

Anna-Mari Aalto
Marko Elovainio
Tarja Heponiemi
Laura Hietapakka
Hannamaria Kuusio
Riikka Lämsä

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa

Haasteet ja mahdollisuudet

RAPORTTI



Raportti 7/2013

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa

Haasteet ja mahdollisuudet

*Anna-Mari Aalto, Marko Elovainio, Tarja Heponiemi,
Laura Hietapakka, Hannamaria Kuusio & Riikka Lämsä*



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Marko Elovainio

Taitto: Reko Elovainio

ISBN 978-952-245-856-8 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-857-5 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/978-952-245-857-5>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2013

Lukijalle

Terveydenhuolto kansainvälistyy ja myös terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuus rajojen yli lisääntyy. Myös Suomessa yhä useampi terveydenhuollossa työskentelevä lääkäri tai hoitaja on ulkomaalaistaustainen. Mitä haasteita ja mahdollisuuksia tämä tuo mukanaan työyhteisöille ja niiden johtamiselle? Miten muualta tulleet työntekijät kokevat työnsä suomalaisessa terveydenhuollossa? Voivatko ulkomaalais-taustaiset työntekijät olla osa ratkaisua suomalaisen terveydenhuollon henkilöstöpuolaan? Näihin kysymyksiin on etsitty vastausta Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tutkimushankkeessa, jossa on tarkasteltu Suomessa ammatinharjoittamisluvan saaneiden lääkärien, hoitajien ja heidän esimiestensä kokemuksia suomalaiseen työelämään ja terveydenhuoltoon integroitumisesta. Tutkimus on toteutettu Työsuojelurahaston ja Suomen Akatemian rahoituksella vuosina 2009–2012. Yhteistyökumppanina on toiminut Suomen Lääkäriliiton ja THL:n yhteistyönä toteutettu ”Lääkärien työolot ja terveys 2012” -tutkimushanke.

Haluamme kiittää lämpimästi kyselyihin vastanneita ja haastatteluihin osallistuneita lääkäreitä, hoitajia ja heidän esimiehiään. Ilman heidän panostaan tämä tutkimus ei olisi ollut mahdollinen. Kiitämme myös tutkimusryhmän tukena toiminutta hankkeen ohjausryhmää, johon kuuluivat Barbara Bergblom (TTL), Sari Koivuniemi (Tehy), Riitta-Liisa Lappeteläinen (TSR), Jukka Vänskä (Lääkäriliitto) ja Ari Väänänen (TTL). Barbara Bergblom, Ari Väänänen ja Jukka Vänskä ovat lisäksi toimineet asiantuntijoina kyselyjen suunnittelussa ja kiitämme heitä arvokkaista kommentteista. Juho Ruskoaho (Lääkäriliitto) on osallistunut aktiivisesti ulkomaalaistaustaisten lääkärien kyselyaineiston keruuseen osana ”Lääkärien työ ja terveys 2012” -tutkimusta. Kiitämme myös Merja Linnanvirtaa, Jonna Haapaniemeä ja Eeva Sallista (Valvira), joiden panos osaltaan mahdollisti kyselyaineistonkeruun. Reijo Ailasmaan (THL) asiantuntemus ja tiedot auttoivat terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuuden ja määrällisen seurannan raportoinnissa. Kiitokset myös Kristiina Manderbackalle (THL), joka toimi asiantuntijana laadullisen aineiston analyysissä, Timo Sinervolle (THL) käsikirjoituksen kommentoinnista sen työstämisprosessin aikana ja Tuula Fagerströmille (THL) raporttiluonnoksen kieliasun tarkastamisesta. Raportin käsikirjoitusta ovat kommentoineet tutkimusprofessori Ilmo Keskimäki (THL) ja johtava asiantuntija Maija-Liisa Junnila (THL) ja kiitämme heitä arvokkaista kommentteista jotka olemme pyrkinneet ottamaan huomioon käsikirjoituksessa.

Tämän raportin kohderyhmiä ovat viranomaiset, terveydenhuollon organisaatioiden johto, henkilöstöhallinto ja esimiehet, sekä yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen koulutussuunnittelijat. Toivomme, että raporttia hyödynnetään kehitettäessä monikulttuurista terveydenhuollon työyhteisöä. Raportissa esitetään hankkeen perustulokset, jotka herättävät edelleen monia kysymyksiä. Näihin kysymyksiin paneudutaan yksityiskohtaisemmin hankkeen aineistoista tehdyissä ja tekeillä olevissa erillistutkimuksissa, jotka raportoidaan erikseen tieteellisissä julkaisuissa.

Helsingissä 1.3.2013, Tekijät

Kirjoittajat

Anna-Mari Aalto
VTT, Tutkimuspäällikkö, THL
Dosentti, Helsingin Yliopisto

Marko Elovainio
VTT, Tutkimusprofessori, THL
Dosentti, Helsingin yliopisto

Tarja Heponiemi
PsT, Erikoistutkija, THL
Dosentti, Helsingin Yliopisto

Laura Hietapakka
VTK, Sairaanhoidaja AMK, tutkija, THL

Hannamaria Kuusio
FM, TH, tutkija, THL

Riikka Lämsä
VTM, sairaanhoidaja AMK, Erikoistutkija, THL
Tohtorikoulutettava, Helsingin yliopisto

Tiivistelmä

Terveydenhuollon ammattilaisten kansainvälinen liikkuvuus on lisääntynyt 2000-luvulla ja monet maat ovat etsineet ratkaisua terveydenhuollon henkilöstövajeeseen ulkomaalaisesta työvoimasta. Myös Suomessa maahanmuuttopoliittisen ohjelman tavoitteena on ollut varautua tulevaan työvoiman tarpeeseen työperusteista maahanmuuttoa edistämällä. Suomen terveydenhuollossa ulkomaalaistaustaisten osuus on vielä pieni muuhun Eurooppaan verrattuna, mutta osuus on kasvanut jatkuvasti 2000-luvulla. Vuosina 2006–2008 Suomessa laillistetuista lääkäreistä joka viides oli ulkomaalaistaustainen. Eniten ulkomaalaistaustaisia terveydenhuollon ammattilaisia on muuttanut Suomeen Venäjältä ja EU/ETA-alueilta, erityisesti Virosta.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan Suomessa asuvien ulkomaalaistaustaisten lääkärien ja hoitajien integroitumista Suomeen ja erityisesti työelämään suomalaisessa terveydenhuollossa. Integroitumista tarkastellaan sekä ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden että heidän esimiestensä näkökulmasta. Tutkimuksen aineisto kerättiin lähettämällä kysely Suomessa ammatinharjoittamisluvan saaneille ulkomaalaistaustaisille lääkäreille (vastaajia n=549 lääkäriä, n=515 hoitajaa). Lääkäreiden ja hoitajien yhteystiedot saatiin Valviran Terhikki-rekisteristä. Lisäksi tutkimusta varten haastateltiin 12 ulkomaalaistaustaista lääkäriä ja 15 hoitajaa sekä ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden esimiehinä 5 ylilääkäriä ja 5 osastonhoitajaa. Ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden ja hoitajien kyselyiden vertailuaineistoina käytettiin kantasuomalaisien lääkäreiden (n=4759, Lääkäriliiton ja THL:n ”Lääkäreiden työ ja terveys 2012”-tutkimus) kyselyaineistoa ja tässä hankkeessa kerättyä kantasuomalaisien hoitajien (n=1008) kyselyaineistoa.

Tulokset osoittivat, että suurin osa ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä ja hoitajista oli tullut Suomeen lähialueilta, Virosta tai Venäjältä. Hoitajista valtaosa (76 %) oli saanut oleskeluluvan perheeseen liittyvien syiden vuoksi. Myös lääkäreistä puolet oli saanut oleskeluluvan perhesyistä, mutta lähes yhtä monta (47 %) myös työn perusteella. Noin puolet kaikista vastaajista oli hankkinut Suomen kansalaisuuden. Erityisesti EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulevat terveydenhuollon ammattilaiset olivat kokeneet ammatinharjoittamisluvan saantiin ja pätevytykseen liittyvät prosessit hankalina ja monimutkaisina. Tieto prosessiin liittyvistä menettelytavoista on pirstaleista ja huonosti saatavissa eri viranomaisilta.

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat näyttivät työskentelevän jossain määrin kantasuomalaisia useammin perusterveydenhuollossa ja vanhustenhuollossa. Tarjolla olevaa kielikoulutusta ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat pitivät usein riittämättömänä ja kielikursseja toivottiin paremmin terveydenhuoltoalan ammattilaisille räätälöidyiksi. Kyselytulosten perusteella ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat kuitenkin arvioivat kielitaitonsa hyväksi. Lääkärit arvioivat kielitaitoaan hoitajia myönteisemmin.

Työyhteisössä toimiessaan ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä ja hoitajista noin puolet (40–52 % tilanteesta riippuen) koki voivansa yhdistää toiminnassaan sekä omaan kulttuuriinsa että suomalaiseen kulttuuriin kuuluvia toimintatapoja. Lääkä-

rit ja hoitajat toimivat kyselyaineistojen mukaan työpaikallaan enimmäkseen joko suomalaisen kulttuurin tai yhtä paljon suomalaisen ja oman kulttuurinsa mukaisesti. Suomalaiselle terveyskeskustyön ja hoitotyön tyypillisinä piirteinä ulkomaalaistaustaiset haastateltavat pitivät laaja-alaisuutta ja työnkuvan moninaisuutta. Lääkärit pitivät suomalaista terveydenhuoltoa tehokkaana ja selkeänä, mutta suhtautuivat kriittisesti potilaan hoitoon pääsyyn suomalaisessa järjestelmässä. Syrjintää ja epäasiallista kohtelua ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat olivat kokeneet lähinnä potilaiden taholta.

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat pitivät organisaation johtamiskäytäntöjä oikeudenmukaisempina kuin suomalaiset kollegansa. Ulkomaalaistaustaiset hoitajat arvioivat työn rasiustekijät jopa pienemmiksi kuin kantasuomalaiset. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit taas kokivat enemmän potilaisiin ja yksin työskentelyyn liittyvää rasiustusta, kantasuomalaiset taas tietojärjestelmiin liittyvää rasiustusta. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit kokivat enemmän psyykkistä kuormittuneisuutta ja työuupumuksen vaaraa kuin kantasuomalaiset lääkärit, mutta hoitajien joukossa ei ollut vastaavia eroja.

Haastatellut esimiehet suhtautuivat ulkomaalaistaustaisiin työntekijöihinsä pääasiassa myönteisesti. Ulkomaalaistaustaiset työntekijät koettiin hyödyllisinä erityisesti monikulttuurisen asiakaskunnan näkökulmasta. Esimiehet olivat kuitenkin huolissaan erityisesti ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden kielitaidosta. Toimilupien tarkastamiseen ja siihen liittyvään vastuunjakoon toivottiin selkeitä ja yhdenmukaisia käytäntöjä.

Tulosten perusteella voidaan todeta, (1) Suomen väestö on etniseltä taustaltaan aikaisempaa monimuotoisempi, joten monikulttuurisella terveydenhuollon työyhteisöllä on parhaat edellytykset vastata muuttuviin asiakatarpeisiin. (2) Jotta ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitajien osaamista voidaan hyödyntää, tietoa pätevytymisprosessista, koulutuksista ja harjoitteluista tulisi koota yhteen ja myös viranomaisten vastuita tiedon välittämisestä ja koulutusten järjestämisestä tulisi selkiyttää. (3) Ulkomaalaistaustaisille terveydenhuollon ammattilaisille tulisi järjestää alan ammattikieleen keskittyviä kielikursseja opiskelijoiden lähtötason mukaisesti. (4) Terveydenhuollon organisaatioiden työhönotossa tulisi kiinnittää huomiota hakijan riittävään kielitaitoon, jotta ammatinharjoittamisluvan saaneiden ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitajien kielitaidon varmistus ja kielitaitoon liittyvien ongelmien ratkaisut eivät jäisi lähiesimiesten ja työyhteisön tehtäväksi. (5) Riittävään perehdytykseen ja alkuvaiheen tukeen tulee suunnata voimavaroja. Ulkomaalaistaustaisten lääkärin kuormittumiseen pitäisi kiinnittää huomiota ja heidän vaikutusmahdollisuuksiinsa työssä parantaa. (6) Ulkomaalaistaustaiset terveydenhuollon ammattilaiset voivat todella helpottaa työvoimapulaa erityisesti sektoreilla, joissa henkilöstövaje on suuri, kuten perusterveyden- ja vanhustenhuollossa. (7) Kulttuuritaustaltaan monimuotoistuvaan työyhteisöön tulee kiinnittää huomiota myös terveydenhuollon organisaation johtamisessa sekä henkilöstön ja työyhteisön kehittämisessä.

Tutkimus toteutettiin THL:n tutkimuslaitoksen rahoituksen lisäksi Työsuojelurahaston ja Suomen Akatemian (128002) rahoituksella.

AVAINSANAT: ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat, ammatinharjoittamislupa, monikulttuurisuus, johtaminen, terveydenhuollon työkuormitus, syrjintä, sitoutuminen, henkilöstön hyvinvointi

Sammandrag

Den internationella rörligheten inom hälso- och sjukvårdspersonalen har ökat och många länder har försökt lösa bristen på hälso- och sjukvårdspersonal med hjälp av utländsk arbetskraft. Också i Finland har ett mål i det invandringspolitiska programmet varit att förbereda sig på det framtida behovet av arbetskraft genom att främja arbetsrelaterad invandring. Andelen anställda med utländsk bakgrund är fortfarande liten inom den finländska hälso- och sjukvården jämfört med de övriga europeiska länderna, men den har ökat stadigt under 2000-talet. Åren 2006–2008 hade en femtedel av alla legitimerade läkare i Finland utländsk bakgrund. De flesta yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården med utländsk bakgrund har flyttat till Finland från Ryssland och EU/EES-områden, framför allt Estland.

Syftet med denna undersökning har varit att ta reda på hur läkare och sjukskötare som kommer från andra länder har integrerat sig i Finland och i synnerhet i arbetslivet inom hälso- och sjukvården. Frågan analyseras ur både de berörda medarbetarnas och deras chefers synvinkel. Undersökningsmaterialet insamlades med hjälp av en enkät som skickades till alla läkare och sjukskötare med utländsk bakgrund som fått tillstånd att utöva yrke i Finland (respondenter $n=549$ läkare, $n=515$ sjukskötare). Kontaktuppgifterna togs ur Valviras Terhikki-register. Dessutom intervjuades 12 läkare och 15 sjukskötare med utländsk bakgrund samt 5 överläkare och 5 avdelningsskötare som är chefer till anställda med utländsk bakgrund. Som jämförelsematerial för enkäterna fungerade den enkät bland läkare med finländsk bakgrund som användes i Läkarförbundets och THL:s undersökning om läkarnas arbete och hälsa 2012 ($n=4759$) och det enkätmaterial om sjukskötare med finländsk bakgrund som insamlats i samband med detta projekt ($n=1008$).

Resultaten visade att största delen av läkarna och sjukskötarna med utländsk bakgrund har kommit till Finland från närområden såsom Estland eller Ryssland. Majoriteten (76 %) av sjukskötarna hade beviljats uppehållstillstånd av familjerelaterade orsaker. Också hälften av läkarna hade beviljats uppehållstillstånd av familjeskäl, men nästan lika många (47 %) på basis av arbete. Omkring hälften av alla respondenter hade skaffat sig finskt medborgarskap. Framför allt läkarna och sjukskötarna som kommit från länder utanför EU/EES-området ansåg att processerna för att få behörighet och tillstånd att utöva yrke är besvärliga och komplicerade. Informationen om förfarandena i anslutning till processerna är splittrad och svår att få från olika myndigheter.

Undersökningen gav vid handen att läkare och sjukskötare med utländsk bakgrund arbetar inom primärvården och äldreomsorgen något oftare än ursprungsfinländare med samma yrke. En stor del av läkarna och sjukskötarna med utländsk bakgrund ansåg att den språkutbildning som finns till buds är otillräcklig, och språkurser som riktar sig uttryckligen till hälso- och sjukvårdspersonal efterlystes. I enkäten bedömde läkarna och sjukskötarna från andra länder emellertid sina språkkunskaper som goda. Läkarna hade en mer positiv uppfattning om sin språkkunighet jämfört med sjukskötarna.

Ungefär hälften av läkarna och sjukskötarna med utländsk bakgrund (40–52 % beroende på situation) upplevde att de i sitt arbete kan kombinera arbetssätt som är typiska för deras egen kultur och arbetsmetoder som används inom den finska kulturen. Av enkätmaterialet framgår att läkarna och sjukskötarna på sin arbetsplats till största delen handlar antingen i enlighet med den finska kulturen eller lika mycket enligt den finska och den egna kulturen. Typiska drag för arbetet på hälsovårdscentraller och vårdarbetet i Finland är enligt de intervjuade personerna med utländsk bakgrund ett brett uppgiftsområde och en mångsidig arbetsbeskrivning. Läkarna ansåg att det finländska hälso- och sjukvårdssystemet är effektivt och åskådligt, men förhöll sig kritiskt till patienternas tillgång till vård. Diskriminering och osakligt bemötande hade läkarna och sjukskötarna upplevt främst från patienter.

Läkarna och sjukskötarna med utländsk bakgrund betraktade i högre grad än sina finländska kolleger ledningspraxisen inom organisationen som rättvis. Sjukskötarna ansåg belastningsfaktorerna i arbetet vara till och med mindre jämfört med de finländska kollegerna. Den belastning som läkarna med utländsk bakgrund upplevde gällde mer patienterna och ensamarbetet, medan de finländska läkarna uppgav främst sådana belastningsfaktorer som anknöt till datasystem. Bland läkarna med utländsk bakgrund upplevdes risken för psykisk belastning och utbrändhet vara större än bland de finländska läkarna, men bland sjukskötarna noterades inga motsvarande skillnader.

De chefer som intervjuades förhöll sig huvudsakligen positivt till sina medarbetare som kommer från andra länder. De ansågs vara en behållning i synnerhet med tanke på den kulturella mångfalden bland klientelet. Däremot var cheferna oroliga framför allt över dessa medarbetares språkkunnighet. Klara, enhetliga förfaranden och principer efterlystes för granskningen av tillstånd att utöva yrke och ansvarsfördelningen i anslutning till detta.

Utgående från resultaten kan följande konstateras: (1) Finlands befolkning är mer heterogen än tidigare när det gäller människornas etniska bakgrund, och följaktligen har en mångkulturell arbetsgemenskap inom hälso- och sjukvården de bästa förutsättningarna att möta klienternas föränderliga behov. (2) För att den kompetens som läkarna och sjukskötarna med utländsk bakgrund innehar ska kunna utnyttjas bör informationen om behörighetsprocessen, utbildning och praktik samlas ihop, och myndigheternas ansvar för informationsförmedlingen och anordnandet av utbildning bör förtydligas. (3) Åt läkare och sjukskötare med utländsk bakgrund borde ordnas språkkurser som fokuserar sig på att använda yrkesspråk med beaktande av den utgångsnivå som deltagaren har. (4) Organisationerna inom hälso- och sjukvården bör i sin rekrytering fästa uppmärksamhet vid sökandenas språkkunnighet, så att det inte faller på de närmaste chefernas och arbetsgemenskapens ansvar att säkerställa språkkunnigheten hos läkare och skötare med utländsk bakgrund som beviljats tillstånd att utöva yrke och att lösa problem som uppstår i anslutning till detta. Det borde tas hänsyn till den psykiska avlastningen som läkare med utländsk bakgrund har och deras möjligheter till att påverka sitt arbete borde förbättras. (5) Resurser ska riktas till att säkerställa en tillräcklig inskolning och tillräckligt stöd för

nyanställda med utländsk bakgrund. (6) Yrkesutbildade personer med utländsk bakgrund kan på ett betydande sätt lindra bristen på arbetskraft i synnerhet inom sådana sektorer där personalbristen är ett stort problem, såsom primärvården och äldreomsorgen. (7) Den växande kulturella mångfalden inom arbetsgemenskapen bör uppmärksammas även på organisationsnivå inom hälso- och sjukvården, inom ledningen samt i utvecklingen av personalen och arbetsgemenskapen.

Undersökningen genomfördes med hjälp av finansiering från THL, Arbetarskyddsfonden och Finlands Akademi (128002).

NYCKELORD: läkare och sjukskötare med utländsk bakgrund, tillstånd att utöva yrke, kulturell mångfald, ledning, arbetsbelastning inom hälso- och sjukvården, diskriminering, engagemang, personalens välbefinnande

Abstract

The international mobility of health professionals is on the rise, and many countries are looking into ways to reduce their health care personnel shortages by introducing labour from abroad. Likewise, the Finnish immigration policy aims to prepare for future workforce demand by promoting work-based immigration. While the proportion of health professionals of foreign origin is still relatively small in Finland compared to many European countries, the proportion of foreign nationals in the workforce has been on a constant rise during the 2000s. A fifth of all doctors licensed in Finland between 2006 and 2008 were of foreign origin. Most of the foreign health professionals in Finland have arrived from Russia and the EU/EEA, especially Estonia.

This study examined how well doctors and nurses of foreign origin have integrated into Finland and, more precisely, into working life in the Finnish health care sector. The level of integration is studied from the viewpoints of foreign health professionals and their managers. The research data was collected by sending a survey to doctors and nurses of foreign origin licensed to practice their profession in Finland (n=549 doctors and n=515 nurses responded). Contact details for the doctors and nurses were obtained from the Terhikki Register, which is a national register of health professionals in Finland maintained by the National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira). Data was also collected by interviewing 12 doctors of foreign origin and 15 nurses of foreign origin as well as 5 chief physicians and 5 ward nurses who are managers for foreign health professionals. The results of the survey of foreign doctors and nurses were compared with the results of two other surveys: a 2012 survey of doctors of Finnish origin (n=4759) carried out by the Finnish Medical Association and THL and a survey of nurses of Finnish origin (n=1008) carried out as part of this research project.

The findings showed that most of the foreign doctors and nurses had arrived in Finland from the neighbouring areas, i.e., Estonia and Russia. A clear majority of the nurses (76 %) had been granted a residence permit on family-related grounds. Similarly, most of the doctors had been granted a residence permit on family-related grounds, although nearly as many had received their permit based on work (47 %). About half of all respondents had acquired Finnish citizenship. Especially nationals of countries outside the EU/EEA felt that the processes of acquiring the necessary qualifications and of applying for authorisation were difficult and complicated. Information about the procedures involved was fragmented and poorly available from different authorities.

It seemed that doctors and nurses of foreign origin worked to some degree more often than their Finnish colleagues in primary health care and elderly care. Available language training was often considered inadequate, and foreign doctors and nurses hoped that language training was better tailored to meet the needs of health professionals. The survey results indicated, however, that doctors and nurses of foreign origin rate their language skills as good, doctors giving themselves higher rates than nurses.

Around half of foreign doctors and nurses (40–52% depending on the situation) felt that, in their workplace community, they are able to combine practices stemming from their own culture with Finnish practices. At the workplace, doctors and nurses of foreign origin either follow mostly the Finnish practices or combine Finnish practices with practices of their own culture to equal degree. The foreign health professionals interviewed for the study mentioned the wide-ranging work and diversity of job descriptions as typical features of work carried out in Finnish health centres. The doctors considered the Finnish health system to be efficient and clear-cut but were critical of the level of access to treatment in Finland. Doctors and nurses of foreign origin had experienced discrimination or inappropriate treatment mostly on the part of patients.

Management practices were considered fair by foreign doctors and nurses to a higher degree than by Finnish doctors and nurses. When asked about the level of work-related strain, foreign nurses gave lower estimates than their Finnish colleagues. Doctors of foreign origin were more burdened by factors relating to patients and working alone, while doctors of Finnish origin felt strain from using IT systems. Doctors of foreign origin also experienced more psychological distress and risk of burnout than their Finnish colleagues, while no significant differences were detected among nurses.

The managers interviewed for the study regarded their foreign employees mostly positively, considering them to be useful especially from the view point of multicultural patient populations. They were, however, concerned over the level of language skills among their employees of foreign origin. Also, they hoped more clear-cut and uniform practices and principles both for controlling authorisations to practice medicine and for the associated division of responsibilities.

The study results indicate that (1) the level of diversity with regard to ethnic background has increased in the Finnish population and, therefore, multicultural work communities in the field of health care give the better conditions to respond to the changing needs of clients. (2) Making full use of the skills of foreign doctors and nurses requires that information about qualification requirements, educational opportunities and practical training are available through one service and that the authorities' responsibilities are streamlined with regard to information dissemination and provision of training. (3) Language courses focused on health care -related Finnish vocabulary should be offered for health professionals of foreign origin according to their initial language skill level (4) Recruiting practices in health care organisations should pay attention to sufficient language skills so as to confirm the language skills of the foreign doctors and nurses who are licensed to practise their profession and to make sure that dealing with any problems relating to language skills are not delegated to immediate managers and the workplace community. (5) Resources must be allocated to ensure adequate work orientation and support in the initial stage. Attention should be paid to psychological distress among foreign born physicians and their job control should be promoted. (6) Health professionals of foreign origin can reduce staff deficits especially in sectors where the staff deficit is extensive, such as primary health care and elderly care. (7) Attention should be paid to the increasing-

ly multicultural workplace communities also at the organisational level as well as in management, personnel development and work community development.

The study received funding from THL, the Finnish Work Environment Fund and the Academy of Finland (128002).

KEY WORDS: doctors and nurses of foreign origin, licence to practise, multicultural, management, work load in health care, discrimination, commitment, personnel well-being

Sisällys

Lukijalle	3
Kirjoittajat.....	4
Tiivistelmä.....	5
Sammandrag.....	8
Abstract.....	11
1 TUTKIMUKSEN TAUSTAA	18
1.1 Terveydenhuollon henkilöstön kansainvälinen liikkuvuus.....	18
1.2 Henkilöstövaje suomalaisessa terveydenhuollossa.....	19
1.3 Ulkomaalaistaustainen terveydenhuoltohenkilöstö Suomessa.....	21
1.4 Terveydenhuollon koulutuksen suorittaneiden ammatinharjoittamislupaan liittyvä lainsäädäntö Suomessa	23
1.5 Ulkomaalaistaustaisen terveydenhuoltohenkilöstön integroituminen työelämään.....	25
1.6 Tiedon tarpeet ja tutkimuksen tavoitteet.....	27
2 AINEISTOT JA MENETELMÄT	29
2.1 Kyselyaineistot, mittaukset ja aineistojen analyysi	29
2.1.1 Kyselyt lääkäreille.....	29
2.1.2 Kyselyt hoitajille	30
2.1.3 Mittaukset ja aineiston analysointi kyselyaineistoissa.....	31
2.2 Haastatteluaineistot ja analyysi	33
Lääkärien haastattelut.....	33
Hoitajien haastattelut	34
Haastatteluaineistojen analyysi ja kuvaustapa raportissa.....	35
3 SUOMEEN TULO JA ELÄMÄNTILANNE SUOMESSA	36
3.1 Lääkärit.....	36
3.1.1 Tausta ja elämäntilanne	36
3.1.2 Koulutus ja ammatinharjoittamislupa.....	37
3.1.3 Työllisyystilanne.....	42
3.2 Hoitajat	43
3.2.1 Tausta ja elämäntilanne	43
3.2.2 Koulutus ja ammatinharjoittamislupa.....	48
3.2.3 Työllistyminen.....	49
3.3 Yhteenvedo.....	53
4 ULKOMAALAISENA AMMATTILAISENA SUOMALAISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA.....	58
4.1 Lääkärit.....	58
4.1.1 Sijoittuminen työelämään	58

4.1.2 Kokemukset suomalaisesta terveydenhuollon järjestelmästä	59
4.1.3 Kokemukset monikulttuurisessa työyhteisössä toimimisesta	61
4.2 Hoitajat	66
4.2.1 Sijoittuminen työelämään	66
4.2.2 Kokemukset monikulttuurisessa työyhteisössä toimimisesta	67
4.3 Yhteenvedo.....	72
5 KOKEMUKSET TERVEYDENHUOLLON TYÖSTÄ JA TYÖYMPÄRISTÖSTÄ	76
5.1 Lääkärit.....	76
5.1.1 Työyhteisö ja työn sisältö	76
5.1.2 Työtyytyväisyys ja motivaatio.....	78
5.2 Hoitajat	80
5.2.1 Työyhteisö ja työn sisältö	80
5.2.2 Työtyytyväisyys ja motivaatio.....	82
5.3 Yhteenvedo.....	84
6 TERVEYS JA HYVINVOINTI.....	87
6.1 Lääkärit.....	87
6.1.1 Terveys, hyvinvointi ja työterveyshuolto	87
6.1.2 Terveysteen liittyvät elämäntavat.....	88
6.2 Hoitajat	89
6.2.1 Terveys ja hyvinvointi.....	89
6.2.2 Terveysteen liittyvät elämäntavat.....	89
6.3 Yhteenvedo.....	92
7 POHDINTA.....	93
7.1 Terveystenhuollon ammattilaiset tulevat Suomeen perhesyistä ja työn perässä.....	94
7.2 Lupaprosessit ja tutkintojen täydentäminen pullonkaulana työelämään pääsystä	94
7.3 Riittävä kielitaito edellytys työssä selviämiseksi	95
7.4 Ulkomaalaistaustaiset työntekijät helpottamassa terveydenhuollon henkilöstöpulaa?	96
7.5 Kulttuurierot terveydenhuollon työssä ja työyhteisön toimintatavoissa.....	97
7.6 Syrjintä ja kohtelu työpaikalla	98
7.7 Ulkomaalaistaustaiset terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat psykososiaalista työympäristöään myönteisesti.....	99
7.8 Terveys ja hyvinvointi.....	100
7.9 Johtamisen näkökulma monikulttuurisessa työyhteisössä	101
7.10 Johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset	102

Kirjallisuus	105
LIITE 1. Tutkimuksessa käytetty mittaristo.....	112
LIITE 2. Haastattelurungot	116

LUETTELO HAASTATTELUOSIOISTA

3.1. Lääkärien ja esimiesten kokemuksia ammattinharjoittamisluvan saamisesta	40
3.2. Lääkärien ja esimiesten kokemuksia kielikoulutuksesta ja kielitaidosta	41
3.3. Hoitajien kokemuksia ammattinharjoittamisluvan saamisesta ja täydentävästä koulutuksesta.....	50
3.4. Ulkomaalaistaustaisten hoitajien rekrytoiminen.....	51
3.5. Hoitajien ja esimiesten kokemuksia ulkomaalaistaustaisten hoitajien liikkuvuudesta.....	55
3.6. Hoitajien ja esimiesten kokemuksia kielikoulutuksesta ja kielitaidosta	56
4.1. Koettu suomen kielen taito ja siihen liittyvät haasteet terveydenhuollon työssä: lääkärien ja esimiesten kokemuksia	63
4.2. Suomalaisen terveystieteiden toimintakulttuuri: lääkärien ja esimiesten kokemuksia.....	64
4.3. Työyhteisön ja potilaiden suhtautuminen: lääkärien ja esimiesten kokemuksia.....	65
4.4. Koettu suomen kielen taito ja siihen liittyvät haasteet terveydenhuollon työssä: hoitajien ja esimiesten kokemuksia.....	68
4.5. Suomalainen hoitotyön toimintakulttuuri: hoitajien ja esimiesten kokemuksia.....	69
4.6. Hoitajien kokemuksia työyhteisön ja potilaiden suhtautumisesta heihin.....	74
4.7. Esimiesten kokemuksia työyhteisön ja potilaiden suhtautumisesta ulkomaalaistaustaisiin hoitajiin	75
5.1. Lääkärien kokemuksia terveydenhuollon työstä: työskentelyä ja työssä viihtymistä estäviä ja edistäviä tekijöitä.....	79
5.2. Hoitajien kokemuksia terveydenhuollon työstä: työskentelyä ja työssä viihtymistä estäviä ja edistäviä tekijöitä	86

1 Tutkimuksen taustaa

Anna-Mari Aalto, Riikka Lämsä, Hannamari Kuusio, Marko Elovainio, Laura Hietapakka ja Tarja Heponiemi

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuolto on ollut viime vuosina nopeatahtisessa murroksessa ja rakennemuutoksessa. Muutoksen kohteena ovat palvelujen järjestämisen rakenteet ja tuottamistavat sekä palvelujen integraatio. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koettelee myös yleinen työelämän murros. Väestörakenne muuttuu ja työelämään tulevat ikäluokat ovat pienempiä kuin sieltä poistuvat. Kehityksen myötä myös työmarkkinoiden rakenteet muuttuvat nopeasti. Työelämä on pirstaloitunut, määräaikaiset ja osa-aikaiset työsuhteet sekä ammatinvaihto työuran aikana ovat yleistyneet. Moniammatillisuus, tiimi- ja verkostotyöskentely yleistyvät, mikä asettaa haasteita johtamiselle. Myös monikulttuuristuminen ja kansainvälistyminen koskettavat yhä useampia toimialoja ja työvoiman vapaata liikkumista rajojen yli on pyritty aktiivisesti edistämään kansainvälisin sopimuksin.

1.1 Terveydenhuollon henkilöstön kansainvälinen liikkuvuus

Kansainvälistyminen näkyy myös terveydenhuollossa ja lääkärin ja hoitajien liikkuvuus rajojen yli on yleistynyt viime vuosikymmeninä (OECD 2010). Liikkuvuuden taustalla on pula terveydenhuollon henkilöstöstä, joka on kansainvälinen ilmiö sekä kehittyneissä että kehitysmaissa (Clark ym. 2006). Kehittyneissä maissa sen taustalla on epätasapaino väestön vanhenemisen ja kroonisten sairauksien yleistymisen mukanaan tuoman palvelujen tarpeen kasvun sekä eläköityvän henkilöstön mukana pienenevän työvoiman välillä. Kehitysmaissa taas koulutetun terveydenhuoltohenkilöstön määrä väestöön suhteutettuna on usein palvelujen tarpeeseen nähden riittämätön johtuen näiden maiden puutteellisista resursseista kouluttaa riittävästi työvoimaa.

Monet maat ovat pyrkineet paikkaamaan terveydenhuollon henkilöstövajetta edistämällä terveydenhuollon ammattilaisten työperäistä maahanmuuttoa (Clark ym. 2006; Clinos ym. 2011). Muuttovirta on pääasiassa kehitysmaista kehittyneisiin maihin ja muuttoa motivoivia tekijöitä ovat olleet muun muassa kehittyneiden maiden korkeampi palkkataso, paremmat työolosuhteet ja ammatilliset kehittymismahdollisuudet, paremmat terveydenhuollon resurssit ja kohdemaan vakaampi poliittinen tilanne (Stewart ym. 2007; Clinos ym. 2011; Clarke 2006; Buchan 2007; Clark ym. 2006). Terveydenhuoltohenkilöstö liikkuu kuitenkin myös rajatummilla alueilla ja esimerkiksi Euroopan Unionissa työperäistä liikkuvuutta pyritään edistämään direktiiveillä EU-kansalaisten vapaasta liikkuvuudesta. Euroopan Unionissa muuttovirrat kulkevat pääasiassa idästä länteen ja ulkomaalainen työvoima on usein sijoitunut erityisesti julkiselle sektorille ja syrjäseuduille, joissa väestön sosioekonominen tausta on heikko ja jonne on vaikea saada koulutettua työvoimaa. (Clinos ym. 2011).

Muuttoliikkeellä on erilaisia seurauksia sekä luovuttavalle ja vastaanottavalle maalle että muuttavalle työntekijälle. Luovuttavassa maassa korkeasti koulutetun terveydenhuoltohenkilöstön maastamuutto vaikeuttaa terveydenhuoltojärjestelmän kykyä vastata väestön palvelutarpeisiin. Julkisin varoin toteutettu terveydenhuoltohenkilöstön koulutus on menetetty investointi luovuttavassa maassa. Toisaalta ulkomailla työskentelevät lähettävät kotimaahansa usein taloudellisia avustuksia, joilla on tärkeä merkitys erityisesti kehitysmaiden taloudelle. Palatessaan kotimaahansa tilapäisesti ulkomailla työskennelleet ammattilaiset tuovat mukanaan arvokasta tietotaitoa ja kokemusta. Vastaanottava maa hyötyy terveydenhuoltohenkilöstön muuttoliikkestä pystyessään helpottamaan työvoimapulaa, mutta joutuu investoimaan ulkomaalaistaustaisen henkilöstön täydennyskoulutukseen (Clark ym. 2006). Toiseen maahan työskentelemään muuttavan yksilön näkökulmasta myönteisiä seurauksia voivat olla parempi palkka, paremmat työolosuhteet ja urakehitysmahdollisuudet uudessa maassa. Vaikeuksia voivat tuottaa esimerkiksi sosiaalisten verkostojen rikkoutuminen, sopeutuminen uuteen kulttuuriin ja muuton aiheuttamat taloudelliset kustannukset.

Yleiset kansainväliset työvoiman vapaata liikkuvuutta edistävät säädökset ja järjestelyt, kuten Euroopan Unionin laajentuminen, ovat edistäneet terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuutta, mutta alalla on myös aktiivista rekrytointitoimintaa (Buchan ja O'May 1999; Brush ym. 2004). Yksilötasolla vapaata liikkuvuutta ja mahdollisuutta muuttaa maasta toiseen pyritään edistämään. Kansainvälisesti sosiaalisen ja taloudellisen kestävyuden näkökulmasta valtiollisella tasolla tulisi kuitenkin tavoitteena olla, että kukin maa vastaa oman terveydenhuoltojärjestelmän henkilöstötarpeeseen kouluttamalla riittävästi työvoimaa ja edistämällä työvoiman pysyvyyttä alalla. Jos aktiivista rekrytointia harjoitetaan, sen tulisi perustua kansainvälisiin sopimuksiin ja hyödyttää sekä luovuttavaa että vastaanottavaa maata sekä yksittäistä ammattilaista. (Stillwel ym. 2004). Siksi kansainvälistä rekrytointia on pyritty säätelemään määrittelemällä eettisesti kestäviä rekrytoinnin periaatteita terveydenhuoltoon (Commonwealth Secretariat 2003; Buchan 2007; WHO. 2010).

