date of birth, nationality and medical school were sent to the University of Tampere by Valvira. Licensing information was checked from a list of physicians.¹¹ In addition, some updating information was received from Valvira. Information about the participation dates and approval of the exams was taken from the study register maintained by the Department of General Practice.

The total number of participants in the licensing examinations in the years 1994–2009 was 746. There were 147 doctors in the licensing process at the end of 2009, and 599 had finished. Of those who had finished, 383 had passed all three parts of the examination; 197 had passed one or two parts – Valvira had not demanded anything further from them for different reasons; and 19 doctors had dropped out. Those 383 doctors were studied as a separate group, with a focus on the number of retakes and the total time needed for the exams. Almost half of the participants (46%) were Russian, and they were chosen for comparison with the rest of the participants. For studying trends in test performance, the participation times were grouped into three periods: 1994–1999, 2000–2004 and 2005–2009.

The written examinations are regularly arranged four times a year at the University of Tampere; there were some exceptions in the earlier years when fewer than four examinations a year were arranged. During the time 1994–2009, the first written test was arranged 57 times and the second written test 58 times. The results of all these tests are studied here. The clinical skills assessments are arranged once a week in general with individual testing times for every candidate.

In statistical analyses we used cross tabulations and ANOVA analyses. Factors connected with good success in examinations were studied by logistic

Table 1 List of evaluation points in the clinical skills assessment in Finland for doctors graduated outside the EEA (2009). Evaluation scale: fail/sufficient/satisfactory/good/excellent

1	General nature of the handling of the patient.
2	Fluency of communication.
3	Cooperation with and acknowledgement of the patient.
4	Language proficiency.
5	Clarifying the patient's actual problem.
6	Taking into account of long-term illnesses.
7	Taking into account of risk factors.
8	Examination of the patient according to the current problem.
9	Making justified and logical diagnostic conclusions.
10	Reasonable action chosen according to the problems.
11	Reasonable choice of medication taking into account evidence-based guidelines.
12	Explaining the diagnosis and the planned further measures to the patient.
13	Command of filling forms (prescriptions, referrals, etc.).
14	Correct and sufficient patient records.
15	Use of time and resources during the consultation.

regression. Being approved on the first attempt in all three parts of the examination was considered a criterion of a good standard. Gender, age at the start of the examinations (<35 years or ≥35 years), time from taking the degree (<10 years or ≥10 years) and nationality (Russian or other) were studied as possible factors predicting good outcome. In addition, the total time needed for passing the examinations was studied. Data were analysed using SPSS 15.0 version statistical software.

RESULTS

Participants in the examinations

There were 746 participants in total in the examinations during the years 1994–2009, the number of women being 431 (58%) and men 315 (42%). The age of the participants at the beginning of the examinations was 36 years on an average, median 35 and range 24–64.

The nationalities with the greatest numbers of participants were Russia 341, Estonia 85, Finland 77, Ukraine 31, Iraq 15, Afghanistan 13, Iran 12, Romania 11 and Egypt 10. There were 151 participants from 56 other countries. Of the participants, 159 doctors had taken their degree at the universities of St. Petersburg, 125 doctors at the University of Tartu (Estonia), and 120 doctors at the University of Petrozavodsk (Russia). The Finnish students who had qualified outside the EEA had to take the examination; many of them had studied in Estonia.

The participants had 10 years on an average (median 9) from taking their basic medical degree when they started the examinations. Women's average time was 11 years (median 10) and men's 8 years (median 7); the difference was statistically significant ($P < 0.001$). Russian doctors had 12 years on an average (median 11) from taking their degree while other nationalities had 8 years (median 6); the difference was statistically significant ($P < 0.001$).

Approvals in the three examinations

There was some variation between the three examinations in the number of attempts needed to pass (Table 2). In the written examinations, fewer than half of the participants passed on the first attempt.

In the clinical skills assessment, the majority passed on the first attempt. Counting all sittings of the examinations ($n = 3366$), the proportion of retakes was 56% in the written clinical examination, 51% in the Finnish healthcare examination and 12% in the clinical skills assessment. The maximum number of attempts before passing was 14 in the first written examination, 8 in the second written examination, and 5 in the clinical skills assessment.

In the written clinical examination, 397 women passed, 48% of them on the first attempt; and 265 men passed, 37% of them on the first attempt. The difference was statistically significant ($P = 0.006$). In a corresponding comparison, the difference between Russians and other nationalities was not statistically significant.

In the Finnish healthcare examination, 335 women passed, 48% of them on the first attempt; and 224 men passed, 32% of them on the first attempt. The difference was statistically significant ($P < 0.001$). Comparing nationalities, 38% of Russians and 46% of other nationalities passed on the first attempt ($P = 0.069$).

In the clinical skills assessment, 255 women passed, 91% of them on the first attempt; and 161 men passed, 88% of them on the first attempt. The difference was not statistically significant ($P = 0.359$). In a corresponding comparison, there was no difference in outcome between Russians and other nationalities.

Comparing the results of the examinations during three periods, the proportion of first-time approvals rose in the written clinical examination, declined in the Finnish healthcare examination and stayed almost the same in the clinical skills assessment (Table 3). The difference in the proportions of the first-time approvals was statistically significant in the written clinical examination ($P = 0.003$) and the Finnish healthcare examination ($P < 0.001$), and not significant in the clinical skills assessment ($P = 0.087$).

Time and the number of retakes needed for the approval

There were 383 participants who passed all three examinations. In this group, 22% passed on the first attempt, 52% needed 1–3 retakes, 17% needed 4–6 retakes and 8% needed 7–13 retakes. On an average, the time needed for the examinations was about two years (Table 4). The interval between

Table 2 Three parts of the licensing examination required in Finland of the doctors graduated outside the EEA: proportions (%) of participants who passed the examinations on the first, second or more attempts

Parts of the examination	Accepted on the 1st attempt <i>n</i> (%)	Accepted on the 2nd attempt <i>n</i> (%)	More than two attempts <i>n</i> (%)	All accepted 1994 – 2009 <i>n</i> (%)
Written clinical examination	291 (44)	172 (26)	199 (30)	662 (100)
Finnish health care examination	235 (42)	190 (34)	134 (24)	559 (100)
Clinical skills assessment	374 (90)	32 (8)	10 (2)	416 (100)

Table 3 Three parts of the licensing examination required in Finland of the doctors who graduated outside the EEA: numbers of accepted participants and proportions (%) of those accepted on the first attempt during three periods

Parts of the licensing examination	1994–1999		2000–2004		2005–2009		1994–2009 Total number of accepted <i>n</i>
	All accepted <i>n</i>	Accepted on the 1st attempt %	All accepted <i>n</i>	Accepted on the 1st attempt %	All accepted <i>n</i>	Accepted on the 1st attempt %	
Written clinical examination	121	31	325	44	216	50	662
Finnish health care examination	92	63	272	49	195	22	559
Clinical skills assessment	93	94	186	91	137	85	416

Table 4 Licensing examinations in Finland in 1994–2009 for doctors graduated outside the EEA. Months spent in different phases of the examination (the two first parts = written examinations; the third part = clinical skills assessment)

	Passing the first two parts (months)	Interval before taking the third part (months)	Passing the third part (months)	Total time used for the three parts (months)
Minimum	2.3	<1	<1	5
Maximum	82	45	28	85
Average	16	6	1.4	23
Median	12	1.5	0.4	19

passing the second written proof and participating in the practical test lengthened in recent years because of the lack of testing opportunities. In earlier years, the waiting time was four months on an average, but in the period 2005–2009 it was eight months.

In the period 1994–1999, there were 64 participants who passed all three examinations, in 2000–2004 there were 182, and in 2005–2009 there were 137. The average times needed for the examinations in these three periods were 17, 23 and 27 months, and the medians 14, 18 and 24 months, respectively.

Factors related to successful outcome

In the group of participants who were approved in all three examinations in 1994–2009 ($n = 383$), 22% passed the examinations on the first attempt. There were 237 women and 146 men in the group, and 25% and 17%, respectively, passed the examinations on the first attempt.

According to logistic regression, the chosen indicator of successful outcome (all three examinations approved on the first attempt) was only associated with gender (Table 5). Women had 1.8-fold probability of successful outcome compared with men ($P = 0.041$). The other studied factors did not have a significant association.

DISCUSSION

All the doctors from outside the EEA are required to complete the licensing process with examinations in Finland. Data of their examination results can be considered reliable because they are based on a study register maintained by the Department of General Practice since 1994.

Participation

The number of attempts in the exams reflects the abilities of the participants. Only about one-fifth of the participants cleared all three tests on the first attempt. A greater proportion of women than men were approved in the written examinations on the first attempt. In logistic regression, too, the only factor connected with good success was gender. One explaining factor could be women's better integration in the Finnish language and culture, many of them being married with Finns, especially Russian doctors.¹²

Outcomes

During the time of this study there were no limitations as to the number of retakes. From autumn 2010 a

Table 5 Factors connected with good outcome in the licensing examinations 1994–2009 of doctors graduated outside the EEA. Criterion of good outcome: all three parts of the examination passed on the first attempt

Variables	<i>n</i> *	OR (95% CI)	<i>p</i>
Gender			0.041
Male	146	1.00	
Female	237	1.80 (1.02–3.16)	
Age			0.960
≥35 years	198	1.00	
<35 years	180	1.02 (0.44–2.38)	
Time from graduation			0.658
≥10 years	175	1.00	
<10 years	174	1.20 (0.52–2.86)	
Nationality			0.247
Russian	208	1.00	
Other	172	1.35 (0.81–2.27)	

*The sum (*n*) varies because of missing data

new stipulation has been in effect that limits the number of attempts.¹⁰ It is possible to participate in each of the written exams ten times at the most and after every three times a year's interval has to be kept. The clinical skills assessment can be retaken twice at the most, the first retake after six months and the second retake after one year.

Factors associated with variation in outcome

Time factors

For some participants, personal reasons caused breaks between the exams and lengthened the total time. Also, continuing shortage of testing opportunities in health centres for the practical test meant unnecessary waiting and lengthened the time. For these reasons, the number of attempts at the examinations is a more relevant measure of success than the total time taken.

Results in different periods

Comparing the results of the written examinations in the three periods, opposite trends in the proportions of first-time approvals could be noticed. In the written clinical examination the proportion rose and in the Finnish healthcare examination it dropped.

In the written clinical examination between 1994 and 2003, the questions were prepared by professors in different fields of medicine and they may have required specialist-level knowledge to some extent. From 2003 onwards, the questions

have been prepared by professors and clinical teachers of general practice. In the Finnish healthcare examination in earlier times, the Estonian and Finnish doctors who had graduated from the University of Tartu were the most successful group, but since Estonia has joined the EU they no longer have to participate.

Comparison with other countries

In the UK, the foreign medical graduates who were specialising for general practice more often failed the clinical skills assessment than the written examinations.¹³ The reasons for failure were language problems, cultural differences in the relationship with patients, and problems in diagnosis and management. In the Finnish licensing examinations, the results were contrary, although the testing situation of the practical test was demanding with occasional emergency patients in an unfamiliar health centre.

To help the foreign GP applicants to pass the clinical skills assessment in the UK, workshops were arranged with simulated patients.¹⁴ In the Finnish licensing system, the best way for the participants to prepare for the practical test is working in a health centre. As soon as they have passed the first written examination they can get a temporary authorisation to work in hospital under the supervision of a licensed doctor, and the same applies to working in health centres after passing the second written examination.¹⁰

In Sweden, a nation-wide test is compulsory for doctors whether they have taken their degree in Sweden, in the EU area, or outside the EU area. Doctors from outside the EU area failed the test

about ten times as often as doctors who had graduated from Swedish universities.¹⁵ Language problems, differences in basic training, one-sided specialisation, and a long interval from taking the basic medical degree were mentioned as reasons for failure. Differing from this, in this study the time from taking the degree did not seem to have any connection with poor outcome.

In the US, the clinical skills assessment includes consultations of ten standardised patients and writing their patient notes.¹⁶ The trained patients also rate the performance of the examinees, and physician examiners are only available to score the patient notes. In Finland, there are three genuine patients in the clinical skills assessment and patient notes as well as X-ray readings are required. The Finnish system is very small-scale compared with the US, and it has been possible to have physicians as raters all the way through the test.

Other factors

Some doctors have not been successful in the exams because of their early specialisation during their basic education. Also, the system of written exams could be difficult for some participants if they were used to oral exams in their country of origin. There is a lot of variation in the knowledge of the Finnish language between the participants, but language mistakes are not failing criteria for the examinations if the contents are understandable.¹²

Of the above-mentioned factors, early specialisation and oral examinations are common features of the Russian medical education. After all, these factors did not have a great influence since there was no significant difference between the outcome of Russian doctors and others.

Validity and reliability of the examinations

The style of questions and answers in written examinations is chosen on the basis of the focus of testing.¹⁷ If the purpose is to test applied knowledge in problem-solving then the context is necessary. In marking the answers of several questions, the result is more reliable if one person marks the answers of all respondents to a single question and the answers of one respondent are marked by many evaluators.

In conformity with the above-mentioned recommendations, the context of patient cases was given in the written clinical examination and the respondents had to apply their knowledge in essay-type answers. From the point of view of doctor's work this is a valid way of testing their professional level. In marking the answers, every teacher marked one question of all respondents and the final results were decided in a meeting of teachers. Especially the borderline cases were thoroughly discussed in the group. The process could be considered reliable,

because the rating criteria of the answers were created and accepted in consensus by a group of seven teachers. The teachers also wrote a paper on the rating criteria of the questions, and this information was sent to the participants who failed the examination.

Standard setting and Finland's responsibility as gatekeeper

It is important to keep standards on an appropriate level to make the examinations a trustworthy tool for measuring the competency of doctors. To succeed in the examinations, the participants have to improve their language abilities and familiarise themselves with the Finnish healthcare system. Some participants always pass the examinations on the first attempt, so the tests cannot be considered too demanding. The required level of medical knowledge and skills for the non-EU doctors is the same as for doctors graduated in Finland.

Finland, as well as other EU countries, has a responsibility for ensuring that the competency of non-EU doctors is properly checked because their licensing is automatically valid if they move on into other EU countries.

CONCLUSION

Our aim was to study the output in the licensing examinations during 1994–2009 of doctors educated outside the EU/EEA. The participants in the examinations were from 65 different countries and 161 universities. Women had better outcome in the exams than men. Except for gender, we did not find any other demographic factors that predicted good or bad outcomes. Working through the licensing process, the doctors can improve their medical abilities and command of language. After passing the exams, the doctors are considered competent for working in the Finnish primary healthcare system.

Ethical approval

Not required.

Funding

None.

Conflicts of interest

None.

References

- 1 Europa (2011) *Gateway to the European Union. Employment and Social Affairs*. http://europa.eu/pol/socio/index_en.htm (accessed 01/11).
- 2 Directive (2005) *Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council on the recognition of professional qualifications*. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF> (accessed 01/11).
- 3 Agreement (1965) *Agreement concerning a common Scandinavian labour market for physicians*. United Nations. Treaty Series. http://untreaty.un.org/unts/1_60000/26/22/00051095.pdf (accessed 01/11).
- 4 Haukilahti R-L, Virjo I and Mattila K (2010) Licensing examinations for Non-EU/EEA doctors in Finland in 1994–2009 [in Finnish, abstract in English]. *Suomen Lääkärilehti* 65(41): 3315–21.
- 5 Rowe A and Garcia-Barbero M (2005) *Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region*. World Health Organization. www.aemh.org/pdf/RegulandlicencEUphysicians.pdf (accessed 02/11).
- 6 van Berkestijn TMG, Splinter T, ten Cate O, Bezema R, Dijkstra J and Postma C (2008) *ECFMG programme: a quality tool for incoming non-EU medical Doctors to EU? Experiences from implementing the ECFMG programme in the Netherlands*. AMSE Annual Conference, Barcelona. www.amse-med.eu/documents/vanBerkestijn2.doc (accessed 05/10).
- 7 Application (2009) *Application for a licence to practise for applicants from countries outside the EU/EEA (Sweden)*. <http://www.socialstyrelsen.se/applicationforswedishlicencetopractiseothercountry> (accessed 01/11)
- 8 Englmann B (2009) *Recognition procedures for foreign trained doctors in Germany*. Presentation held at the *International Workshop on Practises for Recognising Qualifications of Migrant Health Professionals at the HWWI, Hamburg*. http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/turantur_en.pdf (accessed 03/10).
- 9 Herfs PGP, Kater L and Haalboom JRE (2007) Non-EEA doctors in EEA countries: doctors or cleaners? *Medical Teacher* 29: 383–9.
- 10 Valvira – National Supervisory Authority for Welfare and Health (2011) *Examinations for doctors qualified outside the EU/EEA area*. mhtml:file://E:\Competence%20Examinations%20-Valvira_fi.mht (accessed 09/11)
- 11 Aho M, Karjalainen T-L and Kinnunen L (ed.) (2004) [in Finnish] *Terveystuon ammattihenkilöt (Health care professionals)*. *Lääkärit (Physicians)*. Terveystuon oikeusturvakeskus (National Authority for Medicolegal Affairs), Helsinki.
- 12 Haukilahti R-L, Virjo I and Mattila K (2012) Physicians coming to Finland from outside the European Economic Area: reasons for immigration, employment, and plans for the future [in Finnish, abstract in English] *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti [Journal of Social Medicine]* 49: 13–30.
- 13 Jamieson M and Browne K (2011) How to help your international medical graduate trainee pass the CSA. *Education for Primary Care* 22: 178–81.
- 14 Fry M and Mumford R (2011) An innovative approach to helping international medical graduates to improve their communication and consultation skills: whose role is it? *Education for Primary Care* 22: 182–5.
- 15 Östergren J, Kaviani C, Krook-Brandt M and Dahlgren L-O (2009). AT-provets resultat varierar beroende på studieort och ålder. Analys av proven åren 1995–2008 [Results of the so-called AT test depend upon study place and age – in Swedish, no English abstract]. *Läkartidningen* 2009-09-15. <http://www.lakartidningen.se/store/articlepdf/1/12712/LKT0938s2356.pdf> (accessed 05/10).
- 16 Whelan GP, Boulet JR, McKinley DW, et al. (2005) Scoring standardized patient examinations: lessons learned from the development and administration of the ECFMG Clinical Skills Assessment (CSA). *Medical Teacher* 27(3): 200–6.
- 17 Schuwirth LWT and van der Vleuten CPM (2004) Different written assessment methods: what can be said about their strengths and weaknesses? *Medical Education* 38: 974–9.

Correspondence to: Riitta-Liisa Haukilahti, School of Medicine, University of Tampere, 33014 Tampereen-yliopisto, Finland. Email: riitta-liisa.haukilahti@uta.fi

Accepted July 2012

Copyright of Education for Primary Care is the property of Radcliffe Publishing and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Lääkärien laillistaminen – ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen arvio prosessista

Riitta-Liisa Haukilahti, Irma Virjo & Kari Mattila

Lääkärien laillistamisen valvonta ja erityisesti ulkomailla suoritettujen tutkintojen luotettavuus ovat olleet viime aikoina esillä julkisuudessa. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti Terveystieteiden valvontatyöryhmän selvittämään ammatinharjoittamisoikeuden myöntämistä ja ammatinharjoittamisen valvontaa. Loppuraportissaan työryhmä esitti, että ammatinharjoittamisen valvontaa pitää parantaa potilasturvallisuuden takaamiseksi. ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkäreiden osalta työryhmällä oli useita ehdotuksia. (Paunio & Pelkonen 2012.)

Euroopan talousalueella (ETA) toimivat lääkärit voivat siirtyä vapaasti maasta toiseen harjoittamaan ammattiaan. Periaate koskee EU-maita, muita ETA-maita (Norja, Islanti, Liechtenstein) ja Sveitsiä sekä EU:hun liittyviä uusia maita, joissa lääkäreiden tutkintovaatimukset liittymisvaiheessa yhtenäistetään. ETA-maissa ei kuitenkaan ole yhtenäistä tutkintojen tunnustamiskäytäntöä alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneita lääkäreitä varten (Berkestijn 2008). Suomessa on tähän tarkoitukseen kehitetty laillistamisprosessi, jossa lääkäreiden pätevyys pyritään varmistamaan (Haukilahti ym. 2012b).

Lääkärien laillistusta ja toimintaa valvoo Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). Aiemmin tehtävää hoiti Terveystieteiden oikeusturvakeskus (TEO). ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkäreiden laillistusprosessin suunnittelu lähti aikoinaan käyntiin eduskuntakyselyn jälkeen (Aittoniemi 1992). Järjestelmä on ollut käytössä vuodesta 1994. Valvira tarkistaa lääkäreiden tutkintotodistukset sekä todistukset suomen tai ruotsin kielen kokeesta ja puolen vuoden harjoittelusta suomalaisessa terveydenhuollossa. Tämän jälkeen lääkäreiden pitää suorittaa hyväksytysti kolmiosainen kuulustelu.

Laillistamiskäytännön osat ovat: 1) kliinisen kuulustelu, 2) suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu ja 3) terveyskeskuksessa suoritettava näyttökoe. Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppiala järjestää kirjalliset kuulustelut neljä kertaa vuodessa ja näyttökokeita yleensä viikoittain. Näyttökokeessa kuulusteltava ottaa vastaan terveyskeskuspotilaita, ja kokeen valvojana toimiva kliininen opettaja tai terveyskeskuslääkäri videoi vastaanoton. Lisäksi arvioitavana ovat kuulusteltavan laatimat sairauskertomusmerkinnät ja röntgenkuviin liittyvät tehtävät. Yleislääketieteen oppialan professorit ja kliiniset opettajat osallistuvat kirjallisten kuulustelujen kysymysten laatimiseen ja vastausten arviointiin sekä näyttökokeen hyväksymisestä päättävään arviointikokoukseen. Lisäksi vastuu oman alansa kysymyksistä on oikeuslääketieteen ja kliinisen farmakologian professoreilla. (Haukilahti ym. 2010.)

Kuulustelujen uusimiskertoja ei aiemmin rajoitettu, mutta Valviran antaman määräyksen mukaan kirjallisia kuulusteluja voi nykyisin yrittää enintään kymmenen kertaa ja näyttökoetta kolme kertaa (Valvira 2010). Kuulusteluissa saa käyttää ainoastaan suomea tai ruotsia. Kuulustelumaksut on määrätty asetuksessa (opetusministeriö 2007).

Kuulusteluihin osallistuville lääkäreille ei ole pakollista koulutusta. Tarjolla on kuitenkin ollut valmentavia kursseja, joihin sisältyy kielikoulutusta ja suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään tutustumista. Kursseja ovat järjestäneet Tampereen ja Joensuun yliopistot sekä yksityiset kurssinjärjestäjät. Osallistujat ovat voineet saada tukea työvoimaviranomaisilta.

Vuosina 1994–2009 kuulusteluihin osallistuneista lääkäreistä 383 on suorittanut hyväksytysti kaikki kolme kuulustelua. Vuoden 2009 lopussa tenttiprosessissa oli 147 lääkärinä. Kuulusteluihin osallistuneista noin puolet on ollut venäläisiä.

Kaikkiaan osallistujat ovat edustaneet 65 kansallisuutta ja tutkinnon suoritusyliopistoja on ollut 161. (Haukilahti ym. 2010.) ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkäreiden enemmistö on tullut Suomeen perhesyiden takia, ja lähes kaikki suunnittelevat jäävänsä Suomeen pysyvästi (Haukilahti ym. 2012a).

Ulkomailla opiskelleita suomalaisia lääkäreitä osallistui kuulusteluihin 1990-luvun loppuvuosina paljon nykyistä runsaammin, ja TEO vaati heiltä ainoastaan suomalaisen terveydenhuollon kuulustelun. Näyttökokeesta saattoi vapautua 2000-luvun alkuvuosina, jos oli työskennellyt terveyskeskuksessa ja saanut ylilääkäriltä todistuksen. Nykyisin kaikilta vaaditaan kolmen kuulustelun hyväksytty suoritus. Kuulusteluissa menestymistä edistää määräaikaisen toimiluvan saaminen Valviralta jo kuulusteluprosessin aikana. Kuulustelujen suorituksen jälkeen lääkäreillä on vastaavat oikeudet kuin suomalaisista yliopistoista valmistuneilla lääkäreillä. Saadakseen laillistuksen kaikkien ETA-maihin heidän on vielä suoritettava direktiivin mukainen kolmen vuoden lisäkoulutus.

ETA-alueen ulkopuolella koulutetut lääkärit tulevat usein erilaisista kulttuureista, joiden koulutus- ja terveydenhuoltojärjestelmät poikkeavat suurestikin suomalaisesta järjestelmästä. Osa lääkäreistä on erikoistunut ja tehnyt ehkä pitkänkin uran kapealla lääketieteen erityisosaamisen alueella. Arviointiprosessin tavoitteena on turvata riittävä tieto- ja taitotaso toimia peruskoulutettuna lääkärinä Suomessa. Sen vuoksi prosessiin kuuluu sekä lääketieteellisen tietämyksen tarkistus että suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän ja säännösten tuntemus.

Valelääkärikohun yhteydessä Tampereen yliopiston järjestämä ulkomaalaisten lääkäreiden kuulusteluohjelma joutui myös tulilinjalle (Pälve 2011). Lääkäriliiton toiminnanjohtajan mukaan läpäisykriteereitä pitäisi tarkistaa, vaikka hylätyt kokelaat ovatkin pitäneet tenttejä ja kielitaitovaatimuksia kohtuuttomina ja esittäneet epäilyjä syrjinnästäkin. Suomen Lääkäriliitto teki samassa yhteydessä jäsenkyselyn, johon vastasi vajaat 6 000 lääkäriä (Lääkäriliitto 2012). Heistä puolet oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä vääntämästä, että laillistamiskulustelujen läpäisykriteereitä olisi kiristettävä.

