

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).

Terveystalouden henkilöstön 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 terveystalouden ammattihenkilöistä 1994). Aiemmin vastaavaa tehtävää hoiti Terveystalouden 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 terveystalouden kuulustelu ja kolmas osa on näyttökoe, joka suoritetaan terveystalouksessa (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 pätevyiden saavuttamiseen ei ole väyliä (Huttunen 2007). Lääkärit ovat edullisemmassa asemassa, koska EU-alueelta tulevien lääkärien pätevyiden 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

Terveystalouden henkilöstön 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 perusterveystalouden turvaamisessa (Audas ym. 2009). Ulkomaalaisia lääkäreitä on myös rekrytoitu maaseudulle alemmin pätevyysvaatimuksin lääkäripulaa helpottamaan (Han ja Humphreys 2005).

Terveystalouden henkilöstön 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 terveystalouden yleinen kehittymättömyys, hallinnon ongelmat, työtaakka, väkivallan uhka ja tutkijoilta puuttuva rahoitus (Kirigia ym. 2006) sekä alhaiset terveystalouden 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 työsuojelun 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 laillistamiskuulusteluihin osallistuneet ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet lääkärit 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 lääkäristä 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 rekrytintiohjeessa 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 lähettämänä 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.

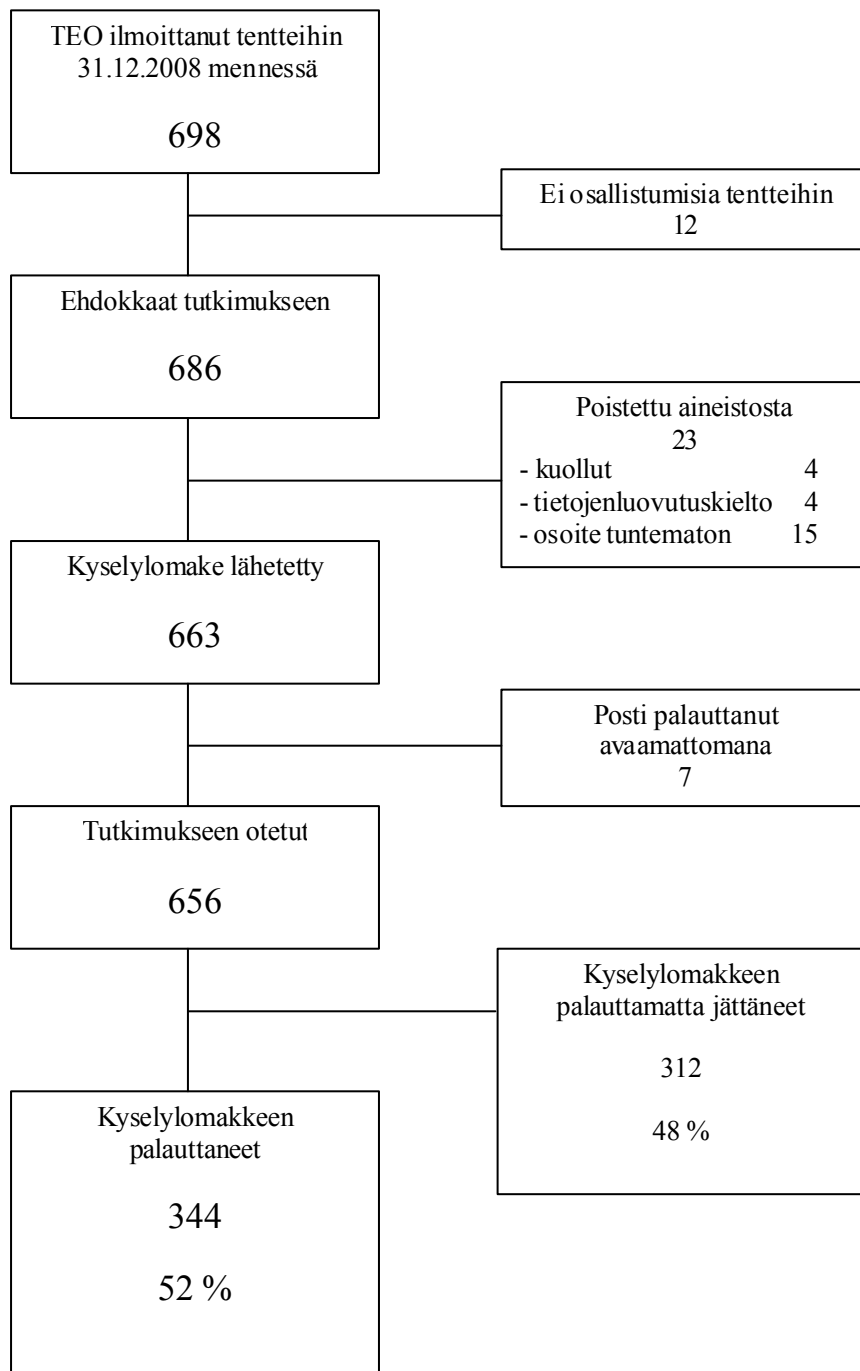
Suomeen tulon syitä kartoitettiin lisäksi kahden muuttopäätökseen liittyvän kysymyksen avulla, joita oli käytetty Lääkäriliiton tekemässä ulkomaille muuttaneita suomalaislääkäreitä koskeneessa selvityksessä (Eskelinen ym. 2007). Lähtömaan epäkohtia ja Suomen houkuttimia kysyttiin erikseen; kummassakin 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 koskevana 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.