1.2 Henkilöstövaje suomalaisessa terveydenhuollossa

Viime vuosina on syntynyt pulaa terveydenhuoltohenkilöstöstä erityisesti terveyskeskuksissa ja vanhustyössä. Näyttää siltä, että nämä sektorit ovat menettäneet houkuttavuuttaan lääkärin ja hoitajien keskuudessa uravaihtoehtona. Vuonna 2012 julkisen sektorin terveyskeskusten lääkäriavajae oli 6 prosenttia. Huomattava osa virosta hoidetaan kuitenkin sijaisjärjestelyin tai ostopalveluina. Erityisesti syrjäseuduilla työvoiman tarpeen ja tarjonnan välinen suhde on ollut viime vuosina epäedullinen. Työvoimapula on kriisiyttänyt erityisesti julkista perusterveydenhuoltoa, jonka työolosuhteet ovat monilta osin heikot verrattuna muihin terveydenhuollon sektoreihin (Kuusio ym. 2010c; Heponiemi ym. 2012a). Perusterveydenhuollon palvelujen saavuus on heikentynyt, odotusajat hoitoon pääsyyn ovat pitkiä, ja alueelliset erot palvelujen saatavuudessa suuria (Valtiovarainministeriö 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin

laitos 2012; Terveys- ja sosiaalialan neuvottelujärjestö (TSN) 2013).

Lääkäriavajaiset kehittyivät Suomessa 1990-luvun laman seurauksena, kun koulutuspaikkoja vähennettiin merkittävästi. Myös lääkäreiden siirtyminen yksityiseen työterveyshuoltoon kunnallisesta perusterveydenhuollosta on voinut osaltaan vaikuttaa tilanteeseen julkisessa terveydenhuollossa. Suomen Lääkäriliiton mukaan henkilöstöavajaiset vaikuttaa perusterveydenhuollon yhdenvertaiseen saatavuuteen, koska avajaiset on ollut alueellisesti jakautunut ja henkilöstöavajaisella voi olla myös yhteyksiä hoidon laatuun (Pekkarinen ym. 2008; Pekkarinen ym. 2006; Hinno ym. 2011, 2012a).

Myös hoitajista on pulaa ja erityisesti vanhustenhuolto työpaikkana menettää houkuttelevuuttaan, vaikka juuri vanhustenhuollossa palvelutarve ja siten myös työvoiman tarve tulee lisääntymään (Haapakorpi ja Haapola 2008). Myös hoitajien pysyminen sosiaali- ja terveysalalla aiheuttaa huolta työvoiman riittävyydestä. Vaikka noin 90 prosenttia hoitajakoulutuksen saaneista työskentelee alalla (Ailasmaa 2012), ammatinvaihtohalukkuus on sairaanhoitajien joukossa yleistä johtuen huonoista työoloista ja matalasta palkkatasosta. (Flinkman ym. 2008; Santamäki ym. 2009).

Henkilöstöpulan seuraukset näkyvät myös terveydenhuollon työoloissa. Suomalaisten lääkäreiden työhyvinvoinnin seuranta tutkimuksessa rasisutustekijät olivat lisääntyneet neljän vuoden ajanjaksolla 2006–2010. Kiire ja potilastyöhön liittyvät rasisutustekijät kuormittivat terveyskeskuksissa, tietojärjestelmät ja johtamisongelmat sairaalatyössä (Heponiemi ym. 2012b; Heponiemi ym. 2010; Vänskä ym. 2010). Lääkäreiden työkuormituksesta kertoo myös se, että itsemurha-ajatukset ovat lääkäreiden joukossa hälyttävän yleisiä (Elovainio ym. 2007). Kiire, työn kuormittavuus ja johtamisongelmat rasittavat myös hoitotyössä (Partanen ym. 2005; Hinno ym. 2012b; Suonsivu 2003). Kuormitustekijät rasittavat erityisesti vakinaisissa työsuhteissa olevia lääkäreitä ja sairaanhoitajia (Heponiemi ym. 2009b).

Terveydenhuollon vetovoimaisuuden parantaminen on yksi keskeinen terveyspolitiikan ja terveydenhuollon kehittämisen tavoite (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 2009). Sosiaali- ja terveydenhuollon vetovoimaisuutta koskevassa tutkimuksessa on tarkasteltu tekijöitä, jotka ovat yhteydessä työssä jaksamiseen, työviihtyvyyteen, sitoutumiseen sekä työpaikan vaihto- ja eläköitymishalukkuuteen. Työn psykososiaalisista tekijöistä on tutkittu erityisesti kuormittavan työn (Karasek 1979) merkitystä hyvinvoinnille ja terveydelle. Kuormittavassa työssä yhdistyvät korkea vaatimustaso ja heikot mahdollisuudet vaikuttaa omaan työhön. Kuormittavan työn on todettu olevan yhteydessä heikompaan hyvinvointiin (Elovainio ym. 2010c), korkeampiin sairauspoissaoloihin (Vahtera ym. 2000), vähäisempään työorganisaatioon sitoutumiseen (Kuusio ym. 2010b), suurempaan työpaikan vaihtohalukkuuteen (Heponiemi ym. 2009a) ja lisääntyneisiin eläköitymisaikeisiin (Elovainio ym. 2005).

Oikeudenmukaisen johtamisen merkityksestä työntekijöiden hyvinvoinnille on saatu viime vuosina selvää näyttöä (Elovainio ym. 2001; Elovainio ym. 2010b; Elovainio ym. 2002; Heponiemi ym. 2011). Oikeudenmukaisuuden merkitys korostuu erityisesti muutostilanteissa ja sen vaikutukset hyvinvointiin näyttävät olevan riippumattomia muista psykososiaalisista työoloista (Kivimäki ym. 2005). Työyhteisöön liittyvien tekijöiden kuten työilmapiirin merkityksestä muun muassa sairauspoissa-

oloihin (Kivimäki ym. 2001) ja työpaikanvaihtohalukkuuteen (Kivimäki ym. 2007) on näyttöä. Myös työpaikkakakiusaaminen terveydenhuollossa on yhteydessä lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin (Kivimäki ym. 2000)

Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstötilanteeseen tulee vaikuttamaan erityisesti alan eläkepoistuma sekä palvelujen tarpeen kasvu. Suurien ikäluokkien tullessa eläkeikään työ- ja elinkeinoministeriön arvioin mukaan eläkepoistuma terveydenhuollossa tulee olemaan 32 prosenttia vuoteen 2020 ja 47 prosenttia vuoteen 2025 mennessä (Koponen ym. 2012). Vaikka viimeaikainen myönteinen kehitys väestön terveydentilassa (Koskinen ym. 2012) voi osaltaan hillitä palvelujen tarpeen kasvua, ikärakenteen muutos tulee vääjäämättä kasvattamaan terveyspalvelujen tarvetta tulevaisuudessa. Arvioidun työvoiman tarpeen ja tarjonnan välinen epäsuhde tulee olemaan noin 18 000–59 000 puuttuvaa työntekijää vuonna 2025 riippuen terveydenhuoltoalan koulutustavoitteiden toteutumisesta ja väestön palvelutarpeen myöhentämisen onnistumisesta. (Koponen ym. 2012). Henkilöstövoimavarojen hallintaa tukevien toimintamallien ja työkalujen kehittäminen on yksi Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman toimenpiteistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

1.3 Ulkomaalaistaustainen terveydenhuoltohenkilöstö Suomessa

Toisen maailmansodan jälkeen 1990-luvun alkuun asti Suomi oli maahanmuuton näkökulmasta suhteellisen eristäytynyt ja homogeeninen maa, johtuen Suomen poliittis-maantieteellisestä asemasta. Muuttoliike suuntautui pääasiassa Suomesta pois päin, pääasiassa Ruotsiin, jonne 60-luvun työttömyyden ja yhteiskunnallisen rakennemuutoksen vuoksi muutti työn ja paremman elintason perässä satoja tuhansia ihmisiä. Enimmillään suomalaisia oli Ruotsissa 250 000 vuonna 1980. (Korkiasaari ja Tarkiainen 2001)

Tilanne muuttui 1990-luvun alussa kun Neuvostoliiton hajoamisen ja Suomen ulkopoliittisen avautumisen seurauksena erityisesti Inkerin suomalaisten paluumuuttajien muutto Suomeen yleistyi nopeassa tahdissa (Salmio 2000). Myös Suomen sallivampi pakolaispolitiikka 1990-luvulla lisäsi maahanmuuttajien määrää ja Suomen liittyminen Euroopan Unioniin 1995 avasi uudenlaiset mahdollisuudet rajat ylittäville työvoiman liikkuvuudelle. Ulkomaalaisia muuttaa Suomeen etnisperusteista syistä ja paluumuuttajina, perhesyistä, pakolaisina ja turvapaikan hakijoina sekä työn tai opiskelupaikan vuoksi.

Väestön ikääntymisen myötä uhkaava työvoimapula on saanut myös Suomen aktivoitumaan 2000-luvulla työvoiman rekrytoimiseen rajojen ulkopuolelta. Matti Vanhasen I hallituksen (2003–2007) maahanmuuttopoliittisen ohjelman tavoitteena oli varautua tulevaan työvoiman tarpeeseen työperusteista maahanmuuttoa edistämällä (Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma 2006) ja työperäisen maahanmuuton edistäminen kestävyysvajeen torjumiseksi mainitaan myös Jyrki Kataisen

hallitusohjelmassa (Valtioneuvoston kanslia 2011). Terveysthuollon henkilöstökehityksen näkökulmasta keskeisiä ovat erityisesti maanmuuttopoliittisen ohjelman seuraavat linjaukset: työvoiman maahanmuuttoa koskevan lupajärjestelmän yksinkertaistaminen (linjaus 4) ja ulkomailla hankitun osaamisen tunnustamisjärjestelmän kehittäminen (linjaus 9), monikulttuurisuuden ja syrjimättömyyden edistäminen työpaikoilla ja yleisesti väestöryhmien välillä (linjaukset 13 ja 14), ulkomaalaisten työelämässä ja yhteiskunnassa selviytymistä tukevan opastusjärjestelmän (mukaan lukien kielikoulutus) kehittäminen ja siitä vastaavien viranomaisten vastuiden selkeyttäminen (linjaukset 16 ja 19) sekä maahanmuuttokysymysten tarkastelu kokonaisvaltaisesti globaalista näkökulmasta niin, että huomioidaan sekä Suomen, lähtömaan sekä maahanmuuttajan edut (linjaus 31).

Vaikka muuhun Eurooppaan verrattuna ulkomaalaistaustaisen työvoiman osuus Suomen terveydenhuollossa on vielä pieni (Maier ym. 2011; Kuusio ym. 2011), ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden osuus on kasvanut jatkuvasti 2000-luvulla. Ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitajien määrä kasvoi 60 prosenttia vuosina 2000–2007. Vuonna 2007 Suomen terveydenhuollossa työskentelevistä lääkäreistä oli ulkomaalaistaustaisia 6,8 prosenttia, ja sairaanhoitajista 2,2 prosenttia. Vuosina 2006–2008 laillistetuista lääkäreistä joka viidennes oli ulkomaalaistaustainen. Eniten ulkomaalaistaustaisia terveydenhuollon ammattilaisia on muuttanut Suomeen Venäjältä ja EU/ETA-alueilta, erityisesti Virossa (Kuusio ym. 2010a).

Aktiivinen terveydenhuoltohenkilöstön rekrytointi Suomeen on toistaiseksi ollut vähäistä, mutta sen merkitys on yleistymässä. Itä-Suomen yliopiston ”DOKTOR-Lääkärin työperäisen maahanmuuton edistäminen” -hankkeessa pyrittiin lievittämään Pohjois-Karjalan alueen lääkäripulaa rekrytoimalla lääkäreitä Venäjältä (Karhapää-Puhakka ym. 2011). Helsingin yliopistollisen Keskussairaalan, Opteamin ja Laurea ammattikorkeakoulujen yhteishankkeessa kehitettiin toimintamalleja, joilla rekrytoidaan osaavaa henkilökuntaa ulkomailta ja kotoutetaan työntekijät suomalaisen yhteiskuntaan. Hankkeen tuloksena 20 filippiiniläistä hoitajaa aloitti työn vuonna 2010 HYKS:n operatiivisessa yksikössä (Toikkanen 2010). Vuonna 2012 Bothnia Work -hankkeessa rekrytoitiin 50 sairaanhoitajaa Espanjasta paikkaamaan pohjanmaan työvoimatarpeita (Bothnia Work 2012). Terveysthuollon ja hyvinvoinnin laitos (THL) selvitti Attraktiivinen Suomi -hankkeessa hoitajien koulutusta ja kansainvälistä liikkuvuutta muutamissa EU-maissa sekä eri maiden hoitajien pätevyyyksiä. Hankkeessa kehitettiin verkostoja työvoiman hankkimiseksi, rekrytoinnin eettisiä periaatteita ja toimintamalleja kansainvälistä rekrytointia varten (Mannila ja Parviainen 2010). Kehittämistyön pohjalta Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa laaditaan suositukset eettisen rekrytoinnin periaatteista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

1.4 Terveydenhuollon koulutuksen suorittaneiden ammatinharjoittamislupa- ja valvontavirasto Valvira. Lääkärin ammatinharjoittamislupa- ja valvontavirasto Valvira. Lääkärin ammatinharjoittamisluvan myöntämisen perusteet vaihtelevat sen mukaan, onko hakija Euroopan Unioniin (EU) tai Euroopan talousalueeseen (ETA) kuuluvan maan kansalainen vai ei ja missä hän on tutkintonsa suorittanut (taulukko 1.1.). Lupa on vaiheittainen niin, että aluksi lääkäri saa luvan toimia amanuenssina, sen jälkeen rajoitetun toimiluvan ja lopuksi itsenäisen ammatinharjoittamisluvan. Vuonna 1994 voimaan astuneiden laillistamisharjoitusten mukaan EU/ETA-alueella suoritettu tutkinto hyväksytään sellaisenaan (EU-direktiivi 2005/36). Muutoin luvan saaminen edellyttää eniten ehtoja silloin, kun sekä hakijan koulutus että kansalaisuus on EU/ETA-maiden ulkopuolelta. Tällöin hakijalta vaaditaan lääkärikoulutuksen ja suomen tai ruotsin kielen taidon lisäksi vähintään kuuden kuukauden lääkäriharjoittelu suomalaisessa sairaalassa ja kolmeosainen Tampereen yliopiston järjestämä kuulustelu, ”Tampereen tentti”. Kuulustelu sisältää kirjallisen lääketieteen osa-alueita koskevan osion, kirjallisen suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää ja hallintoa käsittelevän osion sekä suullisen, käytännön tutkintotilaisuuden potilaan vastaanottotilanteessa. Mikäli hakijan kansalaisuus on EU/ETA-alueella tai tutkinto on suoritettu EU/ETA-maassa, hakijalta ei vaadita kielitaidon osoittamista ammatinharjoittamisluvan saamiseksi.

Suomessa terveydenhuollon ammattia harjoittava tarvitsee laillistuksen, jonka myöntää Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Lääkärin ammatinharjoittamisluvan myöntämisen perusteet vaihtelevat sen mukaan, onko hakija Euroopan Unioniin (EU) tai Euroopan talousalueeseen (ETA) kuuluvan maan kansalainen vai ei ja missä hän on tutkintonsa suorittanut (taulukko 1.1.). Lupa on vaiheittainen niin, että aluksi lääkäri saa luvan toimia amanuenssina, sen jälkeen rajoitetun toimiluvan ja lopuksi itsenäisen ammatinharjoittamisluvan. Vuonna 1994 voimaan astuneiden laillistamisharjoitusten mukaan EU/ETA-alueella suoritettu tutkinto hyväksytään sellaisenaan (EU-direktiivi 2005/36). Muutoin luvan saaminen edellyttää eniten ehtoja silloin, kun sekä hakijan koulutus että kansalaisuus on EU/ETA-maiden ulkopuolelta. Tällöin hakijalta vaaditaan lääkärikoulutuksen ja suomen tai ruotsin kielen taidon lisäksi vähintään kuuden kuukauden lääkäriharjoittelu suomalaisessa sairaalassa ja kolmeosainen Tampereen yliopiston järjestämä kuulustelu, ”Tampereen tentti”. Kuulustelu sisältää kirjallisen lääketieteen osa-alueita koskevan osion, kirjallisen suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää ja hallintoa käsittelevän osion sekä suullisen, käytännön tutkintotilaisuuden potilaan vastaanottotilanteessa. Mikäli hakijan kansalaisuus on EU/ETA-alueella tai tutkinto on suoritettu EU/ETA-maassa, hakijalta ei vaadita kielitaidon osoittamista ammatinharjoittamisluvan saamiseksi.

TAULUKKO 1.1. Ammatinharjoittamisluvan saamisen edellytykset Suomen ulkopuolelta tuleville lääkäreille.

Kansalaisuus	Lääkärin tutkinto	
	EU/ETA-alueelta	EU/ETA-alueen ulkopuolelta
EU/ETA-alueen	Tutkinto hyväksytään sellaisenaan	Valviran mahdollisesti määräämät lisäopinnot ja kolmiosainen kuulustelu
EU/ETA-alueen, ammatinharjoittamislupa jo jostain muusta EU/ETA-maasta	Tutkinto hyväksytään sellaisenaan	Vähintään kolmen vuoden työkokemus maasta, josta EU/ETA-alueen sisäinen lupa on saatu
EU/ETA-alueen ulkopuolinen	Tutkinto hyväksytään sellaisenaan	Suomen tai ruotsin kielen taito, Valviran mahdollisesti määräämät lisäopinnot, kolmiosainen kuulustelu, 6 kk harjoittelu sairaalassa tai terveyskeskuksessa

Lähde: Valvira (2012)

Kuten lääkärit, myös hoitajat tarvitsevat Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran myöntämän laillistuksen harjoittaakseen ammattiaan Suomessa. Sairaanhoidajien laillistamisessa sovelletaan EU:n ammattipätevyysdirektiiviä (2005/36). Sairaanhoidajien ammatinharjoittamisluvan myöntämisen perusteet vaihtelevat sen mukaan, onko hän EU- tai ETA -maan kansalainen ja missä hän on tutkintonsa suorittanut (taulukko 1.2.). Lisäksi luvan saamiseen vaikuttaa tutkinnon sisältö. EU:n alueella suoritettu tutkinto tunnustetaan pääsääntöisesti automaattisesti. Kuitenkin, jos kaikki direktiivissä määritellyt koulutusvaatimukset eivät täyty, Valvira voi edellyttää tutkinnon lisäksi kolmen vuoden työkokemusta tai joissakin tapauksissa kelpoisuuskoetta tai sopeutumisaikaa. Kelpoisuuskoete sisältää teoriaosion ja tarvittaessa käytännön osion. Sopeutumisaika voi kestää kolme vuotta. EU- tai ETA -maan ulkopuolella tutkintonsa suorittaneen koulutus arvioidaan alan oppilaitoksessa ja tarvittaessa hakijalle määrätään lisäopintoja. EU/ETA-alueen ulkopuolisilta kansalaisilta vaaditaan kaikissa tapauksissa todistus suomen tai ruotsin kielen taidosta.

TAULUKKO 1.2. Ammatinharjoittamisluvan saamisen edellytykset Suomen ulkopuolelta tuleville sairaanhoidajille.

	Hoitajan tutkinto		
	EU/ETA-alueelta	EU/ETA-alueen ulkopuolelta, ammatinharjoittamislupa jo jostain muusta EU/ETA-maasta	EU/ETA-alueen ulkopuolelta
Kansalaisuus	EU/ETA-alueelta	EU/ETA-alueen ulkopuolelta, ammatinharjoittamislupa jo jostain muusta EU/ETA-maasta	EU/ETA-alueen ulkopuolelta
EU/ETA-alueen	Tutkinto tunnustetaan pääsääntöisesti sellaisenaan TAI tarvitaan lisäksi työkokemusta TAI tarvitaan kelpoisuuskoete tai sopeutumisaika	Vähintään kolmen vuoden työkokemus maasta, jossa lupa on myönnetty TAI tapauskohtaisesti tutkintoa on täydennettävä lisäopinnoilla	Tutkinnon tunnistaminen arvioidaan tapauskohtaisesti, tarvittaessa tutkintoa on täydennettävä lisäopinnoilla
EU/ETA-alueen ulkopuolinen	Tutkinto tunnustetaan pääsääntöisesti sellaisenaan TAI tarvitaan lisäksi työkokemusta TAI tarvitaan kelpoisuuskoete tai sopeutumisaika Suomen tai ruotsin kielen taito	Vähintään kolmen vuoden työkokemus maasta, jossa lupa on myönnetty TAI tarvittaessa tutkintoa on täydennettävä lisäopinnoilla Suomen tai ruotsin kielen taito	Tutkinnon tunnistaminen arvioidaan tapauskohtaisesti, tarvittaessa tutkintoa on täydennettävä lisäopinnoilla Suomen tai ruotsin kielen taito

Lähde: Valvira (2012)

1.5 Ulkomaalaistaustaisen terveydenhuoltohenkilöstön integroituminen työelämään

Maahanmuuttotutkimuksessa integroituminen nähdään monimuotoisena prosessina, jossa maahanmuuttaja asettuu ja tulee osalliseksi yhteiskuntaa uudessa kotimaassaan (ks. (Väänänen ym. 2009). Kotoutumisella (akkulturaatio) tarkoitetaan integraatio-prosessin vuorovaikutteisuutta, sitä miten maahanmuuttaja omaksuessaan uuden toimintaympäristön ja kulttuurin tapoja ja toimintamalleja, voi säilyttää myös piirteitä omasta kulttuuristaan osana identiteettiään (Berry 2005). Integroituminen ja kotoutuminen tapahtuvat monilla eri elämänalueilla, kuten taloudellisessa, poliittisessa ja sosiaalisessa elämässä. Seuraavassa keskitytään tarkastelemaan ulkomaalaistaustaisten terveydenhuollon ammattilaisten integroitumista ja kotoutumista koskevaa tutkimustietoa erityisesti työelämän näkökulmasta.

Suomalaisen maahanmuuttajatutkimusta kokoavan raportin (Väänänen ym. 2009) mukaan maahanmuuttajataustaisten työllistyminen on kantaväestöä heikompa ja työmarkkina-asema epävakampi johtuen muuan muassa heikosta koulustaustaasta, kielitaidosta ja heikoista sosiaalisista verkostoista. Puhutaan lohkoutuneista työmarkkinoista (Castles ja Miller 2009), joille on tyypillistä, että maahanmuuttajat työllistyvät vähemmän arvostettuihin, usein koulutustaan vastaamattomiin töihin, jotka eivät houkuttele kantaväestöä.

Koska terveydenhuollon ammattilaiset ovat korkeasti koulutettuja ja terveydenhuollossa vallitsee selvä työvoimavaje, ulkomaalaistaustaisten terveydenhuollon ammattilaisten aseman voisi olettaa olevan työllistymisen kannalta parempi kuin keskimäärin maahanmuuttajilla, joiden joukossa työllisten työikäisten osuus on 53 prosenttia (Suomen virallinen tilasto (SVT) 2012). Kuitenkin myös ulkomaalaistaustaisten terveydenhuollon ammattilaisten työllistymisaste Suomessa on matalampi kuin kantasuomalaisten terveydenhuollon ammattilaisten (Kuusio ym. 2010a). Ulkomaalaistaustaisista terveydenhoitoalan ammattilaisista työllisiä oli 61 prosenttia, (Ailasmaa 2010) kun kantasuomalaisten joukossa työllisten osuus oli 96 prosenttia (Ailasmaa 2012). Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu myös kansainvälisissä tutkimuksissa, joiden mukaan maahanmuuttajataustaisten terveydenhuollon ammattilaisten työmarkkina-asema oli heikompi kuin kantaväestöön kuuluvilla kollegoilla (Lowell ja Gerova 2004; Shuval 2000).

Israelissa on tutkittu sinne entisestä Neuvostoliitosta muuttaneiden lääkärin ammatillista integroitumista. Tulosten mukaan prosessi on monivuotinen, kahden ja puolen vuoden kuluttua 66 prosenttia ja viiden vuoden kuluttua 77 prosenttia työskenteli lääkärin ammatissa. Työroolilla oli tärkeä merkitys maahanmuuttajalääkärin identiteetille ja työllistyminen koulutusta vastaaviin tehtäviin oli yhteydessä myönteisiin muutoksiin terveydessä, mielialassa ja tyytyväisyydessä. (Bernstein ja Shuval 1998; Shuval ja Bernstein 1996; Shuval 2000, 1996).

Ulkomaalaistaustaisten hoitajien kotoutumista ja sopeutumista koskevat tutkimukset perustuvat pääosin laadullisiin haastattelututkimuksiin. Tutkimukset ovat

nostaneet esille erilaisia ongelmia uudessa maassa ja kulttuurissa työskentelemisessä. Erityisesti alkuvaiheessa sopeutuminen uuteen kulttuuriin voi olla kuluttavaa ja psyykinen kuormittuminen yleistä. Kielitaito on keskeinen työväline hoitotyössä ja puutteellinen kielitaito vaikeuttaa työskentelyä ja työyhteisöön sopeutumista (Obrey and Vydelingum 2004) (Yi ja Jezewski 2000; Obrey ja Vydelingum 2004; Magnusdotir 2005; Kawi ja Xu 2009). Kulttuurierot ei-kielillisen viestinnän keinoissa (Obrey ja Vydelingum 2004; Yi ja Jezewski 2000) ja myös yleisemmissä vuorovaikutustavoissa työpaikalla (Yi ja Jezewski 2000) voivat tuottaa vaikeuksia. Hoitajan erilainen työnkuva ja potilaan kokonaisvaltaiseen hoivaan painottuva hoitajan rooli on myös tunnut vieraalta haastatelluille hoitajille, joiden kotimaassa hoitajan tehtävät painottuvat enemmän lääketieteellisessä hoidossa avustamiseen (Yi ja Jezewski 2000; Obrey ja Vydelingum 2004; Kawi ja Xu 2009). Hoitajat ovat myös raportoineet ammatilliseen osaamiseensa kohdistuvista ennakkoluuloista, vähättelystä ja syrjinnästä työpaikalla (Nichols ja Campbell 2010).

Samantapaisia integroitumisen ongelmia on tullut esiin myös muutamissa Suomessa työskenteleviä ulkomaalaistaustaisia hoitajia koskevissa tutkimuksissa. Suomalaisessa maahanmuuttajataustaisien haastattelututkimuksessa todettiin työllistymisen vaikeudet erityisesti muista kuin työperustaisista syistä Suomeen tulleilla hoitajilla. Työyhteisöissä haastateltavat olivat kokeneet, että heihin suhtaudutaan pikemminkin heidän maahanmuuttajataustansa, kuin ammatillisen osaamisensa perusteella. Työllistymistä ja työelämään integroitumista edistäviä tekijöitä olivat työkokemuksen tuottama vahva ammatti-identiteetti, hyvä kielitaito, Suomessa suoritettu ammatillinen pätevytyminen ja työharjoittelun aikana hankitut sosiaaliset verkostot (Nieminen 2011).

Huolimatta kiinnostuksesta työskennellä ulkomailla ja aktiivisesta kansainvälisestä terveydenhuoltoalan henkilöstön rekrytoinnista, viiden Euroopan maan kyselytutkimuksissa noin 40 prosenttia maahanmuuttajataustaisesta terveydenhuoltohenkilöstöstä oli tyytymättömiä työhönsä vastaanottajamaassa (Denton 2006). Joka kolmas alle 30-vuotias oli halukas muuttamaan toiseen maahan (Aiken ym. 2001; Gostin 2008). Poismuuton syyksi on esitetty tyytymättömyyttä ja pettymystä työhön uudessa maassa, mutta systemaattinen tutkimus aiheesta kuitenkin puuttuu. Ilmeisemmin myös muut syyt (esim. perhesyyt, sosioekonominen asema, lähtömaa, motivaatio ja ikä) vaikuttavat työvoiman liikkuvuuteen.

Terveys on tärkeä työssä selviämisen ja jaksamisen voimavara ja toisaalta työelämän kuormittavuus myös kuluttaa terveyttä. Maahanmuuttajien terveys on tutkimusten mukaan heti maahantulon jälkeen parempi kuin kantäväestön terveys vastaanottavassa maassa, mutta ajan kuluessa erot maahanmuuttajien ja kantäväestön välillä pienenevät (healthy migrant effect, Antecol and Bedard (2006), McDonald ja Kennedy (2004)). Ilmiötä on selitetty sillä, että tullessaan maahanmuuttajat ovat koulutustaustaltaan ja terveydentilaltaan valikoitunut ryhmä. Terveydenhuoltohenkilöstö on korkeasti koulutettua ja todennäköisesti myös terveydentilansa suhteen valikoitunut maahanmuuttajaryhmä. Toisaalta maahanmuuttajat yleisesti sijoittuvat työmarkkinoilla raskaampiin ja vähemmän arvostettuihin töihin, joissa terveysriskit

ovat suuremmat. Myös terveydenhuollossa maahanmuuttajajenkielöstö saattaa valikoitua niille sektoreille ja työpaikoille, joissa työvoimapula on suurin ja siten myös työn kuormittavuus on tavallista suurempi, joten maahanmuuttajat voivat olla riskiryhmä huonojen työolojen terveysvaikutuksille.

1.6 Tiedon tarpeet ja tutkimuksen tavoitteet

Suomessa maahanmuuttajien tutkimus on ollut kansainvälisesti verrattuna suhteellisen vähäistä johtuen Suomen lyhyestä historiasta maahanmuuttajia vastaanottavana maana. Vaikka terveydenhuollon ammattilaisten maahanmuutto on lisääntymässä, heidän integroitumistaan uuteen yhteiskuntaan ja terveydenhuoltoon on tutkittu suhteellisen vähän sekä Suomessa että kansainvälisesti. Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus on keskittynyt lähinnä terveydenhuollon työvoiman liikkuvuuteen liittyvien makrotason ja eettisten kysymysten tarkasteluun. Ulkomaalaistaustaisten terveydenhuollon työntekijöiden integroitumista koskevat tutkimukset perustuvat suurimmaksi osaksi laadullisiin, yksittäisten kansalaisuusryhmien kokemuksia kuvaaviin aineistoihin. Ulkomaalaistaustaisten terveydenhuollon ammattilaisten työhyvinvointia ja terveyttä ei ole juurikaan tutkittu. Erityisesti ulkomaalaistaustaisten lääkärin integroitumista ja hyvinvointia koskevaa tutkimustietoa on vähän.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan Suomessa asuvien ulkomaalaistaustaisten lääkärin sekä hoitajien integroitumista Suomeen ja erityisesti työelämään suomalaisessa terveydenhuollossa. Ulkomaalaistaustaisella tarkoitetaan tässä henkilöä joka syntyesään ei ole ollut Suomen kansalainen. Integroitumista tarkastellaan sekä ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden että heidän esimiestensä näkökulmasta.

Yksilöidymmät tutkimuskysymykset ovat:

- Mistä ulkomaalaistaustaiset terveydenhuollon ammattilaiset Suomeen tulevat, millä perusteella, millaisia kokemuksia heillä on ammattipätevyuden tunnustamisprosessista ja miten he työlistyivät.
- Millaisia kokemuksia suomalaisessa terveydenhuollossa työskentelevillä ulkomaalaistaustaisilla työntekijöillä ja heidän esimiehillään on työskentelystä monikulttuurisessa työyhteisössä.
- Eroavatko ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitajien kokemukset työstä terveydenhuollossa, sen rasisiteistä, organisaation johtamisesta, työilmapiiristä ja sitoutumisesta kantasuomalaisen lääkärin ja hoitajien työtä ja työyhteisöä koskevista näkemyksistä.
- Millainen on ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitajien koettu terveys ja työhyvinvointi verrattuna kantasuomalaisiin lääkäreihin ja hoitajiin.

Vastauksia tutkimuskysymyksiin etsitään tutkimusta varten kerätyistä lääkärin ja hoitajien haastattelu- sekä kyselyaineistoista. Seuraavissa luvuissa kuvataan ensin tutkimuksessa käytetyt aineistot ja tiedonkeruumenetelmät (luku 2). Tulokset esitetään luvuissa 3–6 siten, että kyselyaineistoon perustuvat tulokset esitetään tekstissä, kuvioissa ja taulukoissa. Lukujen teemoihin liittyvät haastatteluaineistojen tulokset

aineisto-otteineen esitetään erillisissä tekstilaatikoissa. Lääkäreitä ja hoitajia koskevat tulokset esitetään kussakin luvussa erikseen. Kunkin luvun lopussa on lyhyt yhteenveto, jossa eri aineistoista saadut tulokset kootaan yhteen. Luvussa 7 pohditaan tulosten merkitystä aikaisempaan tutkimustietoon verrattuna sekä esitetään keskeiset johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset.

2 Aineisto ja menetelmät

Marko Elovainio, Laura Hietapakka, Riikka Lämsä, Anna-Mari Aalto, Tarja Heponiemi ja Hannamaria Kuusio

Tutkimuksessa kerättiin tietoa ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitajien sekä heidän esimiestensä teemahaastatteluilla sekä ulkomaalaistaustaisille ja kantasuomalaisille lääkäreille ja hoitajille suunnatuilla kyselyillä. Tässä luvussa kuvataan hankkeessa käytetyt aineistot, käytetyt mittarit ja aineistojen analyysi.

2.1 Kyselyaineistot, mittaukset ja aineistojen analyysi

2.1.1 Kyselyt lääkäreille

Ulkomaalaistaustaisten lääkärin kyselyaineisto kerättiin osana Lääkäriliiton ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) yhteistyönä toteutetun ”Lääkärin työ ja terveys 2012” -tutkimuksen aineiston keruuta, toteutettiin loppuvuoden 2010 ja alkuvuoden 2011 aikana sähköisenä ja postikyselynä.

”Lääkärin työolot ja terveys 2012” -tutkimuksen perusjoukon muodostivat 1941 tai sen jälkeen syntyneet ja Suomessa asuvat lääkärit (n=20 890), joista 7000:lle satunnaisesti valitulle lääkärille lähetettiin kyselylomake. Osoitteet poimittiin Lääkäriliiton rekisteristä. Kyselyyn vastasi 3826 lääkärinä (vastausprosentti 55). Tutkimusaineiston edustavuutta on arvioitu aikaisemmin julkaistussa artikkelissa (Elovainio ym. 2012). Tutkimusaineistoon liittyy myös seuranta-aineisto, jonka perusjoukon muodostivat vuonna 2006 tehtyyn lääkärinkyselyyn vastanneet ja seurantakyselyyn luvan antaneet lääkärit. Vuoden 2006 tutkimuksessa kysely lähetettiin 5000 lääkärille, joista vastasi 56,8 prosenttia eli 2841 lääkärinä (Elovainio ym. 2007). Heistä 77,6 prosenttia (n=2206) antoi luvan uusintakyselyyn lähettämiseen. Seurantakaudella kuolleet sekä lääkärit, joilla oli puutteelliset osoitetiedot, poistettiin aineistosta ja näin lopullisen seurantakyselyn kohdejoukon muodostivat 2169 lääkärinä, joista kyselyyn vastasi 1705 lääkärinä (vastausprosentti 78,6).

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit sisältyivät näihin edellä kuvattuihin lääkärin aineistoihin omalla suhteellisella osuudellaan. Ulkomaalaistaustaisten otosta täydennettiin kaikilla muilla Suomessa asuvilla ammatinharjoittamisluvan omaavilla ulkomaalaistaustaisilla lääkäreillä, jotta saataisiin riittävä otoskoko analyysijä varten. Ulkomaalaistaustaisista Suomessa asuvista lääkäreistä muodostettiin siis kokonaisuus (n=1292). Otokseen kuuluville lähetettiin tiedonkeruun aikana kaksi muistutusta tutkimukseen osallistumisesta. Vastauksia saatiin postikyselyyn tai sähköiseen kyselyyn 553:lta, joista neljä edelleen ilmoitti syntyneensä Suomessa ja jotka siis poistettiin otoksesta. Näin lopulliseksi palautusprosentiksi muodostui 43 prosenttia. Arvioitaessa ulkomaalaistaustaisten lääkärin vastauskatoa Lääkäriliiton otosta koskevien taustatietojen perusteella (ikä, sukupuoli, työllisyys ja työskentelysektori) voitiin todeta, että vastanneiden joukossa yliedustettuna olivat työssäkäyvät (25 prosenttia

enemmän kuin alkuperäisessä kokonaisotoksessa) sekä naiset (9 prosenttia enemmän kuin kokonaisotoksessa). Vastanneet eivät olennaisesti poikenneet koko otoksesta iän ja työskentelysektorin suhteen.

Suomalaisten lääkärin aineistoa ”Lääkärin työolot ja terveys 2012”-tutkimuksesta (n=4759) käytettiin tässä raportoitavassa tutkimuksessa ulkomaalaistaustaisten lääkärin vertailuaineistona.

2.1.2 Kyselyt hoitajille

Hoitajien kyselyaineistot kerättiin keväällä 2012 tätä tutkimusta varten. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattihenkilöiden keskusrekisteristä (Terhikki) poimittiin kaksi erillistä sairaanhoitajaotosta. Toisen otoksesta muodostivat 2200 Suomessa asuvaa, sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kättilön ammattiharjoittamislupaa Suomessa omaavaa, vuonna 1947 tai sen jälkeen syntyneitä henkilöä. Toinen oli vastaavilla kriteereillä muodostettu kokonaisotos (N=1156) henkilöistä, joilla oli lisäksi ulkomaalaistausta. Ulkomaalaistaustaksi luettiin tässä otoksessa hoitajat, joiden kansalaisuus oli joku muu kuin Suomi tai jotka olivat saaneet Suomen kansalaisuuden täytettyään 18 vuotta. Toisin kuin ulkomaalaistaustaisten lääkärin kohdalla, ulkomaalaistaustaisten hoitajien otokseen kuulumisessa ei edellytetty, että henkilö on suorittanut hoitajan tutkinnon muualla kuin Suomessa, koska Suomen ulkopuolella tutkinnon suorittaneita ulkomaalaistaustaisia hoitajia oli Terhikki-rekisterin mukaan suhteellisen vähän (n=487). Näin ollen otoksessa oli mukana myös hoitajat, jotka olivat syntyperältään muita kuin Suomen kansalaisia, mutta jotka olivat suorittaneet hoitajan tutkinnon Suomessa. Näin pyrittiin kattavammin selvittämään ulkomaalaistaustaisten hoitajien kokemuksia, sekä varmistamaan, että aineisto olisi mahdollisesta vastauskadosta huolimatta riittävän kokoinen tilastollisia analyysejä varten.

Kysely toteutettiin ulkomaalaistaustaisille hoitajille postitse lähetettynä suomenkielisenä paperikyselyinä, mutta heidän oli halutessaan mahdollisuus vastata kyselyyn myös sähköisesti suomen-, ruotsin-, englannin-, venäjän- tai vironkielellä. Kantasuomalaisille hoitajille kysely toteutettiin ainoastaan sähköisessä muodossa siten, että otokseen kuuluville lähetettiin postitse kutsu tutkimukseen, jonka yhteydessä annettiin sähköinen linkki kyselyyn (vastausmahdollisuus suomen- tai ruotsinkielellä). Sekä kantasuomalaisille että ulkomaalaistaustaisille hoitajille lähetettiin tiedonkeruun aikana kaksi muistutusta tutkimukseen osallistumisesta.