Terveydenhuollon valvontatyöryhmä päätyi raportissaan esittämään tiukennuksia laillistus-

prosessiin (Paunio & Pelkonen 2012). Lääkärit saivat mennä sairaala- tai terveyskeskusharjoiteltuun vasta suoritettuaan ensimmäisen kirjallisen kuulustelun sekä uusimuotoisen vaativamman kielikokeen. Kielitaidon parantamiseksi tarvitaan pakollista ammatillista kielikoulutusta. Tenttien uusimismahdollisuuksia saisi työryhmän mielestä vähentää. Kuulustelujen suorituksen jälkeen pitäisi vaatia vielä vuoden mittainen pakollinen palvelu julkisen terveydenhuollon piirissä ohjaavan lääkärin alaisuudessa, ennen kuin voisi saada täyden laillistuksen. Työryhmä korosti potilasturvallisuutta kantavana periaatteena.

Suomalaisissa monikulttuurisissa terveydenhuollon työyhteisöissä toimivien kantaväestöä edustavien ja maahanmuuttajataustaisten lääkäreiden ja hoitajien näkökantoja on selvitetty haastattelututkimuksessa (Pitkänen 2011). Kieliongelmat todettiin keskeisiksi, ja ne saattoivat vaarantaa potilasturvallisuutta. Kielitaidon puutteet ilmenivät potilaskontakteissa ja kirjallisessa raportoinnissa. Maahanmuuttajataustaisten lääkäreiden tutkinnon sisältö saattoi poiketa paljon suomalaisesta. Erilaisuus ulottui käsityksiin hierarkiasta, sukupuolten tasa-arvosta ja potilas-lääkärisuhteesta. Maahanmuuttajat kokivat potilaiden ja työtovereiden taholta kielteisiä asenteita, ennakkoluuloja ja luottamuksen puutetta. Työyhteisön kommunikaatio saattoi olla heikkoa eikä ohjausta annettu tarpeeksi. Toisaalta jotkut lääkärit pyrkivät peittelemään kielitaitonsa tai tietojensa puutteita eivätkä pystyneet vastaanottamaan ohjeita. Työyhteisön hyvä johtajuus oli ratkaisevan tärkeää.

Englantilaisessa tutkimuksessa tuli keskeisesti esiin kulttuuritekijöiden ja eettisten kysymysten vaikutus maahanmuuttajalääkäreiden toimintaan (Slowther ym. 2012). Erilaisuutta oli esimerkiksi siinä, kerrotaanko diagnoosi potilaille vai perheelle tai miten potilasta hoidetaan kuoleman lähestyessä. Monissa lähtömaissa lääkärin auktoriteetti oli suurempi kuin Englannissa eikä siellä ollut totuttu ottamaan potilasta mukaan päätöksentekoon.

Lääkäreiden laillistusprosessin arviointi katsottiin Suomessa välttämättömäksi valelääkärikohun yhteydessä. Selvitystyöryhmän asettamisesta päätettiin poliittisella tasolla. Työryhmä pyrki monesta näkökulmasta selvittämään asiaa, mutta itse prosessin kohteena olevia lääkäreitä

ei käytetty asiantuntijoina. Jo ennen valelääkäririkohua keräämämme ETA-alueen ulkopuolella koulutetuille lääkäreille kohdistetun kyselyn tutkimusaineisto täydentää arviointityöryhmän raporttia tuomalla esiin lääkäreiden omat mielipiteet.

Tämä kirjoitus perustuu tuohon kyselyaineistoon. Tarkoituksena on selvittää, miten ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärit itse arvioivat kuulustelujärjestelmää ja sen toteutusta sekä merkitystä myöhemmän lääkärinä toimimisen kannalta.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Vuonna 2009 tehtiin kyselytutkimus ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneille lääkäreille, jotka olivat osallistuneet kuulusteluihin vuosina 1994–2008. Osallistuneita oli ollut kaikkiaan 686, kyselylomake lähetettiin 656:lle (näiden osoite pystyttiin selvittämään) ja vastanneita oli 344 (52 %).

Lomakkeen kysymykset perustuivat soveltuvin osin Lääkäri 2008 -tutkimuksen kysymyksiin (Heikkilä ym. 2009). Tässä kirjoituksessa tarkastellaan osallistujien esittämiä mielipiteitä kuulustelujen vaatimuksista, toteutuksesta ja arvostelusta sekä kuulusteluista saatavasta hyödyistä. Yksittäisten kuulustelujen tarkasteluun otettiin mukaan vain näihin osallistuneet vastaajat. Syntyperältään suomalaisten (n = 33) vastauksia ei otettu huomioon kielitaitoa koskevilla kysymyksissä.

Kysymykset olivat tyypiltään pääosin väittämiä. Niiden vastausvaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”melko samaa mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä” tai ”täysin eri mieltä”. Tilastollisina menetelminä käytettiin vastausosuuksia ja ristiintaulukointia. Vastausosuudet on laskettu kuhunkin kysymykseen vastanneista, ja vastanneiden lukumäärät vaihtelivat eri kysymyksissä.

Osaan kysymyksistä oli mahdollisuus liittää oma vapaamuotoinen kommentti. Lisäksi pyydettiin esittämään vapaamuotoisesti kuulustelujärjestelmän hyviä puolia ja epäkohtia sekä kehittämisehdotuksia. Katsauksessa on mukana sitaatteja, joihin on liitetty tieto vastaajan sukupuolesta ja iästä. Sitatit esitetään siinä muodossa kuin ne oli kirjoitettu (kielivirheet mukaan lukien).

Vastaaajien taustatiedot

Kaikista kyselyyn vastanneista (n = 344) oli venäläisiä 52 %, virolaisia 10 % ja suomalaisia 10 %. Muita kansallisuuksia oli Euroopasta, Aasiasta, Afrikasta ja Amerikasta. Synnyinmaana oli ilmoitettu yhteensä 50 maata, tutkinnon suoritusyliopistoja oli 111. Vastajat olivat olleet ennen Suomeen tuloa lääkärinä keskimäärin seitsemän vuotta. Vastanneista naisia oli 64 %. Vastanneiden keskimääräinen ikä oli 43 vuotta, nuorin oli 27- ja vanhin 69-vuotias.

Runsaalla kolmanneksella vastanneista oli ollut harjoittelupaikka ennen kuulusteluja Helsingissä tai Uudellamaalla. Muut harjoittelupaikat jakaantuivat melko tasaisesti sairaanhoitopiireihin ympäri maan, eniten paikkoja oli Varsinais-Suomessa, Pirkanmaalla ja Pohjois-Pohjanmaalla. Valmentaville kursseille oli osallistunut 49 % vastaajista, naisista 55 % ja miehistä 38 %.

Lomakkeella oli kysymys: ”Jos TEO on vaatinut suorittamaan vain osan kuulusteluista, mikä oli perusteena?” Vastajat olivat valinneet perusteita seuraavasti: suomalainen syntyperä (n = 29), työskentely terveyskeskuksessa korvasi potilastentin (17), maani on liittynyt EU:hun (12), olen suorittanut lääkärintutkinnon EU-maassa, mutta olen syntynyt EU:n ulkopuolelta (5).

Vastajista 54 % ilmoitti saaneensa rajoitetun toimiluvan kliinisen kuulustelun jälkeen ja 58 % suomalaisen terveydenhuollon kuulustelun jälkeen.

TULOKSET

Valmistautuminen kuulusteluihin

Tietoa kuulustelujärjestelmästä vastaajat (n = 340) olivat saaneet yhdestä tai useammasta lähteestä. TEO:sta ilmoitti saaneensa informaatiota 57 %, kollegoilta 42 %, suomalaisilta ystäviltä 13 %, internetistä 11 % ja muualta 13 %. Riittävästi tietoa kuulusteluista ilmoitti saaneensa 82 % vastanneista (n = 339). Asiakirjojen toimittamisessa 93 % vastanneista (n = 340) ei ollut kokenut ongelmia. Kehittämisehdotuksena esitettiin tiedonsaannin parantamista jakamalla tietoa myös esimiehille terveydenhuollossa.

Taulukko 1. Harjoittelu-aikaa koskevista väittämistä täysin tai melko samaa mieltä olleiden vastaajien osuudet sukupuolen mukaan ja eron tilastollinen merkitsevyys.

Väittämä	miehet (n = 107) %	naiset (n = 195) %	p
Sain harjoittelupaikan helposti	74	69	0,374
Suomen/ruotsin kielen taitoni parani	93	96	0,423
Lääketieteelliset tietoni paraniivat	84	90	0,315
Sain ohjausta kollegalta	79	78	0,564
Opin tuntemaan suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän	94	93	0,896
Minulla oli aikaa valmistautua kuulusteluihin	70	75	0,632
Pysyin työpaikallani ulkopuolisena enkä oppinut kieltä	12	6	0,001

”Info-paketti tuleville kollegoille, jossa selitetään aikataulu, valmentavat kurssit, harjoittelupaikat. – Info esimiehille ympäri Suomea, mitkä seikat ulkomaalainen lääkäri pitää suorittaa ja helpottaa prosessia.” (nainen, 44 v)

Harjoitteluajan oli suurin osa kokenut positiiviseksi (taulukko 1). Vain harvat vastaajat kokivat jääneensä työpaikalla ulkopuolisiksi. Harjoittelu-aikana tehtyä arviota ehdotettiin korvaamaan ainakin osaa tenteistä.

”Minusta on parempi jos harjoittelu-aikana lääkäri saa arvio henkilökunnasta ja potilaisista, jolla perustella voidaan vähentää tentin kysymyksiä tai vaikka väistä klininen tentti tai potilasvideotentti.” (nainen, 38 v)

Kysymyksessä ”Mikä oli vaikeinta kuulusteluihin valmistautuessa?” oli mahdollista valita useampi vastausvaihtoehto. Vastaajat (n = 324) olivat useimmin valinneet vaihtoehdon ”suomalaisen toimintatavan tuntemus” (51 %). Kieli oli ongelma noin neljännekselle (26 %), samoin vastaaminen kirjallisesti (24 %), seuraavana oli lääketieteellisen tiedon hallinta (22 %). Vaihtoehtoon ”muu asia” oli vastattu mm.: ”olen tottunut suorittamaan tentit kerralla ja minua pelotti ja pelottaa tähän asti, että joudun uusimaan jotain”, ”pitkä matka Tampereelle”, ”yhdessä tentissä koko lääketiede, käsittämättömän laaja tentti”, ”suomeksi esiintyminen ja tiedon suuruudesta suomeksi muistaminen”. Valmistautumisaikana nähtiin monella tapaa hyödylliseksi.

”Niihin valmistautuminen auttaa tehokkaasti kertaamaan vanhaa ja oppimaan uutta. Yleislääkärin käsikirjan lukeminen on upea kokemus. Tietysti reseptioppi oli tärkeä, sosiaalitetöiden ja lakipykälien ohella – nehan vaihtelevat maittain.” (nainen, 37 v)

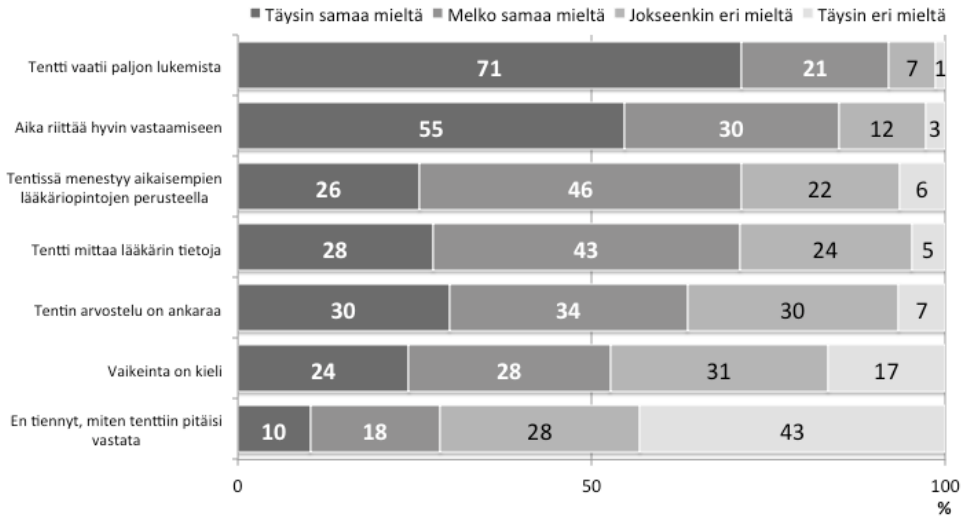
Kliininen kuulustelu

Kaksi kolmasosaa oli täysin tai melko samaa mieltä siitä, että kuulustelussa menestyy aikaisempien lääkäriopintojen perusteella (kuvio 1). Kielen koki vaikeaksi noin puolet. Vastaajat olivat hyvin yksimielisiä siitä, että kuulustelu vaatii paljon lukemista. Suomalaisista taudeista kaivattiin koulutusta.

”Sisätaudesta liian suppea taustatietoa. Suomalaiset zoonosit ei ole opetettu muualla. Mikäli halutaan, että muualla opiskelleet lääkärin tietäisivät suomalaisista taudeista (kuten esim. myyräkuumeesta) pitää järjestää kursseja.” (nainen, 53 v)

Suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu

Suomalaisen terveydenhuollon kuulustelun osioista sosiaalilääketiede koettiin muita vaikeammaksi vaatimusten, vastaustavan, kielen ja arvostelun osalta (taulukko 2). Reseptioppi koettiin helpoimpana vaatimusten, vastaustavan ja kielen suhteen. Arvostelua pidettiin ankarana.



Kuvio 1. Kliinistä kuulustelua koskevien väittämien vastausten (n = 202–212) jakauma (%).

Taulukko 2. Suomalaisen terveydenhuollon kuulusteluja koskevista väittämistä täysin tai melko samaa mieltä olleiden vastaajien (n = 183–187) osuudet.

Väittämä	Sosiaali- lääketiede %	Oikeus- lääketiede %	Reseptioppi %
Tentin vaatimukset ovat epäselvät	40	16	12
Tentti vaatii paljon lukemista	97	91	78
En tiennyt, miten tenttiin pitäisi vastata	35	11	6
Aika riittää hyvin vastaamiseen	77	90	91
Vaikeinta on kieli	68	42	18
Tentin arvostelu on ankaraa	61	41	39

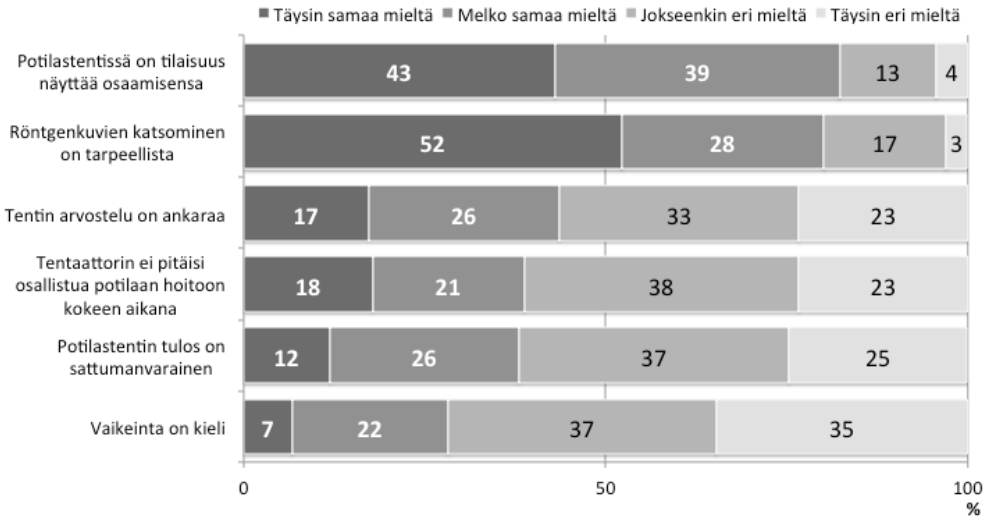
”Mielestäni on liian kova arviointia. – Ulkoa osata sosiaalinen lääketiede (ei käy omijen sanojen selvittäminen).” (nainen, 44 v)

Näyttökoe

Vastaajat olivat hyvin yksimielisiä siitä, että näyttökokeessa on tilaisuus näyttää osaamisensa ja että kokeeseen pitää kuulua röntgenkuvien tulkintaa (kuvio 2). Kieliongelmia oli kolmasosalla. Rungas kolmannes piti arvostelua ankarana tai

sattumanvaraisena. Samoin runsas kolmannes oli sitä mieltä, että valvojan ei pitäisi osallistua potilaan hoitoon kokeen aikana. Vastauksissa puntaroitiin näyttökokeeseen liittyviä häiriötekijöitä ja epäkohtia sekä ehdotettiin aitojen potilaiden sijaan näyttelijöitä.

”Potilastentissä avoin seuranta ja kuvaaminen ärsyttää/vaikeuttaa potilastyötä (vastaanottoa), tunnelma niin kuin ’teatterissa’ (epärealistinen tunnelma).” (nainen, 45 v)



Kuvio 2. Näyttökoetta koskevien väittämien vastausten (n = 129–136) jakauma (%).

”Minusta potilaan tentti pitää jotenkin muuttaa. Olisiko ehkä parempi että potilaat ovat näyttelijät? Tilanne on nykyään niin epätoollinen, potilaat tietävät etukäteen että et ole hänen hoidon vastuussa että ne katsovat koko ajan tenttikuulustelijalle ja niin edelleen.” (nainen, 31 v)

Menestyminen kuulusteluissa

Kuulustelujen vaihetta koskevaan kysymykseen vastanneista 263 eli 77 % (n = 340) ilmoitti suorittaneensa vaadittavat kuulustelut, loppuilla kuulusteluprosessi oli kesken. Kliinisen kuulustelun oli suorittanut ensimmäisellä kerralla 46 % osallistumiskertojen määrän ilmoittaneista (n = 164), sosiaalilääketieteen 61 % (n = 154), oikeuslääketieteen 88 % (n = 157), reseptiopin 81 % (n = 156) ja näyttökokeen 91 % (n = 128).

Omaa tenttimenestystään arvioineista (n = 330) 53 % oli sitä mieltä, että he olivat onnistuneet hyvin. 19 % vastaajista oli onnistunut paremmin kuin oli odottanut. Saman verran vastaajista oli epäonnistunut ensin, koska ei tiennyt, miten pitäisi vastata. Vaikeuksia tunnusti kokeneensa 10 % lääketieteellisten tietojensa

yksipuolisuuden vuoksi. Edeltäville kurseille oli osallistunut noin puolet vastaajista. Heistä 79 % ilmoitti, että kurssi vaikutti tenttimenestykseen melko tai erittäin paljon. Tenttimenestykseen vaikuttaneita syitä kirjattiin runsaasti.

”menneisyyden painolasti vaikeutti valmistumista”,

”alussa oli kieliongelmiä ja kysymyksiä ymmärtämisen ongelmia”,

”koska amanuenssiaikana ei ollut hyvä opetus ja paljon asiaa eli uusi ja pitäisi kirj. suomeksi pitkä”,

”koska mä olen erilainen kuin suomalainen”,
”oikeuslääketiede ei mennyt läpi enkä saanut selityksiä miksi”,

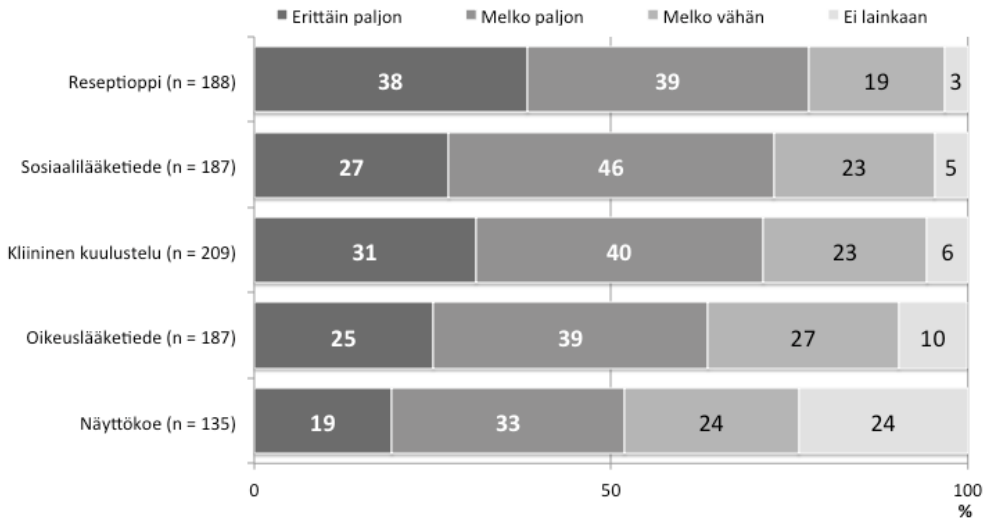
”olen unohtanut osan tietoaani”,

”painostava tunnelma tentin aikana”,

”tentialue oli laaja”,

”Mielestäni sosiaalilääketieteestä riittäisi kursseja. Tentti on liian ankara, näistä tiedoista tarvitaan jatkossa n. 1/3”.

Eniten vastaajat kokivat hyötyneensä reseptiopin kuulustelusta (kuvio 3). Sosiaalilääketieteen kuulustelusta ja kliinisestä kuulustelusta hyötyneitä oli lähes yhtä paljon.



Kuvio 3. Mielipiteiden jakauma (%) kysymykseen ”Oliko kuulusteluista hyötyä nykyisen työsi kannalta?”.

”Kliinisen kuulustelun valmistumassa kielen- taito paranee. – Sosiaalilääketiede ja oikeus- lääketiedeosa kuulustelusta on erit. tärkeä, ilman sitä ei pärjä terveyskeskuksen työssä.” (nainen, 39 v)

Kuulustelujen kehittäminen

Kuulustelujärjestelmän myönteisinä puolina mainittiin: Kuulustelut on hyvin järjestetty ja vastaamiseen on riittävästi aikaa. Kuulusteluja on sopivin väliajoin ja uusimismahdollisuudet ovat riittävät. Kysymykset ovat kattavia ja monipuolisia. Kurssit ovat hyödyllisiä. Kuulusteluprosessista on hyötyä työn kannalta.

”1. Kuulustelut ovat kirjalliset 2. Järjestetään riittävän usein, 3–4 kk välein 3. Hyvä valvonta, ei saa puhua, eikä häiritä muita 4. Saa syödä ja juoda kuulustelun aikana, käydä WC:ssä 5. Saa ottaa kuulustelun kysymykset mukana.” (nainen, 35 v)

”Kulustelu on antanut ymmärtä mitä osan ja mistä tarvitsen lisäkoulutusta.” (nainen, 50 v)

”Mielestäni vaikka valmistautuminen tein- teihin vienyt minulla paljon aikaa (n. 3 v),

ilman tenttien tietoja on mahdotonta tehdä lääkärin työtä sekä PTH:ssa [perusterveydenhuollossa] että ESH:ssa [erikoissairaanhoidossa].” (nainen, 40 v)

”Lukeminen ja kurssi on auttanut hyvin. Kursilla sain selvyyttä miten tentti sujuu ja tentin vaatimuksesta.” (nainen, 38 v)

Epäkohtana mainittiin tenttien järjestäminen ainoastaan Tampereella. Tenttialin istumia ja pöytiä sekä ilmapiiriä moitittiin. Sana- kirjoja kaivattiin. Aikaa ei ollut riittävästi. Vaatimukset olivat epäselviä. Kliinisen kuulustelun kysymyksiä pidettiin sekä liian laaja- alaisina että liian yksipuolisina. Arvostelua pidettiin ankarana. Näyttökokeen jonoista valitettiin. Tenttimateriaalin hankinta oli vaikeaa. Informaatiota puuttui. Hinnat olivat korkeat. Kuulusteluja oli liian harvoin. EU-maista tulevien välttyminen kuulusteluilta ärsytti monia.

”Kuulustelun korkeat vaatimukset pakottivat suorittaa tentit monta kertaa. Se kehitti tentin suorittamista kokemusta, mutta ei kehittänyt tietoja.” (mies, 48 v)

”On omituista että väitetään että Suomeen halutaan läkäreitä, mutta silti laillistamisprosessi on hidas, kankea ja tentit äärimäsen kallit.” (mies, 30 v)

”Suomessa ei kaikki menevät tenteihin, koska he ovat vaikka EU:sta, mutta osaavatko he kaikki hyvin tehdä työtä suomalaisena lääkärinä? Onko TEO ihan varma että kaikkeista EU maista tulevat täydelliset lääkärit?” (mies, 29 v)

Kehittämisehdotuksissa mainittiin, että kuulustelun pitäisi olla monella paikkakunnalla samaan aikaan. Kuulustelukertoja tarvittaisiin lisää. Suullinen kuulustelu voisi olla vaihtoehtona. Kuulustelut pitäisi voida suorittaa englanniksi. Mallikysymyksiä ja -vastauksia saisi olla netissä. Monivalintakysymyksiä voisi käyttää. Näyttökokeessa voisi olla näyttelijäpotilaita. Aiempi erikoistuminen pitäisi ottaa vaatimuksissa huomioon. Ensimmäinen tentti saisi olla maksuton. Valmentavia kursseja tarvittaisiin enemmän.