lääkäriin 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

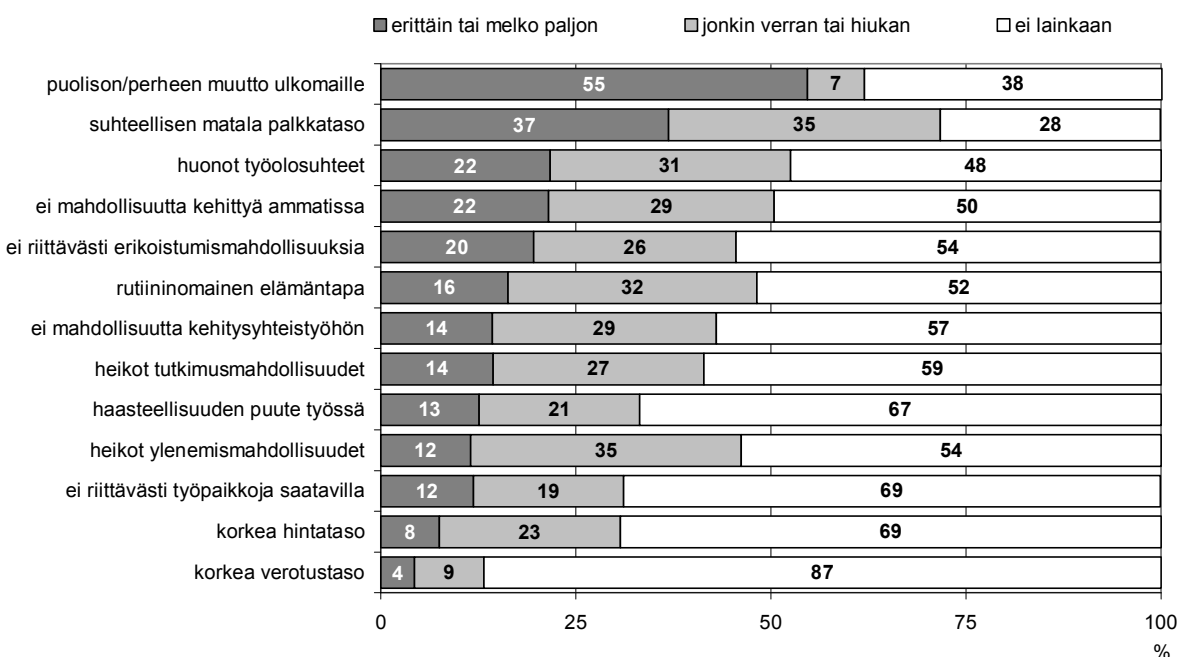
Suomeen tulon syitä koskevan kysymyksen lisäksi oli kaksi erillistä kysymystä muuttopäätökseen vaikuttaneista oman maan epäkohdista ja kohde- maan eli Suomen houkuttimista. Omasta maasta lähtöön vaikuttaneista tekijöistä tärkein oli puolison tai perheen muutto Suomeen, jonka runsas puolet vastaajista 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-

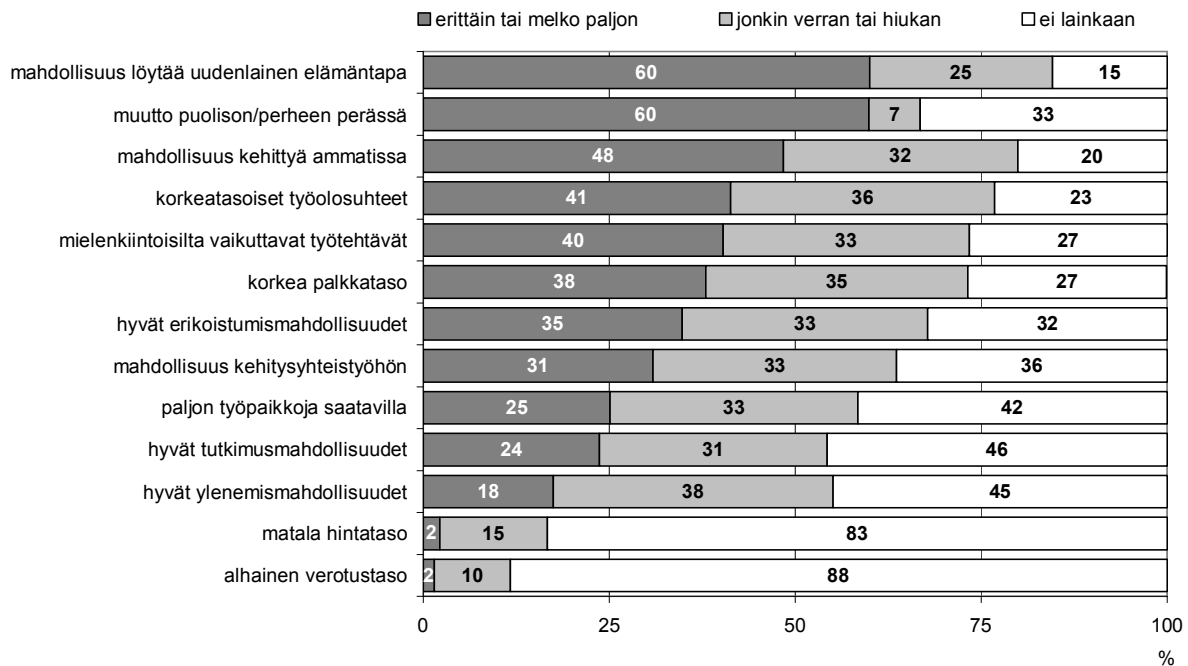
Kuvio 2.