Riittävä vastausaktiivisuus pyrittiin varmistamaan arpomalla sekä kantasuomalaisten että ulkomaalaistaustaisen vastanneiden hoitajien kesken iPad-talutietokone. Näin siksi, että aiemmin tehdyn lääkärikyselyn kohdalla ulkomaalaistaustaisten vastausaktiivisuus olisi jäänyt ilman ylimääräistä muistutuskierrosta hyvin alhaiseksi. Lisäksi kantasuomalaisten hoitajien kysely toteutettiin pelkästään sähköisenä, minkä oletettiin lähtökohtaisesti johtavan vähäisempään vastausaktiivisuuteen.

Kantasuomalaisista 1008 palautti lomakkeen (vastausprosentti 46 %). Ulkomaalaistaustaisista 542 palautti joko sähköisen (n=149) tai paperisen (n=366) lomakkeen. Vastaajista 27 ilmoitti syntyneensä Suomessa, joten heidät poistettiin aineistosta. Näin ollen ulkomaalaistaustaisten hoitajien vastausprosentti oli 45 (n=515). Sairaanhoita-

jien aineiston kohdalla ei ollut käytettävissä taustatietoja, joiden perusteella vastauskadon arviointi olisi ollut mahdollista toteuttaa.

2.1.3 Mittaukset ja aineiston analysointi kyselyaineistoissa

Taustatekijät, työllisyyteen ja työpaikkaan liittyvät tekijät

Kyselyissä kartoitettiin kaikissa osa-aineistoissa sosiodemografisia taustatekijöitä (sukupuoli, ikä, siviilisääty ja asuuko taloudessa tällä hetkellä lapsia). Koulutukseen ja työsuhteeseen liittyvistä tekijöistä kysyttiin suoritettut tutkinnot ja niiden suoritusmaa (hoitajat), erikoistuminen (lääkärit), pääasiallinen toimi/virkanimike (esim. lääkäri, sairaanhoitaja, osastonhoitaja, ylilääkäri), toimipaikka, työsuhteen laatu / työllisyys-tilanne (vakituinen, määräaikainen, osa-aikainen, jne.), työsuhteen kesto, erikoistuminen (lääkärit), tehdyt työtunnit, päivystykset (lääkärit), tehdyt ylityöt kolmen viikon jaksossa (hoitajat), työaikamuoto (hoitajat), ja mahdolliset työttömyysjaksot.

Työn psykososiaaliset tekijät

Kyselyissä mitattiin työn psykososiaalisina tekijöinä johtamisen oikeudenmukaisuutta (Colquit (2001), mittarin lyhennetty versio Elovainio ym. (2010a)), vaikutusmahdollisuuksia (Karasek 1985), kuormitustekijöitä (Kivimäki ja Lindström 1992; Harris 1989), tiimityötä (Kivimäki ja Elovainio 1999), sitoutumista (vain lääkärin aineisto: Lawler ja Hall (1970), ammattiylpeyttä ja arvostusta (vain hoitajien aineisto: Tyler ja Blader (2001), ammatti-identiteettiä (vain hoitajien aineisto: Mael ja Ashforth (1992) ja työtyytyväisyyttä (Hackman ja Oldham 1975). Lisäksi kyselyissä selvitettiin, olivatko vastaajat joutuneet kokemaan työssään henkistä tai fyysistä väkivaltaa ja jos olivat, niin kenen taholta (työtovereiden, potilaiden, omaisten tai esimiehen). Käytettyjä mittareita on sovellettu myös aikaisemmin terveydenhuollon henkilöstötutkimuksissa (kts. Elovainio ym. 2007), niiden tarkemmat kuvaukset ilmenevät liitteestä 1.

Kyselyissä kysyttiin myös työskenteleekö heidän työyhteisössään ulkomaalaistaustaisia kollegoita (1=ei, 2=vähemmän kuin kantasuomalaisia, 3=yhtä paljon kuin kantasuomalaisia, 4= enemmän kuin kantasuomalaisia).

Vastaajien tulevaisuuden suunnitelmia selvitettiin viidellä kysymyksellä, joissa kartoitettiin vastaajan halua vaihtaa työpaikkaa tai ammattia ja sitä, onko vastaaja suunnitellut lähtevänsä työskentelemään Suomen ulkopuolelle seuraavan 12 kuukauden aikana.

Hoitajakyselyssä kysyttiin näiden mittareiden lisäksi työssä esimiehiltä ja työtovereilta saatua sosiaalista tukea sekä arvioita siitä, missä määrin itse antoi tukea muille (asteikko 1=erittäin harvoin / ei ollenkaan...5=erittäin usein). Lisäksi hoitajia pyydettiin arvioimaan omia mahdollisuuksiaan osallistua a) työyhteisön ja työtöpojen sekä b) oman ammattitaitonsa kehittämiseen verrattuna työtovereihinsa (asteikko 1=huonommat, 2=samanlaiset, 3=paremmat).

Terveys ja hyvinvointi

Terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä tekijöistä mitattiin psyykkistä rasittuneisuutta

ta (Goldberg ja Williams 1978; Goldberg ym. 1997; Graetz 1991), unihäiriöitä (Jenkins ym. 1996), ongelmia työn ja perheen yhteen sovittamisessa (Frone ym. 1992). Mittarit on kuvattu liitteessä 1. Lisäksi vastaajia pyydettiin arvioimaan omaa terveydentilaansa (Idler ja Benyamini 1997) 5-portaisella asteikolla (1=hyvä–5=huono) sekä työkykyään asteikolla 0=ei pysty lainkaan työhön–10=työkyky parhaimmillaan (Tuomi ym. 1997). Lisäksi kysyttiin sairauspoissaoloja sekä sairaana työskentelyä ja lääkäreiltä myös työterveyshuollon käyttöä. Terveyteen liittyvistä elämäntavoista kysyttiin alkoholin käyttöä, tupakointia sekä liikuntatottumuksia (vain lääkärit). Pituus ja paino kysyttiin painoindeksin laskemiseksi, jonka katkaisukohtana käytettiin normaali- ja lievän ylipainon rajaa (alle 25/25 tai yli).

Ulkomaalaistaustaisille vastaajille osoitetut lisäkysymykset

Ulkomaalaistaustaisilta vastaajilta kysyttiin myös Suomeen tuloon, ammatinharjoittamisluvan saantiin, työllistymiseen ja monikulttuurisessa työyhteisössä toimimiseen liittyviä kokemuksia. Suomeen tuloon liittyen kysyttiin Suomeen tulon ajankohtaa, oleskeluluvan perustaa, asuuko pysyvästi Suomessa ja onko hankkinut Suomen kansalaisuuden. Ulkomaalaistaustaisilta hoitajilta kysyttiin yksityiskohtaisemmin, missä määrin eri tekijät (esim. elinolot Suomessa, Suomi turvallinen maa, perhesyyt) olivat vaikuttaneet nimenomaan Suomeen tuloon (asteikko: 1=ei lainkaan vaikutusta...4= erittäin paljon vaikutusta). Ulkomaalaistaustaisilta hoitajilta kysyttiin myös, miten vaikeina he olivat kokeneet Suomessa asuessaan erilaiset muutokset ja uuden oppimista vaativat asiat. Arvioitavat 11 asiaa (esim. byrokratiasta selviytyminen, ystävystyminen paikallisten kanssa ja ymmärretyksi tuleminen) poimittiin Wardin ja Kennedyn (1999) Sosiokulttuurisen sopeutumisen asteikolta (arviointiasteikko 1=ei vaikeuksia...5=erittäin suuria vaikeuksia). Tyytyväisyyttä elämään Suomessa kysyttiin asteikolla 0–10 (0=erittäin tyytymätön ja 10=erittäin tyytyväinen).

Ammatinharjoittamislupaan liittyen kysyttiin lääkäreiltä, millainen ammatinharjoittamislupa vastaajalla oli (1=itsenäinen, 2=rajoitettu, 3=amanuessi/harjoittelija) ja koska sen oli saanut. Hoitajilta kysyttiin ammatinharjoittamisluvan saamisvuotta, oliko joutunut ammatinharjoittamisluvan saamiseksi suorittamaan lisäopintoja Suomessa sekä millaisena koki ammatinharjoittamisluvan saamisen (1=helppoa, 2=vaikeaa).

Työllistymiseen liittyen ulkomaalaistaustaisilta vastaajilta pyydettiin arvioita ulkomaalaistaustan vaikutuksista työtä hakiessa (1=hyötyä, 2=hyötyä ja haittaa, 3=haittaa, 4=ei vaikutusta). Hoitajilta kysyttiin lisäksi, minkä verran eri tekijät (9 tekijää, esim. puutteellinen kielitaito, riittämätön tai epäsopiva koulutus, taloudelliset vaikeudet) olivat vaikeuttaneet työllistymistä tai työelämään osallistumista (asteikko 1=ei ollenkaan, 2=jonkin verran, 3=paljon).

Omaa arviota suomenkielellä selviämistä työhön liittyvissä tilanteissa (kanssakäyminen potilaiden kanssa, työtovereiden kanssa, kokouksissa, ammattikirjallisuuden seuraamisessa, työhön liittyvässä kirjoittamisessa) pyydettiin arvioimaan (asteikolla 1=erittäin hyvin...5=erittäin huonosti / 6=ei tarvetta). Lääkäreitä pyydettiin myös arvioimaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmän piirteitä (esim. järjestelmän

tehokkuus, selkeys, hoitoon pääsyn helppous) suhteessa oman maansa terveydenhuoltojärjestelmään (asteikko 1=Suomessa selvästi heikompi...5=Suomessa selvästi parempi).

Sekä ulkomaalaistaustaisilta lääkäreiltä että hoitajilta kysyttiin kanssakäymistä kantasuomalaisten ja ulkomaalaistaustaisten työtovereiden kanssa (1=yhtä paljon, 2=enemmän ulkomaalaistaustaisten kanssa, 3=enemmän kantasuomalaisten kanssa). Syrjintä määriteltiin eriarvoiseksi kohteluksi (ilman hyväksyttävää syytä) ja huonompaan asemaan asettamiseksi sen perusteella, että kuuluu tiettyyn ryhmään. Kokemuksia syrjinnästä kysyttiin eri lähteistä: työtovereiden, esimiehen ja potilaiden taholta (asteikko 1=erittäin usein/ jatkuvasti...5=erittäin harvoin).

Ulkomaalaistaustaisten lääkärien ja hoitajien kulttuurisia toimintatapoja työpaikalla selvitettiin soveltamalla Bergbomin (2012) Monikulttuuriset työyhteisöt -hankkeessa (Vartia ym. 2007) kehittämää, toistaiseksi julkaisematonta mittaria. Toimintatapoja arvioitiin sekä suomalaisen että oman kulttuurin suhteen (asteikko 1=en ollenkaan...5=erittäin paljon). Vastajat luokiteltiin (kussakin arvioitavassa tilanteessa) sen suhteen, toimivatko he enemmän suomalaisen kulttuurin mukaan, oman kulttuurin, vai yhtäläillä molempien kulttuurien toimintatapojen mukaisesti.

Kyselyaineistojen analyysi on kuvaileva ja tulokset esitetään suorina jakaumina, ristiintaulukoina sekä keskiarvojen vertailuina. Eroja ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten vastaajien välillä sekä ulkomaalaistaustaisten joukossa vastaajien syntymämaan mukaan testattiin χ^2 -testillä luokitelluissa muuttujissa ja F-testillä keskiarvovertailuissa.

2.2 Haastatteluaineistot ja analyysi

Tutkimuksessa haastateltiin lääkäreitä, hoitajia ja heidän esimiehiään. Lääkärit ja heidän esimiehensä haastateltiin vuosina 2009 ja 2010 ja hoitajat ja heidän esimiehensä vuosina 2011 ja 2012. Kaikkien haastatteluaineistojen keruu aloitettiin ottamalla yhteyttä muutamaani pääkaupunkiseudun perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yksiköihin, joilta tiedusteltiin, työskentelikö heillä ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä tai hoitajia. Yksiköille annettiin etukäteistietoa tutkimuksesta, jonka perusteella he saivat itse päättää halukkuudestaan osallistua tutkimukseen. Osallistumisesta kiinnostuneiden yksiköiden esimiehet informoivat mahdollisia osallistujia suullisesti, minkä jälkeen tutkijat sopivat haastatteluiden toteuttamisesta suoraan ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden kanssa. Osa ulkomaalaistaustaisista hoitajista tavoitettiin lisäksi tutkijoiden kontaktien kautta. Haastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista.

Lääkärien haastattelut

Lääkärien haastatteluaineisto kerättiin haastatteleamalla 12 terveysasemalla työskentelevää ulkomaalaistaustaista lääkäriä (seitsemän naista, viisi miestä) ja samoilla terveysasemilla työskentelevää viittä kantasuomalaista ylilääkäreitä (yksi nainen, neljä miestä). Ulkomaalaistaustaisten lääkärien ikä vaihteli 30 ja 60 ikävuoden välillä. Heistä kaksi

oli kotoisin EU/ETA-alueelta, kuusi Venäjältä ja loput neljä muista EU/ETA-alueen maista. Suurin osa ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä oli tullut Suomeen perhesyistä. Muina Suomeen tulon syinä mainittiin mahdollisuus saada paremmat tulot tai elämä, pakolaisuus ja kohtalo. Suomessa haastateltavat olivat asuneet haastatteluhetkellä kolmesta 19 vuoteen. Kaikki heistä olivat suorittaneet lääkärin tutkintonsa ulkomailla.

Haastattelumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Ulkomaalaistaustaisten lääkärin haastatteluteemoja olivat ammatinvalinta ja työura, Suomeen tulo, lääkärinoikeuksien saaminen, viihtyvyys työssä, kielitaito, kulttuuriset erot sekä integroituminen työyhteisöön. Ylilääkärin haastatteluissa kysyttiin ulkomaalaistaustaisten lääkärin yleisyydestä terveysasemalla, heidän rekrytoimisestaan, lupakäytännöistä, perehdytyksestä sekä integroitumisesta työyhteisöön. (Liite 2.) Haastattelut kestivät 45–90 minuuttia ja ne nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Nauhoitetuista haastatteluista syntyi 162 sivun tekstiaineisto.

Hoitajien haastattelut

Hoitajien haastatteluaineisto kerättiin haastatteleamalla 15 sairaanhoitajaa (13 naista ja kaksi miestä) ja viittä perusterveydenhuollon esimies- tai perehdytystehtävissä toimivaa kantasuomalaista naista (jatkossa osastonhoitaja). Ulkomaalaistaustaisista hoitajista kuusi työskenteli erikoissairaanhoidossa, kuusi perusterveydenhuollossa (samoilla osastoilla kuin tutkimukseen haastatellut osastonhoitajat) ja loput kolme muilla hoitotyön sektoreilla. Heidän ikäjakaumansa vaihteli 20 ja 48 ikävuoden välillä. Ulkomaalaistaustaisista hoitajista neljä oli kotoisin Virosta ja loput EU/ETA-alueen ulkopuolelta yhteensä 11 eri maasta. Heistä suurin osa oli tullut Suomeen jonkin perheeseen liittyvän syyn vuoksi. Muita Suomeen tuloon vaikuttaneita syitä olivat olleet opiskelu, työ, Suomen hyvä hoitotyön palkkataso sekä turvapaikan saaminen. Suomessa haastateltavat olivat asuneet haastatteluhetkellä vajaasta vuodesta 24 vuoteen. Haastateltujen hoitajien tutkinnon suoritusmaat vaihtelivat. Seitsemän oli opiskellut sairaanhoitajaksi suomalaisessa hoitotyön koulutuksessa Suomeen muuttamisen jälkeen. Loput olivat suorittaneet tutkintonsa ulkomailla ja heistä neljältä EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulleelta oli vaadittu lisäksi tutkinnon täydentävän koulutuksen suorittaminen Suomessa. Yhden haastateltavan osalta täydennyskoulutus oli kohdistunut lähihoitajan tehtäviin.

Myös hoitajien haastattelut suoritettiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Haastatteluteemat koskivat Suomeen tuloa ja työuran alkuvaiheen kokemuksia, ammatinharjoittamisoikeuden saamiseen liittyviä kokemuksia (muualla kuin Suomessa tutkinnon suorittaneiden osalta), integroitumista nykyiseen työyhteisöön (muun muassa perehdyttäminen, työyhteisön suhtautuminen ja työn kehittäminen), työhyvinvointiin liittyviä tekijöitä ja kulttuurisia eroja hoitotyössä eri maissa. Osastonhoitajien haastatteluissa kysyttiin yksiköiden ulkomaalaistaustaisten hoitotyöntekijöiden tilannetta sekä esimiesten kokemuksia liittyen ulkomaalaistaustaisten hoitajien rekrytointiin, perehdytykseen ja integroitumiseen työyhteisön ja esimiestyön näkökulmasta. (Liite 2.) Haastattelut kestivät 30–90 minuuttia ja ne nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Nauhoitetuista haastatteluista syntyi 222 sivun tekstiaineisto.

Haastatteluaineistojen analyysi ja kuvaustapa raportissa

Haastatteluaineistojen analyysimenetelmäksi valittiin laadullinen sisällönanalyysi. Kaikki haastatteluaineistot koodattiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti Atlas.ti-ohjelmaa apuna käyttäen. Molempien aineistojen koodit käytiin läpi useaan kertaan ja niitä yhdisteltiin ala- ja pääkategorioiksi. Tutkijat keskustelivat koodauksista keskenään. Tässä raportissa kuvataan aineistoista sellaisia koodeja ja kategorioita, jotka syventävät kyselyaineiston teemoja. Näitä olivat esimerkiksi kokemukset liittyen ammatinharjoittamisluvnan saamiseen, kielitaitoon, terveystieteiden tai hoitotyön toimintakulttuuriin sekä työyhteisön ja potilaiden suhtautumiseen.

Haastatteluaineistojen tulokset kuvataan tulososassa kyselyaineiston yhteydessä erillisinä osina. Tulosten kuvaamisen yhteydessä esitetään suoria lainauksia haastatteluista. Näissä aineisto-otteissa ilmoitetaan haastateltavien asema (lääkäri tai lääkäriesimies ja vastaavasti hoitaja tai hoitajaesimies) sekä haastattelunumero. Aineisto-otteiden keskellä esiintyvät kolme pistettä tarkoittavat poistettua tekstipätkää ja hakasulkeisiin on lisätty asiayhteyttä tarkentavia sanoja.

2.3 Eettiset kysymykset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen eettinen toimikunta on puoltanut tutkimuksen toteuttamista. Lisäksi haastatteluja varten on saatu tutkimusluvut tutkimukseen osallistuneista terveydenhuollon yksiköistä. Haastateltavien tunnistamattomuuden turvaamiseksi haastattelujen tulokset raportoidaan ilman viittauksia vastaajien henkilöllisyyteen, kotimaahan tai työyksikköön.

3 Suomeen tulo ja elämäntilanne Suomessa

Riikka Lämsä, Laura Hietapakka, Anna-Mari Aalto, Hannamaria Kuusio, Tarja Heponiemi ja Marko Elovainio

Tässä luvussa esitellään ulkomailta tulleiden terveydenhuollon ammattilaisten yleistä elämäntilannetta ja syitä saapua Suomeen. Lopuksi tarkastellaan ulkomaalaistaustaisten lääkärien ja hoitajien työnhakua ja työnhakuun vaikuttavia tekijöitä. Soveltuvien tuloksia vertaillaan kantasuomalaisten lääkärien ja hoitajien vertailuaineistojen tuloksiin.

3.1 Lääkärit

3.1.1 Tausta ja elämäntilanne

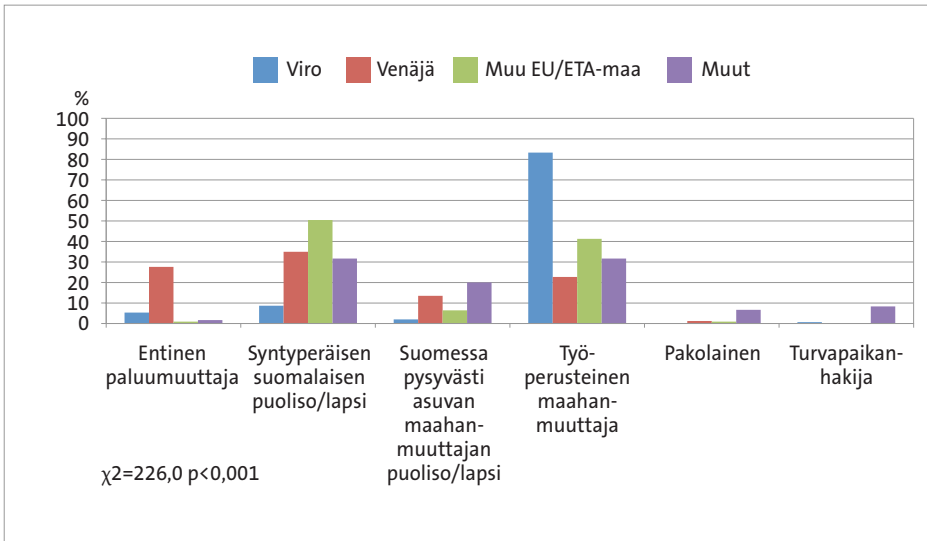
Kyselyyn vastanneista ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä suurin osa, kaksi kolmannesta, oli syntynyt Virossa tai Venäjällä. Neljännes oli lähtöisin jostakin muusta EU/ETA-maasta kuin Virossa ja loput 12 % oli syntynyt EU/ETA-alueen ulkopuolisessa maassa. Vastaajista 35 % puhui äidinkielenään venäjää, 28 % viroa ja 9 % saksaa. Jotain muuta kieltä äidinkielenään puhuvia oli 25 % ja suomi tai ruotsi oli äidinkielenä yhteensä 4 % vastaajista. Iältään ulkomaalaistaustaiset lääkärit olivat keskimäärin nuorempia kuin kantasuomalaiset (44,6 vuotta vs. 49,0 vuotta, $F=57,2$; $p<0,001$). Virolaistaustaiset lääkärit olivat ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä keskimäärin nuorimpia ja EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulleet puolestaan vanhimpia. (Taulukko 3.1.)

Ulkomaalaistaustaisten lääkärien sukupuolijakauma oli verrattain samanlainen kuin kantasuomalaisilla vastaajilla: ulkomaalaistaustaisissa vastaajissa naisia oli 61 % ja kantasuomalaisissa 59 %. Kuitenkin sukupuolijakaumassa oli havaittavissa eroja ulkomaalaistaustaisen vastaajan lähtömaan mukaan: virolais- ja venäläissyntyisistä lääkäreistä selvä enemmistö oli naisia, kun EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulleista naisista oli vain vajaa kolmannes. EU/ETA-maista tulleiden lääkärien joukossa naisia oli puolet. Kantasuomalaisiin verrattuna ulkomaalaistaustaisten joukossa oli vähemmän naimisissa tai avoliitossa olevia (75 % vs. 82 %), mutta jonkin verran enemmän eronneita (13 % vs. 9 %; $\chi^2=16,6$; $p<0,001$). Lapsia ulkomaalaistaustaisilla oli hieman useammin kuin kantasuomalaisilla (57 % vs. 49 %; $\chi^2=12,7$; $p<0,001$). Ulkomaalaistaustaisten vastaajien syntymämaa ei ollut yhteydessä siviilisäätyyn tai siihen, oliko vastaajilla lapsia. (Taulukko 3.1.)

Suomeen tulo ja asettuminen

Ulkomaalaistaustaisten lääkärien Suomeen tulon ajankohta vaihteli vastaajien kotoon mukaan. Venäjällä syntyneistä lääkäreistä puolet oli muuttanut pysyvästi Suomeen 1990-luvulla, kun taas Virossa syntyneistä lähes puolet oli tullut Suomeen vuoden 2005 jälkeen. Ennen 1990-lukua Suomeen tulleet lääkärit olivat yleisimmin kotoisin EU/ETA-alueen ulkopuolisesta maasta. (Taulukko 3.2.)

Puolet kyselyyn vastanneista ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä oli saanut oleskeluluvan perhesyistä: syntyperäisen suomalaisen puolisona tai lapsena (30 %), etnisenä paluumuuttajana (11 %) tai Suomessa asuvan maahanmuuttajan puolisona tai lapsena (9 %). Lähes yhtä yleinen peruste oleskeluluvan saamiselle oli työperusteinen maahanmuutto (47 %). Sen sijaan turvapaikanhakijoina tai pakolaisina oleskeluluvan oli saanut vain noin 1 % kyselyyn vastanneista lääkäreistä. Oleskeluluvan peruste vaihteli lääkärin syntymämaan mukaan (kuvio 3.1.). Virolaissyntyisistä suurin osa oli tullut Suomeen työperustaisena maahanmuuttajana, kun taas Venäjällä syntyneet olivat useammin saapuneet Suomeen perhesyistä. Muista maista tulleiden yleisimmät perusteet maahantuloon olivat työ tai suomalainen vanhempi tai puoliso.



KUVIO 3.1. Oleskeluluvan perusta ulkomaalaistaustaisilla lääkäreillä syntymämaan mukaan (%).

Suurin osa kyselyyn vastanneista ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä ilmoitti asuvansa Suomessa pysyvästi. Virolaissyntyisillä pysyvä oleskelu Suomessa oli kuitenkin harvinaisempaa kuin muista maista tulleilla. Lisäksi virolaiset olivat hankkineet Suomen kansalaisuuden selvästi harvemmin kuin Venäjältä tai muista EU/ETA-alueen ulkopuolisista maista tulleet lääkärin. (Taulukko 3.2.) Venäläistaustaiset olivat tyytyväisempiä elämään Suomessa verrattuna virolaistaustaisiin lääkäreihin (kuvio 3.2).

3.1.2 Koulutus ja ammatinharjoittamislupa

Suurin osa ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä oli suorittanut lääkärin perustutkintonsa Virossa (31 %) tai Venäjällä (29 %). Muussa EU/ETA-alueen maassa kuin Virossa tutkinnon oli suorittanut 24 % vastaajista ja Suomessa tutkinnon kertoi suorittaneensa 6 % ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä. Virolais- ja venäläistaustaiset ja EU/ETA-alueelta tulleet olivat pääosin suorittaneet lääkärin tutkinnon syntymämaassaan

TAULUKKO 3.1. Ulkomaalaistaustaiset ja kantasuomalaiset lääkärit taustatekijöiden mukaan.

		Ulkomaalaistaustaiset syntyvämaahan mukaan						
	Kanta-suomalaiset	Kaikki ulkomaalais-taustaiset	Ero kanta-suomalaiset vs ulkomaalais-taustaiset	Viro	Venäjä	Muu EU/ETA-maa	Muu EU/ETA-alueen ulkopuolinen maa	Ero syntyvämaahan mukaan
% (n)	(4759)	(549)		31 (162)	32 (168)	25 (129)	12 (65)	
Ikä vuosina (k.a. (SD))	49 (12)	45 (11)	F=57.2 p<0.001	42 (12)	45 (8)	46 (12)	48 (10)	F=5,17, p<0,01
Naisia %	61	59	n.s	69	77	50	29	F 55.4, p<0,001
Siviilisäätö (%)			$\chi^2=16.6,$ p<0,001					n.s.
naimaton	8	9		12	72	14	2	
naimisissa/avoliitossa	82	75		6	73	17	3	
eronnut	9	13		10	80	7	2	
leski	2	2		6	81	13	0	
Lapsia (%)	49	57	$\chi^2=12.7,$ p<0,001	52	58	59	63	n.s.

n.s.=ero ei ole tilastollisesti merkittävä

TAULUKKO 3.2. Ulkomaalaistaustaisten lääkärin Suomeen tulon ajankohta, pysyvä asuminen ja kansalaisuus syntymämaan mukaan (%).

	Kaikki (n=549)	Viro (n=162)	Venäjä (n=168)	Muu EU/ETA-maa (n=129)	Muu EU/ETA-alueen ulkopuolinen maa (n=65)	Ero syntymämaan mukaan
Suomeen tulovuosi						$\chi^2=144,2; p<0,001$
ennen 90-lukua	17	5	7	33	39	
1990–1994	20	21	26	15	15	
1995–1999	13	3	24	10	20	
2000–2004	23	24	28	15	15	
2005 tai myöhemmin	27	48	15	27	10	
Pysyvästi Suomessa	96	88	100	99	98	$\chi^2=36,7; p<0,001$
Suomen kansalaisuus	50	20	78	40	75	$\chi^2=132,2; p<0,001$

Haastatteluosio 3.1. Lääkärien ja esimiesten kokemuksia ammatinharjoittamisluvan saamisesta

Haastateltujen lääkäreiden kokemukset ammatinharjoittamisluvan saamisesta Suomessa vaihtelivat sen mukaan, oliko haastateltava tullut EU/ETA-alueelta vai sen ulkopuolelta. EU/ETA-maista tulleet kokivat luvan saamisen helpoksi, ainoaksi vaikeudeksi koettiin riittävän kielitaidon omaksuminen. Luvan saaminen koettiin helpoksi myös tilanteessa, jossa haastateltava oli tullut Suomeen EU/ETA-alueen ulkopuolelta, mutta EU-maan kautta.

Minun lupaprosessi on erikoistapaus, koska minun paperit on olleet valmiit Espanjassa. Minun ei tarvinnut tehdä Tampereen tenttiä. Espanjalla ja [kotimaalla] on sopimus, että ei tarvi tehdä mitään. Minä lähetin minun paperit Espanjassa, he katse-li ne ja sitten olin valmis. (Lääkäri 6)

Sen sijaan EU/ETA-maiden ulkopuolelta tulleet kokivat lupien saamisen monimutkaiseksi ja jopa kohtuuttomaksi erityisesti sen vuoksi, että ohjeistus lupaprosessista ja ohjaus prosessin kuluessa oli heikkoa tai olematonta. Eräs lääkäri vertasi Suomen tilannetta Saksaan:

Saksaan voisi verrata, yksi kaveri on sinne muuttanut. Siellä oli erittäin selkeät tavoitteet ja tie. Työvoimatoimisto tai vastaava pisti ne saman tien kielikursseille, joka oli tarkoitettu nimenomaan lääkäreille ja terveydenhuoltotyöhön. Se kesti vuoden ja sen jälkeen kyllä pystyi jo hyvin kommunikoimaan. Sen jälkeen oli aika selkeät tavoitteet että pitäisi tehdä tämä ja tämä asia. Että ne valtion viralliset tahot oli halunneet saada niitä ihan selvästi tälle uralle. (Lääkäri 9)

Suomessa tilanne näytti paljon heikommalta. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit olivat kohdanneet tiedonpuutetta lupaprosessista ja työskentelymahdollisuuksista niin työvoimatoimistossa kuin Kelassa. Viranomaistahojen sijaan tietoa oli saatu samasta maasta kotoisin olevilta kollegoilta.

Käytännössä tietoa ei mistään saa, ihan puskaradiosta, tieto pitäisi hyvin aktiivisesti itte hakea melkein kadulta. Mun kohdalla ei työvoimatoimisto, ei Kela, siis tommoset viralliset tahot, niillä ei ainakaan silloin ollut minkäänlaista tietoa miten ohjata. (Lääkäri 9)

Menin vielä uudestaan työvoimatoimistoon ja onneksi sain nuoren, ilmeisesti opiskelijan. Mulla oli jo kerääntynyt kaikista todistuksista kansio eli se, että mulla on kaksi ammattia. Hän katsoi minun kansion ja sanoi, että sun ei pitäisi olla täällä. Kysyin häneltä, miten se voi olla mahdollista, olen käynyt täällä melkein joka kuukausi. Hän sanoi, että tiedätkö että näille, jotka ovat ylioppilas tai yliopistosta valmistuneet on eri työvoimatoimisto. No mä menin sinne ja sieltä kysyttiin missä haluaisit olla töissä, he tarjosivat kolme työpaikkaa lääkäriksi ja kolme [minun toiseen ammattiin]. (Lääkäri 7)

Niin sanottuja Tampereen tenttejä pidettiin yleisesti vaikeina. Eräs ylilääkäri arveli, että suomalaisillakin lääkäreillä voisi olla vaikeuksia läpäistä niitä. 1990-luvun alkupuolella järjestettyjä Tampereen tentteihin valmistavia kursseja pidettiin tarpeellisina, mutta monikaan haastatelluista ei ollut ehtinyt osallistua niihin ennen kuin

ne oli lopetettu.

Piti suorittaa tentti. Muistan, että ekalla kerralla sali oli täynnä, melkein sata ihmistä istui salissa, ja kolmen kuukauden päästä he ilmoittivat, että ainoastaan yksi oli läpäissyt [tentin]. Että minkälainen tentti se on, että koko sali putoaa, se oli ihan suorastaan epäoikeudenmukaista. (Lääkäri 12)

Nyt ne [ulkomaalaistaustaiset lääkärit] joutuu käymään pirunmoisen tentin, josta on kyseenalaista, että pääsiskö edes joku tämmöinen vanha lääkäri kovin helpolla läpi. (Lääkäriesimies 4)

Haastatteluosio 3.2. Lääkärien ja esimiesten kokemuksia kielikoulutuksesta ja kielitaidosta

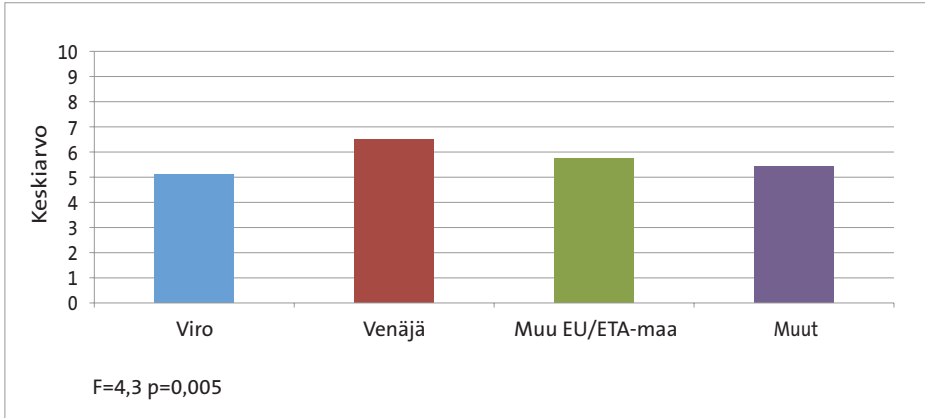
Lähes kaikki haastatellut lääkärit olivat osallistuneet suomen kielen kursseille ennen työllistymistään. Monessa tapauksessa kielikoulutus oli ollut määrällisesti riittämättömää tai epäsopevaa eikä terveydenhuollon ammattilaisille räätälöityä.

Kieli oli vaikea, se on täysin erilainen. Työvoimatoimisto tarjosi tavallisen ulkomaalaiskielikurssin. Menin sinne yks tai kaks päivää, mutta opiskelijat olivat eritasoisia. Jotkut eivät tienneet ollenkaan alfabeettia, opiskelu oli aakkosia ja sitä miten jokainen tämmöinen tavu muodostuu ja ääntämistä. (Lääkäri 7)

Sain mahdollisuuden opiskella aikuiskoulutuskeskuksessa iltaisin suomen kieltä. Se oli viis kuukautta ja oli harmi, että juuri kun päästiin monikkoon ja kielioppi, niin kurssi loppu siihen. (Lääkäri 10)

Yleisesti ottaen lääkäriesimiehet näkivät ulkomaalaistaustaisten lääkärien suurimpana ongelmana nimenomaan kielitaidon eikä niinkään kliinisten taitojen puuttumisen. Todistukset eivät olleet kertoneet tarpeeksi käytännön kielitaidosta, jolloin haastattelu oli työhönottovaiheessa ensiarvoisen tärkeä. Erään ulkomaalaistaustaisen lääkärin mukaan kielitaidon kontrollointi oli joissain tapauksissa aiheuttanut myös ristiriitoja työnantajan ja työntekijän välille, koska kielitaitoa testattiin vasta työhönoton jälkeen.

Et mä ihmettelen, [terveyskeskuksessa] oli tullut paljon valituksia, miten ulkomalaiset lääkärit osaa huonosti suomea. Ylilääkäri oli keksinyt, että täytyy kouluttaa ja nyt on monet kollegat valittaneet, et heille on tullut joku jostain projektista puhumaan ja arvioimaan heidän suomen kielen taitoa vastaanotolle. Ne oli hyvin närkästyneet siitä, että niillä on jo virallinen tutkinto suoritettu (...) Täytyy kai se ensin kielitaito testata ennen kun ottaa ulkomaalaisen virkaan eikä tehdä sillä tavalla, että palkataan ja sitten rupeaa tenttaamaan. (Lääkäri 3)



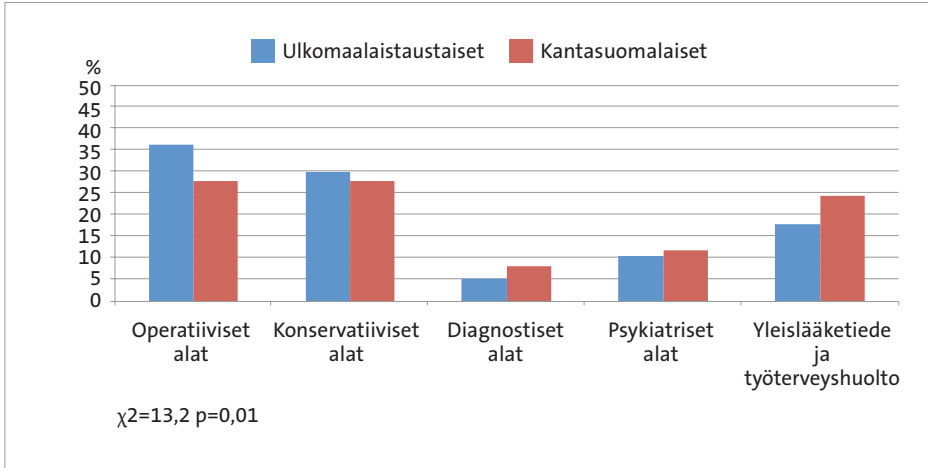
KUVIO 3.2. Ulkomaalaistaustaisten lääkärien tyytyväisyys elämään Suomessa syntymämaan mukaan (Asteikko 0–10).

(97 %, 83 % ja 90 %). Ryhmään ”muualla syntyneet” kuuluvista 12 % oli suorittanut tutkinnon Suomessa, 15 % Venäjällä, 18 % Virossa ja 51 % jossakin muussa maassa.