”Jos valtakunnallinen tentti järjestettäisi ainakin muutamissa muissa kaupungeissa (esim. Helsinki, Tampere, Oulu), jotta hakijat voivat suorittaa tentin läheisimmässä paikassa.” (mies, 31 v)

”Jos ulkomaalaislääkärin ammattitaito on riittävästi kypsä, Suomessa ei muuta tarvitse kuin kielitaitoa + hallinnollisen työn säännöt ja pykälät. Jos ulkomaalaislääkärin perustausta pettää, siihen ei enää auta mitään.” (mies, 54 v)

”Erikoistuneille lääkäreille oman alan tentti ja mahdollisuus toimia omalla erikoisalallaan jonka jo hallitsee ja jolta on vuosien kokemus.” (mies, 43 v)

POHDINTA

Yleisvaikutelmana kuulusteluihin osallistuneiden arvioista oli, että kuulustelut ovat vaikeita ja paljon opiskelua vaativia. Osa vastaajista piti kuulustelua asiallisina ja hyödyllisinä tulevan työn kannalta. Osa taas näki kuulustelut ongelmallisina, niiden vaatimukset tuntuivat epäsel-

viltä ja niiden tarpeellisuus kyseenalaistettiin. Kuulusteluvaatimusten kiristämiseen (Pälve 2011) ei tullut tukea tästä tutkimuksesta.

Vastaajista 23 % ilmoitti, että heillä on kuulustelut kesken. Tässä suhteessa he edustavat hyvin perusjoukkoa, koska opintosuoritusrekisterin mukaan vuoden 2009 lopussa kuulustelut olivat kesken 20 %:lla kaikista osallistuneista (Haukilahti ym. 2010). Tenttiprosessissa parhaillaan olevat ovat olleet hieman aktiivisempia kyselytutkimuksen vastaajina, heillä ovat myös kuulustelut tuoreeltaan muistissa. Osalla vastaajista oli jo kulunut muutama vuosi kuulusteluihin osallistumisesta, joten ei voi olettaa, että he aivan tarkkaan muistaisivat osallistumiskertojaan tai kuulustelujen yksityiskohtia.

Älältään vastaajat olivat keskimäärin samankäisiä kuin vastaamatta jättäneet, ja eri kansallisuusryhmät olivat hyvin edustettuina. Naisia oli suurempi osuus vastanneista kuin vastaamatta jättäneistä. (Haukilahti ym. 2012a.)

Kliinisen kuulustelun vaatimuksia ei voi pitää ylivoimaisina, koska yli kaksi kolmasosaa katsoi, että siinä menestyy aikaisempien lääkäriopintojen perusteella. Kirjallisissa kuulusteluissa käytetyt kysymys- ja vastaustyytit valitaan sen perusteella, millaista pätevyyttä testin on tarkoitus mitata (Schuwirth & van der Vleuten 2004). Jos testataan pelkästään tietoa, kontekstia ei tarvita. Jos testataan tiedon soveltamista ja tietoa osana ongelmanratkaisua, konteksti on välttämätön. Kliinisessä kuulustelussa on käytetty kysymyksiä, joissa annetaan potilastapaus ja vastaajalta edellytetään tietojensa soveltamista.

Tenttikysymyksiin vastaamisessa voi olla ongelmana epätietoisuus siitä, kuinka laajasti ja yksityiskohtaisesti vastaus pitäisi kirjoittaa. Moni kuulusteltava on aikaisemmissa opinnoissaan tottunut suullisiin kuulusteluihin, joissa vuorovaikutus kuulustelijan kanssa auttaa rajoittamaan tai laajentamaan vastausta. Sosiaalilääketieteen vaatimuksina on yksityiskohtaista laki- ja ohjetekstiä, jonka abstraktisuus voi tuottaa ongelmia kielelliseltä kannalta. Sosiaalivakuutus on järjestelmältään ja kieleltään vaikeaa myös suomalaisille lääkäreille.

Vastausten arvioinnissa on hyödyllisempää, että yksi henkilö arvioi kaikkien vastaajien tietyn kysymyksen kuin että sama henkilö arvioisi yhden vastaajan kaikki vastaukset (Schuwirth & van der Vleuten 2004). Tämä arviointimalli on

ollut käytössä kliinisessä kuulustelussa, eli kukin opettaja on arvioinut laatimansa kysymyksen vastaukset ja lopullinen arvio on päätetty yhteisessä työryhmässä. Menetelmä on työläs, mutta takaa paremmin tasapuolisuuden.

Kuulustelujärjestelmään kuuluva videoitu näyttökoe täydentää kirjallisten kokeiden antamaa kuvaa lääkärin tiedoista ja taidoista. Jonkin osa-alueen, kuten kommunikaatiokyvyn, heikkous voi tulla esiin vasta näyttökokeessa. Koulutuksen suuntaaminen reputtaneisiin on todettu hyödylliseksi (Jamieson & Browne 2011). Kuitenkin suomalaisessa kuulustelujärjestelmässä näyttökoe on tarkoitettu tason arvioimiseksi eikä koulutustilaisuudeksi, jollaisena sitä maailmalla paljon käytetään. Näyttökokeen tulosta runsas kolmannes piti sattumanvaraisena. Tämä on korjattavissa hylkäämispäätökseen liitettävällä entistä seikkaperäisemmällä seloituksella esille tulleista puutteista.

Näyttökokeessakin vielä neljännes vastaajista koki kielen vaikeaksi, vaikka kielitaito kehittyy aiempien kuulustelujen ja työkokemuksen myötä. Markkanen (2007) on väitöskirjassaan käsitellyt pakolaisina tulleiden terveydenhuollon ammattilaisten työllistymistä. Myös hän on kiinnittänyt huomiota maahanmuuttajalääkärin kielikoulutuksen tarpeeseen.

Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa (Dorgan ym. 2009) on kuvattu ongelmia, joita ulkomailta tulevilla lääkäreillä esiintyy käytännön työssä, vaikka he olisivat läpäisseet tiedolliset kokeet. Kieliongelmat johtuivat potilaiden käyttämästä murteesta tai puhekielisistä ilmaisuista. Myös lääkarilla itsellään saattoi olla puheessaan aksentti, jonka vuoksi potilaat eivät häntä ymmärtäneet. Kommunikaatio-ongelmia voivat aiheuttaa muutkin kulttuuritekijät, kuten lääkärin tottuminen omassa maassaan erilaiseen lääkärin auktoriteettiasemaan (Fry & Mumford 2011).

Kuulustelut eivät ole vain väline laillistuksen saavuttamiseen, vaan niistä on hyötyä lääkärin tulevassa työssä. Vastaajista yli puolet ilmoitti jokaisen kuulustelun osion kohdalla, että siitä oli melko tai erittäin paljon hyötyä. Suurimmaksi hyötykoettiin reseptiopista. Sosiaalilääketieteestä saatava hyöty oli lähes samaa luokkaa, vaikka se koettiin monilta osin hankalimmaksi tenttien osioksi. Oikeuslääketiede koettiin vähemmän

hyödylliseksi – ehkä lääkärintutkinnon vaatimuksiin kaikissa maissa ei kuulu kuoleman toteaminen ja kuolintodistuksen kirjoittaminen kuten Suomessa. Vasta siirtyminen työelämään voi paljastaa kuulusteluja varten opittujen asioiden tärkeyden ja hyödyn käytännössä.

Kehittämisehdotuksissa oli kuulustelupaikaksi ehdotettu Helsinkiä. Osallistujat tulevat kuitenkin ympäri maata. Muut lääketieteelliset tiedekunnat eivät ole halunneet tehtävää itselleen. Kuulustelujen järjestäminen useassa paikassa vaatisi paljon resursseja. Myöskin ehdotettu kuulustelukertojen lisääminen olisi nykyvoimavaroin hankalaa ja muutenkin epä-tarkoituksenmukaista. Jotkut vastaajat ehdottivat kuulustelujen suorittamista englanniksi. Potilaat kuitenkin asioivat Suomessa omalla äidinkielellään.

Tulevaisuudenkuvana on lääkärinkoulutuksen yhtenäistyminen maailmanlaajuisesti internetin välityksellä, jolloin tiedollinen osaaminen tulee paremmin vertailukelpoiseksi ja lääkärin siirtyminen muihin maihin helpottuu. Kunkin maan lääkärinkoulutuksessa on myös paikallisia piirteitä, joihin ulkomailta tulevien lääkärin pitää perehtyä. (Harden 2006.) Suomalaisessa kuulustelujärjestelmässä arvioidaan lääkärin ammattitaitoa, mutta järjestelmästä on hyötyä myös lääkärin integroitumisprosessin sekä kielitaidon ja toimintakulttuuriin sopeutumisen kannalta.

Kyselyvastauksissa tuotiin toistuvasti esille valmentavan koulutuksen tarve. Samaan päätyi Terveydenhuollon valvontatyöryhmä (Paunio & Pelkonen 2012), joka ehdotti erityisesti ammatilliseen kielikoulutukseen panostamista. Asian saama julkisuus ja selvitystyö toivottavasti johtavat konkreettisiin uudistuksiin. Työryhmä esitti myös muita tiukennuksia laillistusprosessiin. Tämä ei todennäköisesti miellyttänyt niitä ulkomaalaislääkäreitä, jotka pitävät jo nykyisiä vaatimuksia tiukkoina. Näin ollen ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärin määrä Suomessa saattaa vähentyä. Tavoitteena on kuitenkin heidän entistä parempi ammattitaitonsa toimia suomalaisessa terveydenhuollossa.

LÄHTEET

- Aittoniemi, Sulo (1992). Ulkomaisten lääkäreiden oikeudesta harjoittaa ammattiaan Suomessa. Kirjallinen kysymys. Valtiopäiväasiat ja -asiakirjat KK 621/1992. Haettu sivulta <http://www.eduskunta.fi>, 5.2.2010.
- Berkestijn, Theo M.G. (2008). ECFMG programme: A quality tool for incoming non-EU medical doctors to EU? Experiences from implementing the ECFMG programme in the Netherlands. AMSE Annual Conference 2008, Barcelona. Haettu sivulta <http://www.amse-med.eu/documents/vanBerkestijn2.doc>, 6.5.2010.
- Dorgan, Kelly A. & Lang, Forrest & Floyd, Michael & Kemp, Evelyn (2009). International medical graduate – patient communication: A qualitative analysis of perceived barriers. *Academic Medicine*, 84(11), 1567–1575.
- Fry, Mandy & Mumford, Richard (2011). An innovative approach to helping international medical graduates to improve their communication and consultation skills: Whose role is it? *Education for Primary Care*, 22(3), 182–185.
- Harden, Ronald M. (2006). International medical education and future directions: A global perspective. *Academic Medicine*, 81(12), 522–529.
- Haukilahti, Riitta-Liisa & Virjo, Irma & Mattila, Kari (2010). ETA-alueen ulkopuolella lääkäriksi valmistuneet. *Suomen Lääkärilehti*, 65(41), 3315–3321.
- Haukilahti, Riitta-Liisa & Virjo, Irma & Mattila, Kari (2012a). ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneiden lääkärin Suomeen tulon syyt, työllistyminen ja jatkosuunnitelmat. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 49(1), 13–30.
- Haukilahti, Riitta-Liisa & Virjo, Irma & Mattila, Kari (2012b). Licensing examinations for doctors graduated outside the European Economic Area. Letter to the editor. *Medical Teacher*, 34(5), 430.
- Heikkilä, Teppo & Vänskä, Jukka & Hyppölä, Harri & Halila, Hannu & Virjo, Irma & Mattila, Kari & Kujala, Santero & Isokoski, Mauri (2009). *Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2009:19.
- Jamieson, Mairi & Browne, Katie (2011). How to help your international medical graduate trainee pass the CSA. *Education for Primary Care*, 22(3), 178–181.
- Lääkäriliitto (2012). Kysely Lääkäriliiton jäsenille valediäkkäriteemasta. Haettu sivulta <http://www.laakariliitto.fi/files/valediakarikyselytulokset.pdf>, 16.1.2012.
- Markkanen, Sanna M. (2007). Integration or discrimination. Opportunities and barriers to appropriate paid employment for healthcare professional refugees in Finland. Submitted in accordance with the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. School of Sociology and Social Policy. University of Leeds.
- Opetusministeriö (2007). Opetusministeriön asetus yliopistojen suoritteista perittävistä maksuista annetun opetusministeriön asetuksen 3 §:n muuttamisesta. N:o 1474. Haettu sivulta <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma>, 3.2.2010.
- Paunio, Riitta-Leena & Pelkonen, Risto (2012). Terveydenhuollon valvontatyöryhmän mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:8.
- Pitkänen, Pirkko (2011). Terveydenhuollon kansainvälistyvät toimintaympäristöt. Teoksessa Pitkänen, Pirkko (toim.), *Kulttuurien kohtaamisia arjessa* (s. 75–99). Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Pälve Heikki (2011). Esa Antero Laiho. *Suomen Lääkärilehti*, 66(46), 3465.
- Schuwirth, Lambert W.T. & van der Vleuten, Cees P.M. (2004). Different written assessment methods: What can be said about their strengths and weaknesses? *Medical Education*, 38(9), 974–979.
- Slowther, Anne-Marie & Lewando Hundt, Gillian A. & Purkis, Judith & Taylor, Ruth (2012). Experiences of non-UK-qualified doctors working within the UK regulatory framework: A qualitative study. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(4), 157–165.
- Valvira (2010). EU/ETA-alueen ulkopuolella koulutetuilta lääkäreiltä vaadittavat kuulustelut. Haettu sivulta http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet/eu_eta_maiden_ulkopuolella_koulutetut/laakarit/kuulustelut, 29.9.2010.

ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneiden lääkärien Suomeen tulon syyt, työllistyminen ja jatkosuunnitelmat

Suomeen on tullut maahanmuuttajina lääkäreitä Euroopan talousalueen (ETA) ulkopuolelta, puolet heistä Venäjältä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää lääkärien tulositytä, työllistymistä Suomessa ja jatkosuunnitelmia. Lääkärien pitää osallistua Sosiaali- ja terveysalan valvontaviraston (Valvira) edellyttämiin laillistamiskäytöksiin voidakseen toimia lääkärinä Suomessa.

Vuosina 1994–2008 kuulusteluihin osallistuneille lääkäreille (n = 656) lähetettiin kyselylomake. Sen palautti 344 vastaajaa (52 %). Perhesyyt olivat tärkein Suomeen tulon taustatekijä, myös urakehitys, palkkaus ja kotimaan tilanne vaikuttivat. Lähes puolet lääkäreistä ilmoitti, ettei Suomeen tullessaan osannut lainkaan suomea tai ruotsia. Lääkärit olivat työllistyneet erityisesti Helsingin seudulle ja Itä-Suomeen, työttöminä oli vain 3 prosenttia. Yli 90 prosenttia ilmoitti aikovansa jäädä pysyvästi Suomeen.

RIITTA-LIISA HAUKILAHTI, IRMA VIRJO, KARI MATTILA

JOHDANTO

Tässä tutkimuksessa selvitettiin ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkärien Suomeen tulon syitä, heidän työllistymistään sekä aikeitaan jäädä Suomeen pysyvästi. Mikä osuus muuttosynä on korkeamman elintason tavoittelulla? Mikä on pakollisen laillistusprosessin yhteys lääkärien työllistymiseen ja integroitumiseen?

Aihepiirin taustoittamiseksi seuraavassa käsitellään lääkärien muuttoliikkeeseen vaikuttavia tekijöitä, muuttoliikkeen seurauksia ja siihen liittyviä eettisiä kysymyksiä sekä maailmanlaajuisesti että EU:n alueella. Suomessa toteutettava ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärin laillistusprosessi kuvataan ja viitataan muutamien muiden maiden pätevoittämisyjärjestelmiin. Artikkelissa referoidaan myöskin maahanmuuttajien työllistymistä ja integroitumista käsitelleitä tutkimuksia.

Terveydenhuoltohenkilöstö voi hyödyntää ammattitaitoaan myös kotimaan ulkopuolella, ja muuttoliike onkin maailmanlaajuisesti runsasta. Lääkärit ja hoitajat hakeutuvat muihin maihin

oma-aloitteisesti tai heitä houkutellessaan ja rekrytoidaan. Päämuuttovirta on kehitysmaista kehittyneisiin maihin, mutta muuttoa on jonkin verran myös päinvastaiseen suuntaan sekä kehitysmaiden välillä ja runsaasti kehittyneiden maiden välillä (Mejía ym. 1979). Aiemmin siirtomaasuhteet vaikuttivat enemmän muuttoliikkeeseen, mutta nykyään taloudelliset tekijät ovat etualalla ja aktiivinen rekrytointi on lisääntynyt (Bach 2004).

WHO:n tilastossa (2011) on esitetty tietoja eri maiden lääkäritiheyksistä / 100 000 asukasta. Korkeita lääkäritiheyksiä on varsinkin Etelä- ja Keski-Euroopassa, useissa Itä-Euroopan maissa ja Venäjällä (431) sekä Pohjoismaissa (Ruotsi 358, Norja 408, Tanska 342) ja Virossa (341). Suomen lääkäritiheys (274) on samaa luokkaa kuin Ison-Britannian (274) ja Yhdysvaltojen (267). Alhaisia lääkäritiheyksiä on useissa Afrikan, Lähi-idän ja Etelä-Aasian maissa. WHO:n alaraja suositeltavalle lääkäritiheydelle on vähintään 228 lääkärinä / 100 000 asukasta (Kinfu ym. 2009).

VAPAA MUUTTA JA PÄTEVYYDEN TUNNUSTAMINEN

Euroopan unionin alueella on periaatteena työvoiman vapaa liikkuvuus, jonka katsotaan edistävän sekä urakehitystä että työvoiman kysynnän ja tarjonnan kohtaamista (Euroopan unioni 2010). EU-maissa on vuodesta 2005 ollut voimassa ammattipätevyyden tunnustamista koskevan direktiivin uudistettu versio, jonka mukaisesti lääkärien pätevyysvaatimukset on harmonisoitu ja vapaa liikkuvuus maiden välillä on mahdollista (Wiskow 2006).

WHO:n kansainvälistä rekrytointia koskevan ohjeen mukaan työntekijöillä on oikeus muuttaa laillisesti mistä tahansa maasta ja maahanmuuttajilla pitää olla vastaavat työehdot kuin muilla maan lääkäreillä (WHO Global Code 2010). Muuttavia työntekijöitä ei pidä syyllistää lähtömaihin mahdollisesti aiheutuvasta terveystalouden heikkenemisestä, kun he kuitenkin tuovat arvokkaan työpanoksen kohdemaahan (Worley ja Couper 2002).

Terveydenhuoltohenkilöstön rekrytointia koskevia kahdenvälistä sopimuksia on pidetty kannattavina, koska niissä pyritään noudattamaan eettisiä ohjeita ja rajoittamaan muuttomääriä (Bach 2004). Näissä sopimuksissa maat hyväksyvät toistensa ammattipätevyyksiä ja muutto voidaan suunnitella määräaikaiseksi (Stilwell ym. 2004). Sopimuksien tarkoitus on varmistaa, ettei työolosuhteiden tai työehtojen suhteen ole diskriminaatiota (Wiskow 2006).

ETA-maissa on vaihtelevia käytäntöjä alueen ulkopuolelta tulevien lääkärien pätevyiden tutkimisessa. Suomessa Sosiaali- ja terveystalouden valvontavirasto (Valvira) tarkistaa lääkärien tutkintojen kelpoisuuden sekä päättää laillistuksista ja toimiluvista (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994). Aiemmin vastaavaa tehtävää hoiti Terveydenhuollon oikeusturvakeskus.

Vuodesta 1994 lähtien on ETA-alueen ulkopuolella lääkäriksi valmistuneilta edellytetty kolmiosaisen kuulustelun suorittaminen laillistuksen saamiseksi Suomessa (Valvira 2011). Tampereen yliopiston yleislääketieteen oppiala toteuttaa kuulustelut. Ensimmäinen osa on lääketieteellisiä tietoja testaava kliininen kuulustelu, toinen osa on sosiaalilääketieteen, oikeuslääketieteen ja reseptiopin osiot sisältävä suomalaisen terveydenhuollon kuulustelu ja kolmas osa on näyttökoe, joka suoritetaan terveystaloudessa (Haukilahti ym. 2010). Samalla kun maat liittyvät EU:hun, poistuu näissä maissa lääkäriksi opiskelleiden velvoite osallistua kuulusteluihin. Ennen Viron liittymistä

EU:hun (2004) osallistui kuulusteluihin myös suomalaisia, jotka olivat suorittaneet lääkärin tutkinnon Virossa.

Monien korkeasti koulutettujen henkilöiden koulutustason arvioimiseen ja Suomessa vaadittavan pätevyden saavuttamiseen ei ole väyliä (Huttunen 2007). Lääkärit ovat edullisemmassa asemassa, koska EU-alueelta tulevien lääkärien pätevyden tunnustamista helpottaa tutkintojen harmonisointi EU-maissa (Setälä ja Jyrälä 2008) ja EU-/ETA-alueen ulkopuolelta tulevia varten on käytössä yhtenäinen laillistamisjärjestelmä.

MUUTTOLIIKKEEN TAUSTALLA OLEVAT SYYT

Terveydenhuoltohenkilöstön muuttoliikkeen päätekijäksi on esitetty kohdemaiden työvoimapula, jonka vuoksi pätevää henkilökuntaa on rekrytoitu ulkomailta, kun lisäväkeä ei ole pystytty kouluttamaan tarpeeksi nopeasti (Stilwell ym. 2004). Myöskin pitkäaikaista koulutusta ja erikoistumista vaativiin tehtäviin on hankittu työvoimaa ulkomailta.

Lääkäripula koskettaa monissa kehittyneissä maissa erityisesti maaseutua, jossa määräaikaaisesti laillistetuilla ulkomaalaisilla lääkäreillä voi olla tärkeä rooli perusterveydenhuollon turvaamisessa (Audas ym. 2009). Ulkomaalaisia lääkäreitä on myös rekrytoitu maaseudulle alemmin pätevyysvaatimuksin lääkäripulaa helpottamaan (Han ja Humphreys 2005).

Terveydenhuoltohenkilöstön muuttoliikkeen vaikuttavat tekijät jaetaan lähtömaan työntekijöihin (push) ja kohdemaan vetovoimatekijöihin (pull), jotka voivat olla poliittisia, taloudellisia, sosiaalisia tai koulutuksellisia. Muuton toteutumiseen tarvitaan molempien tekijöiden vaikutusta (Mejía ym. 1979). Push- ja pull-tekijät voivat olla saman ilmiön kääntöpuolia, jotka ovat eritasoisesti kehittyneet lähtö- ja kohdemaassa, kuten palkkataso, työsaanti, ammatilliset kehittymismahdollisuudet, työpaikan resurssit ja teknologia (Alonso-Garbayo ja Maben 2009).

Kehitysmaiden push-tekijöiksi on mainittu terveydenhuollon yleinen kehittymättömyys, hallinnon ongelmat, työtaakka, väkivallan uhka ja tutkijoilta puuttuva rahoitus (Kirigia ym. 2006) sekä alhaiset terveydenhuollon investoinnit, heikko työttömyys ja huonot asuinolot (Stilwell ym. 2004). Lisäksi push-tekijöinä voivat olla jatkokoulutusmahdollisuuksien puute, epävakaa taloudellinen ja poliittinen tilanne ja tartuntataudit (Wiskow 2006).

Pull-tekijänä on kohdemaiden työvoimapulasta johtuva terveydenhuollon ammattilaisten kysyntä, ja myös EU:n työaikadirektiivi on aiheuttanut lisäkysyntää (Wiskow 2006). Aktiivisen rekrytoinnin lisäksi pull-tekijöinä ovat palkka, työolot, urakehitys ja työkokemuksen hankkiminen (Stilwell ym. 2004) sekä ammatillinen itsenäisyys, johtamisen taso, elämänlaadun paraneminen, eläkkeen kertyminen (Alonso-Garbayo ja Maben 2009) ja tutkimusmahdollisuudet (Wiskow 2006).

Venäjältä on 1990-luvun alkuvuosina muutannut Israeliin lähes 14 000 lääkäriä eli suunnilleen sama määrä kuin Israelissa oli lääkäreitä ennestään (Bernstein ja Shuval 1998). Muuton syyksi on mainittu Venäjän olojen epävarmuus, mutta jo entisen Neuvostoliiton aikana oli lääkäreiden statusta ruvettu alentamaan, lääkäreillä oli huonot palkat, koulutus ei tapahtunut yliopistojen yhteydessä ja terveydenhuollon yksiköiltä puuttui lääkkeitä ja diagnostista teknologiaa (Shuval ja Bernstein 1996).

Itä-Euroopasta muuttaa lääkäreitä Länsi-Eurooppaan merkittävien palkkaerojen vuoksi, ja palkka heijastelee alalle annettua arvostusta (Wiskow 2006). On esitetty, että Venäjältä tulee runsaasti lääkäreitä Suomeen maiden välisen selvän elintasoeron vuoksi ja koska Venäjällä terveydenhuoltohenkilökunnan palkat ovat matalia sekä kansallisesti että kansainvälisesti vertailtuna (Eriksson 2006).