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 vakituksessa 33 %. Amanuenssina toimi 6 %, vuokratiläkäriinä 4 %, yksityisläkäriinä 3 % ja muussa työssä 2 %. Työtä vailla oli 3 %, ja kaksi henkilöä ei vastannut kysymykseen. Vakituksessa 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. Terveyskeskuslääkäriinä toimi 26 % ja erikoislääkäriinä 15 %. Johtavana lääkäriinä/ylilääkäriinä/osastonylilääkäriinä/apulaisyylilääkäriinä oli 6 %. Työterveyslääkäriinä, yksityislääkäriinä, 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/ 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.

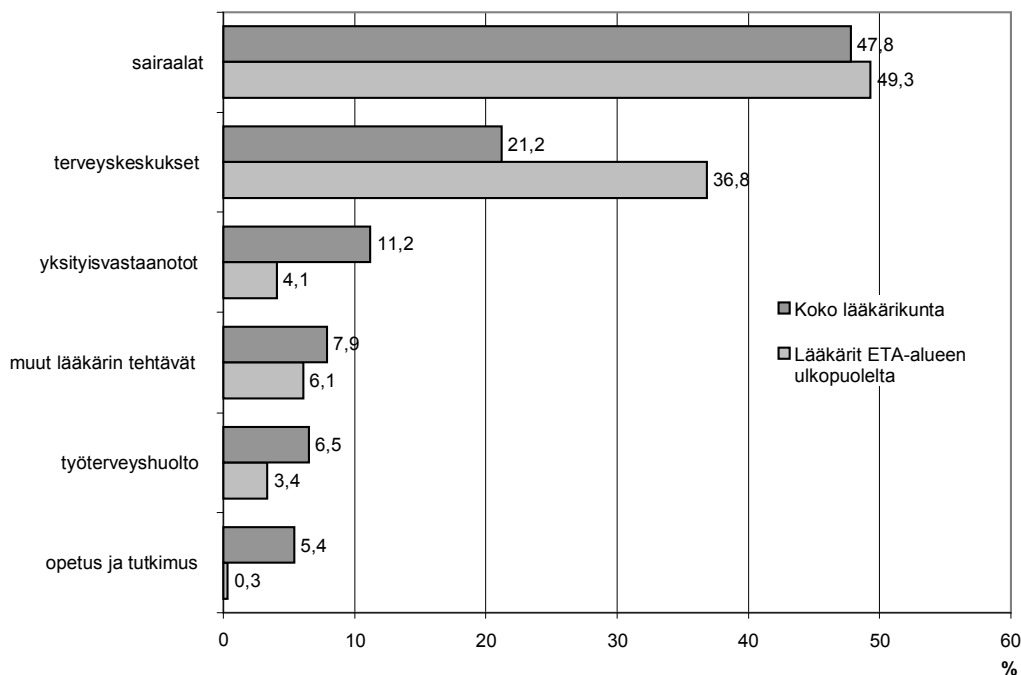
Koko Suomen työssä olevasta lääkärinkunnasta, samoin kuin ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista lääkäreistä, noin puolet oli sijoittunut sairaalatyöhön. ETA-alueen ulkopuolella koulutetuista runsas kolmasosa toimi terveyskeskuksessa, mutta koko Suomen lääkärinkunnasta vain viidennes (Kuvio 4).

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 laillistamiskäytöksi ilmoittaneet 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, 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 synnytys (4 %).

Väitöskirjan ilmoitti tehneensä 36 lääkärinä eli 12 % vastanneista, heistä 15 Suomessa ja 21 muualla. Parhailtaan 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 lääkärinä

vastannut kysymykseen. Mahdollisina muuttomaisina 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. Muutamat 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 byrokratiaan, urakehitys, uudet haasteet.*

POHDINTA

Yleisin syy ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkärin 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 tulosyöt.

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 lääkäriä (WHO 2011), joten muutaman sadan lääkärin siirtyminen Suomeen ei ole aiheuttanut merkittävää vajausta. Virossa on 4 500 lääkäriä (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 kohdallinen 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.

Lääkärien 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 venäläislääkärien kokemaa väestön epäluottamusta heidän tietotasoaan kohtaan (Shuval 1998). Lääkärien 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 koskeneessa 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 pätevytyksensä 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, Hooshiaran 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