Erikoislääkärien tutkinto oli ulkomaalaistaustaisten lääkärien joukossa harvinaisempi kuin kantasuomalaisilla (49 % vs. 71 %; $\chi^2=107,3$; $p<0,001$). Syntymämaan mukaisessa tarkastelussa huomattiin, että Venäjältä tulleet lääkärin olivat erikoistuneet (37 %) muualta tulleita vähemmän ($\chi^2=21,6$; $p<0,001$). Suurin osa (76 %) erikoistuneista ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä oli hankkinut erikoislääkäriin pätevyyden Suomessa. Virossa lähtöisin olevat lääkärin olivat erikoistuneet muita harvemmin Suomessa (60 %; $\chi^2=25,5$; $p<0,001$). Ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä kaksi kolmasosaa oli erikoistunut operatiivisille tai kirurgisille aloille. Alat olivat ulkomaalaistaustaisten joukossa ylliedustettuja verrattuna kantasuomalaisiin lääkäreihin. Sen sijaan yleislääketieteeseen ulkomaalaistaustaiset olivat erikoistuneet kantasuomalaisia vähemmän. (Kuvio 3.3.) Erikoistumisaloista ei löytynyt vastaajan syntymämaan mukaisia eroja. Suurimmalla osalla (84 %) ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä oli itsenäinen ammatinharjoittamislupa, lähtömaan mukaan ei esiintynyt merkitseviä eroja tässä suhteessa.

3.1.3 Työllisyystilanne

Kyselyyn vastanneista ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä 92 % oli työelämässä, kun vastaava prosenttiosuus kantasuomalaisilla oli 83 % ($\chi^2=45,1$; $p<0,001$). Työllistymisessä oli havaittavissa lähtömaan mukaisia eroja niin, että EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulleet olivat harvemmin työelämässä kuin muut (84 %; $\chi^2=35,1$; $p<0,001$). Vajaa neljännes kaikista ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä oli tehnyt Suomessa myös muita kuin lääkärin töitä. Ulkomaalaistaustaiset lääkärin kokivat, että ulkomaalaisuudesta oli työnhaussa sekä hyötyä että haittaa. Hieman yli viidennes (23 %) arvioi, että heidän ulkomaalaisuudestaan oli haittaa työtä hakiessa, ja 19 % vastaajista piti ulkomaalaistaustaansa etuna, 27 % oli kokenut ulkomaalaistaustaisuutensa sekä hyötynä



KUVIO 3.3. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten erikoislääkärien erikoistumisalat (%).

että haittana. Kuitenkin lähes kolmasosa vastaajista (31 %) oli sitä mieltä, ettei ulkomaalaisuudella ollut merkitystä työnhaussa. Maakohtaisissa vertailuissa havaittiin, että virolaiset arvioivat venäläisiä useammin, ettei ulkomaalaisuudella ollut työnhaussa merkitystä ($\chi^2=26,55$; $p=0,002$).

3.2 Hoitajat

3.2.1 Tausta ja elämäntilanne

Ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat useimmin syntyjään virolaisia tai venäläisiä (taulukko 3.3.). Äidinkielenään venäjää puhui 35 % vastaajista, viroa 15 % ruotsia 4 %, suomea 6 % ja jotakin muuta kieltä 41 %. Ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat nuorempia kuin kantasuomalaiset (k.a. 42 vs. 47 vuotta; $F=10,14$; $p<0,001$). Nuorimpia olivat afrikkalaistaustaiset sekä EU/ETA-alueen ulkopuolisesta Euroopasta tai Lähi-idästä tulleet (k.a. 35 vuotta ja 39 vuotta) ja vanhimpia venäläis- ja virolaistaustaiset (k.a. 45 vuotta kummassakin ryhmässä). Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten vastaajien sukupuolijakauma oli hyvin samankaltainen, kummassakin ryhmässä valtaosa oli naisia. Sukupuolijakauma vaihteli kuitenkin ulkomaalaistaustaisten hoitajien joukossa syntymämaan mukaan niin, että Virosta tai Venäjältä lähtöisin olevista hoitajista lähes kaikki olivat naisia kun taas afrikkalaistaustaisista hoitajista merkittävä osa (41 %) oli miehiä. Ulkomaalaistaustaisten hoitajien siviilisäätö erosi kantasuomalaista: ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat harvemmin naimisissa tai avoliitossa, mutta vähän useammin eronneita. Lapsia ulkomaalaistaustaisilla ja kantasuomalaisilla oli lähes yhtä usein. Lapsia oli useimmin EU/ETA-alueen ulkopuolisista maista tai Lähi-idästä tulleilla ja vähiten aasialaistaustaisilla vastaajilla. (Taulukko 3.3.)

TAULUKKO 3.3. Ulkomaalaistaustaiset ja kantasuomalaiset hoitajat taustatekijöiden mukaan.

	Kanta-suomalaiset	Kaikki ulkomaalais-taustaiset	Viro	Venäjä	Muu EU/ETA-maa	Muu Eurooppa/Lähi-itä	Aasia	Afriikka	Pohjois-/Etelä-Amerikka (ml Kanada)	Ero syntymämaan mukaan (F- tai χ^2 -testi)
% (n)	(1008)	(515)	19 (79)	23 (97)	17 (71)	11 (45)	11 (46)	15 (64)		
Ikä vuosina (k.a. SD)	47 (8,9)	42 (9,6)	45 (9)	45 (10)	42 (9)	39 (9)	42 (10)	35 (7)	40 (9)	F=10,1; p<0,001
Naisia %	91	88	100	98	80	84	87	59	89	$\chi^2=65,3$; p<0,001
Siviilisäätö										n.s.
naimaton	8	10	8	7	14	4	13	14	5	
naimisissa/avoliitossa	79	72	70	69	66	93	76	70	68	
eronnut/asumuserossa	11	16	19	21	19	2	7	16	26	
leski	1	2	4	2	1	0	4	0	0	
Lapsia	52	57	54	51	51	84	33	64	68	$\chi^2=21,8$; p=0,001

n.s.=ero ei tilastollisesti merkitsevä

TAULUKKO 3.4. Ulkomaalaistaustaisten hoitajien Suomeen tulon ajankohta, pysyvä asuminen ja kansalaisuus syntymämaahan mukaan (%).

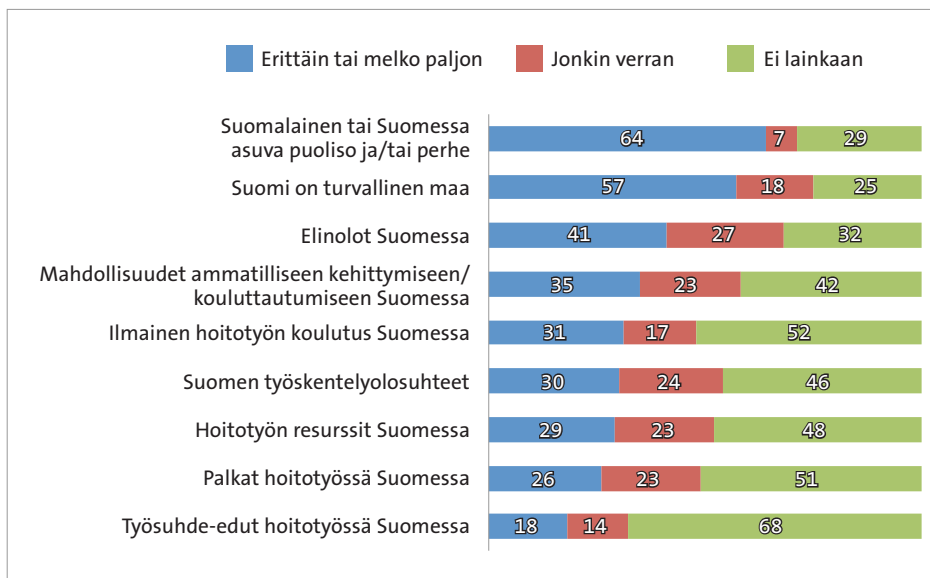
	Ulkomaalais- taustaiset (kaikki)	Viro	Venäjä	Muu EU/ ETA-maa	U:n ulkopuolinen Eurooppa/ Lähi-itä	Aasia	Afriikka	Pohjois/Etelä- Amerikka	Ero syntymämaahan mukaan
Tullut Suomeen %									$\chi^2=11,8; p<0,001$
ennen 90-lukua	12	11	7	33	2	11	0	47	
1990–1994	24	42	29	16	27	16	16	5	
1995–1999	26	29	28	19	39	22	20	11	
2000–2004	25	12	29	18	23	24	43	32	
2005 tai myöhemmin	12	7	6	13	9	27	21	5	
Pysyvästi Suomessa	97	95	100	97	100	91	92	100	$\chi^2=14,0; p=0,03$
Suomen kansalaisuus	62	43	82	46	76	65	44	58	$\chi^2=47,0; p<0,001$

Suomeen tulo ja asettuminen

Ulkomaalaistaustaisten hoitajien Suomeen tulon ajankohta vaihteli vastaajien kotimaan mukaan (Taulukko 3.4.). Virolaistaustaisista vajaa puolet (42 %) oli tullut Suomeen jo 90-luvun alkupuolella. Venäjältä Suomeen oli saapunut hoitajia tasaisesti 90-luvun alusta aina 2000-luvun puoliväliin asti, mutta sen jälkeen venäläisten tulijoiden määrä oli selvästi vähentynyt.

Hoitajista 76 % oli saanut oleskeluluvan Suomeen perheeseen liittyvien tekijöiden vuoksi: syntyperäisen suomalaisen aviopuolisona tai lapsena (40 %), etnisenä paluumuuttajana (19 %) tai Suomessa pysyvästi asuvan maahanmuuttajan puolisona tai lapsena (17 %). Työn perusteella Suomeen oli muuttanut alle viidennes (17 %) hoitajista. Turvapaikan hakijoita tai pakolaisia oli yhteensä 7 % kyselyyn vastanneista hoitajista. Oleskeluluvan syissä oli maakohtaisia eroja: Virossa ja Venäjällä syntyneet olivat saaneet oleskeluluvan useimmin etnisenä paluumuuttajana tai syntyperäisen suomalaisen aviopuolisona tai lapsena. EU/ETA-alueen ulkopuolisessa Euroopassa ja Lähi-idässä syntyneet olivat tulleet Suomeen useimmin turvapaikanhakijoina tai pakolaisina. Aasiassa, Australiassa ja Afrikassa syntyneet vastaajat olivat puolestaan useimmiten työperusteisia maahanmuuttajia.

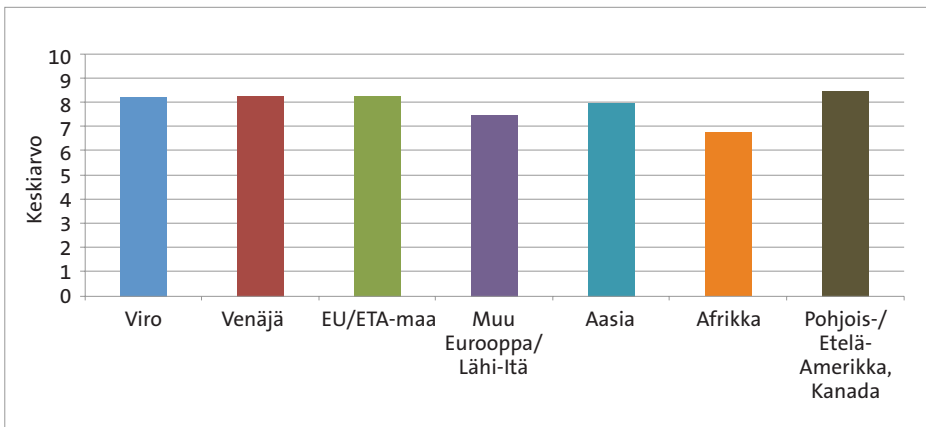
Suomeen tulon syissä oli maakohtaista vaihtelua (F-arvojen vaihteluväli 2,35-13,21; p-arvot <0,01). Perhesyyt olivat tärkeä Suomeen tulon syy muille paitsi Afrikassa syntyneille. Suomen turvallisuus ja elinolot olivat perhesyiden ohella tärkeitä Venäjällä, Virossa, muualla Euroopassa sekä Aasiassa syntyneille hoitajille. Afrikassa syntyneille vastaajille tärkeimpiä Suomeen tulon syitä olivat ilmainen hoitotyön koulutus Suomessa, mahdollisuudet ammatilliseen kehittymiseen tai kouluttautumiseen sekä Suomen turvallisuus. (Kuvio 3.4.)



KUVIO 3.4. Ulkomaalaistaustaisten hoitajien Suomeen tuloon vaikuttaneita tekijöitä (%).

Avovastauksissa hoitajat kuvasivat useita tekijöitä, joiden vuoksi he olivat olleet halukkaita lähtemään kotimaastaan. Mainituimmat tekijät liittyivät perheeseen: avioliitto, perhe, rakkaus tai puolison mukana muuttaminen. Muita useasti mainittuja syitä olivat erilaiset poliittiset ja taloudelliset ongelmat lähtömaassa, opiskelu, halu nähdä eri kulttuureja ja kokea jotain uutta, sekä toive paremmasta elämästä. Vain 4,5 % vastanneista mainitsi työn tai vaikeudet saada työtä alkuperäisessä kotimaassaan syyksi lähteä maastaan. Hoitajat olivat tulleet nimenomaan Suomeen, koska heillä oli kontakteja Suomessa tai suomalaiset sukujuuret. Muita mainittuja syitä olivat Suomen läheisyys (naapurimaista tulevien osalta), Suomen tarjoamat edut ja mahdollisuudet, opiskelu sekä muiden vaihtoehtojen puute (esimerkiksi pakolaisuus). Vain neljä vastaajaa esitti avovastauksissa työn olleen Suomeen tuloon vaikuttanut syy.

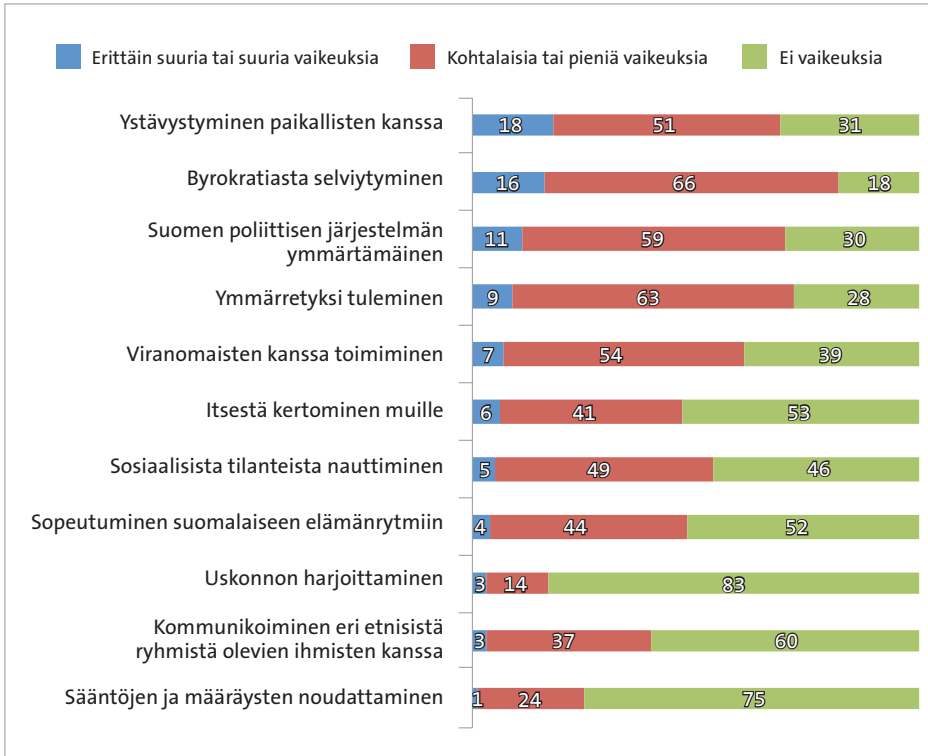
Suurin osa (yli 90 %) ulkomaalaistaustaisista hoitajista asui Suomessa pysyvästi ja Suomen kansalaisuus oli hieman yli 60 %:lla vastaajista (Taulukko 3.4.). Kansalaisuudessa oli lähtömaan mukaisia eroja ($\chi^2=47,04$; $p<0,001$) niin, että useimmin Suomen kansalaisuus oli venäläistaustaisilla hoitajilla ja harvimminkin Virosta, muista EU/ETA-maista ja Afrikasta tulleilla. Kaikki ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat verrattain tyytyväisiä elämäänsä Suomessa, vaikka eri maissa syntyneiden välillä olikin eroja ($F=7,45$; $p<0,001$). Tyytymättömmimpiä olivat afrikkalaistaustaiset hoitajat (k.a. 6,8). Tyytyväisimpiä olivat Amerikasta, Virosta, Venäjältä ja EU/ETA-maista lähtöisin olevat hoitajat (keskiarvot 8,2–8,5). (Kuvio 3.5.)



KUVIO 3.5. Ulkomaalaistaustaisten hoitajien tyytyväisyys elämään Suomessa syntymämaan mukaan (asteikko 1–10).

Ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat kokeneet vaikeuksia erityisesti byrokratiasta selviytymisessä, ystävystymisessä paikallisten kanssa ja Suomen poliittisen järjestelmän ymmärtämisessä (kuvio 3.6.). Maakohtaisessa tarkastelussa erityisesti afrikkalaistaustaisilla oli ollut myös muunlaisia vaikeuksia: he ilmoittivat kokeneensa vaikeuksia myös ymmärretyksi tulemisessa, viranomaisten kanssa toimimisessa, so-

peutumisessa suomalaiseen elämänrytmiin, sosiaalisista tilanteista nauttimisessa, uskonnon harjoittamisessa sekä kommunikoinnissa eri etnisistä ryhmistä olevien ihmisten kanssa (F-arvojen vaihteluväli 2,49- 6,82; p-arvot<0,05).



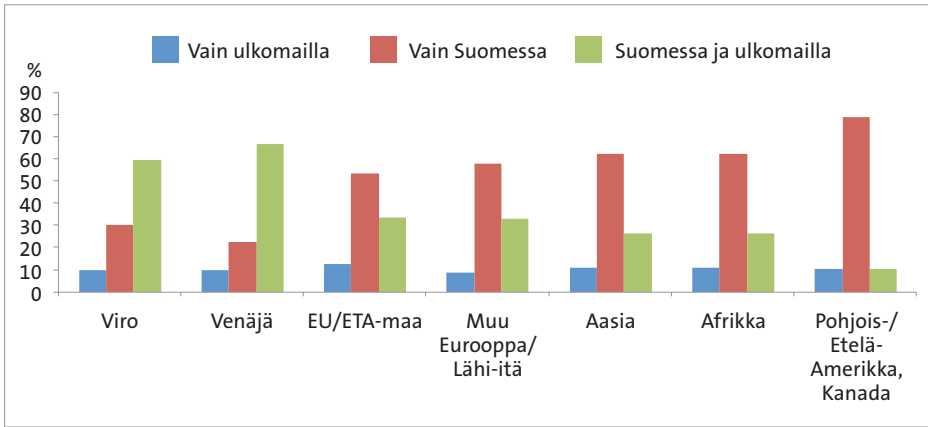
KUVIO 3.6. Ulkomaalaistaustaisten hoitajien kohtaamia vaikeuksia Suomessa (%).

3.2.2 Koulutus ja ammatinharjoittamislupa

Kyselyyn vastanneista ulkomaalaistaustaisista hoitajista 48 % oli suorittanut hoitotyön (sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kättilön) tutkinnon Suomessa, 10 % Suomen ulkopuolella ja 42 % sekä Suomessa että jossakin muussa maassa. Tutkinnon suorittamista kuitenkin vaihteli syntymämaahan mukaan: suurimmalla osalla virolais- ja venäläistaustaisista oli sekä Suomessa että muualla suoritettu tutkinto, mutta muissa maissa syntyneistä enemmistö oli suorittanut tutkinnon vain Suomessa (kuvio 3.7.).

Suomen ulkopuolella tutkinnon suorittaneista 77 % oli joutunut suorittamaan Suomessa lisäopintoja ammatinharjoittamisluvan saamiseksi. Noin kaksi kolmasosaa kyselyyn vastanneista hoitajista oli kokenut ammatinharjoittamisluvan saamisen Suomessa helpoksi. Kuitenkin 37 % hoitajista oli kohdannut ongelmia ammatinharjoittamisluvan hankkimisessa. Eniten vaikeuksia olivat kokeneet Virossa, Venäjällä sekä Aasiassa syntyneet vastaajat ($\chi^2= 22,94$; $p<0,01$). Lisäksi eniten vaikeuksia ammatinharjoittamisluvan saamisessa raportoivat ne, jotka olivat suorittaneet tutkinnon sekä

Suomessa että ulkomailla (67 % vs. 18 % vain Suomessa suorittaneista ja 14 % vain jossakin muussa maassa kuin Suomessa tutkinnon suorittaneista, $\chi^2=46,4$; $p<0,001$).



KUVIO 3.7. Koulutuksen suoritusmaa syntymämaan mukaan ulkomaalaistaustaisilla hoitajilla (%).

Kyselyyn liitetystä avovastausosioista ilmeni, että hoitajien kohtaamat hankaluudet liittyivät erityisesti vastaajan omiin puutteellisiin suomen kielen taitoihin ja toisaalta epäselviin ammatinharjoittamisluvan saamisen käytäntöihin. Vastaajat kuvasivat esimerkiksi, että heidän ulkomailla suorittamaansa, esimerkiksi virolaista välskärin tutkintoa ei ollut tunnustettu Suomessa. Osa varsinkin 1990-luvulla Suomeen tulleista hoitajista oli ohjattu suorittamaan hoitotyön tutkinto kokonaan uudelleen. Vaikeudet liittyivät myös byrokraatiaan: ”paperisotaan”, täytettävien lomakkeiden liialliseen määrään sekä todistusten kääntämisen ja laillistamisen ongelmiin. Vaaditut lisäopinnot oli koettu usein liian pitkiksi ja teoriapainotteisiksi. Lisäksi ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat kohdanneet kulttuurieroja ja ulkomaalaisiin kohdistuvia ennakkoluuloja, jotka olivat vaikeuttaneet ammatinharjoittamisluvan saamista.

3.2.3 Työllistyminen

Kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat, että heidän ulkomaalaisuudestaan oli ollut työnhaussa sekä hyötyä että haittaa. Hyötyä oli kokenut 19 % ja haittaa 15 % vastaajista. Vastaajista 30 % ilmoitti ulkomaalaisuudestaan olleen sekä hyötyä että haittaa, kun taas 36 % oli sitä mieltä, että taustalla ei ollut merkitystä. Maakohtaisissa vertailuissa ulkomaalaistaustastaan kokivat hyötynneen työnhaussa eniten Venäjällä syntyneet vastaajat. Haittana taustansa olivat kokeneet erityisesti Afrikasta lähtöisin olevat hoitajat ($\chi^2= 38,11$; $p<0,01$).

Suurin este työnsaannille tai työelämään osallistumiselle oli hoitajien kielitaito. Lisäksi työnantajien asenteet ja vähäiset suhteet kantasuomalaisiin koettiin esteinä työllistymiselle. (Kuvio 3.8.) Maakohtainen vertailu osoitti, että puutteellinen kielitaito oli hankaloittanut työelämään osallistumista eniten Aasiasta, Australiasta ja Af-

Haastatteluosio 3.3. Hoitajien kokemuksia ammatinharjoittamisluvan saamisesta ja täydentävästä koulutuksesta

Haastatteluaineistossa nimenomaan Virosta tulleet hoitajat kuvasivat luvan saamista helpoksi, vaikka erilaiset käytännöt esimerkiksi suonensisäisen lääkityksen (iv) antamiseen liittyen herättivätkin virolaisissa hoitajissa ihmetystä.

Täyty ottaa Eestistä terveydenhoitoministeriöstä paperi, et olen tehny tutkinnon. Englanniksi se on käännetty ja maksaa jotakin kakssataa euroo. Ne lähetetään tänne ja Valvira tutkii sun backgroundit ja kun antaa luvan, niin sä oletkin virallinen sairaanhoitaja. (Hoitaja 12)

Eestissä kun sairaanhoitajat lopettavat koulun ne saavat heti tehä iv juttuja, mutta täällä olis pitäny käyvä ja kävinkin koulussa ja suoritin iv-lääke laskutentti ja teoriatentti. (Hoitaja 12)

Monet olivat kuitenkin opiskelleet tutkinnon toiseen kertaan Suomessa tai joutuneet täydentämään tutkintoaan. Tutkinnon täydentämisen tarvetta oli perusteltu haastateltaville eroilla eri maiden hoitotyön koulutuksissa ja hoitotyön poikkeavalla luonteella Suomessa.

Näytin mun todistukset ja siellä päätettiin, mitä Suomessa tarvitaan, mitä ei oo opiskellu Venäjällä. Uudestaan piti opiskella ja tenttiä ja sitten sai lupa. Se ei niin helpoo ollu. (Hoitaja 14)

Englannissa ja myöskin Amerikassa, luokatoverit menee työhön suoraan jos osaa englannin kielen, mutta Suomessa ei (...) Ei koska meidän koulutuksesta puuttuu esimerkiksi vanhustenhoito ja kotihoito, kun meillä ei oo tälläinen juttuja. (Hoitaja 7)

Eräs haastatelluista hoitajista oli suorittanut puolitoista vuotta kestäneen pätevyyskoulutuksen. Koulutus oli kielitaidon ja työkokemuksen näkökulmasta hyödyllinen, mutta erot osallistujien lähtötasoissa olivat turhauttavia.

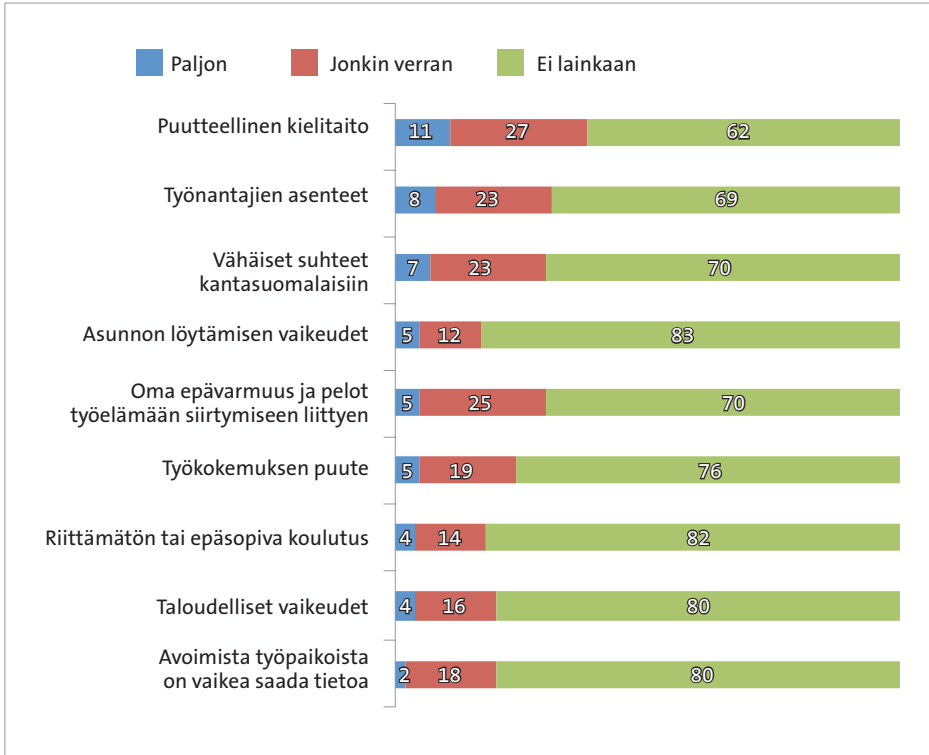
Pätevyyskoulutus on mulle sopinu ihan hyvin. En opi paljon hoitoalaa, mutta kielitaito on kehittyny ja pääsee työharjoitteluun joka paikkaan tutustumaan. Mut kursilla ihminen ovat erilaisia ja heidän taito on eri. Sanoin monta kertaa opettajalle, tää kurssi on liian hidas, mennään nopeampi. Tuntu et puolitoista vuotta tuhlatu aika, mulle puoli vuotta riittää. (Hoitaja 7)

Haastatteluosio 3.4. Ulkomaalaistaustaisten hoitajien rekrytoiminen

Ulkomaalaistaustaiset hoitajat rekrytoituivat terveydenhuoltoon useita kanavia pitkin. Haastatellut hoitajat olivat saaneet tietoa avoimista työpaikoista erityisesti internetistä, ystäviltä tai tuttaviltaan sekä muilla tavoin itsenäisesti etsimällä ja kyselemällä. Kaksi haastateltavaa oli työllistynyt välitysfirman avulla. Hoitotyön esimiehet puolestaan kertoivat haastatteluissa, että hoitajia rekrytoidaan sanomalehtien työpaikkailmoituksilla, työvoimatoimiston internet-sivuilla ja Viroon suuntautuvilla rekrytointimatkoilla. Perusterveydenhuollossa hoitajien rekrytointi oli usein työhönoton ja sairaalan ylihoitajan yhteistyötä. Työhönoton pääasiallisena roolina oli työpaikkahakemusten ja tutkintopapereiden ensivaiheen käsittely ja avoimien työpaikkojen koordinointi eri sairaaloiden kesken. Kuitenkin varsinainen työhaastattelu tehtiin yksiköiden esimiesten toimesta.

Työhönoton osuutta vois vielä lisätä (...) Oon ollu paljon ylihoitajan kanssa haastattelemassa tulijoita, ne on pelkästään täyttäneet sähkösen hakemuksen eikä oo välttämättä työhönotossa käynykään (...) Enempi sais työhönotto osallistuu. Siel [työhönotossa]varmaan joutuu paljon tekemään rekrytointia, pitää tehdä mainosta ja esitettä ja mennä puhumaan kouluihin ja Viroon ja maaseudulle. Onks siellä ollenkaan sitä, et otetaan haastatteluun ja kuulustellaan oikein viimisen päälle, et olis vähän tarkemmin tietoo [tulijoista]. (Hoitajaesimies 5)

rikasta lähtöisin olevilla hoitajilla. Lisäksi Afrikasta lähtöisin olevien hoitajien työllistymistä olivat vaikeuttaneet muita enemmän työkokemuksen puute, työnantajien asenteet, asunnon löytämisen vaikeudet sekä vähäiset suhteet kantasuomalaisiin (χ^2 -arvojen vaihteluväli 17,0- 78,7; $p < 0,01$).



KUVIO 3.8. Työllistymistä ja työelämään osallistumista vaikeuttaneet tekijät ulkomaalaistaustaisilla hoitajilla (%).

Työllistymisen esteistä huolimatta 92 % kyselyyn vastanneista ulkomaalaistaustaisista hoitajista oli työelämässä. Valtaosa ulkomaalaistaustaisista hoitajista oli tehnyt Suomessa valmistumisensa jälkeen vain sosiaali- ja terveysalan töitä (91 %) ja heistäkin 71 % oli ollut alusta asti tutkintoaan vastaavassa työssä (taulukko 3.5.). Afrikassa sekä Pohjois- tai Etelä-Amerikassa syntyneet vastaajat ilmoittivat muita useammin työskennelleensä muussa kuin tutkintoaan vastaavassa työssä ($\chi^2=48,07$; $p < 0,001$). Kantasuomalaisiin verrattuna ulkomaalaistaustaiset olivat tehneet harvemmin muuta kuin sosiaali- ja terveysalan työtä (taulukko 3.5.).

Työttömänä ulkomaalaistaustaisista hoitajista oli viimeisen vuoden aikana ollut 9 % ja kantasuomalaisista hoitajista 3 % (ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, $\chi^2=4,31$; $p=0,64$). Puolet työttömänä olleista ulkomaalaistaustaisista hoitajista oli hakenut töitä, mutta heitä ei ollut valittu työtehtävään tai sopivaa työtehtävää ei ollut tarjolla.

TAULUKKO 3.5. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten sairaan- ja terveydenhoitajien työkokemus (%).

	Ulkomaalaistaustaiset hoitajat	Kantasuomalaiset hoitajat
Tutkintoa vastaava työ	71	66
Muu työ: lähihoitajan/ perushoitajan työ	14	7
Muu työ: muu sosiaali- ja terveysalan työ	6	13
Muu työ: muu kuin sosiaali- ja terveysalan työ	9	14

($\chi^2=8,2$; $p=0,004$)

Osan (14 % vastaajista) elämäntilanteeseen työn hakeminen ei sopinut ja osalla (36 %) muut syyt, kuten opiskelu tai äitiysloma, vaikuttivat vastaushetken työllisyystilanteeseen. Eri maista tulleiden välillä ei ollut eroa työttömyyden syissä ($\chi^2=11,21$; $p=0,51$).

3.3 Yhteenveto

Yli puolet ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä oli tullut Suomeen lähialueilta, Virossa tai Venäjältä ja vain vähän yli 10 % EU/ETA-alueen ulkopuolelta. Hoitajien tausta oli moninaisempi: vaikka hoitajienkin suurimmat yksittäistä maata edustavat ryhmät olivat Venäjällä ja Virossa syntyneet, niin 40 % hoitajista oli tullut EU/ETA-alueen ulkopuolisista maista.

Lääkäreillä perhesyyt olivat suurin syy oleskeluluvan saamiselle, mutta työperusteisena maahanmuuttajana oleskeluluvan oli saanut lähes yhtä moni. Hoitajilla taas perhesyyt olivat selvästi yleisin oleskeluluvan peruste, työperusteinen oleskelulupa oli vain vajaalla viidenneksellä hoitajista. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat asuivat pääsääntöisesti pysyvästi Suomessa ja suurimmalla osalla oli myös Suomen kansalaisuus. Virolaistaustaisilla Suomen kansalaisuus oli kuitenkin harvinaisempi. Hoitajien joukossa myös afrikkalaistaustaisilla ja Viron ulkopuolisista EU/ETA-maista tulleilla oli Suomen kansalaisuus muita harvemmin.

Lääkärit olivat kaiken kaikkiaan hoitajia tyytymättömämpiä elämäänsä Suomessa. Syitä lääkärien tyytymättömyyteen Suomessa ei kysytty, mutta hoitajat olivat kokeneet eniten ongelmia byrokratiasta selviytymisessä, ystävystymisessä paikallisten kanssa, ymmärretyksi tulemisessa ja Suomen poliittisen järjestelmän hahmottamisessa. Kuitenkin huomattavat vaikeudet olivat hoitajillakin harvinaisia.

Ulkomaalaistaustaisten lääkärien haastatteluissa kävi ilmi, että EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulleet kokivat lupaprosessin kaikkein hankalimpana tiedon ja ohjauksen puutteen sekä riittämättömän kielikoulutuksen vuoksi. Sen sijaan EU/ETA-alueelta saapuneet olivat kokeneet luvan saamisen helpoksi ja nopeaksi.

Hoitajista huomattava osa oli suorittanut hoitajan tutkinnon Suomessa, joko ainoana tutkintona tai muussa maassa suoritetun tutkinnon lisäksi. Yli kolmannes ul-

komaalaistaustaisista hoitajista piti ammatinharjoittamislupaprosessia hankalana, erityisesti ne, jotka olivat suorittaneet tutkinnon Suomessa ja jossakin muussa maassa. Ongelmat pätevytymisprosessissa liittyivät muun muassa puutteelliseen kielitaitoon, monimutkaisiin ja byrokraattisiin käytäntöihin sekä pitkiin ja teoriapainotteisiin lisäopintoihin.

Kyselyyn vastanneet lääkärit ja hoitajat olivat työllistyneet hyvin, sillä lähes kaikki olivat työelämässä. Lääkärit ja hoitajat arvioivat ulkomaalaisuuden vaikutusta työn saannille suhteellisen samalla tavalla: noin kolmannes arvioi ulkomaalaisuudestaan olleen sekä hyötyä että haittaa ja hieman yli kolmannes katsoi, ettei ulkomaalaisuudella ollut merkitystä työn saannille. Kuitenkin lääkärit kokivat ulkomaalaisuuden pääasiassa työllistymistä haittaavana tekijänä hieman hoitajia useammin. Kun hoitajien näkemyksiä työllistymistä vaikeuttaneista tekijöistä selvitettiin tarkemmin, yleisimpinä asioina nousivat esiin puutteellinen kielitaito, työnantajien asenteet, vähäiset kontaktit kantasuomalaisiin ja oma epävarmuus.

Haastatteluosio 3.5. Hoitajien ja esimiesten kokemuksia ulkomaalaistaustaisten hoitajien liikkuvuudesta

Haastatellut hoitajat kertoivat tehneensä sijaisuuksia useissa terveydenhuollon toimipisteissä, kuten vanhainkodeissa ja kotisairaanhoidossa. He olivat joutuneet vaihtamaan työpaikkaa lama-aikana huonon työllisyystilanteen vuoksi tai sitten uusi työpaikka tarjosi vakinaisen työsuhteen tai paremmat ansiot. Erilaisissa työpaikoissa kiertäminen koettiin usein myönteisenä asiana. Monenlainen työkokemus tutustutti alan työmahdollisuuksiin, kerrytti työkokemusta ja ylläpiti ammattitaitoa.

Oon itse halunnu, että tiedän, että osaan toimia akuuttihoitossa, vuodeosastolla, sisätauti, kirurginen tai valvontaosastolla, että se mun tietotaito pysyy yllä koko ajan. (Hoitaja 10)

Esimiesten näkökulmasta hoitajien liikkuvuus työpaikkojen välillä ei aina ollut hyvä asia. He kertoivat haastatteluissa työpaikan vaihtamisen lisääntyneen ja nyky-päivänä myös vasta työssään aloittaneet hakeutuivat nopeasti uuteen työpaikkaan. Tämä vaikeutti riittävän henkilöstömitoituksen ylläpitämistä ja turhautti, koska perehdytykseen käytetyt resurssit valuivat hukkaan. Syinä lisääntyneeseen työpaikan vaihtohalukkuuteen esimiehet näkivät esimerkiksi työvoimapulan, erikoissairaanhoidon imun ja Suomen hintatason.

Tarjonta työpaikoista on kovaa, tekijöitä on vähän ja ihmisiä houkutteellaan erilaisilla houkutuksilla, niin mielenkiinto lähteä muualle sitten lisääntyy (...) kyllähän se on niin valitettavasti, et monet haluavat mennä erikoissairaanhoidon puolelle. (Hoitajaesimies 5)

Voi olla moniakkin eri syitä, mut on aika raskasta jos elämä on kahdessa eri maassa. Jos sosiaalinen verkosto on jääny sinne Viroon ja täällä ei ole mitään muuta kun työ. Toinen asia on, että täällä on kuitenkin kalliimpaa mitä he on ehkä ajateltu, elää ja asua ja olla (...) he huomaa, että ei palkasta jääkkään niin paljon mitä he ajatteli. (Hoitajaesimies 3)

Haastatteluosio 3.6. Hoitajien ja esimiesten kokemuksia kielikoulutuksesta ja kielitaidosta

Useat hoitajat olivat osallistuneet organisaationsa järjestämään viikoittaiseen kielikoulutukseen. Kielikoulutus koettiin hyvänä asiana, vaikka osallistujien kielitaidon tasoerot olivat hidastaneet oppimista. Opetus koettiin lisäksi määrällisesti riittämättömäksi. Myös hoitotyön esimiehet tunnistivat kielikoulutuksen ongelmat ja ehdottivat esimerkiksi erillisiä kursseja Virosta ja muualta tulleille. Esimiehet kuitenkin pitivät kielikoulutusta hoitajien velvollisuutena ja samalla hienona mahdollisuutena opiskella kieltä työajalla.