Yleisesti muuttopäätökseen vaikuttavia tekijöitä ovat perheenjäsenten mukaantulo, muuttokustannukset, muuttorajoitukset sekä aiempi muuttokokemus (Lee 1966). Kommunikaatioteknologiat helpottavat muuttoa, koska sähköisesti saa tietoa työpaikoista (Stilwell ym. 2004, Kirigia 2006). Muuttoa helpottaa myös koulutuksen samankaltaisuus kohdemaan kanssa sekä ystävien ja kollegojen rekrytointi samassa ryhmässä (Alonso-Garbayo ja Maben 2009) ja suurten työntekijämäärien rekrytointiin liittyvä muuton käytännön järjestelyjen hoitaminen (Stilwell 2004).

MUUTTOLIIKKEEN ETIIKKA JA HALLINTA

Euroopan talousalueelle (ETA) tulee paljon lääkäreitä talousalueen ulkopuolelta ja runsas muuttoliike voi joihinkin lähtömaihin aiheuttaa kriittisen lääkäripulan (Wiskow 2006). Myös ETA-alueen sisäisen vapaan liikkuvuuden seurauksena lääkärit ovat sijoittuneet epätasaisesti ja vähemmän kehittyneissä maissa on ammattitaitoisesta

henkilökunnasta pulaa (García-Pérez 2007). Samalla kun lääkäreiden pätevyys tunnustamista koskevat kansainväliset sopimukset edistävät muuttoa, ne voivat pahentaa lähtömaihin syntyvää lääkäripulaa (Mejía ym. 1979).

Lääkäreiden muutto on taloudellinen menetys kehitysmailla, koska ne ovat uhranneet rahaa koulutukseen (Mejía ym. 1979). Haitallisina seurauksina rekrytoinnista ja muutosta on mainittu maiden alikehittyneisyyden jatkuminen, tarttuvien tautien leviäminen ja jäljelle jäävien työntekijöiden työtaakka (Kirigia ym. 2006). On esitetty, että vastaanottajamaat voisivat maksaa kehitysmailla korvausta lääkäreiden koulutuskustannuksista ja palvelujen menetyksestä (Worley ja Couper 2002). Myös WHO:n ohjeen mukaan kohdemaiden pitäisi tarjota lähtömaille taloudellista tukea ja teknologiaa sekä edistää paluumuuttoa (WHO Global Code 2010).

Kehittyneiden maiden toiminnan taustalla on katsottu olevan terveystalouden suunnittelun laiminlyönti, jolloin syntyneeseen lääkäripulaan on hankittu valmiiksi koulutettua työvoimaa ulkomailta (Mejía ym. 1979). Rekrytointi ulkomailta on ollut nopeampaa ja halvempaa kuin oman henkilöstön kouluttaminen ja lisäksi on saatu lääkäreitä seuduille, joilla oman maan lääkärit eivät halua työskennellä (Worley ja Couper 2002). Kohdemaiden velvollisuudeksi on esitetty koulutusmäärien lisäämistä ja omien työntekijöiden pysyvyyden vahvistamista joustavien työsuojelmien ja työolojen parantamisen avulla (Stilwell ym. 2004).

Muuttoliikkeen ja rekrytoinnin parempaa hallintaa varten tarvitaan vertailukelpoisia tilastotietoja työvoiman tarpeesta (Wiskow 2006). WHO kokoaa tietoja ja antaa rekrytointiohjeita (WHO Global Code 2010). Työvoiman ja muuton lukumäärätietoja on ollut paremmin saatavissa kohde- kuin lähtömaista (Stilwell ym. 2004).

Eettisiä ongelmia liittyy myös kansainväliseen hoitajamuuttoon, eli lähtömaissa menetetään ammattitaitoisia henkilökuntaa ja koulutukseen tehty investointi ja vastaanottajamaille on edullisempaa hankkia työvoimaa ulkomailta kuin kouluttaa itse (Kline 2003). Suomessa asuvat perhe- tai humanitaarisista syistä muuttaneet hoitajat ovat kokeneet tilanteensa ristiriitaiseksi, koska heillä on pätevyytensä tunnustamisessa ja työelämään pääsyssä ollut vaikeuksia, mutta samaan aikaan Suomi on alkanut rekrytoida hoitajia ulkomailta (Nieminen 2011).

MUUTTOLIIKE SUOMEEN JA SUOMESTA

Äidinkieltään muita kuin suomen- tai ruotsinkielisiä lääkäreitä on Suomessa vuoden 2011 tilaston mukaan yhteensä 1 241 eli 6,4 % työikäisistä lääkäreistä (Lääkärit 2011). Vieraskielisistä lääkäreistä on venäjää puhuvia 27 % ja viroa puhuvia 20 %. Vertailun vuoksi mainittakoon, että ulkomaalaisten lääkäreiden osuudet ovat Isossa-Britanniassa 31 %, USA:ssa 25 %, Kanadassa 23 %, Saksassa ja Ranskassa alle 5 % ja Hollannissa 2 % (Huijskens 2010).

Vuosina 1994–2009 Suomessa laillistamiskoulusteluihin osallistuneet ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärin edustavat 65 eri kansallisuutta ja ovat opiskelleet 161 eri yliopistossa (Haukilahti ym. 2010). Puolet heistä on suorittanut perustutkintonsa Venäjällä. Lääkärien muutto Virosta Suomeen on lisääntynyt sen jälkeen, kun Virosta tuli EU:n jäsen eikä lääkäreiden tarvitse osallistua Suomessa kuulusteluihin saadakseen ammatinharjoittamisoikeudet (Heikkilä ja Pikkarainen 2008).

Myös suomalaisia lääkäreitä on siirtynyt työskentelemään ulkomaille. Suomessa laillistettuja työikäisiä lääkäreitä oli ulkomailta vuoden 2011 alussa yhteensä 1 386, eniten Ruotsissa, Yhdysvalloissa ja Saksassa (Lääkärit 2011). Suomalaislääkärien työskentelyn ulkomailta katsotaan edistävän tutkimuskontakteja ja verkostoitumista, mutta heitä kuitenkin rohkaistaan palaamaan takaisin kotimaahan (Eskelinen ym. 2007).

MAAHANMUUTTAJALÄÄKÄRIEN VALMENNUS

Suomessa ei ole yhtenäistä valmentavaa koulutusta maahanmuuttajalääkäreille, mutta monenlaisia kursseja on ollut tarjolla. Vuoteen 2007 asti toimineessa Specima-projektissa toteutettiin kursseja korkeasti koulutetuille maahanmuuttajille, joista suurin osa oli entisen Neuvostoliiton alueelta tulleita lääkäreitä, opettajia ja insinöörejä (Kyhä 2007). Tampereen yliopiston täydennyskoulutuskeskuksessa on järjestetty vuosittain perusterveydenhuollon lääkärin työhön opastavia Lääkäriksi Suomeen -kursseja (Kahra 2007). Itä-Suomen yliopistossa on käynnistetty hanke, jossa valmennetaan Venäjältä muuttaneita lääkäreitä terveyskeskuslääkäreiksi (Lääkäriksi Pohjois-Karjalaan 2010).

Ruotsissa tarjotaan maahanmuuttajalääkäreille terveydenhuoltojärjestelmään perehdyttävä kahden viikon kurssi, jota ennen pitää olla suoritettuna ruotsin kielen koe (Socialstyrelsen 2011). Kanadassa on ulkomaalaisten lääkäreiden koulutus-

ohjelmassa ensin testaus ja sen pohjalta annetaan tarvittavaa valmennusta (Curran ym. 2008). Täyteen laillistukseen vaaditaan kuulustelujen lisäksi kahden vuoden työkokemus Kanadasta (Audas ym. 2009). Alankomaissa oli vuoteen 2007 asti käytössä ulkomaalaisten lääkäreiden koulutusohjelma, jonka suorittaneista lähes kaikki saivat töitä, mutta koulutusohjelma lopetettiin, kun uusista EU-maista alkoi tulla lääkäreitä suoraan harjoittamaan ammattiaan (Huijskens ym. 2010).

TYÖLLISTYMINEN JA VÄESTÖN ASEENTEET

Maahanmuuttajat voivat työhönotossa syrjäytyä pelkästään vierasperäisen nimensä, vieraan aksenttinsa tai ulkonäkönsä vuoksi (Vartia ym. 2007). Kieliongelmiensa lisäksi työnhakua voivat vaikeuttaa tiedon puute suomalaisesta työelämästä, vallitsevista normeista ja työkuulttuurista sekä työnantajien ja työyhteisöjen kielteiset asenteet maahanmuuttajia kohtaan (Liebkind ym. 2004). Akateemisesti koulutetuilla maahanmuuttajilla on todettu olevan vahva ammatti-identiteetti, jonka vuoksi he haluavat työllistyä vain omalle alalleen (Selänne 2007).

Erityisesti akateemisten ammattien korkeat kielitaitovaatimukset vaikeuttavat työllistymistä, lisäksi hyvä suomen kielen taito on vaatimuksena epätarkka ja kielitaidon puutteeseen voidaan helposti vedota (Forsander 2002). Heikko kielitaito voi aiheuttaa myös todellisia turvallisuusriskejä terveydenhuoltoalalla (Simola 2008). Ulkomaalaisten lääkäreiden kielitaidon puutteen on todettu haittaavan varsinkin puhelinkonsultaatioissa (Markkanen ja Tammisto 2005). Terveydenhuollon piirissä on myös tilanteita, jolloin maahanmuuttajajenkilöstön muiden kielten ja kulttuurien tuntemuksesta on hyötyä (Selänne 2007).

Suomalaisten asennetutkimuksessa kaksi kolmasosaa väestöstä suhtautui melko tai hyvin myönteisesti ajatukseen ulkomaalaisesta lääkärinä hoitavana lääkärinä (Jaakkola 2009). Tutkimuksessa pääteltiin, että suvaitsevaisuutta todennäköisesti lisäävät koulutustason nousu, kansainvälisyyskasvatuksen laajeneminen ja kontaktien lisääntyminen maahanmuuttajiin.

Suomalaisessa mediassa on tutkimuksen mukaan työperäistä maahanmuuttoa käsitelty yleensä myönteiseen sävyyn, koska sitä pidetään välttämättömänä tulevan työvoimapulan helpottamiseksi (Simola 2008). Maahanmuuttajista on esitetty mielellään selviytymistarinoita. Medialla katsotaan olevan vahva vaikutus sekä etnisten

stereotyyppien säilyttämisessä että heikentämisessä (Raittila 2004).

Australialaistutkimuksessa todettiin, että ulkomaalaisten lääkärin syntyperä voi aiheuttaa kielteisiä asenteita ja heikentää työnsaantia, mutta länsimaissa hankittu lääkärikoulutus kumoaa väestön ennakkoluulot (Louis ym. 2010). Alan-komaissa maahanmuuttajalääkärit ovat kokeneet, että maan terveydenhuolto suosii paikallisia lääkäreitä ja ulkomaalaisille tarjotaan työpaikkoja, jotka eivät paikallisille kelpaa (Huijskens ym. 2010).

Norjan maaseudulla on esiintynyt kielteistä suhtautumista ulkomaalaislääkäreihin, koska siellä on ollut rekrytointivaikeuksien vuoksi yliedustus lääkäreistä, joilla on ollut huono norjan kielen taito (Diaz ja Hjörleifsson 2011). Samassa tutkimuksessa pidettiin maassa pitkään olleita päteviä maahanmuuttajalääkäreitä kulttuurikompetenssinsa ja kielitaitonsa pohjalta erityisen sopivina toimimaan maahanmuuttajien lääkäreinä, jolloin he olisivat erityinen julkisen terveydenhuollon resurssi kasvavan maahanmuuttajaväestön hoidossa.

Suomessa asuvien maahanmuuttajien mielestä suomalaiset työnantajat arvostavat vain Suomessa hankittua koulutusta ja työkokemusta sekä myös suomalaisten ulkomailla hankkimaa työkokemusta (Forsander 2002). Ulkomaille muuttaneet suomalaislääkärit ovat kuitenkin olleet sitä mieltä, että suomalaiset työnantajat eivät arvosta sen paremmin ulkomaalaisten kuin suomalaistenkaan kansainvälistä työkokemusta ja kielitaitoa (Eskelinen ym. 2007).

ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneilta lääkäreiltä vaaditaan Suomessa kuuden kuukauden sairaalaharjoittelu jo ennen kuulusteluihin osallistumista, joten heillä on etuna suomalainen työkokemus, kun he hakevat ensimmäistä työpaikkaansa (Markkanen 2008). Lääkäreillä on mahdollisuus heti laillistamisprosessin ensimmäisen eli kliinisen kuulustelun hyväksytyt suorituksen jälkeen hakea Valviralta määräaikaista toimilupaa sairaalatyöhön.

SOPEUTUMINEN JA MAASSA PYSYMINEN

WHO:n rekrytointiohjeessa edellytetään, että perehdytysohjelmia kohdemaan terveydenhuoltoon on kaikkien maahanmuuttajien saatavilla, tavoitteena turvallinen ja tehokas toiminta (WHO Global Code 2010). Perehdytyksen pitäisi sisältää tietoa paitsi terveydenhuoltojärjestelmästä myös potilaiden odotuksista ja kulttuuritaustasta sekä

opastaa kommunikaatioon, puhekieleen ja murteisiin (Curran ym. 2008).

Suomessa maahanmuuttajat ovat pitäneet erittäin tärkeänä työpaikalla annettua perehdytystä suomalaiseen työelämään, ja he ovat saaneet tukea myös aikaisemmin Suomeen muuttaneilta maanmiehiltään tai muilta ulkomaalaisilta (Heikkilä ja Pikkarainen 2008). Vuorovaikutuksen merkitys työpaikoilla tuli esiin monikulttuurisista työpaikoista tehdyssä tutkimuksessa, jonka mukaan eri etnisten ryhmien vuorovaikutus sekä keskenään että suomalaisten kanssa on tärkeää, yhteisten toimintatapojen löytäminen on kaikkien haasteena ja erilaiset näkökulmat voivat tuoda uusia ratkaisumalleja (Vartia ym. 2007).

Muuttoon vaikuttavien push- ja pull-tekijöiden lisäksi on kanadalaistutkimuksessa selvitelty kohdemaahan juurtumista vahvistavia eli plant-tekijöitä (Klein ym. 2009). Tällaisiksi todettiin hyvät julkiset palvelut, virkistysmahdollisuudet, vapaa-ajan runsaus, parempi palkka sekä suvaitsevainen ja poliittisesti vakaa yhteiskunta. Ulkomaalaiset lääkärit muuttavat kuitenkin Kanadassa mielellään maaseudulta isoihin kaupunkikeskuksiin, joissa on etnisesti samantaustaisia ihmisiä, tai sitten Yhdysvaltain puolelle, jossa kanadalainen laillistus antaa täydet oikeudet ammatin harjoittamiseen (Audas ym. 2009).

Eri maiden maahanmuuttajalääkärin esittämiä sopeutumista vaikeuttavia asioita ovat olleet uuden maan terveydenhuoltojärjestelmä, taudit ja hoitovaihtoehdot, hierarkia, asenteet auktoriteetteja kohtaan ja kieli (Huijskens ym. 2010); työskentely tiimeissä ja moniammatillisissa ryhmissä (Mahajan ja Stark 2007); palkkataso, työmäärä, päivystys, täydennyskoulutuksen puute sekä kulttuuri- ja virkistystoimintojen vähäisyys maaseudulla (Kearns ym. 2006); sekä ammatillinen eristyisyys, kollegojen tuen puute ja potilaiden ennakkoluulot (Han ja Humphreys 2005).

Sopeutumista ja viihtyvyyttä parantavia asioita olivat maaseudulla luonnonkauneus, vähäisemmät liikenneongelmat, rennompi elämäntyyli, monipuolinen työ, vahvat siteet potilaisiin ja sosiaalinen asema yhteisössä sekä tarjotut bonuspalkat ja sijaispalvelu (Kearns ym. 2006); lisäksi työyhteisön kannustava ilmapiiri ja hyvä kommunikaatio, tottuminen maaseutupraktiikkaan jo kotimaassa sekä omaa etnistä taustaa edustava populaatio (Han ja Humphreys 2005).

Maahanmuuttajan akkulturaatiossa eli oman ja vieraan kulttuurin välisessä suhteessa toivottavinta on integraatio, mutta suhteessa on muitakin

variaatioita: separaatiassa maahanmuuttaja eristyy pelkästään omaan kulttuuriinsa, assimilaatiassa hän sulautuu valtakulttuuriin ja marginalisaatiassa hän syrjäytyy sekä vanhasta että uudesta kulttuurista (Liebkind ym. 2004). Verkostot auttavat maahanmuuttajia sosiaalisessa ja kulttuurisessa sopeutumisessa (Stilwell ym. 2004). Maahanmuuttajien syrjäytymisriski voi kasvaa iän myötä, mutta korkeakoulutasoiset opinnot suojaavat siltä, ja erityisesti venäläisryhmässä korkea koulutus on todettu tärkeäksi syrjäytymisriskejä vähentäväksi tekijäksi (Liebkind ym. 2004).

Integroitunut maahanmuuttaja kokee olevansa uudessa asuinmaassaan yhteiskunnan aktiivinen jäsen unohtamatta kuitenkaan aiempaa kulttuurista identiteettiään (Kinnunen 2003). Suomalaisessa yhteiskunnassa työ on todettu maahanmuuttajille keskeiseksi keinoksi integroitua, koska työ tuo paitsi toimeentulon myös sosiaalista arvostusta ja kontakteja ja antaa mahdollisuuden identifioitua ammatin mukaan eikä vain maahanmuuttajana (Vartia ym. 2007).

AINEISTO JA MENETELMÄT

ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneiden lääkärin kyselytutkimus tehtiin vuonna 2009. Tutkimuksen kohteena olivat ne 686 lääkäriä, jotka olivat osallistuneet Tampereen yliopiston järjestämiin kuulusteluihin Terveystieteiden oikeusturvakeskuksen lähettämien vuosina 1994–2008. Kyselylomake postitettiin osoitetarkistusten jälkeen 656 lääkärille. Heistä 344 eli 52 % vastasi kyselyyn (Kuvio 1).

Syntyperäisten suomalaisten lääkärin (n = 33) vastaukset jätettiin analyysistä pois, koska

Taulukko 1.

ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneiden lääkärin osallistuminen kyselytutkimukseen 2009 ja vastausosuus kansallisuuden mukaan.

Kansallisuus	Kyselyjä lähetetty n	Kyselyjä palautettu n	Vastausosuus %
Venäjä	296	176	59
Viro	80	36	45
Suomi	70	33	47
Ukraina	29	17	59
Afganistan	12	10	83
Romania	12	7	58
Irak	12	6	50
Muu	145	59	41
Yhteensä	656	344	52

heidän lähtökohtansa olivat erilaiset. Lopulliseksi tutkimusaineistoksi tuli tämän jälkeen 311.

Kyselyyn vastanneiden ikä oli keskimäärin 43 vuotta (vaihteluväli 27–69) ja vastaamattomien 45 vuotta. Vastanneista oli naisia 64 % ja vastaamattomista 52 %. Eri kansallisuusryhmien vastaamisaktiivisuudessa oli eroja (Taulukko 1). Afganistanilaisten, venäläisten, ukrainalaisten ja romanialaisten vastausprosentti oli parempi kuin kyselyn keskimäärin, virolaisten taas huonompi.

Kyselylomakkeen kysymysten aihepiireinä olivat taustatiedot, kuulusteluja edeltävät vaiheet, kuulustelut, työtilanne, työtyytyväisyys, arvostukset ja sopeutuminen Suomeen. Lisäksi oli mahdollisuus vastata vapaamuotoisesti kuulustelujärjestelmää koskeviin kysymyksiin.

Kyselyä varten oli laadittu tulosityitä ja kielitaitoa sekä Suomessa pysymistä tai poismuuttoa koskevia kysymyksiä. Kielitaitokysymyksessä tiedusteltiin vastaajien omaa arviota kielitaidostaan Suomeen tulovaiheessa. Pakollisen kielikokeen arvioinnin vaihtoehtoina olivat: helppo, vaikea, muu mielipide kokeesta.

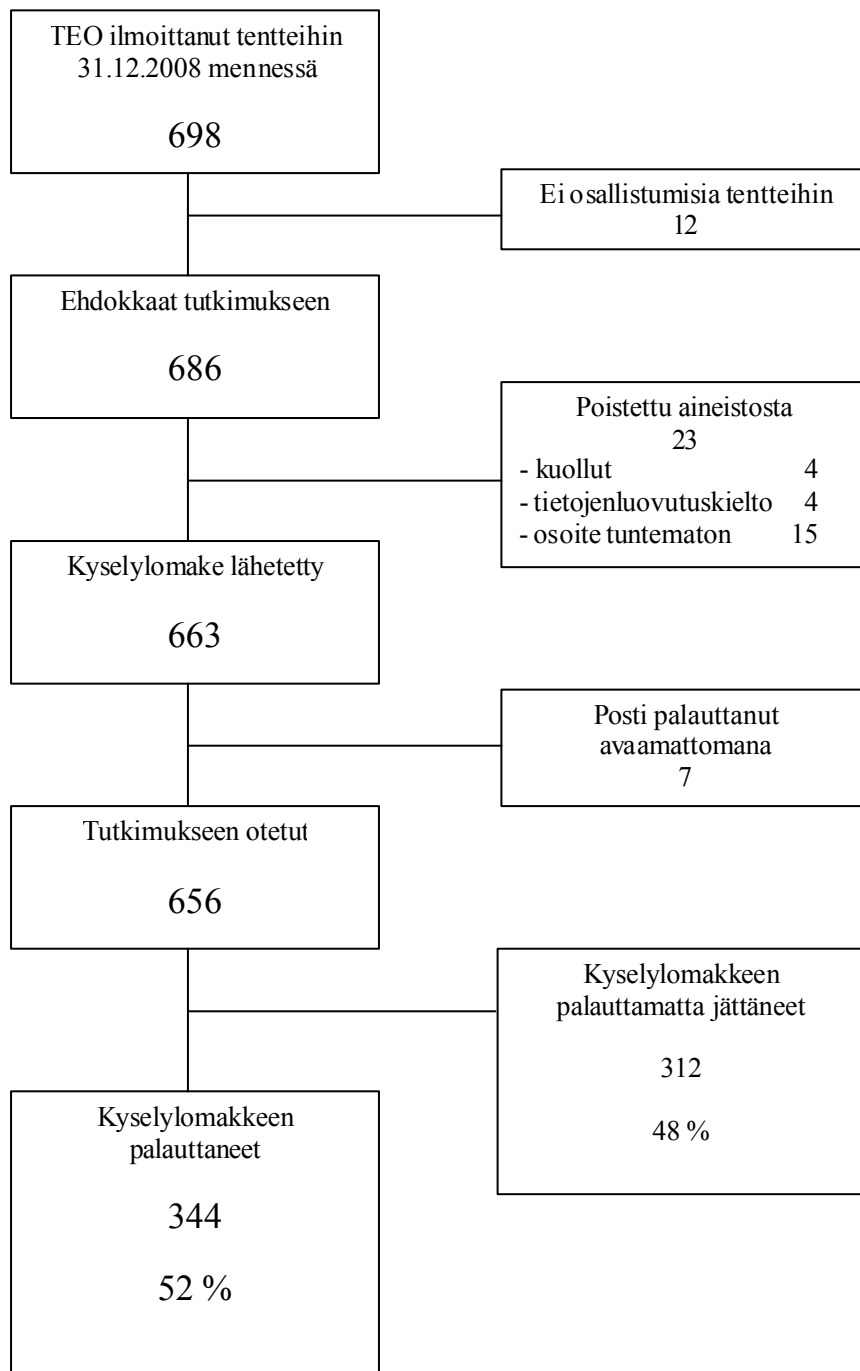
Suomeen tulon syitä kartoitettiin lisäksi kahden muuttopäätökseen liittyvän kysymyksen avulla, joita oli käytetty Lääkäriliiton tekemässä ulkomaille muuttaneita suomalaislääkäreitä koskeneessa selvityksessä (Eskelinen ym. 2007). Lähtömaan epäkohtia ja Suomen houkuttimia kysyttiin erikseen; kummassakin kysymyksessä pyydettiin arvioimaan 13 tekijän vaikutusta muuttopäätökseen (Kuviot 2 ja 3). Vastausvaihtoehtoina olivat: ei lainkaan, hiukan, jonkin verran, melko paljon ja erittäin paljon. Analyysissä luokittelu ryhmiteltiin kolmiportaiseksi.

Työtilanteesta kysyttiin päätoimen ammattinimikettä, toimipaikkaa ja sairaanhoitopiiriä. Kysymykset olivat samoja, joita oli käytetty Lääkäri 2008 -tutkimuksessa (Heikkilä ym. 2009). Myös urasuunnitelmiin liittyvät erikoistumista ja väitöskirjatyötä koskevat kysymykset oli lainattu Lääkäri 2008 -tutkimuksesta. Työllistymistä tarkasteltaessa oli vertailun ryhmäjakona venäläiset ja muut. Lääkärin sijoittumista koskevina vertailuaineistona käytettiin Suomen Lääkäriliiton tilastoa (Lääkärit 2009). Lääkärin odotettu sijoittuminen sairaanhoitopiireihin on laskettu koko lääkärikunnan työikäisten lääkärin osuuk-sien mukaan.

Tuloksia on esitetty frekvenssijakaumina ja vastausosuuksina. Vertailuja on tehty naisten ja miesten välillä, venäläisten ja muita kansallisuuk-sia edustavien välillä sekä ennen Suomeen tuloa

Kuvio 1.

Kyselytutkimus ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneille Suomessa vuosina 1994–2008 laillistamiskoulusteluihin ilmoitetuille lääkäreille. Tutkimusaineiston kertyminen vuonna 2009.



lääkärin ammatissa toimimisen keston mukaan. Erojen tilastollista merkittävyyttä on tutkittu χ^2 -testin ja t-testin avulla.

TULOKSET

Kyselytutkimukseen vastanneista noin 35 % oli alle 40-vuotiaita. Avioliitossa oli 74 % ja avoliitossa 9 %. Laillistamiskoulustelut oli suorittanut 75 % vastaajista, muilla ne olivat kesken. Perus-

terveydenhuollon lisäkoulutuksessa ilmoitti olevansa 25 % vastaajista. Ennen Suomeen tuloaan vastaajat olivat toimineet lääkärinä keskimäärin 8 vuotta, vaihteluväli oli 0–31 vuotta.

SUOMEEN TULON SYYT

Suomeen tulon syitä oli kyselylomakkeessa mahdollista valita useampia. Suomalaisen puolison oli ilmoittanut tulosityksi 37 % vastaajista. Heistä

79 % oli naisia. Suomalaisen sukutaustan oli ilmoittanut 24 %, paremman palkan ja elintason 24 %, oman maan epävarman tilanteen 19 %, urakehityksen 16 %, ystävien suosituksen 8 %, vaikeuden harjoittaa ammattia omassa maassa 7 % ja syrjinnän 6 %. Kohdassa muu syy oli mainittu: *puolison työ tai opiskelu, lasten turvallisuus ja paremmat mahdollisuudet koulutukseen, oma tai puolison inkerinsuomalaisuus, pakolaisasema, perheen yhdistäminen, sota omassa maassa, työnantajan kutsu, tutkimustyö.*

Tulositytä koskevaan kysymykseen vastanneista venäläisistä lääkäreistä (n = 176) oli 41 % tullut suomalaisen puolison takia, heistä oli naisia 86 %. Suomalaisen sukutaustan oli ilmoittanut tulosityksi 34 % venäläisistä lääkäreistä sekä paremman palkan ja elintason 27 %. Kaiken kaikkiaan suomalaisen sukutaustan ilmoittaneista oli 88 % venäläisiä tai virolaisia.

Vastaajista 15 eri kansallisuuden edustajat olivat merkinneet tulosityksi oman maan epävarman tilanteen, vaikeuden harjoittaa lääkärin ammattia omassa maassa tai syrjinnän. Lukumääräisesti heidän joukossaan oli eniten venäläisiä ja virolaisia, mutta suhteutettuna vastaajien kokonaismäärään afganistanilaisia ja irakilaisia oli eniten.

OMAN MAAN EPÄKOHDAT JA SUOMEN HOUKUTTIMET

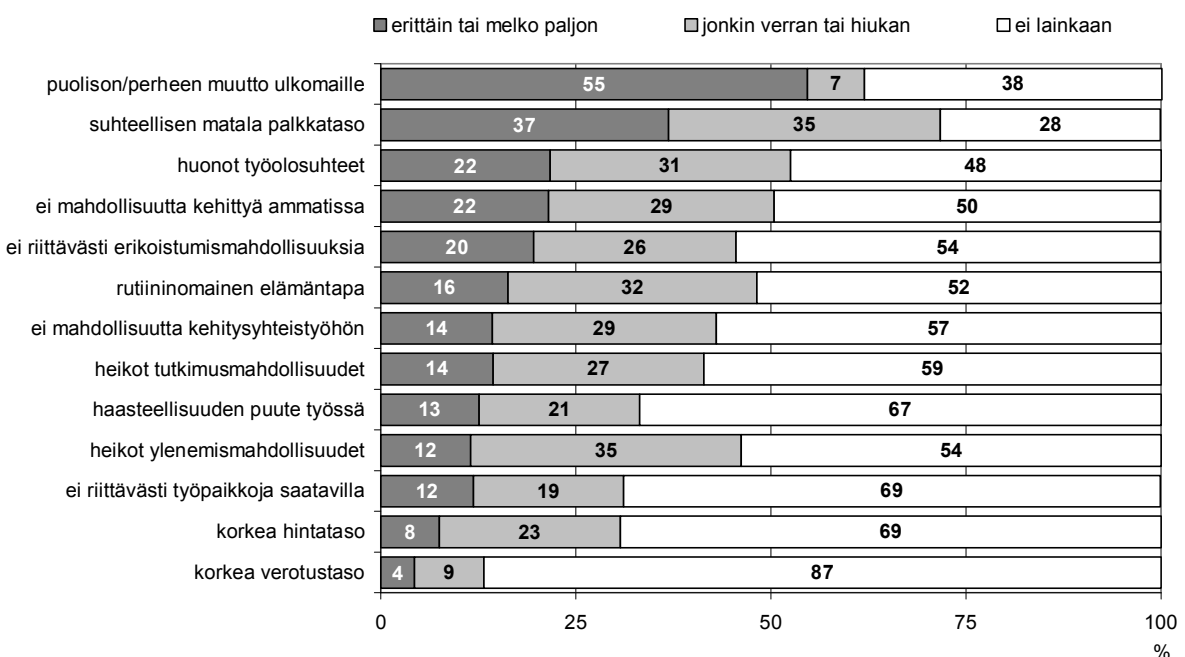
Suomeen tulon syitä koskevan kysymyksen lisäksi oli kaksi erillistä kysymystä muuttopäätökseen vaikuttaneista oman maan epäkohdista ja kohde- maan eli Suomen houkuttimista. Omasta maasta lähtöön vaikuttaneista tekijöistä tärkein oli puolison tai perheen muutto Suomeen, jonka runsas puolet vastaajista ilmoitti vaikuttaneen erittäin tai melko paljon muuttopäätökseen (Kuvio 2). Seuraavaksi tärkeimpänä oli oman maan suhteellisen matala palkkataso. Muita eniten vaikuttaneita tekijöitä olivat huonot työolosuhteet sekä kehitymis- ja erikoistumismahdollisuuksien puute työssä. Oman maan korkea verotustaso koettiin vähiten epäkohdaksi.

Muuttopäätökseen vaikuttaneina Suomen houkuttimina tulivat yhtä vahvoina esiin mahdollisuus löytää uudenlainen elämäntapa sekä muutto puolison tai perheen perässä (Kuvio 3). Mahdollisuus kehittyä ammatissa, korkeatasoiset työolosuhteet ja mielenkiintoisilta vaikuttavat työtehtävät tulivat seuraavina. Suomi ei houkuttellut alhaisen verotustason tai matalan hintatason maana.

Epäkohtien ja houkuttimien vaikutusta verrattiin venäläisten ja muiden välillä. Seuraavien melko tai erittäin paljon muuttopäätökseen vai-

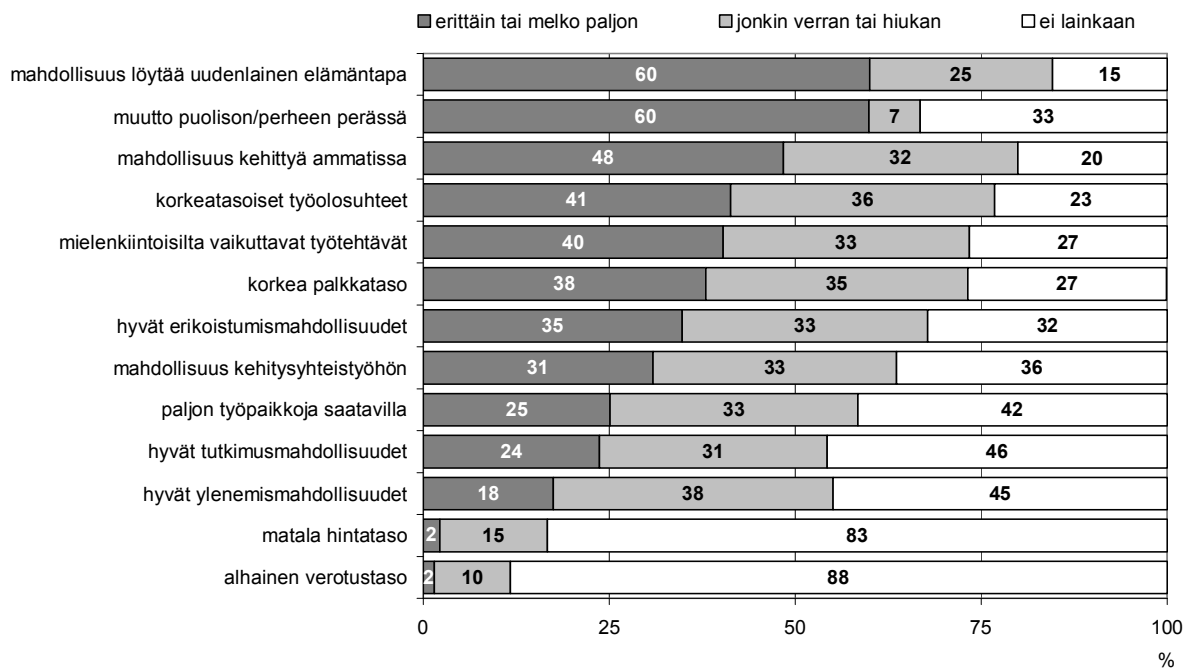
Kuvio 2.

ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkäreiden vastausten jakauma (%) kyselytutkimuksessa vuonna 2009 esitettyyn kysymykseen: ”Missä määrin seuraavat tekijät (’epäkohdat’) vaikuttivat päätökseesi lähteä kotimaastasi/opiskelumaastasi Suomeen?”



Kuvio 3.

ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkärin vastausten jakauma (%) kyselytutkimuksessa vuonna 2009 esitettyyn kysymykseen: ”Missä määrin seuraavat tekijät (’houkuttimet’) vaikuttivat päätökseesi muuttaa Suomeen?”



kuttaneiden tekijöiden kohdalla prosenttiosuuk-sien erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Oman maan epäkohdista puolison/perheen muutto Suomeen (61 % vs. 46 %; $p = 0,014$) ja oman maan suhteellisen matala palkkataso (45 % vs. 27 %; $p = 0,002$) olivat venäläisille tärkeämpiä kuin muille; haasteellisuuden puute työssä (18 % vs. 9 %; $p = 0,033$) ja oman maan korkea verotustaso (7 % vs. 2 %; $p = 0,028$) olivat muille tärkeämpiä kuin venäläisille. Suomen houkuttamista mahdollisuus löytää uudenlainen elämäntapa (67 % vs. 51 %; $p = 0,010$) ja muutto puolison/perheen perässä (66 % vs. 52 %; $p = 0,015$) olivat venäläisille tärkeämpiä kuin muille.

KIELITAITO

Kielitaidostaan 47 % ilmoitti, että he eivät tullessaan Suomeen osanneet lainkaan suomea tai ruotsia. Hyvin ilmoitti kieltä osanneensa 9 % ja muut joko vähän tai jonkin verran. Kielitaidon hankkimisen tapaa koskevaan kysymykseen oli mahdollista merkitä useampia vaihtoehtoja. Itsenäisesti oli kieltä opiskellut 74 % lääkäreistä, joilla oli jonkinasteinen kielitaito, sukulaisilta oli oppinut 22 % ja Suomessa oli asunut aiemmin 8 %. Muina kielitaidon hankkimisen tapoina oli tuotu esiin: *koulussa oppiminen, kielikurssit, vaihtopöytäkirjana olo, tulkkina toimiminen, kylpylä-*

lääkärin työ, käynnit ja lomailu Suomessa, suomalainen puoliso tai ystävä.

Pakollista kielikoetta piti 42 % helppona ja 33 % vaikeana. Muina mielipiteinä kokeesta oli mainittu: ”*kokeessa kysytään eniten kieliopista eikä käytännön kielestä*”, ”*kokeet hyvät, elämässä vaikeampi oli ymmärtää ja käyttää kieltä*”.

TYÖHÖN SIJOITTUMINEN

Työssäoloa koskevan kysymyksen mukaan määrääkäsessa virassa tai toimessa oli 48 % ja vakituisessa 33 %. Amanuenssina toimi 6 %, vuokratiläkäriä 4 %, yksityisläkäriä 3 % ja muussa työssä 2 %. Työtä vailla oli 3 %, ja kaksi henkilöä ei vastannut kysymykseen. Vakituisessa virassa tai toimessa oli miehistä pienempi osuus kuin naisista (23 % vs. 39 %), määrääkäsessa taas oli miehistä suurempi osuus (56 % vs. 44 %).

Päätoimen ammattinimikkeistä yleisin oli erikoistuva lääkäri/sairaalaaläkäri/ euroläkäri, jonka ilmoitti 41 % vastaajista. Terveyskeskuslääkäriä toimi 26 % ja erikoislääkäriä 15 %. Johtavana lääkäriä/ylilääkäriä/osastonylilääkäriä/apulaisyylilääkäriä oli 6 %. Työterveyslääkäriä, yksityislääkäriä, tutkijana tai muussa lääkärin työssä oli yhteensä noin 6 %. Muussa kuin lääkärin työssä oli 1 %, ja 6 % ei ilmoittanut ammattinimikettä.

Päätoimen toimipaikkaa koskevien vastausten mukaan 37 % lääkäreistä oli sijoittunut terveyskeskukseen, 30 % kunnalliseen tai kuntayhtymän sairaalaan ja 20 % yliopistolliseen keskussairaalaan. Yksityispuolella oli 5 %, kunnallisessa työterveyshuollossa 3 %, mielenterveystoimistoissa 3 %, säätiöiden tai yhdistysten palveluksessa 2 % ja muissa toimipaikoissa 1 %. Naislääkäreistä toimi terveyskeskuksessa 44 % ja sairaalassa 41 %, mieslääkäreistä toimi terveyskeskuksessa 23 % ja sairaalassa 65 %. Naisten ja miesten välinen ero sijoittumisessa toimipaikkoihin oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$).

Taulukko 2.

ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneiden lääkärien havaittu ja odotettu sijoittuminen sekä havaitun ja odotetun suhde sairaanhoitopiireittäin. Odotettu sijoittuminen on laskettu koko lääkärinkunnan vuoden 2009 sijoittumisen perusteella (Lääkärit 2009).

Sairaanhoitopiiri	Havaittu n = 291	Odotettu n = 291	Havaittu/ n odotettu
Itä-Savo	6	2	2,8
Etelä-Savo	9	4	2,5
Kymenlaakso	13	5	2,4
Keski-Pohjanmaa	6	3	2,3
Etelä-Karjala	10	5	2,2
Kainuu	6	3	2,2
Pohjois-Karjala	12	6	2,0
Länsi-Pohja	3	2	1,6
Kanta-Häme	8	7	1,2
Vaasa	7	6	1,2
Helsinki ja Uusimaa	111	99	1,1
Päijät-Häme	9	8	1,1
Etelä-Pohjanmaa	6	7	0,9
Pirkanmaa	25	33	0,7
Pohjois-Savo	14	19	0,7
Satakunta	5	7	0,7
Lappi	3	5	0,7
Keski-Suomi	7	11	0,6
Pohjois-Pohjanmaa	14	26	0,5
Varsinais-Suomi	17	32	0,5
Ahvenanmaa	0	1	0,0

Taulukko 3.

ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden venäläisten ja muita kansallisuuksia edustavien lääkärien työhön sijoittuminen yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueille vuonna 2009.

Erityisvastuualueet	Venäläiset		Muut		Kaikki	
	n	%	n	%	n	%
HUS Helsinki	79	47	70	46	149	46
TYKS Turku	11	7	15	10	26	8
TAYS Tampere	24	14	36	24	60	19
KYS Kuopio	38	23	14	9	52	16
OYS Oulu	17	10	17	11	34	11
Yhteensä	169	101	152	100	321	100

Lääkärien sijoittumista terveyskeskukseen ja sairaalaan tarkasteltiin kokeneisuuden mukaan. Terveyskeskukseen sijoittuneilla oli omasta maastaan keskimäärin 8,7 vuoden kokemus lääkärin työstä, sairaalaan sijoittuneilla 7,0 vuoden kokemus. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,033$).

Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna ETA-alueen ulkopuolelta tulevia lääkäreitä oli lukumääräisesti eniten Helsingin ja Uudenmaan seudulla sekä Pirkanmaalla ja Varsinais-Suomessa. Verrattaessa koko lääkärinkuntaan heidän osuutensa oli kuitenkin suhteellisesti suurin Itä- ja Kaakkois-Suomessa ja Keski-Pohjanmaalla (Taulukko 2).

Sekä venäläisistä että muista ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista lääkäreistä oli lähes puolet sijoittunut Helsingin yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueelle (Taulukko 3). Muista alueista suurin ero oli Kuopion erityisvastuualueen kohdalla, jonne oli venäläisistä sijoittunut lähes neljännes ja muista 9 %. Ero sijoittumisessa erityisvastuualueille oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,008$). Venäläisistä lääkäreistä oli suurempi osuus kuin muista sijoittunut Etelä-Savon, Itä-Savon, Pohjois-Karjalan, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiireihin.

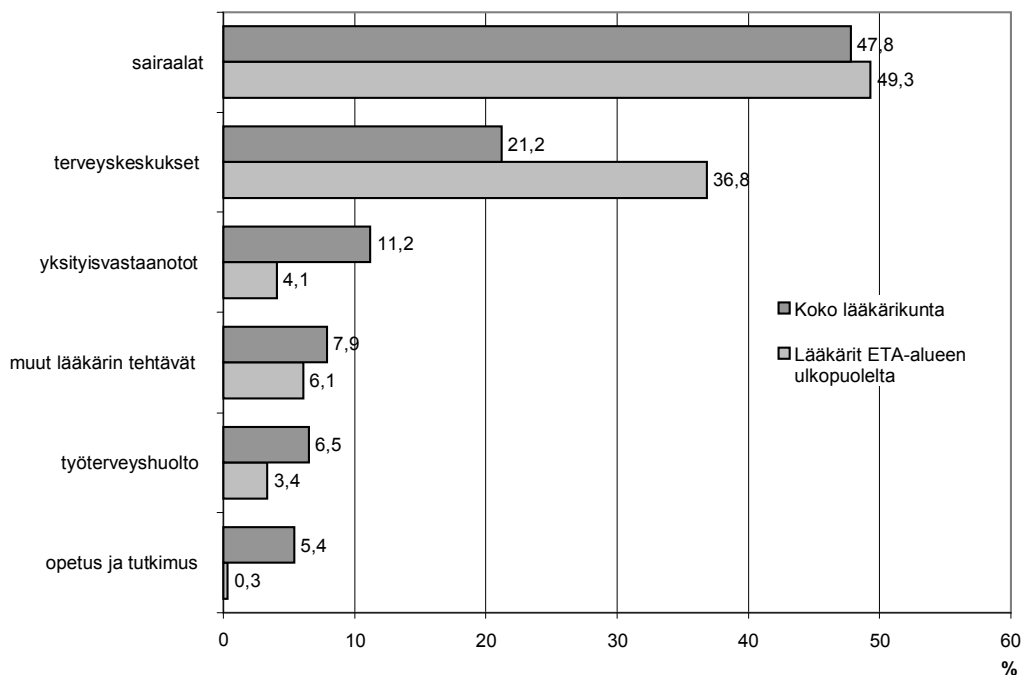
Koko Suomen työssä olevasta lääkärinkunnasta, samoin kuin ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista lääkäreistä, noin puolet oli sijoittunut sairaalatyöhön. ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista runsas kolmasosa toimi terveyskeskuksessa, mutta koko Suomen lääkärinkunnasta vain viidennes (Kuvio 4).

URASUUNNITELMAT

ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneista lääkäreistä 163 eli 52 % ilmoitti erikoistuneensa, heistä 57 Suomessa, 95 muualla ja 11 sekä Suomessa että muualla. Suomessa erikoistu-

Kuvio 4.

Koko Suomen lääkärinkunnan työikäiset lääkärit sekä ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet Suomessa vuosina 1994–2008 laillistamiskuulusteluihin ilmoitetut lääkärit työskentelysektoreittain vuonna 2009.



neita oli näin ollen 22 % vastaajista. Erikoistumassa oli kyselyajankohtana 30 % vastaajista, ja lisäksi 26 % aikoi erikoistua. Erikoistumassa olevista tai erikoistumaan aikovista oli kuitenkin 43 % jo erikoistunut, joten he olivat erikoistumassa toiselle alalle tai heidän ulkomailla suoritettua erikoistumistaan ei ollut sellaisenaan hyväksytty.

Erikoistumassa olevista, erikoistumaan aikovista, Suomessa erikoistuneista tai muualla erikoistuneista 62 % ilmoitti erikoisalan, muutamats kaksikin. Erikoisalaksi useimmin ilmoitetut olivat yleislääketiede (25 %), psykiatria (11 %), kirurgia (8 %), anestesiologia ja tehohoito (7 %), neurologia (6 %), sisätaudit (6 %), radiologia (5 %) sekä naistentaudit ja synnytukset (4 %).

Väitöskirjan ilmoitti tehneensä 36 lääkärää eli 12 % vastanneista, heistä 15 Suomessa ja 21 muualla. Parhaillaan teki väitöskirjaa 5 % lääkäreistä ja lisäksi 10 % oli aikeissa tehdä väitöskirjan.

TULEVAISUUDENSUUNNITELMAT

Suomessa pysymistä koskevaan kysymykseen vastanneista (n = 306) valtaosa (93 %) ilmoitti, että he aikovat asua ja työskennellä Suomessa. Vain muutama aikoi palata kotimaahansa (4 %) tai siirtyä muuhun maahan (4 %). Viisi lääkärää ei

vastannut kysymykseen. Mahdollisina muuttomaina oli mainittu Australia, Italia, Kanada, Norja, Ruotsi, Saksa ja Sveitsi. Venäläisistä lääkäreistä lähes kaikki ja muista 87 % ilmoittivat aikovansa pysyä Suomessa.

Muuttosuunnitelmien syynä oli useimmin sopeutumattomuus suomalaisen elämäntapaan. Muutamats olivat merkinneet, että sukulaiset odottavat kotimaahan tai että kotimaan tilanne on parantunut. Muina lähtöaikomuksen syinä oli mainittu: *perheasiat, avioero, miehellä ei työpaikkaa Suomessa, Suomen ilmasto, heikkenevät työolosuhteet ja työskentelyyn kannustamaton yhteiskunnan asenne, korkeat verot, sopeutumattomuus suomalaisiin rajoituksiin, verotukseen ja byrokraatiaan, urakehitys, uudet haasteet.*

POHDINTA

Yleisin syy ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärkien päätökseen muuttaa Suomeen oli puoliso tai perhe. Suomessa lääkärit olivat tämän tutkimuksen mukaan työllistyneet hyvin. Lähes kaikki kyselyyn vastanneet myös aikovat jäädä Suomeen.

AINEISTON JA MENETELMIEN ARVIOINTI

Kyselytutkimukseen vastasi 52 %, mikä on samaa luokkaa kuin Lääkäri 2008 -tutkimuksessa

(56 %) (Heikkilä ym. 2010). Vastanneista oli naisia suurempi osuus kuin vastaamatta jättäneistä. Lähtään vastaajat olivat keskimäärin samanikäisiä kuin vastaamatta jättäneet. Eri kansallisuusryhmät olivat hyvin edustettuina. Kuulusteluihin 15 vuoden aikana osallistuneista 686 lääkäristä vain 22:n osoite jäi tuntemattomaksi. Tällä perusteella lääkärit ovat edelleen Suomessa, ja Suomeen asettumista koskeva tulos vaikuttaa luotettavalta. Kyselyssä oli ilmoitettu, että työtä koskevat kysymykset voi ohittaa, jos itse ei ollut työssä, mutta mahdollisesti kuitenkin työssä olevat lääkärit ovat enemmän vastanneet kyselyyn.

Kysely tehtiin suomenkielisenä, koska vastaajat ovat kuulusteluissakin joutuneet käyttämään suomen kieltä. Myös Markkasen (2008) tutkimuksessa, joka kohdistui pakolaisina tulleisiin lääkäreihin, hoitajiin ja hammaslääkäreihin, käytettiin haastattelussa suomen kieltä. Siinä todettiin haitaksi puheen vivahteiden puute, mutta etuna oli mahdollisuus puhua suomalaisen terveydenhuoltoon ja kulttuuriin kuuluvista ilmiöistä niiden oikeilla nimillä. Israeliin muuttaneiden venäläislääkäreiden kyselytutkimus voitiin tehtiin venäjäksi, koska kaikilla vastaajilla oli yhteinen kieli (Bernstein ja Shuval 1998).

PUOLISO JA SUKUTAUSTA TULOSYINÄ

Suomeen tulon syynä oli tässä tutkimuksessa useimmin mainittu puoliso ja perhe. Myös Tehyn maahanmuuttajajäseniä koskeneessa tutkimuksessa perhe oli yleisimmän tulosyynä (Markkanen ja Tammisto 2005).

Suomalaisen puolison tulosyksi ilmoittaneiden lääkäreiden määrä oli 37 % vastanneista. Samaa luokkaa oli tulos venäläisille ja virolaisille maahanmuuttajille suunnatussa kyselyssä, jossa naisista yli kolmannes ja miehistä 5 % oli ilmoittanut tulosyksi avioliiton suomalaisen kanssa (Liebkind ym. 2004).