On suomen kielikurssi, mutta mä en käy siellä. Kun mä haluan enemmän syventävä koulutusta ja ne ei tarjoo semmosta. Siellä on uudet työntekijät, maahanmuuttajat, näillä on vielä alkutaso, mutta minulle ei oo hauska istua siellä ja tehdä samat asiat. Syventävää koulutusta on haettava itse, jos haluaa. (Hoitaja 5)

Myönnetään, että ne jotka tulee Virosta ja jotka oppii äkkii sen suomen kielen, niin se ei välttämättä oo kauheen hyvää heille. Oon sitä mieltä, että virolaisille pitäis olla oma kielikoulutus ja muille ulkomaalaistaustaisille oma. (Hoitajaesimies 4)

Hoitotyön esimiehillä oli yleinen huoli ulkomaalaistaustaisten hoitajien kielitaidosta. Hoitotyössä puhekieli on keskeinen työväline ja potilaiden näkökulmasta hoitajan suomen kielen taito on olennainen asia. Esimiehet toivoivat, että hoitajan kielitaitoa testattaisiin jo työhönotossa. Näin vastuu hoitajan kielitaidon varmistamisesta ei jäisi yksinomaan yksiköiden esimiesten harteille.

Se [ulkomaalaistaustaisten hoitajien määrän lisääntyminen] on ehkä huoli enemmän kuin toive, koska potilaat on ihan supisuomalaisia ja varsinkin jos on muistiongelmaisia tai aivovammapotilaita. Jos he ei ymmärrä aina suomeksikaan ohjeita mitä heille antaa, niin jos kieli menee huonoksi, niin se ei kyllä helpota. Täytyy vaan toivoo, että suomen kielen opiskelua on riittävästi tarjolla. (Hoitajaesimies 3)

Kaipaisin ensimmäisiin haastattelutilanteisiin, jotka yleensä tapahtuu siellä työhönotossa, siellähän on henkilöt, jotka on erikoistunu maahanmuuttajien haastatteluun ja palkkaamiseen, niin mun mielestä pitäis jonkunlaisia kielitestejä alkaa tekemään. Niillä voitais kielitaidon taso määritellä jo ennen kuin henkilö on siellä työpaikalla. (Hoitajaesimies 3)

Joihinkin työyksiköihin oli palkattu lyhyellä aikavälillä useampia ulkomaalaistaustaisia hoitajia. Esimieshaastatteluiden mukaan tässä oli sekä hyviä että huonoja puolia: hoitajat olivat toistensa tukena, mutta suomen kielen oppimisen kannalta käytäntö oli arveluttava. Monissa työyksiköissä riittävää kielitaitoa pidettiin niin tärkeänä, että se oli asetettu yhdeksi työsuhteen vakinaistamisen kriteeriksi. Käytännössä ulkomaalaistaustaiset hoitajat saivat muutaman prosentin pienempää palkkaa ennen kielitaidon kehittymistä. Kielitaitoa arvioitiin sekä käytännön työssä että suomensäisten lääkkeiden antoa käsittelevän suomenkielisen tentin avulla. Esimiehet uskoivat hoitajien suurelta osin ymmärtävän ja hyväksyvän kielivähennyksen perusteet, vaikka jotkut saattoivat pitää käytäntöä epärealistisena.

Toisaalta on hyvä kun on otettu kaks [ulkomaalaistaustaista hoitajaa], niin he voi tukee toinen toistaan. He varmaan aika paljon antaa toisilleen tietoo, kun toinen on ollu huomattavasti pidempään täällä. Silleen on toimittu monella muullakin osastolla, et on otettu virolaisia pareittain. Mut täytyy huolehtii siitä, että he kuitenkin ovat puhumassa suomea, et he ei ala sitten käyttämään sitä omaa kieltään liikaa. (Hoitajaesimies 3)

Suomessa järjestetään hoitotyön koulutusta myös kansainvälisellä englanninkielisellä linjalla. Haastatelluista hoitajista kaksi oli suorittanut opintonsa englanniksi. He kertoivat, että he eivät olisi kyenneet suorittamaan opintojaan silloisella kielitaidollaan suomeksi, mutta toisaalta englanninkielinen koulutus koettiin karhunpalveluksena suomen kielen taitojen näkökulmasta. Myös esimiehet kyseenalaistivat Suomessa tarjolla olevan englanninkielisen hoitotyön koulutusvaihtoehdon.

Suomessa on nyt ongelma, jokainen koulu haluaa opettaa englanninkielellä ja ne valmistuu ja turhaan valtio on maksanut siitä. Ne lähtee sit muualle tekemään töitä. (Hoitaja 14)

Se ainoa mikä nyt on ongelma, on kielitaito. Yks erittäin tärkeä asia olis, että heitä ei täällä koulutettais englannin kielellä. Et siinä on iso virhe. (Hoitajaesimies 2)

4 Ulkomaalaisena ammattilaisena Suomalaisessa terveydenhuollossa

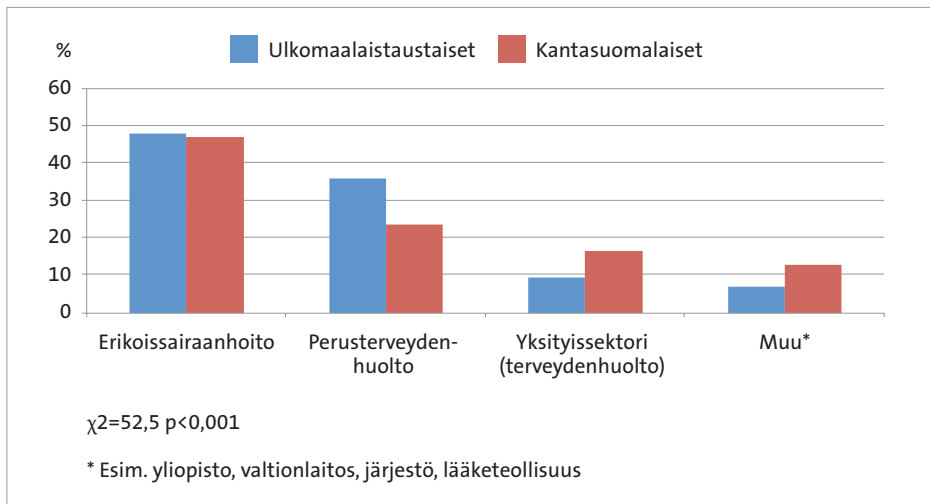
Laura Hietapakka, Marko Elovainio, Tarja Heponiemi, Riikka Lämsä, Anna-Mari Aalto ja Hannamaria Kuusio

Tässä luvussa kuvataan ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkärien ja hoitajien sijoittumista työelämään. Lisäksi kuvataan sosiaali- ja terveystalouden työssä olevien ulkomaalaistaustaisten lääkärien ja hoitajien kokemuksia monikulttuurisessa työyhteisössä toimimisesta.

4.1 Lääkärit

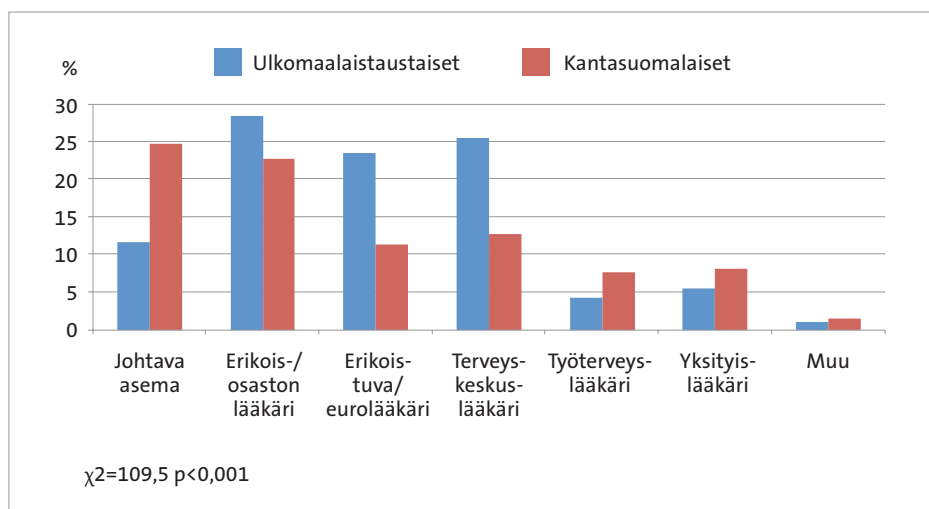
4.1.1 Sijoittuminen työelämään

Kuviossa 4.1 kuvataan ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkärien sijoittuminen työelämään Suomessa. Ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä lähes puolet työskenteli erikoissairaanhoidossa ja hieman yli kolmannes perusterveydenhuollossa. Ulkomaalaistaustaiset lääkärityöntekijät työskentelivät kantasuomalaisia lääkäreitä useammin perusterveydenhuollossa, mutta harvemmin yksityissektorilla ($\chi^2=52,5$; $p<0,001$). Venäläistaustaiset lääkärityöntekijät olivat jonkin verran muita useammin sijoittuneet perusterveydenhuoltoon (erot syntymämaahan mukaan merkitseviä, $\chi^2=17,8$; $p<0,05$).



KUVIO 4.1. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkärien sijoittuminen työelämään (%).

Virkanimikkeen perusteella kantasuomalaiset lääkärit toimivat ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä useammin johtavassa asemassa, työterveyslääkärinä tai yksityislääkärinä. Ulkomaalaistaustaiset taas olivat useammin erikoistumisvirassa tai eurolääkärinä sekä terveyskeskuslääkärinä (kuvio 4.2). EU:n ja Venäjän ulkopuolella syntyneet olivat muita ulkomaalaistaustaisia useammin johtavassa asemassa ja venäläistaustaiset muita useammin terveyskeskuslääkäreinä (maakohtaiset erot merkitseviä, $\chi^2=43,4$; $p=0,001$).

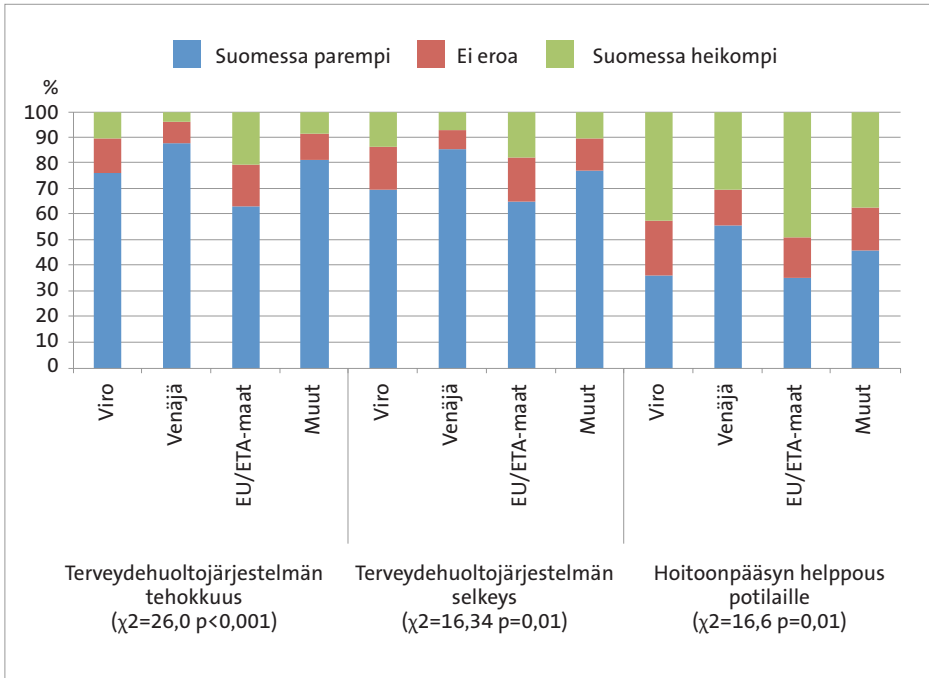


KUVIO 4.2. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkärin päätoimien ammattinimikkeet (%).

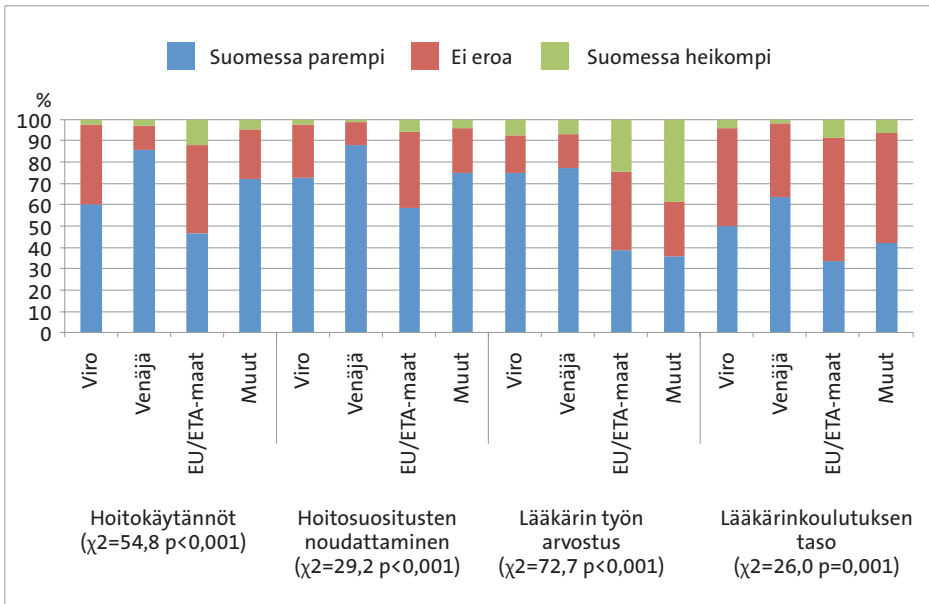
Ulkomaalaistaustaiset lääkärit työskentelivät kantasuomalaisia harvemmin vakituisessa työsuhteessa (53 % vs. 67 %, $\chi^2=70,5$; $p<0,001$) ja olivat harvemmin esimiesasemassa (12 % vs. 30%, $\chi^2=70,7$; $p<0,001$). Esimiesasemassa olevia oli eniten EU/ETA-maissa syntyneiden joukossa (20 %) ja vähiten venäjällä syntyneiden joukossa (7 %, $\chi^2=10,8$; $p<0,05$). Ulkomaalaistaustaiset lääkärit olivat kantasuomalaisia useammin kokoaikaisessa työssä (93 % vs. 79 %, $\chi^2=50,0$; $p<0,001$) ja he päivystivät useammin (57 % vs. 48 %, $\chi^2=11,4$; $p<0,001$). Päivystävistä lääkäreistä ulkomaalaistaustaisilla lääkäreille oli kertynyt enemmän päivystystunteja kantasuomalaisiin verrattuna (60 tuntia vs. 51 tuntia, $F=11,68$; $p<0,001$).

4.1.2 Kokemukset suomalaisesta terveydenhuollon järjestelmästä

Lääkäreitä pyydettiin arvioimaan suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää ja lääkärinkoulutusta verrattuna oman lähtömaansa järjestelmään (kuviot 4.3.a. ja 4.3.b.). Ulkomaalaistaustaiset lääkärit pitivät suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää tehokkaana ja selkeänä. Erityisesti tätä mieltä olivat Venäjältä ja muualta EU/ETA-alueen ulkopuolelta lähtöisin olevat vastaajat. Sen sijaan 43 % kaikista ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä piti potilaiden hoitoon pääsyä heikompana Suomessa kuin lähtömaas-



KUVIO 4.3.a. Ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden näkemyksiä suomalaisesta terveydenhuollosta verrattuna oman maan terveydenhuoltoon (%).



KUVIO 4.3.b. Ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden näkemyksiä suomalaisesta terveydenhuollosta verrattuna oman maan terveydenhuoltoon (%).

saan. Erityisesti Virosta ja muista EU/ETA-maista lähtöisin olevat suhtautuivat kriittisesti potilaiden hoitoon pääsyyn Suomessa.

Hoitokäytäntöjä ja hoitosuositusten noudattamista pitivät Suomessa parempina erityisesti Venäjältä lähtöisin olevat vastaajat. Lääkärityön arvostus oli Suomessa parempi erityisesti virolais- ja venäläistaustaisten mielestä. EU/ETA-maista tulleista 24 % ja EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulleista 38 % oli sitä mieltä, että lääkärintyön arvostus oli parempi heidän lähtömaassaan. Lääkärinkoulutuksen taso oli suurimman osan mielestä Suomessa joko parempi tai yhtä hyvä kuin heidän lähtömaassaan. (Kuvio 4.3.b.)

4.1.3 Kokemukset monikulttuurisessa työyhteisössä toimimisesta

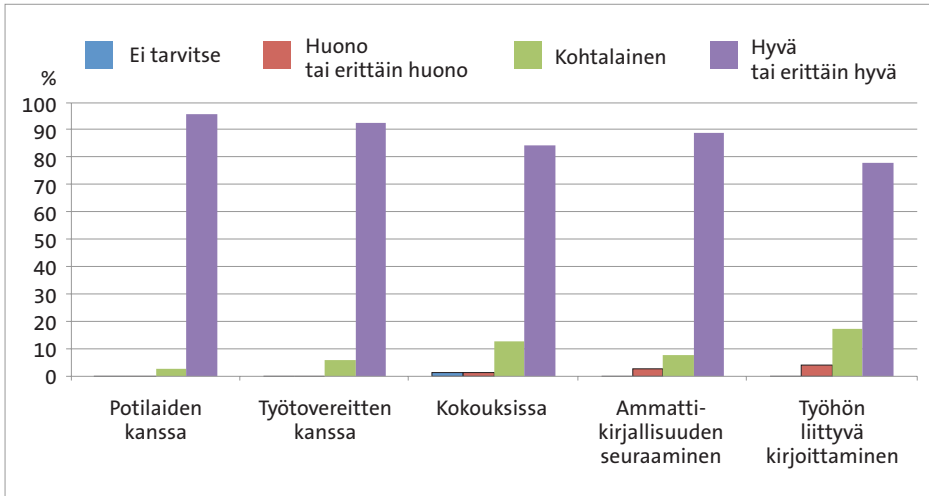
Ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä 7 % työskenteli työyhteisössään ainoana ulkomaalaistaustaisena lääkärinä, ja kantasuomalaisista vastaajista 34 %:lla ei ollut yhtään ulkomaalaistaustaista kollegaa. Niistä lääkäreistä, jotka työskentelivät monikulttuurisessa työyhteisössä, ulkomaalaistaustaiset lääkärit työskentelivät kantasuomalaisia useammin työyhteisössä, jossa oli vähintään yhtä paljon ulkomaalaistaustaisia kollegoja kuin kantasuomalaisia (18 % vs. 7 %, $\chi^2=65,9$; $p<0,001$). Työyhteisöissä, joissa ulkomaalaistaustaisia ja kantasuomalaisia oli vähintään yhtä paljon, ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä puolet (51 %) ilmoitti olevansa yhtä lailla tekemisissä sekä kantasuomalaisten että ulkomaalaistaustaisten kanssa. Noin kolmannes (35 %) ilmoitti olevansa enemmän kanssakäymisissä kantasuomalaisten työtovereidensa kanssa ja 14 % ilmoitti olevansa enemmän tekemisissä ulkomaalaistaustaisten kanssa.

Suomenkielellä selviytyminen työssä

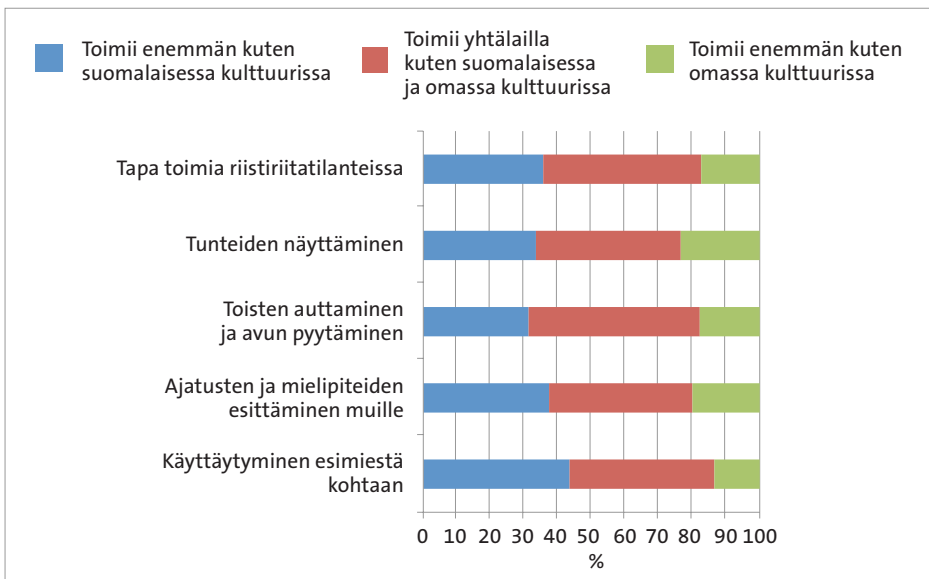
Suomenkielellä työssä selviytymistään ulkomaalaistaustaiset lääkärit arvioivat kaiken kaikkiaan positiivisesti (kuvio 4.4). Suurin osa työssäkäyvistä ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä (96 %) katsoi selviävänsä suomen kielellä vähintäänkin hyvin ollessaan tekemisissä potilaiden ja työtovereiden kanssa (93 %). Kahdeksankymmentäkuusi prosenttia katsoi suomen kielen taitonsa vähintäänkin hyväksi kokoustilanteissa ja 78 % katsoi selviävänsä vähintään hyvin työhön liittyvästä kirjoittamisesta (raporttien ja selvitysten tekeminen). Myönteisimmin kielitaitonsa arvioivat virolaissyntyiset vastaajat erityisesti ammattikirjallisuuden seuraamisessa ($\chi^2=24,7$; $p=0,004$) ja työhön liittyvässä kirjoittamisessa ($\chi^2=25,7$; $p=0,003$), mutta erot syntymämaan mukaan eivät olleet suuria.

Kulttuuriset toimintatavat

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit arvioivat noudattavansa joko pääasiassa suomalaiselle kulttuurille tyypillisiä toimintatapoja tai yhtä paljon sekä suomalaiselle että omalle kulttuurilleen tyypillisiä tapoja (Kuvio 4.5). Useimmiten suomalaisia toimintatapoja noudatettiin kanssakäymisessä esimiehen kanssa. Ajatusten ja mielipiteiden ilmaisussa Venäjällä ja EU/ETA-maissa syntyneet arvioivat useammin noudattavansa enemmän oman kulttuurinsa toimintatapoja (25 % kummassakin ryhmässä). Virolaissyntyisten vastaajien joukossa oli vähiten niitä jotka noudattivat ajatusten ja mielipiteiden esit-



KUVIO 4.4. Ulkomaalaistaustaisten lääkärin arviot omasta suomen kielen taidostaan työhön liittyvissä tilanteissa (%).



KUVIO 4.5. Kulttuuriset toimintatavat työpaikalla ulkomaalaistaustaisilla lääkäreillä (%).

tämisessä pääasiassa oman kulttuurinsa tapoja (11 %, $\chi^2=13,8$; $p=0,03$). Ristiriitatilanteissa eniten oman kulttuurinsa toimintatapoja noudattivat EU/ETA-maissa syntyneet (25 %) ja vähiten virolaistaustaiset vastaajat (11 %, $\chi^2=14,7$; $p=0,02$).

Syrjinnän kokeminen

Ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä 15 % ilmoitti joskus kokeneensa syrjintää esimie-

Haastatteluosio 4.1. Koettu suomen kielen taito ja siihen liittyvät haasteet terveydenhuollon työssä: lääkärien ja esimiesten kokemuksia

Haastatellut ulkomaalaistaustaiset lääkärit pitivät yleisesti suomen kieltä vaikeana. Yksi lääkäreistä koki erityisen haasteellisena psykiatristen potilaiden kanssa asioimisen, jossa suomen kielen taito on erityisen tarpeellinen:

Yleensä psykiatriset potilaat on hankalia ja minulla on oikeesti huonoja kokemuksia asiasta, koska psykiatrian potilas puhuu paljon ja tarvitsee 100 prosenttia suomen kielen taitoa. Mä luulen, että mulla on 40 prosenttia tai 50 prosenttia suomen kieletä. (Lääkäri 12)

Kielen oppimisessa lääkärit pitivät tärkeänä mahdollisuutta päästä käyttämään suomen kieltä oman alan työssä. Myös ammatillisen sanaston opetuksen järjestämistä toivottiin jo työhön hakeutumisvaiheessa. Monet lääkärit korostivat kielen käyttämisen merkitystä oppimisen kannalta.

Suomen kieli on vaikea ja voisin sanoa kaikille ulkomaalaisille lääkäreille, että uskaltaa puhua mitä vain, koska vain harjoittelemalla kehittää tätä kieltä. (Lääkäri 7)

Haastatellut ylilääkärit olivat yleisesti huolissaan ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden suomen kielen taidosta. Kielitaitopuutteet olivat tulleet ylilääkärien tietoisuuteen erityisesti potilailta saatuina valituksina.

Meillä on potilaiden kohdalla herättänyt aina välillä närää, että lääkäri ei tunnu ymmärtävän. Vaikka meidän arkikeskustelussa tuntuu että tähän menee hyvin ja mä ymmärrän mitä hän sanoo ja hän tuntuu ymmärtävän mitä minä sanon, niin silti voi tulla ongelmaa. (Lääkäriesimies 1)

Ylilääkärit kuvasivat suomalaisen terveystieteiden perustuvan vastaanotoilla tapahtuvaan suoraan vuorovaikutukseen potilaiden kanssa. Tästä syystä he kokivat, että terveystieteiden ohjelmassa voisi olla hyvä hakeutua vasta, kun riittävä suomenkielen taito on hankittu esimerkiksi sairaalatyöstä, jossa päätökset tehdään tiimityönä.

[Sairaalassa] ei yksin joudu tekemään niitä päätöksiä ja kommunikoidaan, se on enemmän tiimityötä kun täällä [terveyskeskuksessa]. Kanssakäyminen on huomattavasti kliinisempi mitä täällä, tähän on sosiaalista kanssakäymistä vastaanotolla. Mutta kirurgiassa keskitytään siihen diagnoosiin ja silloin samalla voi kartuttaa suomen kieltä ja sen jälkeen pärjää ehkä täällä. (Lääkäriesimies 3)

Haastatteluosio 4.2. Suomalaisen terveyskeskustyön toimintakulttuuri: lääkäreiden ja esimiesten kokemuksia

Haastatellut terveyskeskuslääkärit olivat havainneet suomalaisen terveyskeskustyön olevan hyvin monimuotoista ja haastavaa. Työn nähtiin vaativan pelkän lääketieteellisen asiantuntemuksen lisäksi myös laaja-alaista tietoa yhteiskunnasta, ymmärrystä potilaan kokonaistilanteesta ja kykyä nähdä välittömien oireiden taakse.

Kaikki ei lääketieteellistä, on paljon muutakin ja pelkkä sairauden hoito ei sinänsä riitä, osaaminen täällä on paljon muuta. (...) se on enemmän kokemus ja ehkä vähän laajempi, voi katsoa mitä on oireiden takana. Monet asiat hoituu, ei pelkästään reseptillä, vaan toisella tavalla. (Lääkäri 9)

Myös ylilääkärit olivat havainneet joitakin eroja toimintakulttuurissa kantasuomalaisten ja ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden välillä. Erot liittyivät muun muassa lääkärin koulutukseen ja terveyskeskuslääkärin toimenkuvaan eri maissa.

On koulutuseroja [eri maiden lääkärinkoulutuksessa]. Suomen koulutus on selvästi laajin. Erityisesti Itä-blokin maista tulevilla, heillähän aika varhaisessa vaiheessa erikoistutaan johonkin. Ja vaikka erikoistuisikin yleislääkäriksi, niin työnkuva on yleensä ollut suppeampi kuin Suomessa. Niinpä jotkut asiat on ihan uppo-outoja. He ei oo koskaan kenties tutkinu erityisesti lapsia tai gynekologisia asioita. Tai kirurgiset asiat, kipsaaminen ja tämmöset, voi olla ihan tunteuttomia. (Lääkäriesimies 1)

Ylilääkärit katsoivat, että ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden tulee yleisesti ottaen sopeutua suomalaiseen työpaikan toimintakulttuuriin eivätkä he voi toimia oman kulttuurinsa mukaisesti. Kuitenkin ylilääkärit kokivat, että ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä on paljon hyötyä suomalaiselle työyhteisölle ja monikulttuurisuus koettiin myös rikkautena:

Systeemi on toiminut sen verran kauan, että katsomme että se [ulkomaalaistaustaiset lääkärit] on rikkaus. Kun meillä rupee olemaan ulkomaalaistaustaista väestöä paljon, niin meillä voi olla yhtäkkiä [lääkäri], joka puhuu sellasta kieltä, että ei tartte käyttää tulkkia, ja sehän on valtavan hieno juttu. (Lääkäriesimies 3)

Haastatteluosio 4.3. Työyhteisön ja potilaiden suhtautuminen: lääkärien ja esimiesten kokemuksia

Haasteltavat terveyskeskuslääkärit eivät juuri tuoneet haastatteluissa esille varsinaisia syrjintäkokemuksia työtovereiden tai esimiesten taholta. Jos joitakin negatiivisia kokemuksia oli ollut, niitä pidettiin yksittäisinä tapauksina. Jotkut lääkärit olivat kuitenkin kokeneet ennakkoluuloja tai kielteisiä suhtautumistapoja potilaiden taholta ulkomaalaistaustaisuuteen liittyen. Syynä katsottiin olevan lähinnä lääkärien kielitaitoon liittyvät ongelmat tai sitten negatiivisesti suhtautuvien potilaiden reaktioissa kuvastuivat pikemminkin potilaan omat ongelmat kuin lääkärin tausta.

Voi olla ongelmia potilaskäynnissä, koska potilaat haluaa suomalainen lääkäri. Uskon, että isompi ongelma on kieli. Jos oon potilas, mä haluaisin, että lääkäri ymmärtää kaikki mitä sanoin ja ymmärrän mitä hän kertoo myös (...) Mutta tällä hetkellä ei ole ongelmia potilas kanssa, on ollut vain yks potilas, mutta me keskustella ja asia oli sovittu. (Lääkäri 6)

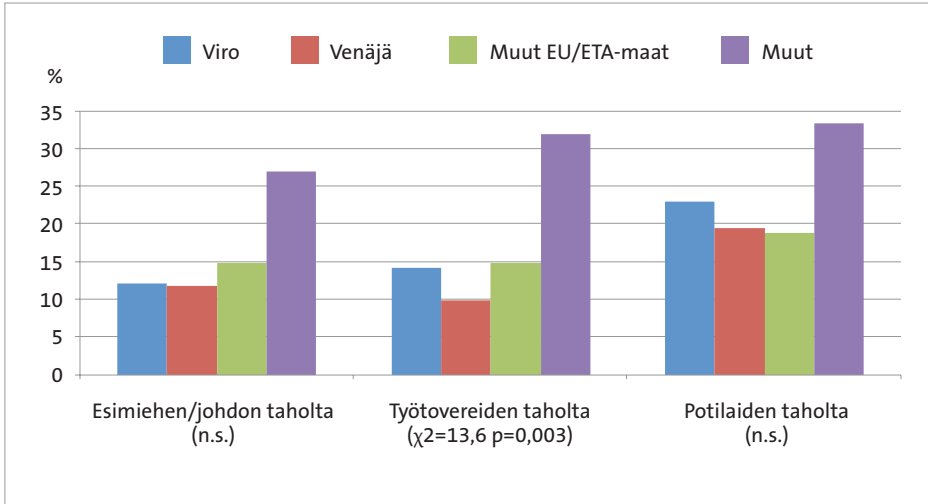
Ylilääkäreillä oli käsitys, että ulkomaalaistaustaiset lääkärit kohtaavat työssään jonkin verran rasistista suhtautumista tai ennakkoluuloja. Esimerkiksi ylilääkäreiden saamista potilasvalituksissa oli ilmennyt haluttomuutta mennä ulkomaalaistaustaisen lääkärin vastaanotolle.

Suurin probleema on esimerkiksi kun on tummaihoisia lääkäreitä ja keskustelee väestön kanssa, niin enhän mä voi mennä tämmösen luo, osaako se edes suomea. Mä sanon, että menkää edes katsomaan, emme me ota tänne lääkäreitä, jotka eivät ole hyviä eivätkä pysty toimimaan täällä. Meillä on yks tummaihoisen afrikkalainen lääkäri, joka sattuu hoitamaan aluetta, jossa on paljon vanhuksia. Kun mummit ja papat ovat käyneet kerran, niin he ovat niin ihastuksissaan, koska hän on todella miellyttävä nuori herrasmies. (Lääkäriesimies 3)

Ylilääkärit näkivät useita myönteisiä vaikutuksia työskenneltäessä toisenlaisesta kulttuuritaustasta tulevien kanssa. Lisääntyvä kulttuuritietoisuus koettiin myönteisenä erityisesti työyhteisön toiminnalle. Lisäksi ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä koettiin olevan hyötyä käytännön potilastyössä, sillä myös potilaiden kulttuuritautat ovat usein moninaisia.

Se opettaa meille sen ihmisen kulttuurin kanssa toimimista, kun he kertoo, että on semmoset tavat, se on laajentanu meidän kantasuomalaisten kulttuuritietoisuutta. Ja useimmat on hyvin yritteliäitä, on ollu hyviä esimerkkejä silläkin tavalla. Ja kuulee jännittäviä tarinoita heidän omasta kulttuuristaan, esimerkiks entisen Neuvostoliiton ajoista, se avartaa työntekijöitten maailmaa. Ja niille potilaille, jotka kokee, että ne ei pysty tuomaan kaikkea asiaansa meille, jotka ei kieltä ja kulttuuria ymmärrä, niin se antaa heille potilaina tietysti lisää mahdollisuuksia. (Lääkäriesimies 1)

hen tai johdon taholta, 16 % työtovereiden taholta ja 22 % potilaiden taholta. Syrjintäkokemukset työtovereiden taholta olivat yleisimpiä EU/ETA-alueen ulkopuolisissa maissa syntyneiden joukossa (kuvio 4.6.). Kokemukset potilaiden taholta tulevasta syrjinnästä eivät eronneet lähtömaan mukaan.



KUVIO 4.6. Ulkomaalaistaustaisten lääkärin kokemukset syrjinnästä syntymämaan mukaan (melko tai erittäin usein syrjintää kokeneiden osuudet) (%). N.s.=ero ei tilastollisesti merkitsevää.

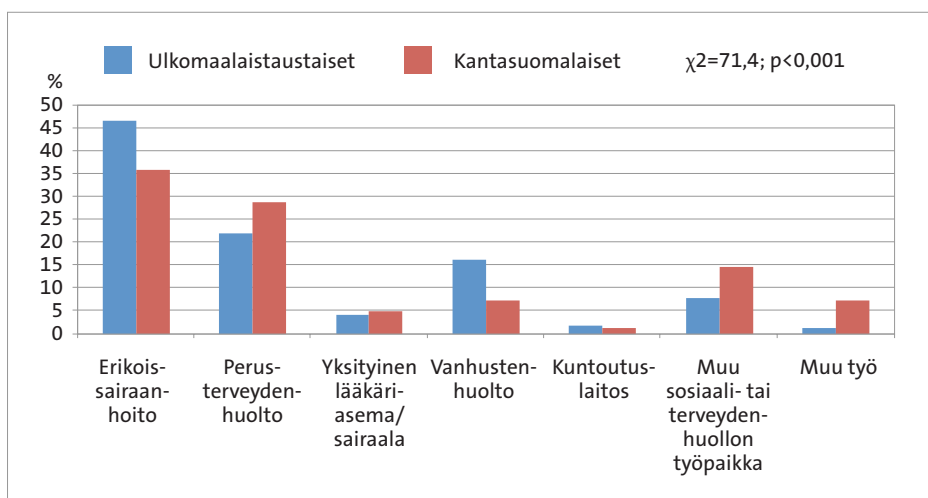
4.2 Hoitajat

4.2.1 Sijoittuminen työelämään

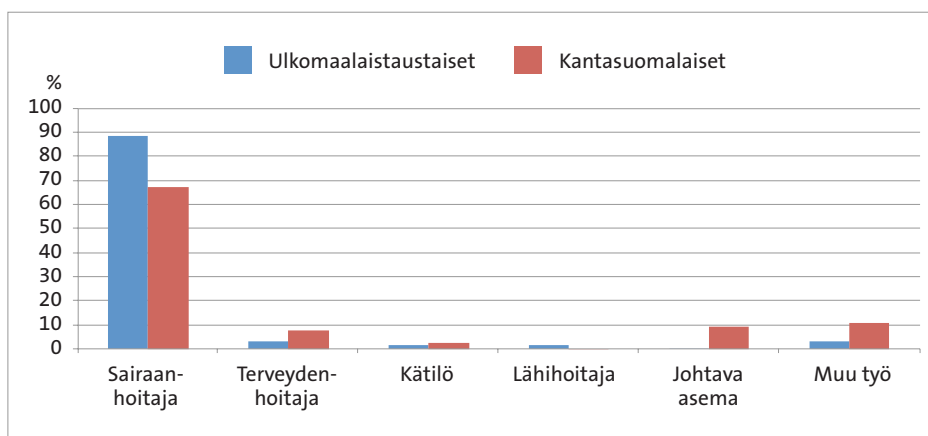
Ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat kantasuomalaisia useammin sijoittuneet erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuoltoon kun taas kantasuomalaisista useampi työskenteli perusterveydenhuollossa, muissa sosiaali- ja terveydenhuollon töissä tai muilla sektoreilla (kuvio 4.7.).

Ulkomaalaistaustaisten virkanimike oli kantasuomalaisia useammin sairaanhoitaja ja myös lähihoitajan tehtävissä työskenteli ulkomaalaistaustaisista useampi. Kantasuomalaiset puolestaan työskentelivät ulkomaalaistaustaisia useammin terveydenhoitajina tai johtavassa asemassa (kuvio 4.8.).

Ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat kantasuomalaisia harvemmin vakituisesa työsuhteessa (76 % vs. 92 %, $\chi^2=62,2$; $p<0,001$) tai esimiesasemassa (1 % vs. 10 %, $\chi^2=31,9$; $p<0,001$). Ulkomaalaistaustaiset tekivät kantasuomalaisia useammin kaksi- tai kolmivuorotyötä ja harvemmin päivätyötä. Ylityötunteja kolmen viikon jaksossa kertyi ulkomaalaistaustaisille keskimäärin 16 tuntia kun kantasuomalaiset tekivät ylityötä keskimäärin 4 tuntia samassa ajanjaksossa ($F=72,8$; $p<0,001$).



KUVIO 4.7. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten hoitajien sijoittuminen työelämään (%).



KUVIO 4.8. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten hoitajien virkanimikkeiden jakauma (%).

4.2.2 Kokemukset monikulttuurisessa työyhteisössä toimimisesta

Ulkomaalaistaustaisista hoitajista noin joka viides (21 %) työskenteli työyhteisössään ainoana ulkomaalaistaustaisena hoitajana kun kantasuomalaisista taas noin puolet (57 %) työskenteli työyhteisöissä, joissa ei ollut lainkaan ulkomaalaistaustaisia hoitajia ($\chi^2 = 157,3$; $p < 0,001$). Ulkomaalaistaustaiset olivat kantasuomalaisia useammin sijoittuneet työyhteisöihin, joissa ulkomaalaistaustaisten osuus oli vähintään yhtä suuri kuin kantasuomalaisten (10 % vs. 3 %, $\chi^2 = 13,3$; $p < 0,001$). Työyhteisöissä, joissa työskenteli myös muita ulkomaalaistaustaisia hoitajia, ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat suurimmaksi osaksi yhtä paljon tekemisissä kantasuomalaisten ja ulkomaalaistaustaisten hoitajien kanssa. Kuitenkin työyhteisöissä, joissa ulkomaalaistaustaisia ja kantasuomalaisia oli vähintään yhtä paljon, 16 % ulkomaalaistaustaisista oli enem-

Haastatteluosio 4.4. Koettu suomen kielen taito ja siihen liittyvät haasteet terveydenhuollon työssä: hoitajien ja esimiesten kokemuksia

Haastatellut ulkomaalaistaustaiset hoitajat kokivat suomenkielellä työssä selviytymisen usein haastavana. Vaikeuksia todettiin olevan toisinaan esimerkiksi työhön liittyvässä kirjaamisessa sekä puhelimitse käydyissä keskusteluissa. Myös erilaisten murteiden ymmärtäminen koettiin joskus hankalaksi.

Kirjaaminen varmasti on vaikeampi, et puhuminen on semmonen, missä toinen voi auttaa vähän, suomen kieli grammatiikka on kyl ihan erilainen kuin Virossa. (Hoitaja 1)

Mua pelottaa hirveesti, että osaanko toteuttaa mitä lääkäri on määrännyt toisessa päässä puhelimessa. Et ei oo kontakti, sillon mä voin kysyä et mitä sä tarkoitat tola. (Hoitaja 8)

Yksi haastatelluista hoitajista esittikin, että työn opettaminen näyttämällä ja havainnollistamalla voi olla kielivaikeuksien kanssa kamppailevan hoitajan perehdyttämisessä parempi ratkaisu kuin pelkkä työn sanallinen selittäminen:

Mä opin aika nopeasti jos mä näen mitä sä teet. Mutta jos sanot mulle, tee näin, se voi mennä viii [ohi] koska suomen kieli ei ole minun kieli. (Hoitaja 3)

Myös haastatellut esimiehet näkivät ulkomaalaistaustaisten hoitajien puutteellisen kielitaidon olevan keskeinen käytännön hoitotyöhön vaikuttava ongelma, joka työllistää esimiestä ja koko työyhteisöä. Esimiesten kokemusten mukaan ulkomaalaistaustaiset hoitajat myös arvioivat omaa suomen kielen taitoaan hyvin vaihtelevasti: toiset kokevat osaavansa kielen erittäin hyvin ja toiset taas huonosti, vaikka kantasuomalaisen näkökulmasta todellisuus voi olla kokonaan toinen.

Tulee olo, että mitenkähän he suoriutuu tietyistä tehtävistä kun kielitaito on esteenä siinä. Kyl mun täytyy varmistaa esimerkiks kuntoutuskokouksissa, kun oon laittanu heidät kirjaamaan, ja täytyy sanoa, et se ei oo mitään helppoa monelle suomenkielisel-lekaan sairaanhoitajalle, mun täytyy olla siinä mukana tai joku muu sairaanhoitaja koko aika ohjaamassa kirjaamista (...) Ja tulee sekin mieleen, että on erittäin tärkeää vuorovaikutus ja kommunikointi omaisten kanssa, ettei tule mitään väärinkäsityksiä. Koska viimekädessä mä sitten siitä vastaan. (Hoitajaesimies 2)

Osa [ulkomaalaistaustaisista hoitajista] tykkää et heillä on tosi hyvä kielitaito, he ymmärtävät aivan kaikki. Mä saatan olla aivan eri mieltä asiasta. Mut joillakin on niin, että ymmärrän mielestäni ihan hyvin hänen puheen, joka kerta kun sanon jostain, mun mielestä hän ymmärtää kaikki ja aina vastaa oikein kysymyksiin, en missään kohtaa huomaa, että olisi mitään ongelmaa, mut hän itse kokee että se on ongelma. (Hoitajaesimies 1)

Haastatteluosio 4.5. Suomalainen hoitotyön toimintakulttuuri: hoitajien ja esimiesten kokemuksia

Hoitotyön toimintakulttuurien erot ja sairaanhoitajan työnkuvan erilaisuus eri maissa herätti paljon keskustelua hoitaja-haastatteluissa. Haastateltavat työskentelivät nykyisissä työpaikoissaan sellaisissa suomalaisissa hoitotyön yksiköissä, joissa sairaanhoitaja vastaa potilaan hoidosta hyvin kokonaisvaltaisesti ja toteuttaa näin ollen sekä sairaanhoidollisia että perushoidollisia tehtäviä. Haastateltavien kertoman mukaan monissa muissa maissa sairaanhoitajan tehtävät on rajattu selkeämmin ainoastaan sairaanhoidollisiin tehtäviin. Suomalaisessa hoitotyössä sairaanhoitajan ja perushoitajan tehtävät koettiin täten usein päällekkäisenä ja toisaalta sairaanhoitajan työnkuvaan nähtiin kuuluvan myös asioita, joiden tekemiseen ei uskottu tarvittavan hoitotyön koulutusta. Yksi haastateltavista arveli, että perushoidollisten tehtävien tekeminen saattaa heikentää toisenlaiseen työnkuvaan tottuneen ulkomaalaistaustaisen sairaanhoitajan työmotivaatiota ja työstä selviytymistä Suomessa.

Pari kaveria on tullut Virossa ja ne ei oo kyl pärjänny työssä Suomessa, on liian paljon sitä lähihoitaja työtä. Virossa ei tarvii tehdä, ruoka jakaa sairaanhoitajan, mutta tässä pitää tehdä kaikki. (Hoitaja 1)

Osa haastateltavista piti kuitenkin myös suomalaista hoitajan toimenkuvaa paljolti hyvänä. Yksi haastateltava kuvasi saavansa suomalaisen mallin myötä työssään hyvin käsityksen potilaan hoidosta kokonaisuutena.

Tässä on ihmisen kokonaisuus, kaikki elämän tärkeät asiat, sairaanhoitaja hoitaa itse, hän on vastuussa (...) mä tykkään tästä kokonaisuudesta. (Hoitaja 12)

Erot eri maiden hoitotyön toimintakulttuureissa olivat vuosien varrella tulleet myös hoitajien esimiesten tietoisuuteen hyvin konkreettisesti.

On aika paljon keskustelemista työnkuvasta, toimenkuva on hyvin erilainen siellä [Virossa]. Ollaan opittu erehdystenkin kautta tietämään, että siellä sairaanhoitaja tekee sairaanhoidollisia tehtäviä ja hoitaa aika akuuttejakin potilaita, mutta perushoitotyö eli potilaan hygieniasta ja ravitsemuksesta huolehtiminen ja kaikki perusasiat on ihan hakusessa. Siellä kouluttamattomat henkilöt tai lyhyellä työpaikkakoulutuksella olevat henkilöt hoitaa perushoidon. Siellä ei varsinaisesti ole perushoitajia eikä lähihoitajia, eikä heitä kouluteta. (Hoitajaesimies 3)

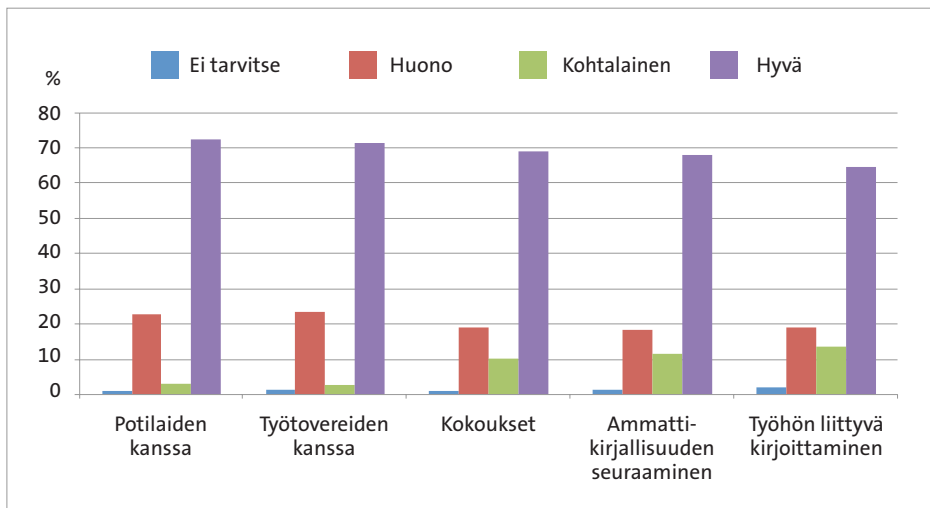
Lähtökohtana esimiehet pitivät sitä, että Suomessa toimitaan suomalaisen hoitokulttuurin mukaisesti. Toisaalta esimiehet arvostivat kuitenkin suuresti ulkomaalaistaustaisten hoitajien tietotaitoa ja näkivät heidän osaamisestaan olevan hyötyä suomalaiselle työyhteisölle.

On pakko sanoa, et on tullu semmosta tiettyä tieto-taitoakin sieltä [Virossa]. Ja ollaan täällä päässä pystytty sanoa, et se on siinä tosi hyvä, että saa kyllä luvan opettaa meitäkin. (Hoitajaesimies 4)

män tekemisissä kantasuomalaisten kanssa ja vain 8 % enemmän ulkomaalaistaustaisten työtovereidensa kanssa.

Suomenkielellä selviytyminen työssä

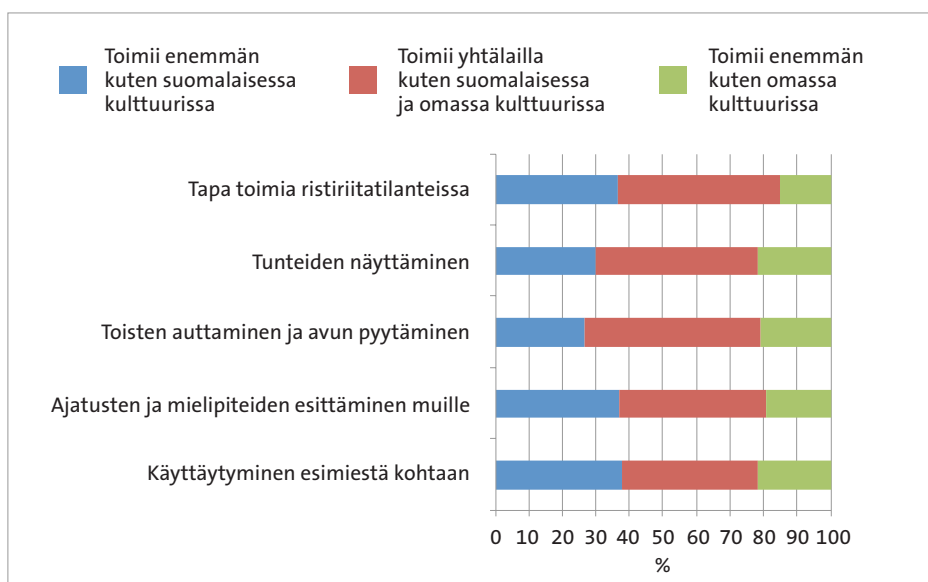
Suurin osa ulkomaalaistaustaisista hoitajista arvioi kielitaitoaan myönteisesti erilaisissa työelämään liittyvissä tilanteissa (kuvio 4.9.). Noin 20 % piti kuitenkin kielitaitoaan huonona tai erittäin huonona eri tilanteissa. Kielitaitoarviot kuitenkin erosivat merkittävästi syntymämaan mukaan ($\chi^2 = 52,7-59,0$; $p < 0,001$). Myönteisimmin kielitaitoaan arvioivat virolais- ja venäläissyntyiset vastaajat sekä EU/ETA-maissa ja muualla Euroopassa ja Lähi-idässä syntyneet. Eniten vaikeuksia suomen kielen osaamisessa raportoivat Afrikasta, Aasiasta sekä Pohjois- ja Etelä-Amerikasta (ml. Kanada) syntyisin olevat hoitajat.



KUVIO 4.9. Ulkomaalaistaustaisten hoitajien arviot suomen kielen taidostaan työhön liittyvissä tilanteissa (%).

Kulttuuriset toimintatavat

Ulkomaalaistaustaisista hoitajista suurin osa arvioi toimivansa yhtä lailla sekä suomalaisten että lähtömaan kulttuurissa tyypillisten työelämän toimintatapojen mukaan (kuvio 4.10.). Yhtäläillä molempien kulttuurien toimintatapoja noudatti noin 40–50 % vastaajista tilanteesta riippuen. Eniten suomalaisia tapoja noudatettiin toimittaessa esimiehen kanssa, ristiriitatilanteissa sekä esitettäessä ajatuksia ja mielipiteitä. Toisten auttamisessa ja avun pyytämisessä eri maissa syntyneet vastaajat erosivat toisistaan ($\chi^2=34,02$; $p=0,001$): EU/ETA-maissa (Viroa lukuun ottamatta) (36 %), EU/ETA-alueen ulkopuolisissa Euroopassa ja Lähi-idässä (30 %) sekä Afrikassa (36 %) syntyneet vastaajat arvioivat muita useammin noudattavansa enemmän oman kulttuurinsa toimintatapoja toisten auttamisessa ja avun pyytämisessä ($\chi^2=34,02$;



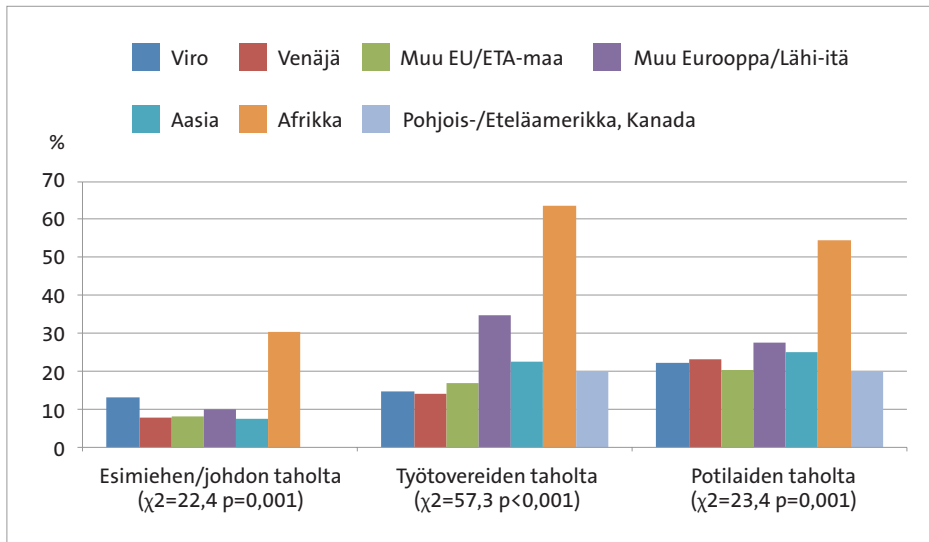
KUVIO 4.10. Kulttuuriset toimintatavat työpaikalla ulkomaalaistaustaisilla hoitajilla (%).

$p=0,001$) sekä tunteiden näyttämisessä ($\chi^2=23,7$; $p<0,05$).

Syrjinnän kokeminen

Ulkomaalaistaustaisista hoitajista 14 % ilmoitti kokeneensa syrjintää esimiehen tai johdon taholta, 25 % työtovereiden taholta ja 26 % potilaiden taholta. Syrjintäkokemukset eri lähteistä olivat yleisimpiä afrikkalaistaustaisten joukossa (kuvio 4.11.).

Ulkomaalaistaustaisilta hoitajilta kysyttiin myös millaisina he kokivat mahdollisuutensa osallistua oman työyhteisön ja työtapojen kehittämiseen ja oman osaamisen ja ammattitaitonsa kehittämiseen verrattuna suomalaisiin työtovereihinsa. Suurin osa ulkomaalaistaustaisista hoitajista koki, että heillä oli samanlaiset mahdollisuudet osallistua sekä työyhteisön (79 %) että oman ammattitaidon kehittämiseen (81 %) kuin suomalaisilla työtovereillaan. Kaksitoista prosenttia vastasi, että heidän mahdollisuutensa osallistua työyhteisön ja työn kehittämiseen olivat huonommat kuin kantasuomalaisilla hoitajilla ja 10 % piti oman ammattitaidon kehittämismahdollisuuksiaan kantasuomalaisia huonompina. Virolaissyntyiset sekä Pohjois- ja Etelä-Amerikasta (ml. Kanada) kotoisin olevat pitivät mahdollisuuksiaan kehittää ammattitaitoaan useammin samanlaisina kuin kantasuomalaisilla (93 % ja 92 %), afrikkalaistaustaisissa taas oli eniten niitä, jotka pitivät mahdollisuuksiaan joko huonompina (13 %) tai parempina (24 %).



KUVIO 4.11. Ulkomaalaistaustaisten hoitajien kokemukset syrjinnästä syntymämaan mukaan (melko tai erittäin usein syrjintää koneiden osuudet) (%).

4.3 Yhteenveto

Ulkomaalaistaustaista terveydenhuoltohenkilöstöä työskentelee Suomessa kaikilla terveydenhuollon sektoreilla. Suurin osa tutkimukseen vastanneista ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä ja hoitajista työskenteli vastaushetkellä erikoissairaanhoidossa. Hoitajien osalta erikoissairaanhoidossa ja vanhustenhuollossa työskenteleminen oli kantasuomalaisia kollegoita yleisempää, kun taas ulkomaalaistaustaiset lääkärit olivat kantasuomalaisia kollegoitaan useammin työllistyneet perusterveydenhuoltoon. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat olivat kantasuomalaisia kollegoitaan harvemmin vakituudessa työsuhteessa ja esimiestehtävissä. He myös ilmoittivat tekensä työssään kantasuomalaisia kollegoitaan enemmän päivystys- tai ylityötunteja.

Lääkärien kyselyaineistossa kysyttiin kokemuksia suomalaisesta terveydenhuollon järjestelmästä. Suurin osa vastaajista oli kokenut suomalaisen järjestelmän tehokkaaksi ja selkeäksi. Potilaiden hoitoon pääsy koettiin kuitenkin Suomessa heikommaksi kuin monessa muussa maassa. Kokemuksissa oli myös eroja vastaajien syntymämaiden kautta tarkasteltuna: esimerkiksi Venäjältä syntyisin olevat lääkärit kokivat lääkärintyön arvostuksen sekä hoitokäytäntöjen ja -suositusten olevan parempia Suomessa kuin Venäjällä.

Ulkomaalaistaustaisilla lääkäreillä oli hoitajia enemmän kokemusta työskentelemisestä monikulttuurisessa työyhteisössä. Ainoastaan seitsemän prosenttia vastanneista lääkäreistä ilmoitti työskentelevänsä työyhteisössään ainoana ulkomaalaistaustaisena lääkärinä, kun hoitajista työyhteisönsä ainoana ulkomaalaistaustaisina työskenteli lähes neljäsosa vastaajista. Työyhteisöissä, joissa työskenteli vähintään yhtä paljon ulkomaalaistaustaisia kuin kantasuomalaisia työntekijöitä, olivat ulko-

maalaistaustaiset tekemisissä enimmäkseen sekä kantasuomalaisten että ulkomaalaistaustaisten kollegoidensa kanssa.

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat arvioivat kyselyaineistoissa selviävänsä suomen kielellä työhön liittyvistä asioista enimmäkseen hyvin, lääkärit hieman hoitajia paremmin. Eniten ongelmia vastaajat kokivat työhön liittyvässä kirjoittamisessa, kuten raporttien ja selvitysten tekemisessä. Myönteisimmin suomen kielellä selviytymistään arvioivat virolaistaustaiset vastaajat. Haastatteluaineistoissa lääkärit ja hoitajat kuvasivat kieliongelmiaan erilaisissa työtilanteissa. Haastatellut esimiehet olivat myös havainneet puutteita ulkomaalaistaustaisten työntekijöidensä kielitaidossa ja kuvasivatkin, että työntekijöiden suomen kielellä selviytymisestä huolehtiminen on iso osa heidän työtään.

Lääkärit ja hoitajat toimivat kyselyaineistojen mukaan työpaikallaan enimmäkseen joko suomalaisen kulttuurin tai yhtä paljon suomalaisen ja oman kulttuurinsa mukaisesti. Suomalaisia tapoja noudatettiin yleisesti erityisesti esimiehen kanssa toimittaessa. Muilta osin arviot vaihtelivat maakohtaisesti. Haastatteluaineistoissa puolestaan korostui suomalaisen terveystieteiden ja hoitotyön laaja-alaisuus ja työnkuvan moninaisuus. Monet haastateltavat olivat kotimaassaan tottuneet huomattavasti Suomen järjestelmää rajatumpaan työnkuvaan ja osin tästä syystä suhtautuminen työnkuvan moninaisuuteen Suomessa vaihteli paljon. Kantasuomalaiset esimiehet pitivät lähtökohtana, että Suomessa työskenneltäessä toimitaan suomalaisten käytäntöjen mukaisesti. Esimiehet näkivät ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden kokemusten ja osaamisen kuitenkin monilta osin rikkautena ja etuna sekä suomalaiselle työyhteisölle että potilaille.

Syrjintää ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat olivat kohdanneet kyselyaineistojen perusteella eniten potilaiden taholta ja vähiten esimiehensä taholta. Lääkärien osalta työtovereiden taholta koettua syrjintää kokivat eniten EU/ETA-alueen ulkopuolisista maista tulevat. Hoitaja-aineiston heterogeenisyys syntymämaiden osalta mahdollisesti lääkäriaineistoa tarkemman syrjintäkokemusten maakohtaisen vertailun. Selkeästi eniten syrjintää kaikilta tahoilta (esimieheltä, työtovereilta ja potilailta) olivat kokeneet afrikkalaistaustaiset hoitajat. Myös haastatteluaineistoissa osa lääkäreistä ja hoitajista kuvasi kohdanneensa toisinaan heihin kohdistuvia ennakkoluuloja tai rasistista suhtautumista työnantajan, kollegoiden tai potilaiden ja omaisten taholta. Syyn syrjintään uskottiin liittyvän ensisijaisesti lääkärin tai hoitajan puutteelliseen suomenkielen taitoon. Esimerkiksi potilaat saattoivat haastateltujen mukaan olla huolissaan saavatko tarvitsemansa hoidon, jos lääkärin tai hoitajan kanssa on kommunikaatiovaikeuksia. Myös haastatellut esimiehet olivat tietoisia ulkomaalaistaustaisiin työntekijöihinsä toisinaan kohdistuvasta syrjinnästä ja hekin uskoivat suurimpana syynä tähän olevan työyhteisön huolen työntekijöiden heikosta kielitaidosta ja sen vaikutuksista päivittäisistä työtehtävistä selviytymiseen. Lähtökohtaisesti esimiehet kuitenkin suhtautuivat monikulttuuriseen työyhteisöön myönteisesti.

Haastatteluosio 4.6. Hoitajien kokemuksia työyhteisön ja potilaiden suhtautumisesta heihin

Haastatellut ulkomaalaistaustaiset hoitajat kuvasivat sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia työyhteisön ja asiakkaiden suhtautumisesta ja saamastaan kohtelusta. Esimerkkikokemuksina työyhteisön ennakkoluuloisesta suhtautumisesta olivat ulkomaalaistaustaisten hoitajien ammattitaidon epäileminen, työnteon valvominen, epäystävällisyys ja työyhteisön ulkopuolelle jättäminen. Usein hankaluuksien kuvattiin liittyneen uran alkuvaiheeseen tai uudessa työpaikassa aloittamiseen. Muutamat haastateltavat olivat kokeneet, että heidän täytyi jatkuvasti osoittaa pätevyytensä ja osaamisensa, jotta voisivat saavuttaa työyhteisön luottamuksen.

Ulkomaalaistaustainen hoitaja joutuu tekemään tuplasti töitä, että pystyy näyttämään, että minä ymmärrän ja osaan hoitaa (...) meni monta vuotta, että työkaverit luotti minuun ja sen eteen jouduin tekemään paljon töitä joka päivä. (Hoitaja 10)

Syitä ennakkoluuloiselle kohtelulle ulkomaalaistaustaiset hoitajat eivät aina osanneet sanoa, mutta kielitaidon puutteen oletettiin olevan yksi todennäköinen syy. Muutamilla haastateltavilla oli tunne, että toisinaan kantasuomalaiset työnantajat tai kollegat yhdistävät ulkomaalaistaustaisen hoitajan puutteellisen kielitaidon ammattitaidon puutteeseen.

Jos on ulkomaalaistaustainen hoitaja, siinä on ennakkoluulo, että kielen takia hän ei ehkä kaikkia ymmärrä (...) voi olla että ei pystytä yksin ilmaisee, mutta työn tekoon pystytään. Jos mä hoidan haavan, mä ajattelen omalla kielellä, että miten tää hoitaa. Että käytännössähan lopputulos on sama vaikka eri kielikin. (Hoitaja 10)

Haastateltavat kokivat potilaiden ja omaisten suhtautuvan heihin pääosin hyvin ja uskoivat potilaiden olevan tyytyväisiä saamaansa hoitoon. He olivat kuitenkin kohdanneet myös ennakkoluuloista tai rasistista suhtautumista omaisilta ja potilailta:

Joskus potilas on vaikea. Meillä on yksi, hän joskus ei halua, [että] ulkomainen hoitaja hoitaa häntä. Hän huutaa niin hirveesti ja sanoo hän ei halua [että] musta [hoitaja] hoitaa häntä. Kun hän sanoi sitä, mulla tuntui niin pahalle. (Hoitaja 6)

Haastateltavat painottivat kuitenkin, että rasistiset kommentit potilailta olivat olleet yksittäistapauksia. He myös kertoivat ymmärtäneensä, että kommentit johtuivat potilaan sen hetkisestä tilasta tai hänen sairaudestaan.

Haastatteluosio 4.7. Esimiesten kokemuksia työyhteisön ja potilaiden suhtautumisesta ulkomaalaistaustaisiin hoitajiin

Hoitajien esimiehet uskoivat, että ulkomaalaistaustaisten hoitajien määrän lisääntyminen työyksiköissä oli johtanut siihen, että työyhteisö oli nykyisin tottunut työskentelemään myös muualta kotoisin olevien kanssa. Suomalaisen suhtautumisessa heijastui esimiesten mukaan ensisijaisesti huoli ulkomaalaistaustaisen hoitajan mahdollisista kielitaitopuutteista ja niistä aiheutuvista ongelmista töiden toteuttamisessa.

Jos tulee keikkalainen joka on maahanmuuttajataustanen, niin ei oo enää semmosta, että voi ei, ulkomaalainen. Kyl lähinnä katotaan, että minkälainen ihminen sieltä tulee, minkälainen työntekijä (...) ehkä me suomalaiset pelätään kieliongelmaa tai miten pärjätään, jos joudutaan menee paikkailemaan niitä töitä (...) se ei johdu ihmisistä vaan siitä et pelätään, miten työt sujuu tässä. (Hoitajaesimies 4)

Esimiesten kokemusten mukaan potilaat ja omaiset olivat suhtautuneet ulkomaalaistaustaisiin hoitajiin pääosin hyvin. Vanhuspotilaita hoidettaessa toisinaan oli kuitenkin ilmennyt rasistista käyttäytymistä johtuen muun muassa Suomen historiasta tai ulkomaalaiseen tottumattomuudesta:

Kun hoidetaan iäkkäitä ihmisiä ja sodan käyneitä, niin kyllähän siellä aikamoiisia rasisteja löytyy potilaista. He ei paljon peittele sitä, ne tulee kyllä esille ennemmin tai myöhemmin. (Hoitajaesimies 3)

Esimiehet itse painottivat suvaitsevan arvomaailman merkitystä ja pitivät monikulttuurista työyhteisöä rikkautena. Käytännön hoitotyön toteuttamisen ja suomalaisten potilaiden kanssa pärjäämisen näkökulmasta esimiehet kuitenkin painottivat suomen kielen osaamisen merkitystä. Yksi esimiehistä kuvaa suhtautumistaan nykytilanteeseen seuraavasti:

Ollaan tultu monikulttuuriseen Suomeen ja työyhteisöön, ja se on rikkaus. Ennakoluuloja on puolin ja toisin, niitten kieltäminen ei vie asiaa yhtään eteenpäin, niistä pitää puhua ja kaikki ei oo aina rasismia. Ne jää jotka viihtyy ja niistä tulee todella hyviä työntekijöitä. (Hoitajaesimies 3)

5 Kokemukset terveydenhuollon työstä ja työympäristöstä

Anna-Mari Aalto, Tarja Heponiemi, Marko Elovainio, Laura Hietapakka, Hannamari Kuusio ja Riikka Lämsä

Tässä luvussa tarkastellaan terveydenhuollossa työskentelevien ulkomaalaistaustaisten lääkärien ja hoitajien kokemuksia terveydenhuollon työstä ja työympäristöstä sekä työtyytyväisyyttä ja sitoutumista verrattuna kantasuomalaisiin hoitajiin ja lääkäreihin. Työtä ja työympäristöä tarkastellaan koettujen vaikutusmahdollisuuksien, organisaation oikeudenmukaisuuden, työilmapiirin ja työhön liittyvien stressitekijöiden näkökulmista. Työmotivaatiota tarkastellaan työtyytyväisyyden, ammatillisen sitoutumisen ja työpaikan sekä ammatin vaihtohalukkuuden näkökulmista.

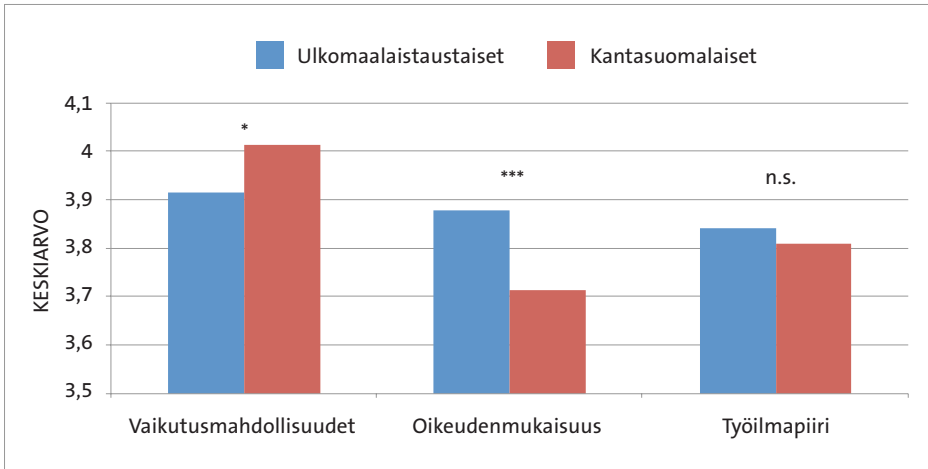
5.1 Lääkärit

5.1.1 Työyhteisö ja työn sisältö

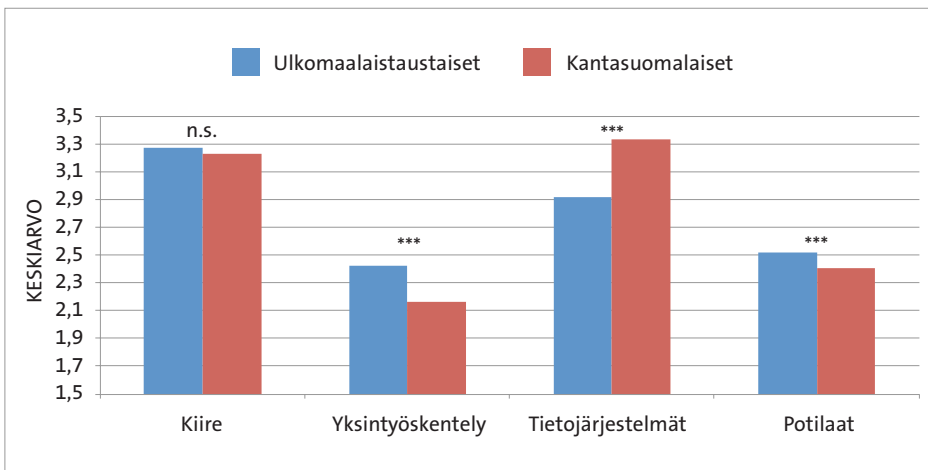
Ulkomaalaistaustaiset lääkärit kokivat vaikutusmahdollisuutensa työssä heikommiksi kuin kantasuomalaiset ($F=6,5$; $p=0,01$, kuvio 5.1.), mutta arvioivat organisaation oikeudenmukaisemmaksi ($F=20,5$; $p<0,001$). Ulkomaalaistaustaisten syntymämaa ei ollut yhteydessä kokemuksiin vaikutusmahdollisuuksista tai organisaation oikeudenmukaisuudesta. Kokemuksissa työilmapiiristä ei ollut eroja ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten välillä. Venäjällä ja Virossa syntyneet lääkärit olivat kuitenkin tyytyväisempiä työyksikkönsä työilmapiiriin verrattuna muissa EU/ETA-maissa syntyneisiin lääkäreihin ($F=3,0$; $p=0,03$).

Kuviosta 5.2. ilmenevät ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten kokemukset työn stressitekijöistä. Kiire ja tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat olivat suurimmat rasitusta aiheuttavat tekijät sekä ulkomaalaistaustaisilla että kantasuomalaisilla lääkäreillä. Kiireen kokemuksissa ei ollut eroja ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten välillä, mutta kantasuomalaiset lääkärit pitivät tietojärjestelmiä hankalampina kuin ulkomaalaistaustaiset ($F= 58,0$; $p<0,001$). Ulkomaalaistaustaiset lääkärit puolestaan kokivat enemmän yksintyöskentelyyn ($F= 32,9$; $p<0,001$) ja potilastyöhön liittyvää rasitusta ($F9, 1$; $p<0,003$). Työhön liittyvissä rasitustekijöissä ei esiintynyt merkitseviä eroja ulkomaalaistaustaisten lääkärien syntymämaan mukaan.

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit olivat kokeneet henkistä väkivaltaa työssä useammin kuin kantasuomalaiset, erityisesti potilaiden ($\chi^2=103,1$; $p<0,001$) ja omaisten taholta ($\chi^2=65,4$; $p <0,001$) (kuvio 5.3). Syntymämaalla ei ollut yhteyttä henkisen väkivallan kokemuksiin ulkomaalaistaustaisten lääkärien keskuudessa. Fyysisen väkivallan kokemukset sen sijaan olivat yleisempiä kantasuomalaisten lääkärien keskuudessa ($\chi^2= 51,4$; $p<0,001$): kantasuomalaisista 45 % ilmoitti kokeneensa fyysisistä väkivaltaa ainakin joskus uransa aikana, ulkomaalaistaustaisista 28 %. Ulkomaalais-

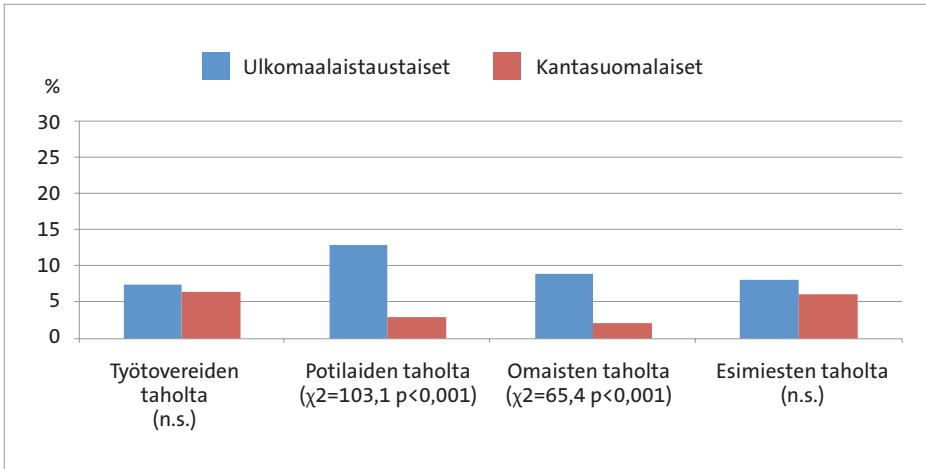


KUVIO 5.1. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkäreiden kokemukset vaikutusmahdollisuuksistaan työssä, johtamisen oikeudenmukaisuudesta ja työilmapiiristä. Asteikko 1–5. (***) $p < 0,001$; * $p < 0,05$, n.s. =ero ei tilastollisesti merkitsevä).



KUVIO 5.2. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkäreiden kokemukset työhön liittyvistä rasitustekijöistä. Asteikko 1–5. (***) $p < 0,001$; * $p < 0,05$, n.s. =ero ei tilastollisesti merkitsevä).