Suomalaisen sukutaustan ilmoitti tulosyksi neljännes kaikista vastaajista ja kolmannes venäläistaustaisista vastaajista. Venäläisiä ja virolaisia maahanmuuttajia koskevassa tutkimuksessa miehistä kaksi kolmasosaa ja naisista alle puolet oli tullut paluumuuttajana tai paluumuuttajan puolisona (Liebkind ym. 2004). Ennen Neuvostoliiton hajoamista maahanmuuttajat olivat enimmäkseen avioliiton vuoksi tulleita naisia, mutta inkerinsuomalaisten paluumuutto tasoitti muuttajien sukupuolijakaumaa (Forsander 2002).

LÄHTÖMAAN EPÄKOHDAT JA KOHDEMAAN HOUKUTTIMET

Tässä tutkimuksessa kysyttiin muuttopäätökseen vaikuttaneista oman maan epäkohdista (push-tekijät) ja kohdemaan houkuttimista (pull-tekijät) ja tuloksia verrattiin ulkomaille muuttaneista suomalaislääkäreistä tehtyyn tutkimukseen (Eskelinen ym. 2007). Molemmista tutkimuksista lääkärit ilmoittivat perhesyyt tärkeimmäksi muuttopäätökseen vaikuttaneeksi tekijäksi. Muita houkuttimia olivat uudenlainen elämäntapa ja mahdollisuus kehittyä ammatissa. Oman maan matala palkkataso oli epäkohta molemmille ryhmille, korkea verotus vain suomalaisille.

Muuttosyyksi ilmoitettu uudenlainen elämäntapa on käsitteenä laaja ja voi sisältää parempaan elintasoon ja ammatilliseen kehittymiseen liittyviä asioita, mutta myös puhtaasti halun kokea uutta ja erilaista. Samantyyppisiä tavoitteita tuli esiin ulkomaalaisia tutkinto-opiskelijoita koskeneessa kyselyssä, jossa tärkeänä tulosyynä oli vieraan maan kokeminen (Kinnunen 2003).

Palkka ja elintason tavoittelu eivät osoittautuneet ensisijaiseksi ETA-alueen ulkopuolelta muuttavien lääkäreiden tulosyksi. Kaikista vastaajista noin neljäsosa ja venäläisistä hieman runsas neljäsosa oli ilmoittanut nämä tulosyyt.

ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista lääkäreistä muutamat olivat tässä tutkimuksessa ilmoittaneet olevansa turvapaikanhakijoita tai pakolaisia. Kaikkiaan viidesosa vastaajista oli ilmoittanut oman maan epävarman tilanteen tulosyksi, ja alle kymmenesosa oli merkinnyt tulosyksi vaikeuden harjoittaa ammattiaan omassa maassaan tai syrjinnän.

Ison-Britannian maahanmuuttajalääkäreitä koskeneessa tutkimuksessa kolme neljäsosaa vastaajista ilmoitti koulutuksen pääsyyksi muuttoon (George ym. 2007). Tulosityiden painotus oli siis erilainen kuin tässä tutkimuksessa. Lähinnä vastaava vaihtoehto kyselyssämme oli urakehitys, jonka oli ilmoittanut tulosyksi ainoastaan 16 %.

Muuttopäätökseen vaikuttavat aiemmin muuttaneilta saadut tiedot kohdemaasta (Lee 1966), ja aiemmin muuttaneet voivat verkostojen ja yhteyksien kautta tukea muuttoa suunnittelevia ja auttaa heidän työllistymisessään (Stilwell 2004). Nämä tekijät todennäköisesti vaikuttavat usein Venäjältä Suomeen muuttavien lääkäreiden kohdalla.

REKRYTOINTI JA LÄÄKÄRIMÄÄRÄT

Jotkut suomalaiset työnantajat rekrytoivat aktiivisesti lääkäreitä ja hoitajia Virosta ja Venäjältä

(Markkanen ja Tammisto 2005). Tässä tutkimuksessa vain pari vastaajaa ilmoitti, että heidät oli pyydetty työpaikkaan Suomeen. Rekrytointi ei ole ollut Suomen maahanmuuttajalääkärien kohdalla tavallista, vaan lääkärit ovat tulleet oma-aloitteisesti.

Suomessa on äidinkieltään muuta kuin suomea tai ruotsia puhuvien osuus työikäisistä lääkäreistä 6,4 % (Lääkärit 2011). Jos lukumäärään lisätään suomea tai ruotsia puhuvista ne lääkärit, jotka eivät ole Suomen kansalaisia, tulee ulkomaalaisten osuudeksi 6,7 %. Osuus on pieni verrattaessa sitä esimerkiksi Ison-Britannian (31 %) tai Ruotsin ja Norjan (kummassakin 15 %) ulkomaalaisten lääkäreiden määrään (García-Pérez ym. 2007).

Suomeen tulevien lääkäreiden määrät ovat pieniä kansainvälisessä vertailussa. Venäjällä on 614 000 lääkärinä (WHO 2011), joten muutaman sadan lääkärin siirtyminen Suomeen ei ole aiheuttanut merkittävää vajausta. Virossa on 4 500 lääkärinä (WHO 2011), eli Suomeen siirtyneiden osuus on suurempi Venäjältä tullessiin verrattuna. Kuitenkin monet virolaislääkärit saattavat toimia sekä Suomessa että Virossa. Lisäksi sekä Venäjällä että Virossa lääkäritiheys on korkeampi kuin Suomessa (WHO 2011).

Kansainvälisen muuttoliikkeen ja rekrytoinnin kritiikissä on puututtu lääkäreiden muuttoon Afrikan maista, joissa seurauksena on ollut työvoimapula ja terveydenhuollon heikentyminen (Kirigia ym. 2006). Tämän tutkimuksen piirissä oli muutamia Afrikan maista Suomeen tulleita lääkäreitä ja lisäksi Afrikan maista syntyisin olevia lääkäreitä, jotka olivat suorittaneet tutkintonsa Venäjällä ja siirtyneet sitten Suomeen. Määrät ovat kuitenkin marginaalisen pieniä, joten niitä ei voi pitää eettisesti arveluttavina.

WHO:n ohjeessa pidetään tärkeänä työvoiman suunnittelua niin, että rekrytointitarve vähenee, ja todetaan, että oma työvoima on parasta kunkin maan olosuhteisiin, myös lääkäripulaa poteville alueille (WHO Global Code 2010). Kielen ja maassa noudatettavien käytäntöjen tuntemuksen kannalta Suomessakin oman maan lääkäreillä on etulyöntiasema. Myös ulkomaalaiset lääkärit voivat sopeutua nopeasti suomalaiseen järjestelmään, jos heillä on kyky omaksua kieli ja aktiivinen ote integroitua maan terveydenhuoltoon.

KIELITAITO

Suomeen tulovaiheessa noin puolet lääkäreistä ei tämän kyselyn mukaan osannut lainkaan suomea

tai ruotsia. Kuulusteluprosessin myötä kielitaito kehittyi, koska Valvira vaatii todistuksen kielikokeen suorituksesta jo ennen kuulusteluja ja kuulustelut voi suorittaa vain suomeksi tai ruotsiksi.

Yleisesti on akateemisten työtehtävien kielisten vaatimusten osalta todettu, että maahanmuuttajien pitäisi hakeutua ylempien tasojen kielikursseille ja heidän kielitaitonsa pitäisi testata virallisissa kielikokeissa, jotka mittaavat kaikki kielen osa-alueet (Heimonen 2007). Kielen opiskelussa on mahdollisuus saavuttaa hyviä tuloksia itseopiskelun avulla (Markkanen 2008). Tutkimuksemme mukaan suuri osa lääkäreistä oli opiskellut kieltä myös itsenäisesti.

Venäläisiä ja virolaisia maahanmuuttajia koskeneessa tutkimuksessa hieman yli puolet vastaajista ilmoitti puhuvansa suomea oman arvionsa mukaan hyvin tai erittäin hyvin, kun taas omasta mielestään huonosti puhui suomea yli kolmasosa venäläisistä miehistä ja viidesosa venäläisistä naisista (Liebkind ym. 2004). Maahanmuuttajien kielitaidon osa-alueista on todettu, että kuullun ymmärtäminen on parempaa kuin puhetaito ja lukutaito parempaa kuin kirjoitustaito (Vartia ym. 2007).

Maahanmuuttajien hyvää suomen kielen oppimista edistävät kielisukulaisuus, alhainen maahanmuuttoikä, pitkä asumisaika Suomessa, perustasoa korkeampi koulutus, ammatti ja sosiaaliset verkostot, valtaväestön suhtautuminen sekä avoitus suomalaisen kanssa (Liebkind ym. 2004). Vuorovaikutus asiakkaiden ja potilaiden kanssa edellyttää suomen kielen käyttöä ja antaa samalla mahdollisuuden kielen oppimiseen (Vartia 2007).

Kielitaidon haastavuutta osoittaa Isossa-Britanniassa saatu tutkimustulos, jonka mukaan maahan muuttaneilla intialaisilla lääkäreillä oli kielivaikeuksia huolimatta siitä, että heillä oli hyvä suullinen ja kirjallinen englannin kielen taito (Mahajan ja Stark 2007). Kommunikaatiossa potilaiden kanssa lääkärit kokivat ongelmiksi puhekieliset termit, erilaiset aksentit ja aroista aiheista puhumisen.

Terveydenhuollon maahanmuuttajataustaisia työntekijöitä koskeneessa tutkimuksessa tuli esiin, että suuri osa oli käyttänyt äidinkieltään työtehtävissään tulkkauksessa tai vieraskielisiä potilaita hoitaessaan (Markkanen ja Tammisto 2005). Varsinkin akuuttitilanteissa voi harvinaisempien kielten taidosta olla merkittävää apua (Markkanen 2008). Tässä tutkimuksessa ei erikseen kysytty äidinkielen hyödyntämisestä.

Monikulttuurisessa Suomessa maahanmuuttajat lääkäreinä tai potilaina eivät ole enää harvinaisia. On todettu, että suomalaisen lääkärin ja maahanmuuttajapotilaan välillä voi olla kielestä ja erilaisesta kulttuurista johtuvia vuorovaikutusongelmia, jotka voivat aiheuttaa väärinkäsityksiä (Vartia ym. 2007). Vastaavia ongelmia voi ilmetä maahanmuuttajalääkärin ja suomalaisen potilaan välillä, vaikka lääkärillä on aina vähintään kohdalainen suomen kielen taito, koska hän on laillistusprosessin yhteydessä joutunut opiskelemaan kielen.

TYÖHÖN SIIJOITTUMINEN

Monet korkeasti koulutetut maahanmuuttajat ovat jääneet Suomessa vaille koulutustaan vastaavaa työtä, mutta lääkärit ovat erityisasemassa. Kun he ovat suorittaneet kuulustelut ja tulleet laillistetuiksi, heille on tarjolla työpaikkoja. ETA-alueen ulkopuolelta tulevat lääkärit ovat tämän tutkimuksen mukaan sijoittuneet Suomessa työmarkkinoille hyvin, aina johtaviin asemiin asti. Heitä on erityisesti Helsingin seudulla ja Itä-Suomessa.

Lääkärin saaminen maaseutualueille on ongelmana sekä kehittyneissä että kehitysmaissa (Worley ja Couper 2002). Myös Suomessa ongelma on koettu erityisesti maan pohjois- ja itäosissa. Maahanmuuttajalääkäreistä venäläisiä on sijoittunut suhteellisesti eniten lähelle omaa maataan eli Suomen itäosissa oleviin sairaanhoitopiireihin.

Syksyllä 2010 terveyskeskusten lääkärivaje oli 6 % ja kokonaistilanne oli parantunut aikaisemmasta, koska lääkärin koulutusmääriä on nostettu ja sijaisten saatavuus on helpottunut (Parmanne 2010). Suomessa on kuitenkin edelleen lääkärivajetta, eli työpaikkoja on tarjolla sekä Suomessa että ulkomailla koulutetuille lääkäreille. Maahanmuuttajalääkäreitä on sijoittunut suhteellisesti enemmän terveyskeskuksiin. Monet saattavat olla terveyskeskuksessa kuulusteluprosessin takia, koska terveyskeskustyön tuntemus edistää kuulustelun näyttökokeessa onnistumista.

Laillistuskokeen suorituksen todettiin Israelissa vähentävän venäläislääkärin kokemaa väestön epäluottamusta heidän tietotasoaan kohtaan (Shuval 1998). Lääkärin suuren määrän vuoksi laillistamisjärjestelmä on varmaan ollut kansalaisten tiedossa Israelissa, mutta Suomessa väestö ei oletettavasti tunne kovinkaan hyvin ETA-alueen ulkopuolelta tulevilta lääkäreiltä vaadittavaa pätevytymisprosessia.

TYÖSSÄ JA MAASSA PYSYMINEN

Lääkärit joutuvat Suomessa pätevytykseen opiskelemaan kielen ja suorittamaan vaativat kuulustelut, joten todennäköisesti heillä on tavoitteena jäädä maahan pysyvästi. Mahdolliset sopeutumisvaikeudet voivat johtaa maasta poislähtöön, mutta yleensä tilanne paranee ajan kuluessa, kun tulee lisää kielitaitoa ja lääkärit tottuvat Suomen terveydenhuoltojärjestelmään.

Kaikkia Suomen maahanmuuttajia koskevassa tutkimuksessa vajaa kaksi kolmasosaa aikoi jäädä Suomeen pysyvästi, ja tässä joukossa Venäjältä tai entisestä Neuvostoliitosta muuttaneet olivat tulleet jäädäkseen, mutta ainakin kolmasosa Virosta tulleista oli Suomessa väliaikaisesti töissä (Vartia ym. 2007).

Israeliin muuttaneita venäläislääkäreitä koskevassa tutkimuksessa parhaiten olivat maahan sopeutuneet lääkärit, jotka olivat päässeet harjoittamaan ammattiaan, tosin joillakin vanhemmilla lääkäreillä oli ongelmana statuksen lasku verrattuna lähtömaan tilanteeseen (Bernstein ja Shuval 1998). Tutkimuksessamme venäläislääkäreistä suurempi osuus kuin muualta tulleista suunnitteli jäävänsä Suomeen pysyvästi. Tähän todennäköisesti vaikuttavat hyvät työllistymismahdollisuudet ja kotimaan läheisyys.

Turvapaikanhakijoista ja pakolaisista on todettu, että he eivät välttämättä ole valinneet juuri Suomea, vaan ovat joutuneet tänne hädänalaisesa tilanteessaan (Markkanen 2008). Heidän taloudellinen tilanteensa ja sosiaalinen asemansa ovat voineet romahtaa jo kotimaassa, ja muuttoon ovat ajaneet vähimmäisturvan puute, epäoikeudenmukaisuus ja väkivalta tai sen uhka (Pirinen 2008). Pakolaisina Suomeen tulleita palaa jonkin verran kotimaahansa, mikäli olot siellä paranevat, ja Suomen kansalaisuuden saaneita pakolaisia muuttaa myös muihin EU-maihin (Heikkilä ja Pikkarainen 2008).

Tässä tutkimuksessa ei erikseen kysytty Suomeen jäämiseen vaikuttavia tekijöitä, mutta Suomeen tulleilta ulkomaalaisilta tutkinto-opiskelijoilta näitä on kysytty ja esille tulivat suomalaisen yhteiskunnan taloudellinen ja sosiaalinen tasearvo, hyvät palvelut sekä luonnon, koulutuksen ja yksilöiden arvostus (Kinnunen 2003). Monet tutkinto-opiskelijat kokivat, että suomalaisten torjuva käyttäytyminen vaikutti kielteisesti maan vetovoimaisuuteen. Tällaisia mainintoja ei tullut esiin tämän tutkimuksen muuttosuunnitelmia koskevissa vastauksissa.

Mahdollisuus yhteydenpitoon samaa etnistä

taustaa edustavien maahanmuuttajien kanssa on todettu viihtyvyyttä parantavaksi (Han ja Humphreys 2005, Audas ym. 2009). ETA-alueen ulkopuolelta tulevilla lääkäreillä on Suomessa tilaisuus yhteydenpitoon ja yhteyksien luomiseen mm. Tampereen yliopistossa pidettävien kuulustelutilaisuuksien yhteydessä, joihin osallistujat kokoontuvat eri puolilta maata.

Suomen kielen hyvä taito selittää parhaiten maahanmuuttajien integroitumista, valtaväestön asenteet vaikuttavat maahanmuuttajien kotoutumiseen, ja myönteinen suhtautuminen ja maahanmuuttajien oma sopeutumishalu edistävät ongelmista selviytymistä (Liebkind ym. 2004). Lääkärit ovat kuulustelujen myötä joutuneet kehittämään kielitaitoaan. Tämä parantaa heidän integroitumistaan ja todennäköisesti vahvistaa heidän haluaan jäädä Suomeen.

LOPUKSI

Yksilön näkökulmasta tarkasteltuna maahanmuuttajalääkärien hakeutumisessa Suomeen päälimmäisiä tekijöitä ovat perhesyyt, uuden elämäntavan ja paremman elintason tavoittelu, ammatillinen kunnianhimo ja halu päästä pois oman

maan vaikeista oloista. Pätevöityäkseen toimimaan lääkärinä Suomessa heidän pitää panostaa kielitaitoon sekä ammattitaidon päivittämiseen ja laajentamiseen. Tulokset osoittavat, että ETA-alueen ulkopuolelta tulevat lääkärit ovat aktiivisesti etsineet paikkansa Suomen terveydenhuollossa. Kyseessä on huomattava lääkäriresurssi, jonka ohjaukseen ja perehdyttämiseen kannattaa panostaa.

Terveydenhuollon näkökulma on työllisyyspainotteinen. Ulkomaalaiset lääkärit ovat tervetulleita, koska lääkäripulaa on ainakin osassa maata ja täyttämättömiin lääkärin virkoihin ja toimiin halutaan tekijöitä. Suomi saa valmiiksi korkeasti koulutettuja maahanmuuttajia. Lääkärit ovat maahanmuuttajaryhmänä erityisasemassa, koska heidän pätevyytensä on olemassa järjestelmä, jollainen suurelta osalta muilta korkeasti koulutetuilta puuttuu. Järjestelmään kuuluvan testauksen perusteella syntyy luottamus heidän ammattitaitoonsa ja heillä on edellytykset toimia täysipainoisesti Suomen terveydenhuollossa. Järjestelmä edistää vahvasti tärkeän integraatiotekijän kielitaidon kehittymistä.

Haukilahti R-L, Virjo I, Mattila K. Physicians coming to Finland from outside the European Economic Area
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2012;49:13–30

Among migrants to Finland, there are physicians who have taken their degree in countries outside the European Economic Area, half of them in Russia. In Finland, they have to pass examinations decreed by the National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira) before they can get work permits and licences.

The purpose of the study was to examine the physicians' reasons for coming to Finland, their current employment, and their plans for the future concerning career and staying in Finland.

The participants of the licencing examinations during 1994–2008 (n = 656) were sent a questionnaire in 2009. The questionnaire was returned by

344 physicians (52%). The paper included questions covering their background, licencing exams, employment, values and opinions. Most often the reason for coming to Finland was spouse or family. Career development, better pay, and the circumstances in the home country were other reasons. Almost half of the respondents did not know any Finnish or Swedish at start. Two thirds of the respondents were working in health centres or municipal hospitals, and only 3% were unemployed. About 6% had reached leading positions. More than 90% of the physicians intended to stay in Finland.

KIRJALLISUUS

- Alonso-Garbayo Á, Maben J. Internationally recruited nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: the decision to emigrate. *Human Resources for Health* 2009, 7:37. <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/37>.
- Audas R, Ryan A, Vardy D. Where did the doctors go? A study of retention and migration of provisionally licensed international medical graduates practising in Newfoundland and Labrador between 1995 and 2006. *Can J Rural Med* 2009;14(1):21–4.
- Bach S. Migration patterns of physicians and nurses: still the same story? *Public Health Classics*. The original paper is reproduced by permission of the international *Journal of Epidemiology*. *Bulletin of the World Health Organization*, August 2004;82(8):624–5.
- Bernstein JH, Shuval JT. The Occupational Integration of Former Soviet Physicians in Israel. *Soc Sci Med* 1998;47(6):809–19.
- Curran V, Hollett A, Hann S, Bradbury C. A qualitative study of the international medical graduate and the orientation process. *Can J Rural Med* 2008;13(4):163–9.
- Díaz E, Hjörleifsson S. Immigrant general practitioners in Norway: A special resource? A qualitative study. *Scand J Public Health* 2011;39:239–44.
- Eriksson H. Maahanmuuttajalääkärien määrä kasvanut voimakkaasti viime vuosina. *Helsingin Sanomat* 17.8.2006. [http://www.hs.fi/arkisto/tulosta/Jartikkeli/HS20060817SI1 YOO 135c \[Luettu 3.9.2010\]](http://www.hs.fi/arkisto/tulosta/Jartikkeli/HS20060817SI1 YOO 135c [Luettu 3.9.2010])
- Eskelinen O, Vänskä J, Siukosaari J, Halila H. Suomalaiset lääkärit ulkomailla – Keitä he ovat, missä he ovat ja miksi he muuttavat? *Suom Lääkäril* 2007;62(10):1037–41.
- Euroopan unioni 2010. Työllisyys- ja sosiaaliasiat. http://europa.eu/pol/socio/index_fi.htm [Luettu 3.8.2010]
- Forsander A. Luottamuksen ehdot. Maahanmuuttajat 1990-luvun suomalaisilla työmarkkinoilla. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 39/2002. Väestöliitto. Helsinki 2002.
- García-Pérez MA, Amaya C, Otero Á. Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation. *BMC Health Services Research* 2007, 7:201. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/201>.
- George JT, Rozario KS, Anthony J, Jude EB, McKay GA. Non-European Union doctors in the National Health Service: why, when and how do they come to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland? *Human Resources for Health* 2007, 5:6. <http://www.human-resources-health.com/content/5/1/6>.
- Han G-S, Humphreys JS. Overseas-trained doctors in Australia: Community integration and their intention to stay in a rural community. *Aust J Rural Health* 2005;13:236–41.
- Haukilahti R-L, Virjo I, Mattila K. ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneiden lääkäreiden kuulustelujärjestelmä ja siihen osallistuneet vuosina 1994–2009. *Suom Lääkäril* 2010;65(41):3315–21.
- Heikkilä E, Pikkarainen M. Väestön ja työvoiman kansainvälistyminen nyt ja tulevaisuudessa. Siirtolaisuustutkimuksia A 30. Siirtolaisuusinstituutti. Turku 2008.
- Heikkilä T, Hyppölä H, Vänskä J, Virjo I, Halila H, Isokoski M, Ruskoaho J, Kujala S, Mattila K. Lääkäri 2008 – uusinta tutkimustietoa lääkäreistä: Nuoren lääkärin vanhemmat yhä useammin lääkäreitä. *Suom Lääkäril* 2010;65(26–31):2401–7.
- Heikkilä T, Vänskä J, Hyppölä H, Halila H, Virjo I, Mattila K, Kujala S, Isokoski M. Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2009:19. Helsinki.
- Heimonen J. Kielitaito osana ammattitaitoa. Teoksessa Huttunen H-P, Kupari T (toim.). Specimasta opittua: Korkeasti koulutetut maahanmuuttajat työelämään, s. 49–53. SPECIMA/ESR-projekti. Turun työvoimatoimiston Kansainväliset palvelut. Turku 2007.
- Huijskens EGW, Hooshiran A, Scherpbier A, van der Horst F. Barriers and facilitating factors in the professional careers of international medical graduates *Medical Education* 2010;44:795–804.
- Huttunen H-P. Specima-projektin tarina. Teoksessa Huttunen H-P, Kupari T (toim.). Specimasta opittua: Korkeasti koulutetut maahanmuuttajat työelämään, s. 11–17. SPECIMA/ESR-projekti. Turun työvoimatoimiston Kansainväliset palvelut. Turku 2007.
- Jaakkola M. Maahanmuuttajat suomalaisten näkökulmasta. Asennemuutokset 1987–2007. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia I. Helsinki 2009.
- Kahra H. EU/ETAn ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkäreiden Suomen terveydenhuoltojärjestelmään ja hoitokäytäntöihin perehdyttävä koulutus. Teoksessa Huttunen H-P, Kupari T. (toim.). Specimasta opittua: Korkeasti koulutetut maahanmuuttajat työelämään, s. 66–69. SPECIMA/ESR-projekti. Turun työvoimatoimiston Kansainväliset palvelut. Turku 2007.
- Kearns R, Myers J, Adair V, Coster H, Coster G. What makes 'place' attractive to overseas-trained doctors in rural New Zealand? *Health and Social Care in the Community* 2006;14(6):532–40.
- Kinfu Y, Dal Poz MR, Mercer H, Evans DB. The health worker shortage in Africa: are enough physicians and nurses being trained? *Bull World Health Organ* 2009;87:225–30.
- Kinnunen T. "If I can find a good job after graduation, I may stay." Ulkomaalaisten tutkinto-opiskelijoiden integroituminen Suomeen. Kansainvälisen henkilöväihdon keskus CIMO. Occasional paper 2b/2003. http://www.cimo.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/cimo/embeds/cimowwwstructure/15454_t_opiskelijoiden_integroituminen_op.pdf