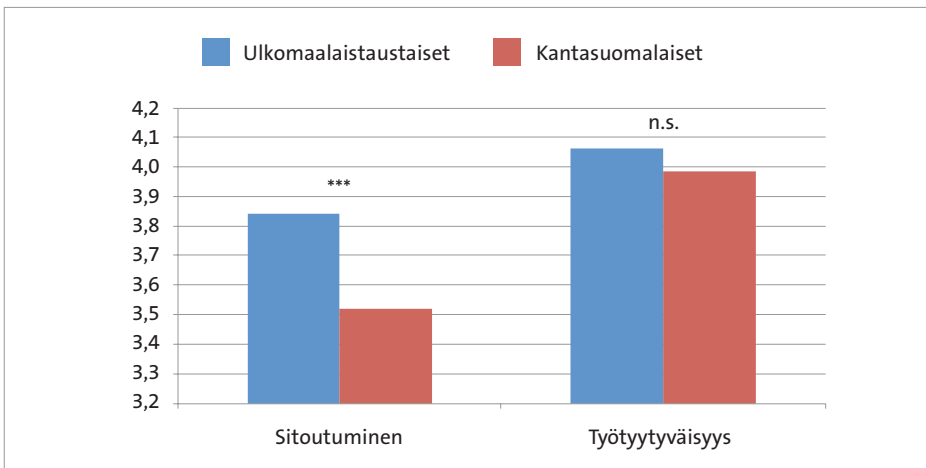
taustaiset lääkärit kuitenkin kokivat kantasuomalaisia jonkin verran useammin fyysisen väkivallan vaaraa työssään: selvää väkivallan vaaraa ilmoitti kokevansa 5 % ulkomaalaistaustaisista ja 3 % kantasuomalaisista lääkäreistä ($\chi^2=7,5$; $p < 0,01$).



KUVIO 5.3. Henkistä väkivaltaa työtoverien, esimiehen, potilaiden tai heidän omaistensa taholta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana kokeneiden osuudet ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkärin joukossa (%). (n.s. =ero ei tilastollisesti merkitsevä.)

5.1.2 Työtyytyväisyys ja motivaatio

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit olivat sitoutuneempia työhönsä kuin kantasuomalaiset (kuvio 5.4). Syntymämaan mukaisessa tarkastelussa erityisesti Venäjällä ja EU/ETA-alueen ulkopuolisissa maissa syntyneet lääkärit olivat sitoutuneempia työhönsä verrattuna Virossa ja EU-maissa syntyneisiin ($F=10,5; p<0,001$). Työtyytyväisyydessä ei esiintynyt merkitseviä eroja ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten välillä.



KUVIO 5.4. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkärin sitoutuminen ja työtyytyväisyys. Asteikko 1–5. (***) $p<0,001$; n.s. =ero ei tilastollisesti merkitsevä).

Haastatteluosio 5.1. Lääkärien kokemuksia terveydenhuollon työstä: työskentelyä ja työssä viihtymistä estäviä ja edistäviä tekijöitä

Terveyskeskuslääkärit toivat haastatteluissa esille useita työhön liittyviä kuormittavia tekijöitä, kuten moninaiset työtehtävät, alituinen kiire ja paperitöiden suuri määrä. Kiire johtui suurista potilasmääristä erityisesti päivystyksessä, potilastyötä katkovista kokouksista ja lääkäreiden riittämättömyydestä kun virkoja oli täyttämättä tai kollegat sairastuivat.

Muutama lääkäri joskus syystä tai toisesta pois tai virkoja ei ole täytetty, sit se kaa-tuu muiden niskalle. Kiire tulee. Ihmiset odottaa, ovat kättäisiä, kyllästyneitä, ne tulee 20 minuutin ajalle ja asioita 101. Mä en pysty siinä ajassa ratkaisee kaikkea, vastaanotot venyy ja seuraava siinä kypsyy aulassa. (Lääkäri 9)

Hankaliksi koettiin toisinaan myös suomalaisen järjestelmään tottuneet vaativat, ”kuluttajaorientoituneet” tai moniongelmaiset potilaat, joiden asioiden hoitamiseen vastaanottoaika ei aina tuntunut riittävän. Lisäksi ylimääräistä työtä oli aiheuttanut se, että osa ulkomaalaistaustaisista potilaista tukeutui kielitaito-ongelmiensa vuoksi samasta maasta kotoisin olevaan lääkäriin.

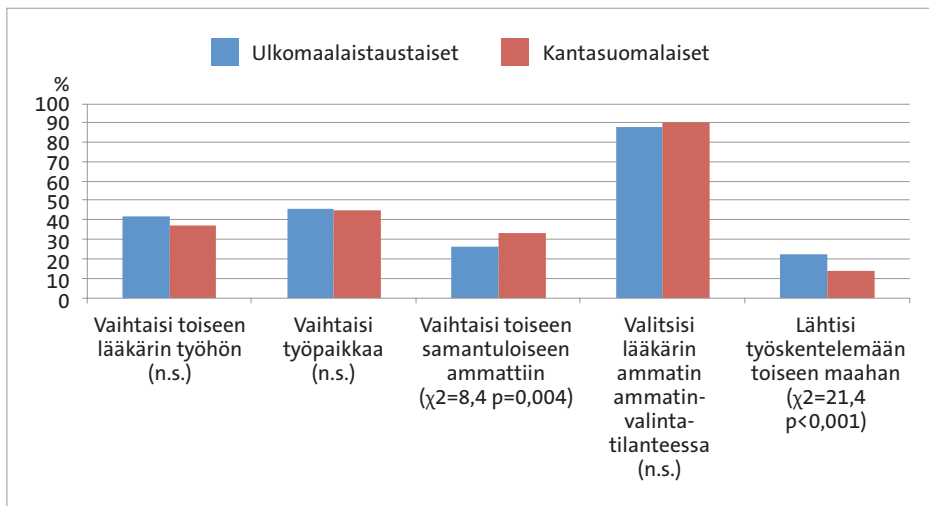
Ei oo niin helppoa ammatin ja tavallinen elämän erottaminen toisistaan (...) mun muutamit potilaat ovat soittaneet kotiin, koska on paljon vaikeampi päästä omalle lääkärille ja on helpompi selittää omalla kielellä vaivat, sen takia on soitettu. (Lääkäri 7)

Lääkärit kokivat kuitenkin, että heidän työyksiköissään oli hyvä ilmapiiri ja he saivat tarvittaessa tukea ja neuvoja työtovereiltaan ja esimieheltään. Erityisesti samasta maasta kotoisin olevat kollegat koettiin hyödyllisinä. Myös potilailta toisinaan saatu myönteinen palaute koettiin kannustavana.

Mä tykkään tästä paikasta paljon. Kaikki ihmiset ovat ystävällisiä ja yrittävät auttaa paljon ja erityisesti ylilääkäri on hyvin ystävällinen ja selittää kaiken. (Lääkäri 1)

Mukavaa jos potilas soittaa minulle ja sanoo, kaikki on kunnossa taas, asia on hoidettu, tunne ihan mukava. (Lääkäri 11)

Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkärin välillä ei ollut eroja työpaikanvaihtohalukkuudessa tai halukkuudessa vaihtaa nykyinen lääkärintyö toiseen lääkärin työhön (kuvio 5.5). Sen sijaan kantasuomalaiset olivat ulkomaalaistaustaisia halukkaampia vaihtamaan lääkärin ammatin johonkin kokonaan muuhun samantuloiseen ammattiin ($\chi^2=8,4$; $p<0,01$). Ulkomaalaistaustaiset lääkärit puolestaan harkitsivat kantasuomalaisia useammin lähtevänsä työskentelemään toiseen maahan ($\chi^2=21,7$; $p<0,001$). Lähtöhalukkuus oli vähäisempää venäläissyntyisten vastaajien joukossa (12 %) kuin muissa maissa syntyneillä lääkäreillä ($\chi^2=13,6$; $p=0,004$). Kysyttäessä mitä vastaajat tekisivät, jos voisivat valita työssä jatkamisen ja eläkkeelle jäämisen välillä, hieman yli puolet (57 % ulkomaalaistaustaisista ja 52 % kantasuomalaisista) arvioivat jatkavansa työntekoa osa-aikaisena, noin kolmannes (33 % ulkomaalaistaustaisista ja 35 % kantasuomalaisista) kokoaikaisena ja loput (10 % ulkomaalaistaustaisista ja 14 % kantasuomalaisista) ilmoittivat haluavansa siirtyä eläkkeelle. Erot ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkärin välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.



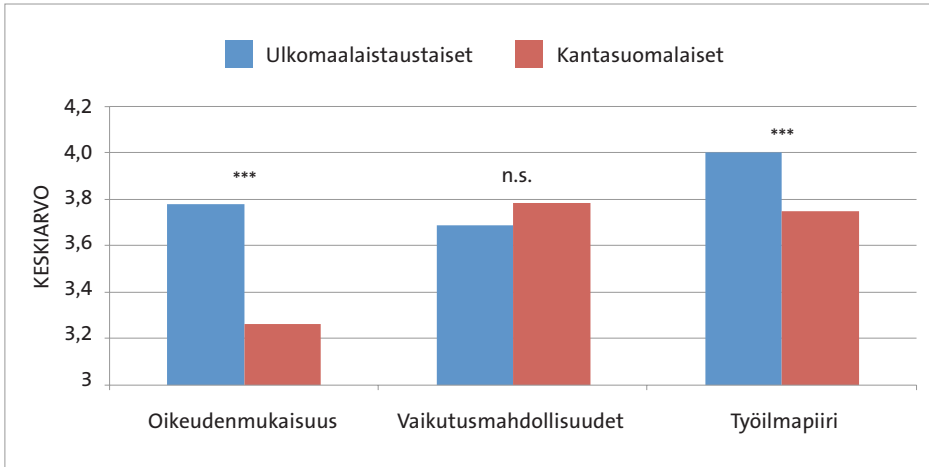
KUVIO 5.5. Ammatin ja työpaikan vaihtohalukkuus ulkomaalaistaustaisilla ja kantasuomalaisilla lääkäreillä ("kyllä" tai "mahdollisesti" vastanneiden osuudet) (%). (N.s. =ero ei tilastollisesti merkitsevää.)

5.2 Hoitajat

5.2.1 Työyhteisö ja työn sisältö

Työhön liittyvistä psykososiaalisista tekijöistä ulkomaalaistaustaiset hoitajat arvioivat organisaationsa oikeudenmukaisemmaksi ($F=108,1$; $p<0,001$) ja työilmapiirin ($F=20,9$; $p<0,001$) paremmaksi kuin kantasuomalaiset (kuvio 5.6). Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten välillä ei ollut eroa siinä, millaisiksi he kokivat vaikutusmahdollisuutensa työssään. Syntymämaalla ei ollut merkitystä muissa tekijöissä pait-

si kokemuksissa työilmapiiristä ($F=2,61$; $p=0,02$): afrikkalaissyntyiset hoitajat kokivat työilmapiirinsä huonommaksi (k.a. 3,6) kuin venäläis-, virolais- tai aasialaissyntyiset hoitajat (k.a. 4,2, 4,1, ja 4,1).

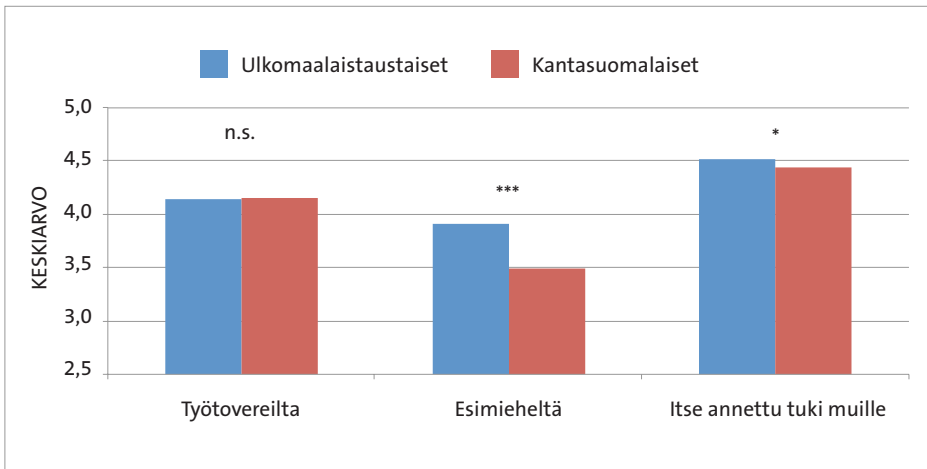


KUVIO 5.6. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten hoitajien kokemukset vaikutusmahdollisuuksistaan työssä, johtamisen oikeudenmukaisuudesta ja työilmapiiristä. Asteikko 1–5. (***) $p < 0,001$; n.s. =ero ei tilastollisesti merkitsevä).

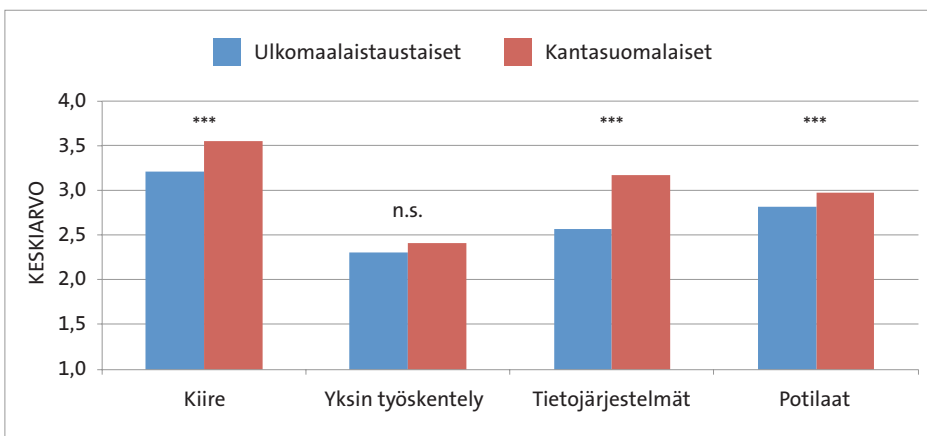
Ulkomaalaistaustaiset ja kantasuomalaiset kokivat saaneensa yhtä lailla tukea työtovereiltaan, mutta esimiehiltään ulkomaalaistaustaiset hoitajat arvioivat saaneensa tukea enemmän kuin kantasuomalaiset (kuvio 5.7.). Verrattuna kantasuomalaisiin, ulkomaalaistaustaisista hoitajista useampi arvioi antavansa itse tukea muille ($F=4,1$; $p < 0,05$).

Tutkittaessa työhön liittyviä rasitustekijöitä havaittiin, että työssä käyvät ulkomaalaistaustaiset hoitajat kokivat kantasuomalaisia vähemmän työhön liittyvää kiirettä ja potilastyöhön liittyvää rasitusta sekä pitivät käytettyjä tietojärjestelmiä vähemmän hankalina (kuvio 5.8.). Aasialais- ja afrikkalaistaustaiset vastaajat kokivat muualla syntyneitä vähemmän kiireen ($F=4,91$; $p < 0,001$) ja tietojärjestelmien aiheuttamaa rasitusta ($F=3,4$; $p=0,003$). Muissa työn rasitustekijöissä (yksintyöskentely, potilastyöhön liittyvä rasitus) ei ollut eroja ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten hoitajien välillä eikä ulkomaalaistaustaisten hoitajien joukossa syntymämaan mukaan.

Ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat kokeneet kantasuomalaisia enemmän henkistä väkivaltaa sekä työtovereiden että potilaiden taholta (kuvio 5.9.). Työtovereiden taholta henkistä väkivaltaa olivat useimmin kokeneet EU/ETA-alueen ulkopuolelta tai Lähi-idästä tulleet vastaajat (41 %), sekä afrikkalais- ja aasialaistaustaiset (26 % ja 23 %). Vähiten henkisen väkivallan kokemuksia raportoivat EU/ETA-alueella, Venäjällä ja Virossa syntyneet (12 %, 13 % ja 13 %, $\chi^2 = 20,2$; $p < 0,003$). Fyysisen väkivallan kokemukset olivat yleisempiä kantasuomalaisilla ($\chi^2 = 21,6$; $p < 0,001$): 65 %



KUVIO 5.7. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten hoitajien kokemukset saamastaan ja antamastaan sosiaalisesta tuesta työyhteisössä. Asteikko 1-5. (* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$), n.s. =ero ei tilastollisesti merkitsevä).

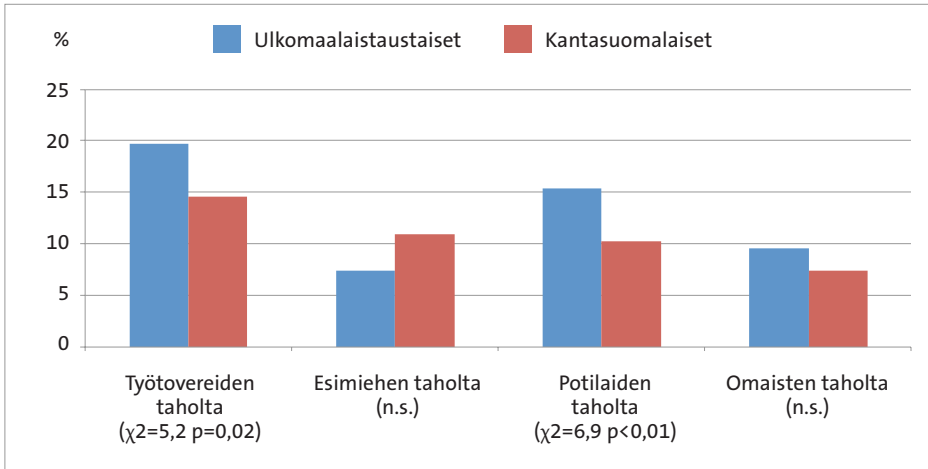


KUVIO 5.8. Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten hoitajien kokemukset työhön liittyvistä rasitustekijöistä. Asteikko 1–5. (*** $p < 0,001$; n.s. =ero ei tilastollisesti merkitsevä).

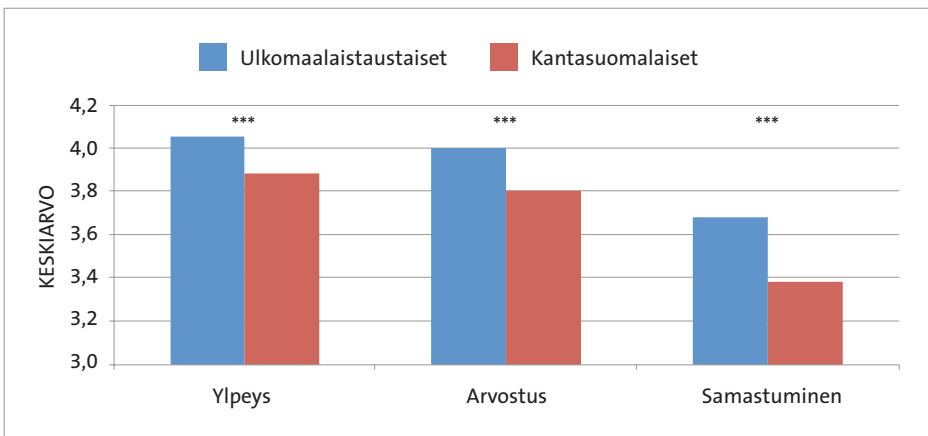
kantasuomalaisista ja 51 % ulkomaalaistaustaisista ilmoitti kokeneensa fyysistä väkivaltaa ainakin jossain vaiheessa uraansa.

5.2.2 Työtyytyväisyys ja motivaatio

Ulkomaalaistaustaiset hoitajat kokivat kantasuomalaisia kollegoitaan enemmän ylpeyttä hoitajan ammatistaan ja kokivat saavansa enemmän arvostusta myös muilta hoitotyön ammattilaisilta. He olivat vastaavasti kantasuomalaisia hoitajia samastuneempia ammattiinsa. (Kuvio 5.10.) Samastumisessa ilmeni maakohtaisia eroja ($F=4,3$; $p < 0,001$): voimakkain ammatti-identiteetti oli afrikkalaistaustaisilla vastaajilla (k.a



KUVIO 5.9. Henkistä väkivaltaa työtovereiden, esimiehen, potilaiden tai heidän omaistensa taholta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana kokeneiden osuudet ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten hoitajien joukossa (%). (N.s. =ero ei tilastollisesti merkitsevä.)

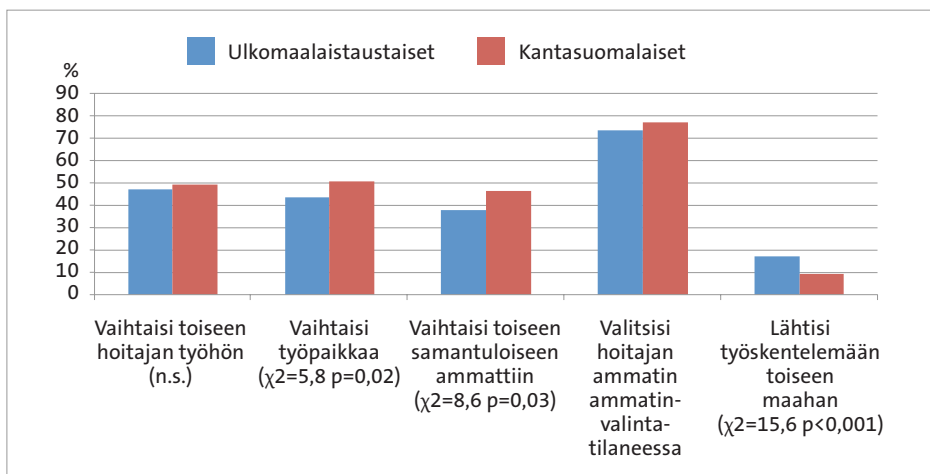


KUVIO 5.10. Hoitajan ammattilypeys, ammatin arvostuksen tunne ja ammattiin samastuminen ulkomaalaistaustaisilla ja kantasuomalaisilla hoitajilla. Asteikko 1–5. (***) p<0,001).

4,1) ja heikoin EU/ETA-maissa (k.a. 3,4) sekä Pohjois- ja Etelä-Amerikassa (k.a 3,4) syntyneillä hoitajilla. Työtyytyväisyys oli korkeampi ulkomaalaistaustaisilla hoitajilla verrattuna kantasuomalaisiin (k.a 4,0 vs. 3,8; F=7,2; p=0,008).

Selvitettäessä hoitajien halukkuutta vaihtaa työtä tai ammattia noin puolet oli halukkaita vaihtamaan nykyisen hoitajan työnsä muuhun hoitajan työhön (kuvio 5.11.). Ulkomaalaistaustaiset eivät kaiken kaikkiaan eronneet tässä merkitsevästi kantasuomalaisista, mutta ulkomaalaistaustaisten joukossa vaihtohalukkuus oli yleisintä Pohjois- ja Etelä-Amerikassa syntyneillä sekä afrikkalaissyntyisillä hoitajilla (64 % ja 78 % vastaavasti), ja vähäisintä taas venäläissyntyisillä hoitajilla (36 %, $\chi^2 = 29,0$;

$p < 0,001$). Kantasuomalaiset hoitajat olivat halukkaampia vaihtamaan työpaikkaansa ($\chi^2 = 5,8$; $p = 0,02$) ja vaihtamaan hoitajan ammattinsa johonkin muuhun samantuloiseen ammattiin kuin ulkomaalaistaustaiset hoitajat ($\chi^2 = 8,6$; $p = 0,004$). Jos vastaajat olisivat uudelleen ammatinvalintatilanteessa, niin hoitajan ammatin valitsisi kolme neljästä vastaajasta, kantasuomalaiset ja ulkomaalaistaustaiset yhtäläillä. Sen sijaan ulkomaalaistaustaisista useampi suunnitteli ainakin mahdollisesti lähtevänsä työskentelemään johonkin muuhun maahan seuraavan 12 kuukauden kuluessa ($\chi^2 = 15,6$; $p < 0,001$). Halu lähteä työhön toiseen maahan oli yleisintä afrikkalaistaustaisten vastaajien joukossa (34 %) ja vähäisintä Pohjois- tai Etelä-Amerikasta kotoisin olevien joukossa (7 %). Muissa maissa syntyneiden joukossa lähtöhalukkuus toiseen maahan vaihteli 10 %:sta 18 %:iin.



KUVIO 5.11. Ammatin ja työpaikan vaihtohalukkuus ulkomaalaistaustaisilla ja kantasuomalaisilla hoitajilla ("kyllä" tai "mahdollisesti" vastanneiden osuudet) (%). (N.s.=ero ei tilastollisesti merkitsevää.)

5.3 Yhteenveto

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat arvioivat työyhteisöään ja sen johtamista suhteellisen myönteisesti. He pitivät organisaation johtamiskäytäntöjä oikeudenmukaisempina kuin suomalaiset kollegansa. Ulkomaalaistaustaiset hoitajat arvioivat työilmapiiriään jopa myönteisemmin kuin kantasuomalaiset hoitajat, mutta ulkomaalaistaustaisten lääkärin kokemukset työilmapiiristä eivät poikenneet kantasuomalaisten lääkärin kokemuksista. Vaikutusmahdollisuuksiaan työssä ulkomaalaistaustaiset lääkärit pitivät kuitenkin jonkun verran heikompina kuin kantasuomalaiset kollegansa.

Hoitajien kohdalla selvitettiin myös työssä saatua ja itse annettua sosiaalista tukea. Ulkomaalaistaustaiset ja kantasuomalaiset hoitajat arvioivat yhtä lailla saavansa tukea työtovereiltaan, mutta ulkomaalaistaustaiset arvioivat esimieheltä saatua tukea

positiivisemmin. Ulkomaalaistaustaiset hoitajat arvioivat myös itse antavansa tukea työtovereilleen useammin kuin kantasuomalaiset hoitajat.

Terveydenhuollon työn keskeisiä raskastekijöitä sekä lääkärien että hoitajien mukaan olivat kiire ja huonosti toimivat tietojärjestelmät. Huonosti toimivat tietojärjestelmät rasittivat erityisesti kantasuomalaisia hoitajia ja lääkäreitä. Lääkärit arvioivat työssä esiintyvää kiirettä samalla tavalla taustasta riippumatta mutta hoitajien joukossa kiire rasitti enemmän kantasuomalaisia hoitajia. Potilastyöhön liittyvä stressi rasitti erityisesti ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä, mutta hoitajien joukossa potilastyön aiheuttama rasitus kohdistui enemmän kantasuomalaisiin. Lääkäreistä ulkomaalaistaustaiset kärsivät enemmän yksintyöskentelystä kuin kantasuomalaiset kollegansa.

Keskeinen työelämän raskastekijä on myös työssä koettu väkivalta. Tässä tutkimuksessa kysyttiin erikseen työtovereiden ja esimiesten sekä potilaiden ja heidän omaistensa taholta koettuja henkisen väkivallan kokemuksia. Sekä lääkärien että hoitajien kohdalla henkisen väkivallan kokemukset olivat yleisempiä ulkomaalaistaustaisten joukossa, lääkäreillä erot kantasuomalaisten ja ulkomaalaistaustaisten välillä olivat selkeämpiä kuin hoitajilla. Ulkomaalaistaustaisten lääkärien kokemuksissa korostui erityisesti potilaiden ja heidän omaistensa taholta tuleva henkinen väkivalta. Myös hoitajilla kokemukset henkisestä väkivallasta potilaiden taholta olivat yleisempiä ulkomaalaistaustaisilla, mutta ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat kokeneet myös jonkin verran enemmän henkistä väkivaltaa työtovereiden taholta verrattuna kantasuomalaisiin hoitajiin. Fyysistä väkivaltaa ulkomaalaistaustaiset lääkärin ja hoitajat olivat puolestaan kokeneet kantasuomalaisia kollegoitaan vähemmän.

Ammatillista sitoutumista tarkasteltiin lääkärien ja hoitajien joukossa eri mittareilla, joten tulokset eivät näiltä osin ole suoraan vertailukelpoisia. Tulokset ovat kuitenkin mittarista riippumatta samansuuntaisia: sekä lääkärien että hoitajien keskuudessa ulkomaalaistaustaiset vastaajat olivat selvästi kantasuomalaisia sitoutuneempia työhönsä. Lääkäreiden joukossa sitoutuneimpia olivat erityisesti venäläistaustaiset ja EU/ETA-alueen ulkopuolelta kotoisin olevat lääkärin. Hoitajien osalta afrikkalaistaustaisten hoitajien samastuminen hoitotyön ammattiin oli vahvempi kuin EU/ETA-maissa syntyneillä hoitajilla.

Ulkomaalaistaustaisten vahvempi ammatillinen sitoutuminen tuli esille myös ammatin vaihtamishalukkuudessa: sekä ulkomaalaistaustaiset lääkärin että hoitajat olivat kantasuomalaisiin verrattuna haluttomampia vaihtamaan nykyisen työnsä kokonaan toiseen palkkatasoltaan samanlaiseen ammattiin. Hoitajien joukossa myös ulkomaalaistaustaisten työpaikan vaihtohalukkuus oli vähäisempi kuin kantasuomalaisten hoitajien joukossa. Sitoutuminen työskentelyyn nimenomaan Suomessa oli kuitenkin ulkomaalaistaustaisilla lääkäreillä ja hoitajilla jonkin verran heikompa kuin kantasuomalaisilla.

Sekä hoitajat että lääkärin olivat suhteellisen tyytyväisiä työhönsä. Lääkäreiden joukossa ei ollut eroja työtyytyväisyydessä ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten välillä. Sen sijaan ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat tyytyväisempiä työhönsä kuin kantasuomalaiset kollegansa.

Haastatteluosio 5.2. Hoitajien kokemuksia terveydenhuollon työstä: työskentelyä ja työssä viihtymistä estäviä ja edistäviä tekijöitä

Haastatellut ulkomaalaistaustaiset hoitajat nostivat esille työnsä myönteisiä puolia määrällisesti enemmän kuin työn kielteisiä puolia. Työn hyvinä puolina mainittiin erityisesti mahdollisuudet päästä koulutuksiin, työyhteisön toimivat sosiaaliset suhteet ja avoin ilmapiiri sekä työn tulosten näkeminen.

Nimenomaan hyvä ilmapiiri ja aina voi sanoa jos jotakin mättää. Selän takana ei puhu mistään, on tämmönen suora ja lämpimäinen työyhteisö, meillä on hyvä tehdä töitä. Ja osastonhoitaja on hyvä, että millainen osastonhoitaja, sitten lauma kehittyykin hänen kaltaisekseen. (Hoitaja 12)

Tykkään et nään lopputulosta työstä. Kuntoutusosastolla he [potilaat] ovat hirveän kivuliaat, sänkystä ei nouse, huutavat vaan. Kahden viikon päästä hän kävelee. Minusta on hirveän hyvä, et näät tulosta. (Hoitaja 2)

Kuormittavina tekijöinä mainittiin esimerkiksi vaihtelevista potilasmääristä johtuva kiire, työhön kuuluvien lukuisten erilaisten tehtävien hoitaminen ja työn kokeminen toisinaan raskaana.

Jos on osastolla liian paljon potilaita, on kiire, tulee tämmönen avuton olo, että olispa intialainen jumalatar neljä kättä, neljä jalkaa ja enemmän auttaa. (Hoitaja 12)

6 Terveys ja hyvinvointi

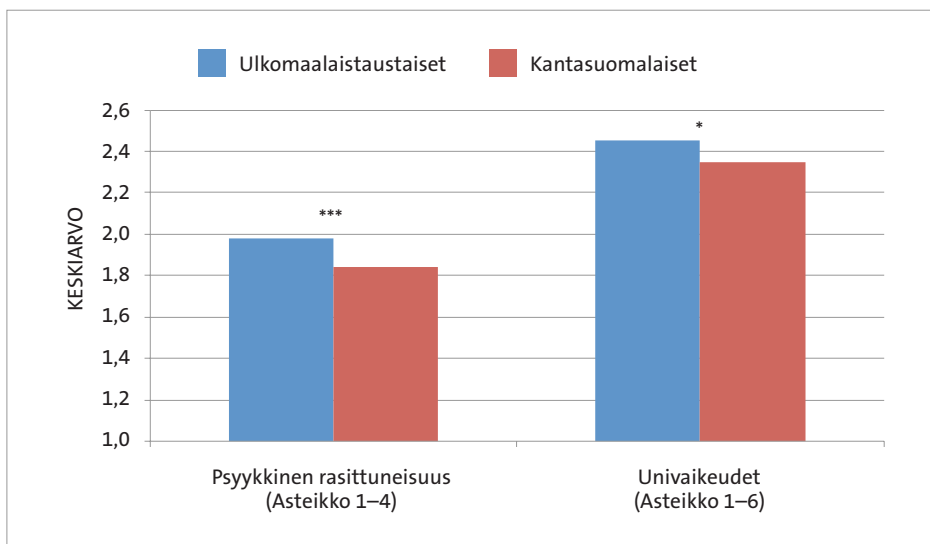
Tarja Heponiemi, Anna-Mari Aalto, Marko Elovainio, Laura Hietapakka, Hannamaria Kuusio ja Riikka Lämsä

Tässä luvussa tarkastellaan ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkärien ja sairaanhoitajien terveyttä, hyvinvointia sekä terveyteen liittyviä elämäntapoja. Luvun tulokset perustuvat kyselyaineistoon ja pääpaino on ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten kokemusten vertailussa sekä maakohtaisissa vertailuissa. Yleistä terveyttä ja hyvinvointia tarkastellaan kaikkien vastanneiden osalta, työhön liittyviä tekijöitä tarkastellaan terveydenhuollossa työskentelevien osalta.

6.1 Lääkärit

6.1.1 Terveys, hyvinvointi ja työterveyshuolto

Selvä enemmistö kaikista ulkomaalaistaustaisista ja kantasuomalaisista lääkäreistä arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (76 % ja 79 %, ero ei tilastollisesti merkitsevä). Ulkomaalaistaustaiset raportoivat kantasuomalaisia enemmän psyykkistä rasittuneisuutta sekä univaikeuksia (kuvio 6.1.). Univaikeuksia oli erityisesti EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulleilla lääkäreillä (F=3,0; p=0,027). Itsemurha-ajatukset sen sijaan olivat jossain määrin yleisempiä kantasuomalaisten lääkärien joukossa (20 % vs. 15 %, $\chi^2=6,7$; p=0,01).



KUVIO 6.1. Psyykinen rasittuneisuus ja univaikeudet ulkomaalaistaustaisilla ja kantasuomalaisilla lääkäreillä (***) p<0,001; *p<0,05).

Terveystieteiden tutkimuksessa työskentelevät ulkomaalaistaustaiset ja kantasuomalaiset lääkärit pystyivät yhtäläillä sovitteluilla työ- ja perhe-elämän vaatimuksia yhteen (k.a. 3,1 kummassakin ryhmässä). Ulkomaalaistaustaiset lääkärit kokivat useammin työuupumuksen selväksi vaaraksi verrattuna kantasuomalaisiin työssäkäyviin lääkäreihin (25 % vs. 18 %, $\chi^2=12,3$; $p<0,001$). Erityisesti venäläis- ja virolaistaustaisten joukossa työuupumuksen uhka oli yleinen: 30 % virolais- ja 29 % venäläissyntyisistä lääkäreistä koki selvää työuupumuksen vaaraa, kun osuus EU/ETA-maissa ja muualla syntyneiden joukossa oli 16 % (erot syntymämaan mukaan merkitseviä $\chi^2=9,8$; $p=0,02$). Itse arvioidussa työkyvyssä ei ollut eroja ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisien työssäkäyvien välillä (k.a. 8,5 vs. 8,6), mutta työkyvyttömyyseläkettä oli hakenut tai sen hakemista harkinnut vakavasti useampi kantasuomalaisista (5 %) kuin ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä (1 %, $\chi^2=13,7$; $p<0,001$).

Terveystieteiden tutkimuksessa työskentelevistä lääkäreistä ulkomaalaistaustaisista 69 % ja kantasuomalaisista 80 % ilmoitti, että heille on järjestetty työterveyshuolto, 17 % ulkomaalaistaustaisista ilmoitti että heillä ei ole työterveyshuoltoa ja 15 % ei osannut vastata työterveyshuoltoa koskevaan kysymykseen (kantasuomalaisien joukossa vastaavat osuudet olivat 12 % ja 7 %, erot ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä; $\chi^2=41,0$; $p<0,001$). Niistä lääkäreistä, joilla oli järjestetty työterveyshuolto, ulkomaalaistaustaiset olivat kantasuomalaisia useammin käyneet työterveyshuollon sairausvastaanotolla vähintään kaksi kertaa viimeisen kolmen vuoden aikana (20 % vs. 15 %, $\chi^2=6,8$; $p=0,01$). Sen sijaan terveystarkastuksissa tai vastaavassa työterveyshuollossa viimeisen kolmen vuoden sisällä olivat kantasuomalaisista vastaajista käyneet kaikki lääkärit, joilla oli järjestetty työterveyshuolto, kun taas ulkomaalaistaustaisista 25 % ei ollut käynyt terveystarkastuksessa ($\chi^2=429,0$; $p<0,001$). Ulkomaalaistaustaisten syntymämaa ei ollut yhteydessä siihen, oliko heillä järjestetty työterveyshuolto eikä työterveyshuollon palvelujen käyttöön. Sairauspoissaoloissa tai sairaana työssä käymisessä ulkomaalaistaustaiset ja kantasuomalaiset lääkärit eivät eronneet toisistaan. Ulkomaalaistaustaisista oli ollut sairauslomalla kuluneen vuoden aikana 44 % ja sairaana töissä 62 %, vastaavat osuudet kantasuomalaisilla olivat 46 % ja 60 %.

6.1.2 Terveystieteiden liittyvät elämäntavat

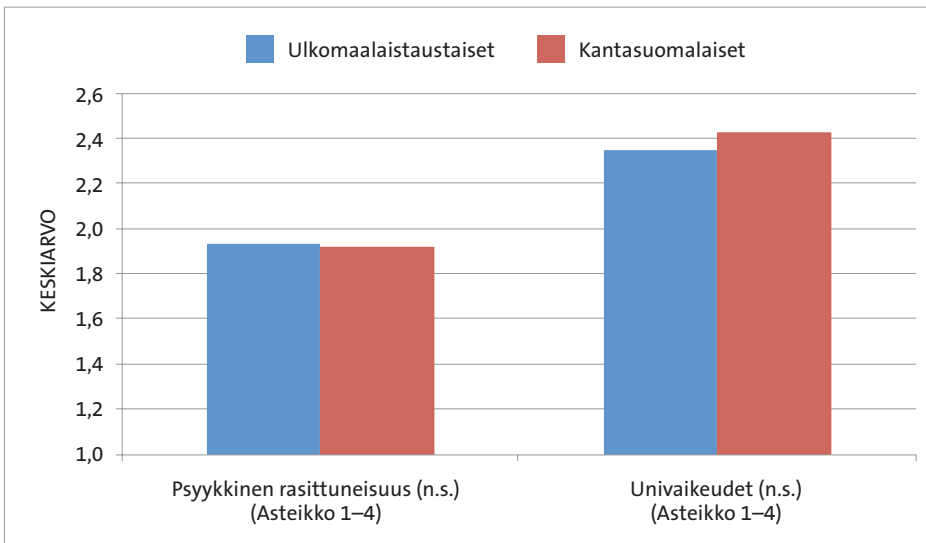
Kantasuomalaisiin lääkäreihin verrattuna ulkomaalaistaustaiset lääkärit liikkuiivat harvemmin ja tupakoivat useammin (taulukko 6.1.) Alkoholin humalahakuinen käyttö (yli 6 annosta kerralla) oli yleisempää kantasuomalaisilla lääkäreillä. Ylipainoisten osuudessa ei ollut eroja kantasuomalaisien ja ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden välillä.