- Kirigia JM, Gbary AR, Muthuri LK, Nyoni J, Seddoh A. The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Services Research* 2006, 6:89. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/89>.
- Klein D, Hofmeister M, Lockyer J, Crutcher R, Fidler H. Push, Pull, and Plant: The Personal Side of Physician Immigration to Alberta, Canada. *International Family Medicine* 2009;41(3):197–201.
- Kline DS. Push and Pull Factors in International Nurse Migration. *Journal of Nursing Scholarship* 2003;35(2):107–11.
- Kyhä H. Akateemisten tutkintojen avulla suomalaisille työmarkkinoille? – Tutkimus korkeakoulutettujen maahanmuuttajien työurista. Teoksessa Huttunen H-P, Kupari T. (toim.). *Specimasta opittua: Korkeasti koulutetut maahanmuuttajat työelämään*, s. 21–31. SPECIMA/ESR-projekti. Turun työvoimatoimiston Kansainväliset palvelut. Turku 2007.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Lee ES. A Theory of Migration. *Demography* 1966;3(1):47–57.
- Liebkind K, Mannila S, Jasinskaja-Lahti I, Jaakkola M, Kyntäjä E, Reuter A. Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. *Gaudeamus*. Helsinki 2004.
- Louis WR, Lalonde RN, Esses VM. Bias against foreign-born or foreign-trained doctors: experimental evidence. *Medical Education* 2010;44:1241–7.
- Lääkäriksi Pohjois-Karjalaan. Hanke 1.8.2008–31.12.2010. Itä-Suomen yliopisto. Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate. <http://tkk.joensuu.fi/liferay/projektit/doktor/> [Luettu 5.8.2010]
- Lääkärit 2009. Suomen Lääkäriliitto. <http://www.laakariliitto.fi/tilastot/laakaritilastot/taskutilasto.html> [Luettu 3.8.2010]
- Lääkärit 2011. Suomen Lääkäriliitto. <http://www.laakariliitto.fi/files/laakariliitto-taskutilasto-2011.pdf> [Luettu 19.7.2011]
- Mahajan J, Stark P. Barriers to education of overseas doctors in paediatrics: a qualitative study in South Yorkshire. *Arch Dis Child* 2007;92:219–23.
- Markkanen K, Tammisto S. Maahanmuuttajat hoitoalan työyhteisöissä. Tehyn selvitys monikulttuurisuudesta. Tehyn julkaisusarja B: Selvityksiä 3/2005.
- Markkanen S. Integration or Discrimination. Opportunities and Barriers to Appropriate Paid Employment for Healthcare Professional Refugees in Finland. *School of Sociology and Social Policy*. University of Leeds. Web Reports 40. Institute of Migration 2008. <http://www.migrationinstitute.fi/pdf/webreports40.pdf> [Luettu 15.1.2011]
- Mejía A, Pizurki H, Royston E. Physician and Nurse Migration. Analysis and Policy Implications. Report of a WHO Study. World Health Organization. Geneva 1979.
- Nieminen S. Kuulumisen politiikkaa. Maahanmuuttajasairaanhoidajat, ammattikuntaan sisäänpääsy ja toimijuuden ehdot. Akateeminen väitöskirja 2011. *Acta Universitatis Tampereensis* 1616.
- Parmanne P. Suomen Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne 6.10.2010. http://www.laakariliitto.fi/files/SLL-tk-kalvot_2010.pdf [Luettu 16.4.2011]
- Pirinen I. Turvapaikanhakijoiden terveydentila. Tutkimus Tampereen kaupungin ulkomaalaistoimiston terveydenhuoltoyksikössä. Väitöskirja 2008. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis*: 692.
- Raittila P. Venäläiset ja virolaiset suomalaisten Toisina. Tapaustutkimuksia ja analyysimenetelmien kehittelyä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tiedotusopin laitos. Mediatutkimuksia 2004.
- Selänne J. Pätevyitysmiskoulutuksilla huikeat säästöt yhteiskunnalle. Teoksessa Huttunen H-P, Kupari T. (toim.). *Specimasta opittua: Korkeasti koulutetut maahanmuuttajat työelämään*, s. 105–110. SPECIMA/ESR-projekti. Turun työvoimatoimiston Kansainväliset palvelut. Turku 2007.
- Setälä P, Jyrälä K. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi ammattipätevyuden tunnustamisesta 2005/36/EY. Tiivistelmä terveydenhuollon ammattihenkilöiden osalta. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus 14.3.2008. http://www.valvira.fi/files/Käsikirja_direktiivistä_2005-36-EY.pdf [Luettu 3.2.2010]
- Shuval JT. Credentialling immigrant physicians in Israel. *Health & Place* 1998;4(4):375–81.
- Shuval JT, Bernstein J. The dynamics of professional commitment: immigrant physicians from the former Soviet Union in Israel. *Soc Sci Med* 1996;42(7):965–74.
- Simola A. Tervetullut työvoimaksi. Työperäinen maahanmuutto mediassa. Tampereen yliopisto. Tiedotusopin laitos. Journalismin tutkimusyksikkö. *Julkaisuja/Publications Sarja/ Series A* 109/2008.
- Socialstyrelsen. Ansökan om legitimation för läkare. Utskrift från www.socialstyrelsen.se. Publicerad 20.7.2009. [Luettu 13.7.2011]
- Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz M. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization* 2004;82:595–600.
- Valvira. EU/ETA-alueen ulkopuolella koulutetuilta lääkäreiltä vaadittavat kuulustelut 2011. http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet/eu_eta_maiden_ulkopuolella_koulutetut/laakarit/kuulustelut [Luettu 16.7.2011]
- Vartia M, Bergbom B, Giorgiani T, Rintala-Rasmus A, Riala R, Salminen S. Monikulttuurisuus työn arjessa. Työterveyslaitos. Työministeriö. Helsinki 2007.
- WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly. WHA63.16. 2010. http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf [Luettu 15.1.2011]

WHO Statistical Information System. <http://www.who.int/whosis/en/> [Luettu 14.7.2011]

Wiskow C. Health worker migration in Europe. International Labour Office. Geneva 2006. <http://www2.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp245.pdf> [Luettu 3.8.2010]

Worley PS, Couper ID. The ethics of international recruitment. Editorial. Rural and Remote Health 2 (online) 2002:196. <http://www.rrh.org.au/articles/> [Luettu 1.6.2010]

RIITTA-LIISA HAUKILAHTI

FM

Tampereen yliopisto

Lääketieteen yksikkö

IRMA VIRJO

LT, professori (emerita)

Tampereen yliopisto

Lääketieteen yksikkö

KARI MATTILA

LKT, professori, ylilääkäri

Tampereen yliopisto

Lääketieteen yksikkö

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Yleislääketieteen yksikkö

RIITTA-LIISA HAUKILAHTI
FM, tutkija
Tampereen yliopisto,
lääketieteen yksikkö
riitta-liisa.haukilahti@uta.fi

IRMA VIRJO
LT, professori (emerita)
Tampereen yliopisto,
lääketieteen yksikkö

TEPPO HEIKKILÄ
LL, tutkija
Itä-Suomen yliopiston ja
Kuopion yliopistollisen sairaalan
perusterveydenhuollon yksikkö

HARRI HYPPIÄ
LT, ma. ylilääkäri
Kuopion yliopistollinen sairaala,
päivystysalue

SANTERO KUJALA
LL, lääkintöneuvos
Suomen Lääkäriliitto

HANNU HALILA
LKT, dosentti,
varatoiminnanjohtaja
Suomen Lääkäriliitto

JUKKA VÄNSKÄ
VTM, tutkimuspäällikkö
Suomen Lääkäriliitto

KARI MATTILA
LKT, professori
Tampereen yliopisto,
lääketieteen yksikkö
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri,
yleislääketieteen yksikkö

Lääkärrien kokemaa työnsä arvostus

Onko eroa Suomessa ja ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen välillä?

Lähtökohdat

Lääkärin ammatti on Suomessa ollut perinteisesti erittäin arvostettu. Ammattikunnassa on kasvava ryhmä maahanmuuttajalääkäreitä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää lääkärien työssään kokemaa arvostusta sekä verrata Suomessa ja ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärien arvostuskokemuksia.

Menetelmät

Arvostusta koskeva kysymys esitettiin suomalaisille vuosina 1977–2006 valmistuneille lääkäreille Lääkäri 2008 -tutkimuksessa. Satunnaisotos oli 7 758, vastanneita 4 167 (54 %) ja tarkasteltava aineisto 3 774 lääkäriä, kun mukaan otettiin vain Suomessa tutkintonsa suorittaneet. Sama kysymys esitettiin ETA-alueen ulkopuolella koulutetuille lääkäreille vuonna 2009. Kohderyhmänä olivat vuosina 1994–2008 Valviran edellyttämiin laillistamiskoulusteluihin osallistuneet lääkärit (n = 656). Heille lähetettyyn kyselyyn vastasi 344 (52 %), joista analyysiin otettiin syntyperältään ulkomaalaiset 311 lääkäriä.

Tulokset

Suomalaiset lääkärit arvostivat omaa työtään enemmän kuin ETA-alueen ulkopuolelta tulleet. Suomalaiset lääkärit kokivat saavansa heitä enemmän arvostusta myös suurelta yleisöltä ja toimipaikkakuntansa väestöltä, mutta potilaiden ja hoitohenkilökunnan arvostuksessa ei ollut selvää eroa. Vähiten molemmat ryhmät kokivat saavansa arvostusta valtakunnallisilta päätöksentekijöiltä.

Päätelmät

Sekä Suomessa että ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärit kokivat saavansa enemmän arvostusta lähiyhteisöiltään kuin päättäjiltä tai tiedotusvälineiltä. Potilailta molemmat ryhmät katsoivat saavansa yhtä paljon arvostusta. Maahanmuuttajalääkärien kokemaa suuren yleisön arvostuksen puute saattaa viitata heidän kielteisiin kokemuksiinsa suomalaisesta yhteiskunnasta.

Lääkärin ammatin Suomessa nauttima arvostus on ilmennyt väestölle tehdyissä kyselytutkimuksissa, joissa eri ammatteja on laitettu arvostusjärjestykseen (1). Suurin osa kymmenestä arvostetuimmasta ammattinimikkeestä on ollut lääkäreitä. Lääkärien mielipiteitä oman työnsä arvostuksesta on kysytty vuodesta 1988 alkaen viiden vuoden välein (2,3).

Terveydenhuoltohenkilöstön liikkuvuus on lisääntynyt ja Suomeen on muuttanut 2000-luvulla runsaasti ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä. Työvoimavajeen takia työpaikkoja on ollut tarjolla. Maahanmuuttajalääkäreistä pienempi osa kuuluu kuitenkin aktiiviseen työvoimaan kuin suomalaisista lääkäreistä (4).

Julkisuudessa ollut valelääkärikohu on herät-

tänyt epäluottamusta ulkomailla suoritetuista lääkärintutkintoja kohtaan, ja se on voinut vaikuttaa koko lääkäriprofession arvostukseen (5). Maahanmuuttajalääkärien koulutukseen ja osaamiseen kohdistuneet epäluulot ovat kohun myötä vahvistuneet. Suomen Lääkäriliiton jäsenilleen tekemän kyselyn mukaan varsinkin nuoret lääkärit arvelivat potilaiden luottamuksen ammattikuntaan heikentyneen kohun myötä (6). Vastajaat pitivät tutkintotodistusten varmistamista ensisijaisena keinona valvonnan parantamiseksi.

Euroopan talousalueen (ETA) maissa tutkintonsa suorittaneet lääkärit saavat Suomessa automaattisesti laillistuksen. Alueen ulkopuolelta tulevien pitää osallistua Valviran valvo-



KIRJALLISUUTTA

- 1 Lappalainen T. Valkokaulusten vastaisuus. Ammattien arvostus 2010. Suomen Kuvalehti 2010;20:30–44.
- 2 Kumpusalo E ja Lääkäri 98 -tutkijaryhmä. Keneltä lääkäri kokee saavansa arvostusta? Suom Lääkäril 2001;56:5145–7.
- 3 Heikkilä T, Hyppölä H, Vänskä J ym. Lääkäri 2008 - uusinta tutkimustietoa lääkäreistä: Nuoren lääkärin vanhemmat yhä useammin lääkäreitä. Suom Lääkäril 2010;65:2401–7.
- 4 Kuusio H, Elovainio M, Vänskä J ym. Terveystuotohennon liikkuvuus Suomen ja muiden maiden välillä. Suom Lääkäril 2010;65:3233–9.
- 5 Päive H. Valelääkäri ja lääkärin professio. Pääkirjoitus. Suom Lääkäril 2011;66: 3545.
- 6 Suomen Lääkäriliitto. Kysely Lääkäriliiton jäsenille valelääkäreistä 2011. (Siteerattu 15.3.2012.) www.laakariliitto.fi/files/valelaakarikyselytulokset.pdf.
- 7 Haukilahti R-L, Virjo I, Mattila K. ETA-alueen ulkopuolella lääkäriksi valmistuneet. Lääkärien kuulustelujärjestelmä ja siihen osallistuneet vuosina 1994–2009. Suom Lääkäril 2010;65:3315–21.
- 8 Haukilahti R-L, Virjo I, Mattila K. ETA-alueen ulkopuolella perustutkintonsa suorittaneiden lääkärin Suomeen tulon syyt, työllistyminen ja jatkosuunnitelmat. Sosiaalilääk Aikak 2012;49:13–30.
- 9 Huijskens EGW, Hooshiaran A, Scherpier A, van der Horst F. Barriers and facilitating factors in the professional careers of international medical graduates. Med Educ 2010;44:795–804.
- 10 Simola A. Tervetullut työvoimaksi. Työperäinen maahanmuutto mediassa. Tampere. Tampereen yliopisto. Tiedotusopin laitos. Julkaisuja A109/2008.
- 11 Forsander A. Luottamuksen ehdot. Maahanmuuttajat 1990-luvun suomalaisilla työmarkkinoilla. Helsinki. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D39/2002.
- 12 Vartia M, Bergbom B, Giorgiani T, Rintala-Rasmus A, Riala R, Salminen S. Monikulttuurisuus työn arjessa. Työterveyslaitos 2007.
- 13 Jaakkola M. Maahanmuuttajat suomalaisten näkökulmasta. Asemamuutokset 1987–2007. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 1/2009.
- 14 Kearns R, Myers J, Adair V, Coster H, Coster G. What makes 'place' attractive to overseas-trained doctors in rural New Zealand? Health and Social Care in the Community 2006;14:532–40.
- 15 Guey-Chi Chen P, Nunez-Smith M, Bernheim SM, Berg D, Gozu A, Curry LA. Professional Experiences of International Medical Graduates Practicing Primary Care in the United States. J Gen Intern Med 2010;25:947–53.

maan laillistusprosessiin, jossa heiltä vaaditaan puolen vuoden sairaalaharjoittelu, suomen tai ruotsin kielen koe sekä kirjalliset kuulustelut ja näyttökoe. Vuosina 1994–2009 Suomeen on tullut 65 maasta lääkäreitä, joista noin puolet on venäläisiä. Tutkintoja on suoritettu 161 eri yliopistossa (7). Vain osa maahanmuuttajalääkäreistä on hakeutunut tänne työn takia, useammin tulosyynä ovat olleet perheasiat (8).

Työllistymisen edellytyksiä voidaan helpottaa järjestämällä kielikoulutusta ja tukemalla perehtymistä suomalaiseen terveydenhuoltoon (4). Alankomaissa oli vuoteen 2007 asti käytössä ulkomaalaisia lääkäreitä varten CIBA-koulutusohjelma, mutta EU:n laajenemisen myötä koulutus lopetettiin (9). Ohjelmaan osallistuneet saivat yliopistojen piirissä lisäkoulutusta ja työllistyivät hyvin, usein sellaisiin työpaikkoihin, jotka eivät paikallisille lääkäreille kelvanneet. Suomessa ei ole ollut ulkomailta tulleille kattavaa koulutusjärjestelmää. Lääkärien on pitänyt itse hankkia laillistamisen edellyttämät harjoittelupaikka.

Maahanmuuttajien työhönottoon voi liittyä työnantajien taholta epäilyksiä ja kielteisyyttä, koska pelätään, että kielitaidon puute tai kulttuurierot aiheuttavat ongelmia (10). Hoitoalalla on epäilty potilasturvallisuuden vaarantuvan. Kielitaidon puutteeseen saatetaan vedota, vaikka taustalla olisi pelkoa muistakin ongelmista.

Työhönotto on osoitus työnantajan arvostuksesta sekä luottamuksesta työnhakijan koulutuksen ja työkokemuksen takaamaan ammattitaitoon selviytyä työtehtävistä (11). Monilla ammattialoilla kuitenkin puuttuu ulkomaalaisten tutkintoja ja pätevyyttä koskeva yhtenäinen säännöstö – toisin kuin lääkäreillä.

Suomalaisia työyhteisöjä koskeneessa tutkimuksessa (12) yhtä suuri osuus maahanmuuttajista ja suomalaisista työntekijöistä piti omaa työtään tärkeänä (88 % vs. 87 %). Lähes 60 % molemmista ryhmistä koki myös esimiehen arvostavan heidän työtään. Työtoverien arvostusta katsoi nauttivansa 52 % maahanmuuttajista ja 59 % suomalaisista.

Kansalaisten suhtautuminen palveluammatteissa toimiviin ulkomaalaisiin on 2000-luvulle tultaessa muuttunut aiempaa hyväksyvämmäksi (13). Tutkimuksen mukaan kaksi kolmasosaa suomalaisista suhtautui melko tai hyvin myönteisesti ulkomaalaisen toimimiseen hoitavana lääkärinä. Vanhempien ihmisten asenteet olivat torjuvampia kuin nuorten, ja miesten

asenteet olivat torjuvampia kuin naisten. Aiemmin pääkaupunkiseudulla asenteet ovat olleet myönteisempiä kuin maaseudulla, mutta erot ovat kaventuneet.

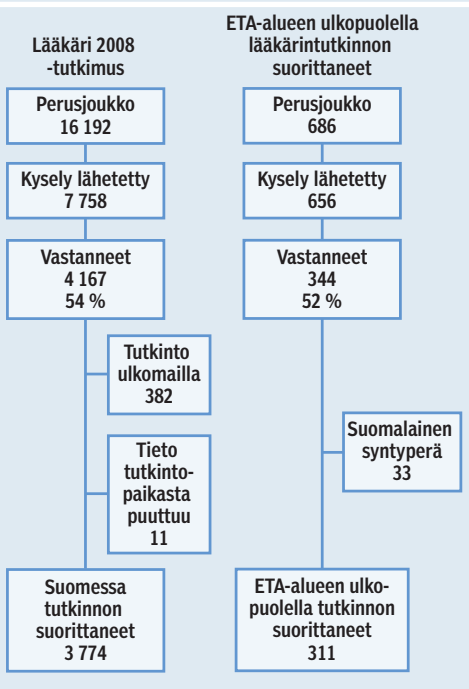
Mediassa on esitetty selviytymistarinoita maahanmuuttajista, jotka ovat kertoneet työllistymisvaikeuksistaan, kohtaamastaan syrjinnästä ja kielitaitoon liittyvistä ongelmistaan (10). Haastatellut ovat vaikeuksiansa jälkeen löytäneet työpaikan ja päässeet osoittamaan ammattitaitonsa ja kyvykkyytensä. Epäonnistuneita on harvemmin haastateltu.

Myönteistä suhtautumista terveydenhuoltoalan ulkomaalaisiin työntekijöihin on edistänyt alan työvoimapula (10). Ilmiö on kansainvälinen ja koskee erityisesti maaseutualueita. Ulkomaalaisten lääkärin integroitumiseen panostetaan esimerkiksi Uudessa-Seelannissa, jossa on ylimääräisten palkkioiden ja sijaispalvelun avulla yritetty tukea heidän työllistymistään (14).

Yhdysvalloissa on ulkomaalaisten lääkärin

KUVIO 1.

Tutkimusryhmien muodostuminen Lääkäri 2008 -tutkimuksessa ja ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkärin kyselytutkimuksessa (2009).



Suomeen on tullut 65 maasta lääkäreitä, joista noin puolet on venäläisiä.

erityisvahvuudeksi todettu kyky ymmärtää ja auttaa samasta lähtökulttuurista olevia potilaita (15). Lisäksi heillä on tietämystä ja kokemusta harvinaisista sairauksista, jotka ovat heidän kotimaassaan olleet tavallisia. Norjassa tehdyn tutkimuksen mukaan maahanmuuttajalääkärit pystyvät oman taustansa ja erityistietojensa perusteella auttamaan toisia maahanmuuttajia paremmin kuin norjalaislääkärit (16). Kaksi kulttuuria omaksuneet lääkärit olivat päteviä hoitamaan myös norjalaisia potilaita. Itse he kokivat, että heiltä vaaditaan muita lääkäreitä

enemmän potilaiden ja kollegojen hyväksynnän saamiseksi.

Suomalaisessa yhteiskunnassa työ tuo toimeentulon lisäksi sosiaalista arvostusta, ja työtä pidetään maahanmuuttajien keskeisenä keinona integroitua yhteiskuntaan (12). Työn perusteella he voivat identifioitua ammattilaisina, ei vain maahanmuuttajina. Oletus on, että suomalaisten lääkärien työssään kokema arvostus vaihtelee ja eroaa maahanmuuttajalääkäreiden vastaavista kokemuksista. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli arvioida ja verrata Suomessa ja ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkäreiden kokemaa arvostusta.

TAULUKKO 1.

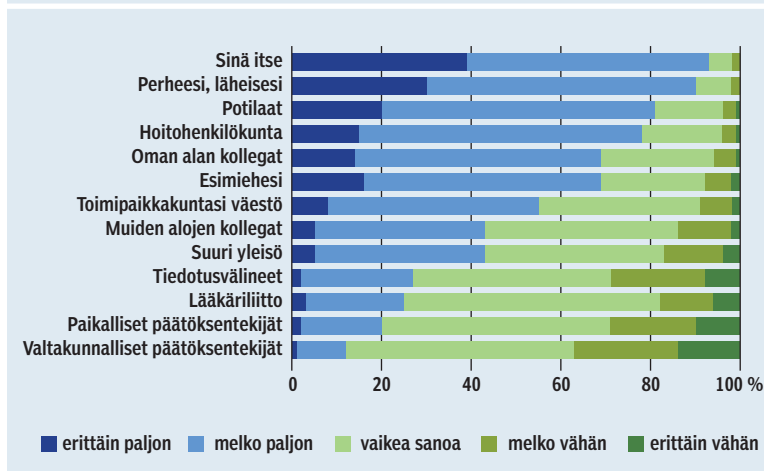
Lääkäri 2008 -tutkimuksen ja ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkäreiden kyselytutkimuksen (2009) vastaajat sukupuolen ja ikäryhmän mukaan.

	Lääkäri 2008 -tutkimus		ETA-alueen ulkopuolella koulutetut lääkärit	
	n	%	n	%
Sukupuoli				
miehet	1 292	34	113	36
naiset	2 461	66	198	64
Ikäryhmät:				
alle 35 v	600	16	53	17
35-44 v	1 167	31	118	38
45 v tai yli	1 944	52	140	45

KUVIO 2.

Lääkäri 2008 -tutkimus (n = 3 525-3 585).

Vastausosuudet (%) kysymykseen 'Miten seuraavat tahot mielestäsi arvostavat nykyistä työtäsi?'



Aineisto ja menetelmät

Lääkäri 2008 -tutkimuksen perusjoukkona oli 16 192 vuosina 1977–2006 valmistunutta Suomessa toimivaa lääkäriä (3). Satunnaisotos oli 7 758 ja heille tehtyyn kyselyyn vastasi 4 167 (54 %) lääkäriä. Aineistosta poistettiin 382 ulkomailta koulutettua sekä 11 lääkäriä, joiden koulutuspaikka oli tuntematon (kuvio 1).

ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkäreiden kuulusteluihin vuosina 1994–2008 osallistuneille tehtiin kyselytutkimus vuonna 2009 (8). Kuulusteluihin osallistuneita oli kaikkiaan 686 ja heistä 656:n osoite pystyttiin selvittämään kyselylomakkeen postitusta varten. Kaikkiaan 344 lääkäriä (52 %) vastasi kyselyyn. Aineistosta poistettiin 33 lääkäriä, jotka olivat suomalaista syntyperää (kuvio 1). Lomake sisälsi saman kysymyksen koetusta työn arvostuksesta kuin Lääkäri 2008 -tutkimus (17).

Lääkäri 2008 -tutkimukseen vastanneet olivat hieman vanhempia kuin ETA-alueen ulkopuolella koulutetut (taulukko 1). Molemmissa ryhmässä lähes kaksi kolmannesta oli naisia.

Työhön kohdistuvaa arvostusta tutkittiin kysymyksellä 'Miten seuraavat tahot mielestäsi arvostavat nykyistä työtäsi?' Arvioitavia tahoja oli 13, omasta itsestä suureen yleisöön. Vastausasteikko oli viisiportainen: erittäin vähän, melko vähän, vaikea sanoa, melko paljon, erittäin paljon. Osassa analyyseistä arvostusta tarkasteltiin kaksiluokkaisena, jolloin toisena luokkana olivat vaihtoehdot erittäin paljon ja melko paljon ja toisena luokkana muut vaihtoehdot.

Tilastollisina menetelminä käytettiin vastausosuuksia ja ristiintaulukointia. Ryhmien välisten erojen tilastollinen merkittävyys tutkittiin khiin-neliö -testillä kaksiluokkaisista muuttujista.

TAULUKKO 2.

Suomessa ja ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkäreiden vastaukset kysymykseen 'Miten seuraavat tahot mielestäsi arvostavat nykyistä työtäsi?'

'Melko paljon' tai 'erittäin paljon' vastanneiden osuudet (%) yhdistettyinä sekä erojen tilastollinen merkitsevyys.

Arvostustaho	Suomessa	ETA-alueen	Ero	Tilastollinen
	koulutetut lääkärit ulkopuol. koulutetut (n = 3 525-3 585) %	(n = 272-284) %	%-yks.	merkitsevyys p
Suuri yleisö	41,3	20,7	20,6	< 0,001
Toimipaikkakuntasi väestö	54,9	40,2	14,7	< 0,001
Lääkäriliitto	24,1	18,2	5,9	0,005
Sinä itse	92,1	86,4	5,7	< 0,001
Muiden alojen kollegat	43,9	41,8	2,1	0,001
Tiedotusvälineet	26,8	26,1	0,7	< 0,001
Perheesi, läheisesi	89,1	88,7	0,4	0,001
Potilaat	80,4	80,6	-0,2	0,222
Hoitohenkilökunta	78,3	79,5	-1,2	0,027
Esimiehesi	68,1	69,6	-1,5	0,009
Oman alan kollegat	69,3	71,5	-2,2	0,011
Valtakunnalliset päätöksentekijät	12,3	14,9	-2,6	< 0,001
Paikalliset päätöksentekijät	19,9	24,6	-4,7	< 0,001

TAULUKKO 3.

Suomessa koulutettujen mies- ja naislääkärien vastaukset kysymykseen 'Miten seuraavat tahot mielestäsi arvostavat nykyistä työtäsi?'

'Melko paljon' tai 'erittäin paljon' vastanneiden osuudet (%) yhdistettyinä sekä erojen tilastollinen merkitsevyys.

Arvostustaho	Miehet	Naiset	Ero	Tilastollinen
	(n = 1 241-1 264) %	(n = 2 266-2 302) %	%-yks.	merkitsevyys p
Muiden alojen kollegat	49,8	40,5	9,3	< 0,001
Paikalliset päätöksentekijät	25,4	17,0	8,4	< 0,001
Valtakunnalliset päätöksentekijät	15,2	11,0	4,2	< 0,001
Suuri yleisö	44,8	41,4	3,4	0,050
Esimiehesi	71,5	68,2	3,3	0,043
Hoitohenkilökunta	80,7	77,7	3,0	0,035
Toimipaikkakuntasi väestö	57,5	54,6	2,9	0,089
Oman alan kollegat	71,7	69,1	2,6	0,096
Tiedotusvälineet	28,5	26,6	1,9	0,220
Lääkäriliitto	24,5	25,3	-0,8	0,640
Perheesi, läheisesi	89,0	89,9	-0,9	0,389
Sinä itse	91,9	93,4	-1,5	0,087
Potilaat	79,6	81,1	-1,5	0,282

Tulokset

Suomalaiset lääkärit arvostivat omaa työtään ja kokivat saavansa sille vankkaa arvostusta myös perheeltään, potilailtaan ja hoitohenkilökunnalta (kuvio 2). ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen arviot olivat samankaltaisia (kuvio 3). Sen sijaan lähipiiriä kauempana olevien tahojen arvostusta oli vaikeampi arvioida. Niiden osalta 'vaikea sanoa' -vastaukset olivat yleisempiä maahanmuuttajien kuin suomalaisten joukossa.

Selvästi suurempi osa Suomessa kuin ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista koki nauttivansa suuren yleisön ja toimipaikkansa väestön arvostusta (taulukko 2). Suomalaiset lääkärit myös arvostivat työtään enemmän kuin maahanmuuttajalääkärit. Nämä erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä (p < 0,001). Kuitenkin suurempi osa ETA-alueen ulkopuolelta tulleista kuin suomalaisista lääkäreistä koki paikallisten ja valtakunnallisten päättäjien arvostavan heitä. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan arvostuksessa ei ollut merkittävää eroa ryhmien välillä.

Suomalaiset mieslääkärit kokivat useammin kuin naislääkärit saavansa työnsä arvostusta eri tahoilta (taulukko 3). Ero näkyi erityisesti muiden alojen kollegoiden, paikallisten ja valtakunnallisten päättäjien, suuren yleisön ja esimiesten arvostuksessa. Suurempi osa ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista mies- kuin naislääkäreistä arvioi suuren yleisön arvostavan heitä (taulukko 4). Naisista useampi kuin miehistä arvosti kuitenkin omaa työtään sekä koki myös perheensä ja läheistensä arvostavan sitä.

Pohdinta

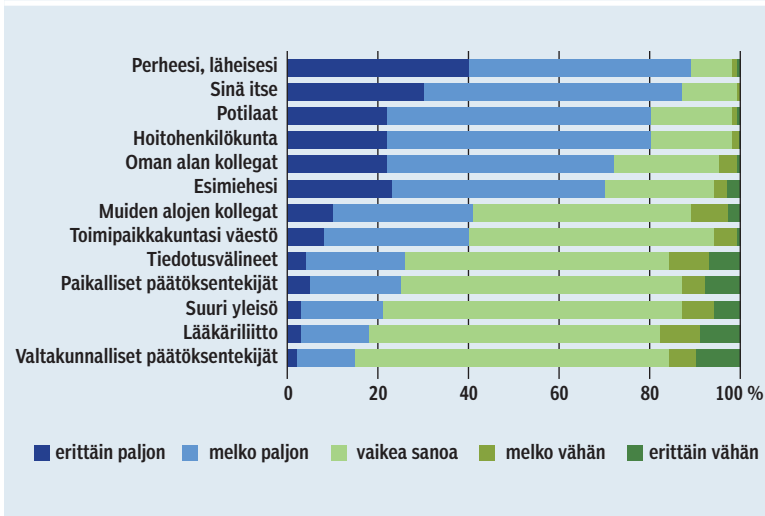
Suomessa samoin kuin ETA-alueen ulkopuolella koulutetut lääkärit arvostivat omaa työtään ja kokivat myös lähipiirinsä arvostavan sitä. Molemmat ryhmät katsoivat saavansa arvostusta myös niiltä tahoilta, jotka ovat käytännön lääkärintyön kannalta ensisijaisia, eli potilailtaan ja työtovereiltaan. Mitä etäämmäksi siirryttiin perheestä ja työyhteisöstä, sitä vähemmän arvostusta koettiin saatavan. Huomattavan suuri osuus vastaajista valitsi vaihtoehdon 'vaikea sanoa'.

Kummankin kyselytutkimuksen vastausprosentti oli kansainvälisesti arvioituna hyvää tasoa. ETA-alueen ulkopuolelta tulleet lääkärit eivät saaneet kysymyslomaketta äidinkielellään, mutta kielitaidon puutteiden ei pitäisi ratkaista vastauksiin, koska kaikki laillisuusprosessiin osallistuneet olivat suorittaneet

KUVIO 3.

ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkärin kyselytutkimus vuonna 2009 (n = 272–284).

Vastausosuudet (%) kysymykseen 'Miten seuraavat tahot mielestäsi arvostavat nykyistä työtäsi?'



TAULUKKO 4.

ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen mies- ja naislääkärin vastaukset kysymykseen 'Miten seuraavat tahot mielestäsi arvostavat nykyistä työtäsi?'

'Melko paljon' tai 'erittäin paljon' vastanneiden osuudet (%) yhdistettyinä sekä erojen tilastollinen merkitsevyys.

Arvostustaho	Miehet (n = 93–100) %	Naiset (n = 179–185) %	Ero %-yks.	Tilastollinen merkitsevyys p
Suuri yleisö	31,6	14,9	16,7	0,001
Muiden alojen kollegat	50,0	37,9	12,1	0,051
Oman alan kollegat	76,8	68,6	8,2	0,149
Valtakunnalliset pätöksentekijät	20,2	12,2	8,0	0,075
Tiedotusvälineet	30,1	24,0	6,1	0,278
Hoitohenkilökunta	82,0	77,6	4,4	0,383
Toimipaikkakuntasi väestö	43,6	39,6	4,0	0,516
Potilaat	82,8	78,8	4,0	0,418
Esimiehesi	71,7	67,9	3,8	0,511
Lääkäriliitto	18,9	18,2	0,7	0,884
Paikalliset päätöksentekijät	23,7	25,1	-1,4	0,793
Perheesi, läheisesi	86,7	89,7	-3,0	0,459
Sinä itse	83,7	88,0	-4,3	0,315

kielikokeen Suomessa. Lisäksi kysymyksessä esiintyneet käsitteet olivat yksinkertaisia.

Suomalaisten lääkärin oman työn arvostus oli samaa luokkaa kuin suomalaisia työyhteisöjä koskeneessa tutkimuksessa (12), mutta ETA-alueen ulkopuolelta tulleilla lääkäreillä hieman vähäisempää. Molemmissa lääkäriryhmissä hoitohenkilökunnan, kollegojen ja esimiesten osoittama arvostus oli suurempaa kuin muissa työyhteisöissä yleensä.

Arvostus lisää omanarvontunnetta, mutta samalla myös vastuu ja sen myötä stressi voivat lisääntyä (12). Luottamuksen saaminen voi merkitä aiempaa vaikeampia ja itsenäisempiä työtehtäviä ja vaikutusmahdollisuuksien kasvua. Samalla kun maahanmuuttajalääkärin arvostus kasvaa, nousevat myös heihin kohdistuvat odotukset samalle tasolle suomalaislääkärin kanssa. ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärin laillistusprosessi Suomessa ja heidän tiivis kytkeensä työelämään jo aikaisessa vaiheessa harjoittelun ja määräaikaisten toimilupien avulla luovat heille edellytykset arvostuksen saavuttamiseen.

Lääkärin asema ja arvostus voi olla lähtömaisena alempi tai korkeampi kuin Suomessa. Jotkut heistä ovat voineet maansa poikkeustilanteen tai pakolaisuuden vuoksi kokea asemansa romahduksen jo ennen tänne tuloa. ETA-alueen ulkopuolelta tulevat lääkärit joutuvat mukautumaan muutoksiin monilla elämänalueilla. Heidän hyvää sopeutumistaan työyhteisöön osoittaa se, että he kokevat nauttivansa yhtä paljon arvostusta potilaiden, hoitohenkilökunnan, kollegojen ja esimiesten taholta kuin suomalaislääkärit.

Suomen työelämään asettuva ulkomaalainen tarkkailee ehkä tavallista enemmän lähityöyhteisön ja eri tahojen suhtautumista itseensä. Toisaalta kielitaidon rajallisuuden ja yhteiskunnan vierauden vuoksi hän ei pysty välttämättä seuraamaan kaikkien tiedotusvälineiden ja muiden tahojen reaktioita tai hän voi tulkita niitä väärin. Tätä taustaa vasten on ymmärrettävää, että ETA-alueen ulkopuolella koulutetut lääkärit ovat varovaisia kannanotoissaan.

Tulokset kuvaavat tilannetta ennen ns. valesääkärin kohua, joka on voinut lisätä epäluuloja ulkomailla tutkintonsa suorittaneita lääkäreitä kohtaan ja jopa leimata kielteisesti koko lääkärikuntaa. Jos selvityksissä ei tule esiin lisää tapauksia, voidaan näiden muutaman henkilön toimintaa pitää marginaalisena eikä sen pitäisi

16 Diaz E, Hjörleifsson S. Immigrant general practitioners in Norway: A special resource? A qualitative study. *Scandinavian Journal of Public Health* 2011;39:239–44.
 17 Heikkilä T, Vänskä J, Hyppölä H ym. Lääkäri 2008. Kyselytutkimus vuosina 1997–2006 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2009:19.

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajat ovat ilmoittaneet sidonnaisuutensa seuraavasti (ICMJE:n lomake):
 Riitta-Liisa Haukilampi: Projektikoordinaattori v. 2004–8 Tampereen yliopistossa, tehtävänä ETA-alueen ulkopuolella koulutettujen lääkärin kuulustelujen käytännön järjestely.
 Teppo Heikkilä: Suomen Lääkäriiiton hallituksen jäsen ja Carna Consulting Oy:n osakas ja hallituksen jäsen.
 Irma Virjo, Harri Hyppölä, Santero Kujala, Hannu Halila, Jukka Vänskä, Kari Mattila: Ei sidonnaisuuksia.

vaikuttaa ammattikunnan arvostukseen. Asian merkitys on arvioitavissa vasta, kun siihen liittyvät selvitykset ovat valmistuneet ja mediakohu laantunut.

Lääkärin vahva kokemus päätöksentekijöiden, tiedotusvälineiden ja suuren yleisön arvostuksen puutteesta antaa kaikille osapuolille aiheen tarkistaa tietojaan ja asenteitaan. ■

Tästä asiasta tiedettiin

- Lääkärit ovat Suomessa tottuneet väestön arvostukseen.
- ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden lääkärin pitää Suomessa suorittaa kielikoe, sairaalaharjoittelu ja kolmiosainen kuulustelu.
- Maahanmuuttajalääkärit joutuvat sopeutumaan erilaiseen yhteiskuntaan ja terveydenhuoltoon sekä samalla tavoittelemaan arvostusta ammatissaan.

Tämä tutkimus opetti

- Sekä Suomessa että ETA-alueen ulkopuolella koulutetut lääkärit kokivat saavansa työnsä eniten arvostusta lähipiiriltään.
- Suuren yleisön arvostus oli vähäisempää ulkomailta tulleita kuin suomalaisia lääkäreitä kohtaan.
- Molemmissa ryhmissä mieslääkärit kokivat saavansa enemmän arvostusta kuin naislääkärit.

ENGLISH SUMMARY WWW.LAAKARILEHTI.FI > IN ENGLISH

■ Appreciation felt by doctors: Is there any difference between doctors educated in Finland and those from outside the EEA?

3,43 €/kk ERITYIS-KORVATTUNA*

Alvesco® menee perille asti

ALVESCO® 80 mikrog/annos ja 160 mikrog/annos, inhalaatiosumute, liuos. Vaikuttava aine ja lääkemuohto: Siklesonidi, inhalaatiosumute, liuos. Käyttöaiheet: Aikuisten ja nuorten (vähintään 12-vuotiaiden) kroonisen astman hallinta. Annostus ja antotapa: Suositeltu annos on 160 µg kerran vuorokaudessa. Tällä saavutetaan astman hoitotasapaino suurimmalle osalle potilasta. Annoksen voi tarvittaessa pienentää 80 µg:aan tai suurentaa 320 µg:aan tai 640 µg:aan vuorokaudessa. Alvesco-valmistetta tulisi ottaa mieluiten illalla. Kun hoitotasapaino on saavutettu, annos tulee sovitaa yksilöllisesti pienimpään hyvän hoitotasapainon säilyttämiseen tarvittavaan annokseen. Vasta-aiheet: Yliherkkyys siklesonidille tai jollekin valmisteen apuaineelle. Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoimet: Alvesco-valmistetta tulee antaa varovasti potilaille, joilla on aktiivinen tai piilevä keuhkotuberkuloosi tai sieni-, virus- tai bakteeri-infektio, ja vain, jos näitä infektioita hoidetaan asianmukaisesti. Valmistetta ei ole tarkoitettu status asthmaticuksen tai muiden tehohoitoa vaativien akuuttien astma-kohtausten hoitoon. Valmistetta ei ole tarkoitettu akuuttien astmaoireiden helpottamiseen, siihen tarvitaan lyhytvaikutteista keuhkoputkia laajentavaa lääkettä. Potilaita on neuvottava pitämään tällaista lääkettä mukanaan. Yhteisvaikutukset: Voimakkaiden CYP3A4:n estäjien käyttöä siklesonidihoidon aikana tulee välttää, elleivät hyödyt ole riskejä suuremmat. Raskaus ja imetys: Muiden glukokortikoidien tavoin siklesonidia tulee käyttää raskauden aikana vain jos mahdollinen hyöty äidille on suurempi kuin mahdollinen riski sikiölle. Haittavaikutukset: Noin 4 %:lla potilasta esiintyy haittavaikutuksia. Melko harvinaisia haittavaikutuksia: paha maku suussa, antopaikan reaktiot (kirvely, tulehdus ja ärsytys), antopaikan kuivuminen, käheys, inhalaation jälkeinen yskä, paradoksinen bronkospasmi, ihottuma ja ekseema. Hyvin harvinaisia haittavaikutuksia: välittömät tai viivästyneet yliherkkyysreaktiot, kuten angioedeema. Paradoksinen hengitysteiden supistuminen saattaa ilmaantua välittömästi lääkkeen oton jälkeen. Inhaloitavien kortikosteroidien systeemisiä vaikutuksia saattaa esiintyä, etenkin käytettäessä suuria annoksia pitkään. Pakkauskoot ja hinnat 1.1.2012 (vmh sis.alv:n): Alvesco 80 µg 60 annosta 23,62 €, 120 annosta 44,68 €, Alvesco 160 µg 60 annosta 25,40 €, 120 annosta 48,53 €. Korvattavuus: SV-erityiskorvattava reseptilääke. Lisätietoja: Oy Leiras Finland Ab, puh. 020 746 5000, www.leiras.fi 3/12 R 01.2012 Viitteet: 1. Leach CL ym. *J Aerosol Med* 2006;19:117–126. 2. Newman S ym. *Resp Med* 2006;100:375–384. *SV-korvattu hinta potilaalle 160 µg x 1.

■ ENGLISH SUMMARY

RIITTA-LIISA HAUKILAHTI
M.A., Researcher
University of Tampere
Medical School
riitta-liisa.haukilahti@uta.fi

IRMA VIRJO
TEPPO HEIKKILÄ
HARRI HYPPÖLÄ
SANTERO KUJALA
HANNU HALILA
JUKKA VÄNSKÄ
KARI MATTILA

Appreciation felt by doctors: Is there any difference between doctors educated in Finland and those from outside the EEA?

Background

The medical profession is traditionally highly respected in Finland. More and more doctors come to Finland from countries outside the European Economic Area (EEA). The immigrant doctors have to adapt to a different society and health care system, and they have to fulfil the expectations placed on them as doctors. In this survey, the appreciation felt by Finnish doctors and doctors from outside the EEA was studied and compared.

Methods

The question about appreciation at work was presented to Finnish doctors in the survey Physician 2008, in which the study population consisted of 16 192 physicians of working age; the sample was 7758 physicians and the number of respondents was 4 167 (54%). The same question was presented to doctors from outside the EEA in 2009 in a survey that consisted of all 686 doctors who participated in the licensing examinations in 1994–2008. The questionnaire was sent to 656 doctors whose addresses were available and the number of respondents was 344 (52%). In the question concerning appreciation at work there were 13 sources of appreciation listed and a five-point scale was used. Conclusions were based on proportions of different choices and cross tabulations.

Results

Both the Finnish doctors and the doctors from outside the EEA felt that they received the greatest appreciation for their work from their families and themselves, as well as from patients and nursing personnel. The lowest appreciation was experienced from decision-makers, media, the general public, and the Finnish Medical Association. However, the appreciation that the Finnish doctors felt they received from the general public was statistically significantly higher than that experienced by the doctors from outside the EEA. In both groups men experienced more appreciation from most sources than women.

Conclusions

Finnish doctors and doctors from outside the EEA felt they received more appreciation from their nearest family and working partners than from decision-makers or media. As for the latter, the option “difficult to say” was more often chosen. The low appreciation that the immigrant doctors felt they received from the general public possibly reflects their negative experiences in Finnish society. However, their experiences of appreciation from their working community show good integration in working life. ■

The media has given us the politician's points of views about how this is a fairer finance system for students, how it is more affordable for the nation and how previous tuition fee rises have not discouraged poorer students to apply (Vasagar & Shephard 2010). However, we are interested to find out whether the rise in tuition fees will change the diversity of future medical and dental professionals.

We set out to investigate whether the demographic of future medical and dental students will change by asking current medical and dental students to complete an anonymous questionnaire on what their decisions on entering higher education would have been had they had to pay higher tuition fees. The questionnaire was completed by 298 students at the University of Birmingham with a range of year groups and a good sample from both medical and dental students.

The results showed that 28.5% of the current students would not have entered their course had the tuition fees been £9000 per year. On further analysis of this subgroup, a significantly higher proportion were from low-socioeconomic groups and interestingly 64% of this subgroup were female.

This cross-sectional study gives evidence that the diversity of future doctors and dentists will change with the tuition fee rise and that this may promote elitism in these professions.

Rahil H. Kassamali, Faraz Mughal, Roohi Faruque, Vasilis Kokotsis, Nikiesha Lee, Gurpreet Pabla, Andrew Song, Maria Spears, Matthew Sutcliffe, Accident and Emergency Department, Birmingham School of Clinical and Experimental Medicine, University of Birmingham, Edgbaston, B15 2TT, UK, E-mail: Rahil.kassamali@doctors.org.uk

Reference

Vasagar J, Shephard J. 2010. Willet announces tuition fees of upto £9000. *The Guardian*. Available from <http://www.guardian.co.uk/education/2010/nov/03/willets-announces-fees-of-9000>.

Medical school places: distribution and availability of places in the UK

Dear Sir

The United Kingdom has an annual intake of approximately 7500–8000 medical students (for both undergraduate and graduate medical courses). While every region of the UK has at least one medical school, the distribution of places across the regions is uneven with some regions having disproportionately more places.

In order to obtain data on the number of medical school places available in each UK medical school, I looked up the various medical school websites and where this data was unavailable on a particular medical school's website, I sourced this information from Wikipedia. I acknowledge that this simple method of sourcing information may not be completely

426

accurate as information on the various UK medical school websites and on Wikipedia may not be up-to-date. However, I believe that the information obtained is a reasonable estimate of medical school places available, as places available do not change greatly from year to year in most medical schools.

Medical school places in the various UK medical schools (for both graduate and undergraduate courses) are as follows:

London: Bart's 339, Imperial 336, King's 360, St George's 273, UCL 330
South East: Brighton and Sussex 148, Oxford 180, Southampton 264
East: Cambridge 300, UEA 168
South West: Bristol 254, Peninsula 215
East Midlands: Leicester 247, Nottingham 339
West Midlands: Birmingham 412, Keele 140, Warwick 178
Yorkshire and the Humber: Hull York 140, Leeds 243, Sheffield 241
North West: Liverpool 300, Manchester 380
North East: Newcastle 352
Scotland: Aberdeen 175, Dundee 154, Edinburgh 218, Glasgow 241, St. Andrews 160
Wales: Cardiff 330, Swansea 70
Northern Ireland: Queen's 280
UK total: 7767

The data obtained shows that medical school places are unevenly distributed across the UK. London and Scotland which account for 12.5% and 8.4% of the UK population (Office of National Statistics 2010), respectively, have 21.1% and 12.2% of UK medical school places. Five English regions (South East, South West, East, Yorkshire and Humber, North West) have relatively few places, taking into account the size of their population.

There is a need for greater debate on whether publicly funded medical school places should be more evenly distributed across the different regions of the UK.

Bennett Eng, ST6 Psychiatry, Willowbank, Little Plumstead Hospital, Norwich NR13 5EW, UK, E-mail: b.eng@nhs.net

Reference

Office of National Statistics. 2010. Statistical bulletin: Population estimates 2009. Available from <http://www.statistics.gov.uk/pdfdir/pop0610.pdf>.

Licensing examinations for doctors graduated outside the European Economic Area

Dear Sir

Finland as well as other countries in the European Union/European Economic Area (EU/EEA) receive doctors who have

Copyright Information Healthcare 2012
 Not for sale or Commercial Distribution
 Authorized users can download, display and print a single copy for personal use.

taken their medical degree outside the area. In Britain and the Nordic countries, there is a special licensing process for the applicants; they are required a language test and professional tests including theory and practice. In some other European countries, special university programmes are available. There are also countries where no tests are required.

The licensing process of the non-EU/EEA doctors in Finland includes testing language abilities (Finnish/Swedish), two written medical knowledge examinations, and a clinical skills assessment. The examinations are conducted by the Department of General Practice at the University of Tampere, and the present examination system has been in use since 1994. After passing the three-part examination, the applicant can obtain a licence to practise medicine in Finland. Valvira – National Supervisory Authority for Welfare and Health (2011) decides about the issue of licences.

There were 746 doctors in all who participated in the examinations arranged by the University of Tampere during 1994–2009 (Haukilahti et al. 2010). The participants represented 65 nationalities, and about half of them were Russian. There were 161 universities in which they had taken their degrees, most often in the universities of St. Petersburg, Tartu, Petrozavodsk, and Moscow. Almost three-fifths of the participants were women. The proportions of different nationalities have changed during 15 years.

The Finnish licensing process is equal for all participants. Experienced general practitioners act as evaluators. The purpose is to make responsible assessments of the competencies of the doctors, also taking into account the possibility that some of them may continue to other EEA countries.

At present, there is no uniform licensing process for non-EEA doctors in Europe. It seems that information is needed about the different systems. Do they guarantee that the licensed doctors are of a good European standard?

Riitta-Liisa Haukilahti, Irma Virjo, Medical School, University of Tampere, Finland. Email: riitta-liisa.haukilahti@uta.fi

Kari Mattila, Centre of General Practice, Hospital District of Pirkanmaa, Finland

References

- Haukilahti R-L, Virjo I, Mattila K. 2010. Licensing examinations for non-EU/EEA doctors in Finland in 1994–2009 [in Finnish, abstract in English]. *Suom Lääkäril* 65(41):3315–3321.
- Valvira – National Supervisory Authority for Welfare and Health. 2011. Examinations for doctors qualified outside the EU/EEA area. [Accessed 2 September 2011] Available from http://www.valvira.fi/en/licensing/professional_practice_rights

Copyright of Medical Teacher is the property of Taylor & Francis Ltd and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.