Terveystieteiden liittyvissä elämäntavoissa oli myös maakohtaisia eroja. Virolaistaustaiset ja muista EU/ETA-maista tulleet lääkärit liikkuiivat aktiivisemmin, humalahakuinen juominen taas oli harvinaisempaa EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulleilla lääkäreillä. Vähintään lievä ylipainoisuus oli yleisintä EU/ETA-alueen ulkopuolella syntyneillä ja vähäisintä EU/ETA-maista tulleilla.

6.2 Hoitajat

6.2.1 Terveys ja hyvinvointi

Selvä enemmistö kaikista hoitajista arvioi terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi, ulkomaalaistaustaiset kuitenkin kantasuomalaisia useammin (86 % vs. 71 %, $\chi^2 = 39,2$; $p < 0,001$). Univaikkeuksien määrässä, psyykkisessä rasittuneisuudessa ja työn ja perheen yhteensovittamisen vaikeuksissa (työssä käyvillä) ei ollut eroja hoitajan syntymämaan mukaan (kuvio 6.2.).



KUVIO 6.2. Psyykinen rasittuneisuus ja univaikkeudet ulkomaalaistaustaisilla ja kantasuomalaisilla hoitajilla (n.s.=ero ei tilastollisesti merkitsevä).

Terveydenhuollossa työskentelevien ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisien hoitajien välillä ei ollut eroja työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisessa (k.a. 2,7 vs. 2,8). Ulkomaalaistaustaiset hoitajat arvioivat työkykynsä paremmaksi kuin kantasuomalaiset hoitajat (k.a. 8,7 vs. 8,2; $F = 36,6$; $p < 0,001$). Sairauslomalla viimeisen 12 kuukauden aikana oli ollut työssä käyvistä ulkomaalaistaustaisista hoitajista 67 % ja kantasuomalaisista hoitajista 70 %, sairaana töissä oli ollut 46 % ulkomaalaistaustaisista ja 51 % kantasuomalaisista hoitajista. Erot sairauslomissa ja sairaana töissä olemisessa eivät olleet ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisien hoitajien välillä tilastollisesti merkitseviä.

6.2.2 Terveysteen liittyvät elämäntavat

Alkoholin suuri kertakulutus (6 annosta tai enemmän) ja tupakointi olivat harvinaisempia ulkomaalaistaustaisilla kuin kantasuomalaisilla hoitajilla (taulukko 6.2). Noin

TAULUKKO 6.1. Terveysteen liittyvät elämäntavat ja ylipainoisuus ulkomaalaistaustaisilla ja kantasuomalaisilla iäkkäireillä.

	Kantasuomalaiset	Ulkomaalaistaustaiset (kaikki)	Ero kantasuomalaiset vs. ulkomaalaistaustaiset	Viro	Venäjä	Muu EU/ ETA-maa	Muut	Ero syntymämaan mukaan
Liikuntaa väh. 2–3 krt/vk	49	63	$\chi^2=39,2$; $p<0,001$	55	42	56	44	$\chi^2=8,5$; $p=0,04$
Yli 6 annosta alkoholia väh. 2 krt/vuosi (%)	30	46	$\chi^2=53,5$; $p<0,001$	37	27	34	10	$\chi^2=17,5$; $p<0,001$
Ei koskaan tupakoinut (%)	88	80	$\chi^2=27,8$; $p<0,001$	79	80	79	84	n.s.
Väh. lievä (BMI ≥ 25) ylipaino	40	43	n.s.	49	40	30	57	$\chi^2=16,9$; $p<0,001$

n.s. = ero ei tilastollisesti merkitsevä

TAULUKKO 6.2. Terveysteen liittyvät elämäntavat ulkomaalaistaustaisilla ja kantasuomalaisilla hoitajilla (%).

	Kanta-suomalaiset	Ulkomaalaistaustaiset (kaikki)	Ero kanta-suomalaiset vs. ulkomaalais-taustaiset	Viro	Venäjä	Muu EU/ETA-maa	Muu Eurooppa/Lähi-itä	Aasia	Afrikka	Pohjois/Etelä-Amerikka (ml Kanada)	Ero syntymämaan mukaan (F-tai χ^2 -testi)
Yli 6 annosta alkoholia väh. 2 krt/vuosi (%)	51	37	$\chi^2=26,3$; p<0,001	41	43	50	22	28	31	26	$\chi^2=14,0$; p=0,03
Ei koskaan tupakoinut (%)	74	80	$\chi^2=7,2$; p=0,007	79	82	66	82	80	94	89	$\chi^2=18,4$; p=0,005
Väh. lievä (BMI>=25) ylipaino	53	44	$\chi^2=10,7$; p=0,001	47	49	36	48	33	48	47	n.s.

n.s.= ero ei tilastollisesti merkitsevä

puolet kantasuomalaisista hoitajista käytti alkoholia kuusi annosta tai enemmän kerralla useammin kuin kaksi kertaa vuodessa, kun vastaava luku ulkomaalaistaustaisilla oli 37 %. Suuri alkoholin kertakulutus oli yleisempää EU/ETA-maista tulleilla sekä virolais- ja venäläistaustaisilla verrattuna muihin ulkomaalaistaustaisiin. Ulkomaalaistaustaisista useampi ei ollut tupakoinut koskaan verrattuna kantasuomalaisiin. Kantasuomalaisista hoitajista useampi oli vähintään lievästi ylipainoinen (BMI 25 tai enemmän) verrattuna ulkomaalaistaustaisiin hoitajiin.

6.3 Yhteenveto

Sekä hoitajat että lääkärit arvioivat pääsääntöisesti terveydentilansa vähintäänkin melko hyväksi. Lääkärien joukossa ulkomaalaistaustaisilla oli kuitenkin enemmän terveysongelmia: he kokivat enemmän psyykkistä rasittuneisuutta sekä univaikeuksia kuin kantasuomalaiset lääkärit. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit, erityisesti virolais- ja venäläistaustaiset, kokivat myös työuupumuksen suurempana uhkana kuin kantasuomalaiset lääkärit. Hoitajien joukossa ulkomaalaistaustaiset sen sijaan arvioivat terveytensä ja työkykynsä kantasuomalaisia myönteisemmin, eikä psyykkisessä rasittuneisuudessa ja univaikeuksissa ollut hoitajien taustan mukaan vastaavia eroja kuin lääkäreillä.

Sairauspoissaoloissa ja sairaana työskentelyssä ei ollut eroja kantasuomalaisen ja ulkomaalaistaustaisen välillä lääkäreillä eikä hoitajilla. Lääkäreiltä selvitettiin kyselyssä myös työterveyshuoltoon liittyviä kysymyksiä ja havaittiin, että ulkomaalaistaustaisen työterveyshuolto ja terveystarkastukset olivat kaiken kaikkiaan jossain määrin heikommin järjestetty kuin kantasuomalaisilla lääkäreillä.

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit liikkuiivat harvemmin ja tupakoivat useammin verrattuna kantasuomalaisiin, mutta humalahakuinen alkoholin käyttö oli yleisempää kantasuomalaisen lääkärin joukossa. Hoitajien osalta puolestaan ulkomaalaistaustaisen hoitajien elämäntavat olivat yleisesti ottaen terveellisempiä verrattuna kantasuomalaisiin.

7 Pohdinta

Anna-Mari Aalto, Marko Elovainio, Riikka Lämsä, Hannamaria Kuusio, Laura Hietapakka ja Tarja Heponiemi

Tässä tutkimuksessa selvitettiin Suomessa ammatinharjoittamisluvan saaneiden ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitajien integroitumista suomalaiseen terveydenhuoltoon. Tarkastelunäkökulmina olivat sekä ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitajien että heidän esimiestensä kokemukset.

Vaikka terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuus on kansainvälisessä mittakaavassakin yleistynyt ilmiö, tietoa ulkomaalaistaustaisten ammattilaisten integroitumisesta työelämään ja kokemuksista työstä on suhteellisen vähän. Olemassa oleva tutkimus perustuu pääosin suhteellisen pieniin haastattelututkimuksiin. Tässä tutkimuksessa on etsitty vastauksia tutkimuskysymyksiin sekä laadullisten haastattelujen että kyselyaineistojen pohjalta. Kyselyaineistot antavat tietoa kokemusten yleisyydestä, haastatteluaineistoista saatiin syventävää näkemystä keskeisistä kiinnostuksen kohteena olleista teemoista. Kyselyaineistojen pohjalta oli myös mahdollista verrata ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitajien kokemuksia työelämästä kantasuomalaisen lääkärin ja hoitajien kokemuksiin. Esimiesten näkemyksiä selvitettiin ainoastaan haastattelujen perusteella, joten näiden näkemysten yleisyydestä ei voida vetää johtopäätöksiä tämän tutkimuksen perusteella.

Tulosten tulkinnassa tulee huomioida joitakin aineistojen luotettavuuteen liittyviä asioita. Haastattelut toteutettiin suomen kielellä, mikä on voinut hankaloittaa huomosti itseään suomeksi ilmaisevien haastateltavien mahdollisuuksia tuoda esille haluamiaan asioita. Vaikka tulosten luotettavuutta lisää se, että kyselyissä käytettiin pääosin kansainvälisiä hyvin validoituja mittareita, joiden käytöstä on kokemusta myös suomalaisissa terveydenhuollon henkilöstön työoloja ja hyvinvointia koskevissa tutkimuksissa, kyselyjen eri kieliversioiden yhdenmukaisuutta ei ollut mahdollista tarkistaa käännösmenetelmillä. Kyselyjen vastausprosentit ovat jonkin verran alhaisemmat kuin suomalaisissa väestötutkimuksissa tavallisesti on ollut. Toisaalta terveydenhuollon henkilöstön vastausaktiivisuus on ollut suhteellisen alhainen myös muissa suomalaistutkimuksissa (Elovainio ym. 2010d; Elovainio ym. 2007). Vastausaktiivisuus on usein ollut erityisen ongelmallinen myös maahanmuuttajatutkimuksissa (ks. Väänänen ym. (2009). Ulkomaalaistaustaisten lääkärin kyselyn kohdalla oli mahdollista arvioida vastauskadon merkitystä taustatekijöiden suhteen ja tämän perusteella näyttäisi siltä, että kyselyyn ovat vastanneet pääasiassa työelämässä olevat. Iän tai työskentelysektorin suhteen vastanneet eivät merkittävästi eronneet alkuperäisestä otoksesta. Näin ollen vastaajien voidaan arvioida edustavan suhteellisen hyvin työsäikäyviä ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä.

Tässä luvussa käsitellään eräitä tutkimuksessa esille nousseita keskeisiä teemoja ja niiden merkitystä muun tutkimuskirjallisuuden valossa. Luvun lopussa esitetään tulosten perusteella johtopäätöksiä ja toimenpide-ehdotuksia.

7.1 Terveydenhuollon ammattilaiset tulevat Suomeen perhesyistä ja työn perässä

Suurin osa kyselytutkimukseen osallistuneista terveydenhuollon ammattilaisista on tullut Suomeen lähialueilta, Venäjältä tai Virosta. Nämä ryhmät ovat olleet suurimpia myös suomalaisessa terveydenhuollon ulkomaalaistaustaisia työntekijöitä koskevassa rekisteripohjaisessa selvityksessä (Kuusio ym. 2010a). Hoitajien tausta oli jonkin verran heterogeenisempi. Suomeen tulevat maahanmuuttajat tulevat tänne yleisesti ottaen perheen, työn tai opiskelun vuoksi (Sisäasiainministeriö 2011). Terveydenhuollon ammattilaiset tulevat Suomeen monista syistä, mutta tämän tutkimuksen tulosten perusteella näyttäisi siltä, että perhesyyt olisivat keskeisimpiä Suomeen tulon taustalla. Lääkärien joukossa oli kuitenkin lähes yhtä paljon niitä, jotka olivat saaneet oleskeluluvan työn perusteella.

Oleskeluluvan peruste on viranomaiskäytäntöihin perustuva luokittelu, eikä se välttämättä kuvasta suoraan yksilön omia motiiveja. Kuvaa perhesyiden merkityksestä tukee kuitenkin hoitajien vastaukset Suomeen tulon syitä suoraan kysyttäessä. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat näyttävät myös asettuneen melko vakiintuneesti Suomeen, sillä lähes kaikki ilmoittivat asuvansa pysyvästi Suomessa. Lisäksi lääkäreistä puolet ja hoitajista yli puolet oli hankkinut Suomen kansalaisuuden. Suomen kansalaisuuden hankkineiden osuus voi olla erityisen suuri juuri työllistyneiden joukossa, jotka ovat tässä aineistossa ylliedustettuina. Kyhän (2011) koulutettuja maahanmuuttajien työllistymistä koskevassa tutkimuksessa todettiin, että Suomen kansalaisuus auttoi kiinnittymään työmarkkinoille.

7.2 Lupaprosessit ja tutkintojen täydentäminen pullonkaulana työelämään pääsyssä

Suomessa ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat tarvitsevat ammatinharjoittamisluvan voidakseen työskennellä terveydenhuollon ammattiteissa. Luvan edellytykset vaihtelevat kansalaisuuden ja tutkinnon suoritusmaan mukaan siten, että EU:n tai ETA:n alueelta tulleille luvan saaminen on helpointa. Ammatinharjoittamislupaan liittyvä lainsäädäntö eroaa lääkäreiden ja hoitajien kesken niin, että lääkäreillä EU tai ETA -maiden sisällä hankittu tutkinto hyväksytään Suomessa sellaisenaan, mutta hoitajilla luvan saamiseen vaikuttaa myös tutkinnon sisältö. Hoitajat voivat joutua EU tai ETA -maan sisältä tullessaankin suorittamaan kelpoisuuskokeen tai he tarvitsevat työkokemusta tai sopeutumisajan.

Etenkin EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulleet lääkärit olivat kokeneet ammatinharjoittamisluvan saamisen hankalana. Prosessia pidettiin monimutkaisena ja tietoa siitä oli saatu liian vähän. Lisäksi lääkäreille suunnattu kielikoulutus oli puutteellista (ks. myös Lämsä ym. (2012)). Hoitajien ammattipätevyyden ja ammatinharjoittamisluvan saamista koskevien tulosten tulkinnassa on huomioitava, että toisin kuin lääkä-

rien kohdalla, hoitajien kyselytutkimuksen otoksen kriteerinä ei ollut muualla suoritettu tutkinto. Hoitajien joukossa lähes kaikilla olikin Suomessa suoritettu tutkinto joko ainoana tutkintona (48 %) tai muualla suoritettuna lisäksi (42 %). Ainoastaan Suomessa kouluttautuneiden määrää selittää todennäköisesti se, että hoitajien kohdalla ulkomaalaistaustaisuus määriteltiin vain syntymäkansalaisuuden perusteella. Suuri osa hoitajista oli tullut Suomeen perheeseen liittyvien syiden vuoksi ja mahdollisesti hankkinut ammattikoulutuksensa vasta Suomessa. Kaksoistutkinnon suorittaneiden suuri osuus kuitenkin viittaa siihen, että muualla hoitajantutkinnon suorittaneet olivat joutuneet suorittamaan huomattavia osia tutkinnosta, eräissä tapauksissa koko tutkinnon, uudelleen Suomessa saadakseen ammatinharjoittamisluvan. Kaksoistutkinnon suorittaneista kyselyyn vastanneista yli puolet kokikin ammatinharjoittamislupaprosessin vaikeana.

Tulokset tukevat kansainvälisiä (Lillis ym. 2006; de Veer ym. 2004) ja suomalaisia tutkimuksia (Nieminen 2011; Kyhä 2011), joissa on noussut esiin ongelmia ulkomaalaisten terveydenhuollon tutkintojen tunnustamisessa ja ammatinharjoittamisluvan saannissa. Ongelmia aiheuttaa erityisesti koordinaation ja tiedon puute sekä epäselvät vastuut pätevytymisprosessiin liittyvien toimijoiden välillä (Nieminen 2011). Myös Tehyn selvityksessä (Koivuniemi 2012) kävi ilmi, että vajaa puolet ulkomaalaistaustaisista hoitajista oli joutunut täydentämään tutkintoaan Suomessa, mikä on kuitenkin vähemmän kuin tässä tutkimuksessa havaittiin. Ero voi johtua aineiston rajauksesta, koska tässä tutkimuksessa hoitajien kohdalla aineistoon otettiin mukaan myös Suomessa koulutuksensa saaneet.

7.3 Riittävä kielitaito edellytys työssä selviämiseksi

Kielitaito on keskeinen väline vuorovaikutukseen perustuvassa potilas- ja hoitotyössä. Yhteisen kielen puute potilaan ja hoitavan henkilön välillä voi estää ongelmia tulemasta esiin, aiheuttaa hoitoa koskevia väärinkäsityksiä ja johtaa myös huonompaan hoidon laatuun (Fernandez ym. 2011; Wilson ym. 2005; Bischoff ym. 2003). Myös työyhteisön ammatillisissa ja epävirallisissa tilanteissa toimiminen edellyttää riittävästä vuorovaikutuksen sujuvuutta.

Suomen kielen taidon merkitys tuli esille tässä tutkimuksessa eri yhteyksissä: pätevytymiskoulutukseen ja ammatinharjoittamislupaprosessiin liittyen erityisesti EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulleilla lääkäreillä, työllistymisen esteenä sekä työyhteisössä ja potilastyössä toimittaessa. Haastatteluaineistojen perusteella tarjolla olevaa kielikoulutusta pidettiin usein riittämättömänä ja kielikursseja toivottiin paremmin terveydenhuoltoalan ammattilaisille räätälöidyiksi. Kielen oppimisen kannalta tärkeinä pidettiin mahdollisuutta oppia kieltä ja erityisesti terveydenhuollon sanastoa aidoissa työtilanteissa, esimerkiksi harjoittelun yhteydessä. Kielitaito-ongelmat tulivat selvästi esille myös esimiesten näkemyksissä (Ks. myöhemmin tässä luvussa).

Edellä mainitut tulokset tukevat kansainvälisiä, lähinnä haastatteluaineistoihin perustuvia terveydenhuollon sopeutumista koskevia tutkimuksia, joissa kielitaitoon

liittyvät ongelmat ovat nousseet esille eri yhteyksissä (Yi ja Jezewski 2000; Obrey ja Vydellingum 2004; Magnusdottir 2005; Kawi ja Xu 2009; Lillis ym. 2006). Tehyn teettämässä selvityksessä (Koivuniemi 2012) maahanmuuttajataustaisten hoitajien kielitaito-ongelmat ja työssä tarjottavan kielitaitokoulutuksen riittämättömyys olivat yleisiä ja tulivat esille sekä hoitajien että esimiesten näkemyksissä.

Haastatteluaineistojen antamaan kuvaan nähden ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat itse kuitenkin arvioivat omaa kielitaitoaan kyselyaineistoissa yllättävänkin myönteisesti. Erityisesti lääkäreistä lähes kaikki katsoivat selviävänsä suomenkielellä hyvin potilaiden ja työtovereiden kanssa. Kokoustilanteissa ja työhön liittyvässä kirjoittamisessa koettiin enemmän ongelmia, mutta niissäkin valtaosa ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä katsoi selviytyvänsä hyvin. Hoitajien arviot kielitaidostaan olivat jonkin verran varovaisempia.

Monissa maissa, kuten Kanadassa, kielitaito-ongelmia pyritään ratkaisemaan tarjoamalla ulkomaalaistaustaisille lääkäreille ohjattua koulutusta ja harjoittelua (Nasmith 2000). Myös Suomessa on eri ministeriöiden laatimissa mietinnöissä ehdotettu vastaavaa käytäntöä (Opetusministeriö. 2002; Paunio ja Pelkonen 2012). Euroopan Unionin ammattipätevyysdirektiivi (2005/36/ec) on rajoittanut mahdollisuutta testata EU/ETA-maista tulevien lääkärin kielitaitoa osana ammattipätevyden tunnustamista. Direktiiviä ollaan muuttamassa vuoden 2013 alussa (Euroopan komissio 2011) ja esimerkiksi Britannia ja Suomi ovat toivoneet, että terveydenhuollon ammattilaisten kielitaito voitaisiin varmistaa jo ennen ammattipätevyden tunnustamista (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2012).

7.4 Ulkomaalaistaustaiset työntekijät helpottamassa terveydenhuollon henkilöstöpulaa?

Kansainvälisessä kirjallisuudessa on käyty keskustelua siitä, sijoittuvatko ulkomaalaistaustaiset lääkärit alueille, joihin on vaikea rekrytoida kantaväestöön kuuluvia lääkäreitä (Thompson ym. 2009; Baer ym. 1998; Mick ym. 2000). Suomessa ulkomaalaistaustaiset lääkärit on osaksi nähty vastauksena syrjäseutujen perusterveydenhuollon lääkäripulaan, hoitajien kohdalla vahvistusta on kaivattu erityisesti vanhustenhuoltoon.

Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu sijoittumista alueellisesta näkökulmasta, mutta muuten tulosten perusteella näyttäisi siltä, että ulkomaalaistaustaiset sijoittuvat osin niille sektoreille, jolla henkilöstöressurssipula on suuri. Vaikka erikoissairaanhoido työllisti suurimman osan sekä kantasuomalaisista että ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä ja hoitajista, ulkomaalaistaustaiset lääkärit olivat kantasuomalaisia useammin sijoittuneet perusterveydenhuoltoon, hoitajat taas kantasuomalaisia useammin vanhustenhuoltoon.

Käsitystä siitä, että ulkomaalaistaustaiset sijoittuvat tehtäviin joihin kantasuomalaisen rekrytointi on vaikeaa, tukee myös se, että ulkomaalaistaustaiset lääkärit päivystivät enemmän kuin kantasuomalaiset lääkärit ja ulkomaalaistaustaisten hoi-

tajien joukossa vuorotyö ja ylityöt olivat kantasuomalaisia yleisempiä. Ulkomaalais-taustaiset lääkärit ja hoitajat olivat myös harvemmin vakinaisessa työsuhteessa tai esimiesasemassa. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Kyhän (2011) havainnot, joi-den mukaan koulutetut maahanmuuttajat Suomessa ovat työllistyessään useimmiten määräaikaisissa ja lyhytkestoisissa työsuhteissa. Myös kansainvälisissä tutkimuksis-sa on todettu ulkomaalaistaustaisten terveydenhuollon ammattilaisten työmarkki-na-aseman ja työolojen olevan heikompia kuin kantaväestöön kuuluvilla (Lowell ja Gerova 2004; Shuval 2000).

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit olivat kuitenkin kantasuomalaisia harvemmin eri-koistuneet yleislääkäritieteeseen, mikä viittaa siihen, että terveyskeskusura on heille pi-kemminkin olosuhteiden sanelemaa kuin varsinainen oma uravalinta. Tähän viittaa myös samasta aineistosta tehty yksityiskohtaisempi analyysi, jonka mukaan perus-terveydenhuollossa ulkomaalaistaustaiset lääkärit olivat halukkaampia vaihtamaan työpaikkaa kuin kantasuomalaiset (Kuusio ym. 2013).

7.5 Kulttuurierot terveydenhuollon työssä ja työyhteisön toimintatavoissa

Oman kulttuurin ja uuden maan kulttuurin välisiin eroihin sopeutuminen ja työyh-teisön pelisääntöjen oppiminen ovat keskeisiä tekijöitä maahanmuuttajien työelämään integroitumisessa uudessa maassa (ks. Väänänen ym. (2009). Ulkomaalaistaustaiset terveydenhuollon ammattilaiset voivat törmätä kulttuurieroihin työpaikan virallisis-sa ja epävirallisissa ihmisten välisissä vuorovaikutustilanteissa, sekä yleisissä terve-ydenhuollon järjestelmään ja toimintakulttuuriin liittyvissä tekijöissä (Obrey ja Vy-delinum 2004; Yi ja Jezewski 2000).

Tässä tutkimuksessa yleisiä ja terveydenhuollon toimintaan liittyviä kulttuuri-eroja tarkasteltiin selvittämällä kyselyssä ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitaji-en kulttuurisidonnaisia toimintatapoja työpaikalla sekä lääkärin yleisiä näkemyk-siä suomalaisesta terveydenhuollosta suhteessa heidän oman maansa järjestelmään. Berryn (2005) akkulturaationäkemyksen (kotoutumisnäkemys) mukaan maa-hanmuuttajan integroitumisen kannalta suotuisinta on, jos hän pystyy yhdistämään identiteettiinsä sekä oman että uuden kulttuurin piirteitä. Tässä tutkimuksessa suu-rin osa lääkäreistä katsoi pystyvänsä yhdistämään oman kulttuurinsa ja suomalaisen kulttuurin toimintatavat työpaikalla eri tilanteissa, mutta moni myös noudatti pääasi-assa suomalaiselle kulttuurille tyypillisiä toimintatapoja. Myös lääkärin näkemykset suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä olivat myönteisiä: suomalaista terve-ydenhuoltoa pidettiin tehokkaana ja selkeänä. Hoitoon pääsyyn suomalaisessa järjes-telmässä kuitenkin suhtauduttiin kriittisemmin.

Haastatteluaineistot antoivat syventävää tietoa ulkomaalaistaustaisten lääkä-rin ja hoitajien kokemuksista suomalaisen terveydenhuollon erityispiirteistä. Haas-tatellut lääkärit ja hoitajat pitivät erityisesti laaja-alaista ja monipuolista orientaatiota ominaisena piirteenä suomalaiselle terveydenhuollolle. Lääkärin näkemysten mu-

kaan suomalainen terveyskeskustyö edellyttää lääkäriltä pelkän lääketieteellisen tiedon lisäksi myös monipuolista ymmärrystä yhteiskunnasta ja potilaan kokonaistilanteesta. Tulokset tukevat suomalaisten terveyskeskuslääkärien haastattelututkimuksen tuloksia, jonka mukaan terveyskeskuksen ensi- ja viimesijaisuus terveydenhuoltojärjestelmässä sekä potilaiden avun tarpeen kokonaisvaltaisuus luonnehtivat terveyskeskuslääkärien kokemuksia työstään (Lämsä ym. 2011).

Vastaavasti hoitotyön kokonaisvaltaisuus Suomessa korostui ulkomaalaistaustaisten hoitajien kokemuksissa, joista monet olivat kotimaassaan tottuneet rajatun paan työnkuvaan. Vastaavia havaintoja on noussut esiin myös muissa lähinnä länsimaissa tehdyissä ulkomaalaistaustaisten hoitajien haastattelututkimuksissa (Yi ja Jezewski 2000; Kawi ja Xu 2009; Obrey ja Vydellingum 2004; Gonagle ym. 2004), joissa ulkomaalaistaustaisille uuden maan holistinen hoitotyön orientaatio on ollut yllätys, sillä monet ulkomaalaistaustaiset hoitajat olivat tottuneet huolehtimaan enemmänkin lähinnä potilaan fyysisistä tai lääketieteelliseen hoitoon liittyvistä tarpeista.

7.6 Syrjintä ja kohtelu työpaikalla

Syrjintä työpaikalla voi näyttäytyä eri muodoissa. Suorassa syrjinnässä työntekijää kohdellaan epäsuotuisasti vertailukelpoisessa tilanteessa, kun taas epäsuorassa syrjinnässä toimintakäytännöt ovat käytännössä syrjiviä ilman, että syrjintä on tietoisesti tarkoituksellista. Lisäksi syrjintä voi ilmetä suoranaisena kiusaamisena ja häirintänä. Kansainvälisissä tutkimuksissa syrjintä terveydenhuollossa on osoittautunut ongelmaksi (Nunez-Smith ym. 2009b; Coombs ja King 2005).

Tässä tutkimuksessa noin 15- 20 % prosenttia ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä ja hoitajista oli kyselyaineistojen perusteella kokenut syrjintää työpaikalla joko esimiehen, työtovereiden tai potilaiden taholta. Lääkärien joukossa syrjintää oli koettu eniten potilaiden taholta, mutta hoitajilla myös työtovereiden taholta koettu syrjintä on yhtä yleistä. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Tehyn ulkomaalaistaustaisten hoitajien kokemuksia koskevassa selvityksessä (Koivuniemi 2012). Tässä tutkimuksessa syrjintäkokemukset olivat yleisempiä Euroopan ulkopuolisista maista tulleiden joukossa, hoitajilla erityisesti afrikkalaistaustaisten kokemuksissa. Havainto tukee näkemystä, että erityisesti ulkoisten piirteidensä perusteella erottuvat vähemmistöryhmät ovat alttiimpia syrjinnälle (Dion ja Kawakami 1996).

Syrjinnän äärimmäinen muoto on varsinainen vihamielinen käyttäytyminen ja kiusaaminen. Kiusaamista tapahtuu myös terveydenhuollon organisaatioissa ja erityisesti vähemmistöihin kuuluvat ja maahanmuuttajataustaiset työntekijät ovat olleet suuremmassa vaarassa tulla kiusatuiksi (Hogh ym. 2011; Quine 2002). Tutkimuksesamme havainnot olivat samansuuntaisia ja yhteneväisiä myös syrjintäkokemuksia koskevien tulosten kanssa. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit olivat kokeneet henkistä väkivaltaa enemmän kuin kantasuomalaiset lähinnä potilaiden ja omaisten taholta, hoitajat taas potilaiden ja jossain määrin myös työtovereiden taholta. Myös Vartia ja

Bergbom (2007) raportoivat samansuuntaisia tuloksia monikulttuurisia työyhteisöjä koskevassa suomalaistutkimuksessa.

Hoitajista kuitenkin valtaosa koki, että he pystyivät osallistumaan työpaikan ja ammattitaitonsa kehittämiseen kuten kantasuomalaiset hoitajatkin. Tulos voi heijastaa onnistunutta esimiestyötä, sillä hoitajat myös kokivat esimiehet tärkeinä tukijoina ja pitivät johtamista oikeudenmukaisena (ks. myöhemmin tässä luvussa).

Haastatteluaineistojen perusteella syrjintää olivat kokeneet lähinnä hoitajat. Osa hoitajista oli kokenut, että heidän ammattitaitoaan ei arvostettu ja heidän työsuorituksiaan valvottiin. Haastateltavat kertoivat myös kokemuksiaan epäystävällisestä käytöksestä työyhteisössä ja työyhteisön ulkopuolelle jättämisestä. Hoitajien kokemukset olivat samantapaisia joita kansainvälisissäkin tutkimuksissa on havaittu (Obrey ja Vydellingum 2004). Lääkärien haastatteluissa syrjintäkokemukset eivät korostuneet samassa määrin. Vaikka kyselytutkimuksissa nousi esiin erityisesti potilaiden ulkomaalaistaustaisiin työntekijöihin kohdistama syrjintä, haastatellut lääkärit ja hoitajat pitivät potilaiden kielteisiä reaktioita lähinnä yksittäistapauksina.

Työpaikalla tapahtuvalla syrjinnällä voi olla vakavia kielteisiä seurauksia sekä yksilön että organisaation näkökulmasta. Syrjintäkokemukset ovat olleet yhteydessä masennusoireisiin (Hammond ym. 2010) ja työpaikanvaihtoaikeisiin (Nunez-Smith ym. 2009a; Shields ja Proce 2002). Kiusaamisen on todettu olevan yhteydessä lisääntyneisiin sairauspoissaoloihin (Kivimäki ym. 2000), masennusoireisiin sekä sydän- ja verisuonitautien esiintyvyyteen (Kivimäki ym. 2003).

7.7 Ulkomaalaistaustaiset terveydenhuollon ammattilaiset arvioivat psykososiaalista työympäristöään myönteisesti

Terveydenhuollon työntekijöiden kansainvälinen liikkuvuus lisääntyy. Kuitenkaan tutkimustietoa ei juuri ole siitä, minkälaisia kokemuksia ulkomaalaistaustaisilla lääkäreillä ja hoitajilla on työn kuormittavuudesta ja suojaavista tekijöistä työssä. Ei tiedetä myöskään sitä, miten tyytyväisiä ja sitoutuneita työhön ulkomaalaistaustaiset ovat verrattuna kantaväestöön kuuluviin työntekijöihin.

Kaiken kaikkiaan kyselyihin vastanneita lääkäreitä ja hoitajia rasittivat eniten kiire ja huonosti toimivat tietojärjestelmät, mitkä on todettu myös muissa tutkimuksissa terveydenhuollon keskeisiksi kuormitustekijöiksi (Heponiemi ym. 2012b; Heponiemi ym. 2010; Vänskä ym. 2010; Partanen ym. 2005; Hinno ym. 2012b; Suonsivu 2003). Tämä tutkimus osoitti, että ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten lääkäreiden ja hoitajien välillä ei ollut suuremmin eroja psykososiaalisissa työolosuhteissa, työtyytyväisyydessä tai työhön sitoutumisessa, vaikka ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden ja hoitajien työsuhteiden ulkoiset piirteet (esim. määräaikaisuus) olivatkin keskimäärin kantasuomalaisia huonommat. Ulkomaalaistaustaiset hoitajat jopa kokivat kantasuomalaisia kollegoitaan vähemmän kuormitustekijöitä, arvioivat johtamista oikeudenmukaisemmaksi ja työilmapiiriä paremmaksi. Lisäksi he olivat si-

toutuneempia ja tyytyväisempiä työhönsä ja vähemmän halukkaita vaihtamaan työpaikkaa verrattuna kantasuomalaisiin.

Lääkärien joukossa tietojärjestelmät rasittivat erityisesti kantasuomalaisia, potilaat ja yksintyöskentely taas jossain määrin enemmän ulkomaalaistaustaisia. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit pitivät myös organisaation johtamiskäytäntöjä oikeudenmukaisempina kuin kantasuomalaiset, mutta vaikutusmahdollisuutensa työhön he kokivat jonkin verran heikommiksi. Työtyytyväisyydessä ja työhön sitoutumisessa tai työpaikan vaihtohalukkuudessa ulkomaalaistaustaiset lääkärit eivät eronneet kantasuomalaisista. Yksityiskohtaisempi analyysi samasta aineistosta osoitti, että työhön liittyvät tekijät olivat selvemmin yhteydessä poislähtöhalukkuuteen kantasuomalaisten joukossa (Kuusio ym. 2013). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös ruotsalaistutkimuksessa, jossa ruotsalaissyntyiset työntekijät näyttivät olevan herkempiä työpaikan psykososiaalisille tekijöille kuin ulkomaalaistaustaiset työntekijät (Rosmond ym. 1998).

Ulkomaalaistaustaisten ja kantasuomalaisten kokemukset työn kuormitustekijöistä voivat heijastaa näiden ryhmien erilaisia odotuksia työelämälle. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että työorganisaatioiden kulttuureissa on maakohtaisia eroja (Aycan ym. 2000). Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat tulevat erilaisista työkuultuureista ja arvioidessaan johtamista, vaikutusmahdollisuuksiaan, tiimityötä ja kuormitustekijöitä he saattavat verrata kokemuksiin suomalaisesta terveydenhuollosta kokemuksiinsa omassa maassaan. Kansainvälisissä tutkimuksissa työolot ovat yleinen tekijä, joka saa terveydenhuollon ammattilaiset etsimään työtä muualta (Kline 2003).

Toisaalta työyhteisöjen esimiestyöllä ja kollegoiden tuella on ehkä myös pysytty tukemaan ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden selviämistä ja integroitumista työyhteisöön. Tätä tukevat myös tutkimuksemme haastatteluaineistoihin perustuvat havainnot siitä että työyhteisöstä saadun sosiaalisen tuen merkitys ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden ja hoitajien työssä selviämässä on tärkeä erityisesti työuran alkuvaiheessa Suomessa. Kääntöpuolena voi kuitenkin olla kantasuomalaisten työtövereiden kuormittuminen, jos oman jo sinänsä kiireisen ja kuormittavan työn lisäksi aikaa kuluu muiden opastamiseen ja perehdyttämiseen. Tähän viittaa se, että kantasuomalaiset kokivat osin enemmän kuormitustekijöitä sekä johtamisen epäoikeudenmukaisempina. Heponiemi ym. (2009b) ovatkin osoittaneet, että terveydenhuollossa kuormittumisvaarassa ovat erityisesti vakituiset työntekijät, joiden vastuulla kokeuttamattomampien työntekijöiden ohjaaminen todennäköisesti on.

7.8 Terveys ja hyvinvointi

Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu maahanmuuttajien olevan valikoitunut ryhmä, jonka terveydentila varsinkin maahantulovaiheessa voi olla parempi kuin vertailukelpoisen kantaväestön (Antecoland ja Bedard 2006; McDonald ja Kennedy 2004). Tutkimukset käsittelevät pääasiassa maita, jonne suuntautuva siirtolaisuus on suurimmaksi osaksi vapaaehtoista. Positiivinen valikoituminen onkin selvempää

erityisesti työperäisillä maahanmuuttajilla kuin pakolaisilla tai perhesyistä maahan tulleilla (Rotermann 2011). Maahanmuuttajat ovat kuitenkin heterogeeninen joukko ja tuoreessa suomalaisessa maahanmuuttajien terveyttä koskevassa tutkimuksessa maahanmuuttajien terveydessä oli selviä eroja eri maista Suomeen tulleiden välillä (Castaneda ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa ulkomaalaistaustaiset hoitajat arvioivat terveydentilansa paremmaksi kuin kantasuomalaiset, mutta muissa hyvinvoinnin osatekijöissä ulkomaalaistaustaiset hoitajat eivät juuri poikenneet kantasuomalaisista. Terveydentilan suhteen hoitajien tulokset ovat yhdenmukaisia Vartian ja Giorgianin (2007) havaintojen kanssa monikulttuurisista työyhteisöistä Suomessa. Sen sijaan ulkomaalaistaustaisten lääkärin psyykinen hyvinvointi oli tässä tutkimuksessa heikompi kantasuomalaisiin verrattuna: heillä oli enemmän masennusoireita ja univaikeuksia. Ongelmien työperäisyyteen viittaa se, että ulkomaalaistaustaiset lääkärit arvioivat myös työuupumuksen suuremmaksi vaaraksi. Työskentelyolosuhteet voivat selittää eroja lääkärin ja hoitajien välillä. Hoitajilla saattaa olla paremmat mahdollisuudet saada työyhteisön tukea, kuin pääasiassa yksin potilastyötä tekevillä lääkäreillä. Tähän viittaa myös se, että ulkomaalaistaustaiset lääkärit kokivat suurempaa potilastyöstä ja yksityistyöstä johtuvaa kuormitusta.

7.9 Johtamisen näkökulma monikulttuurisessa työyhteisössä

Tutkimuksessa haastateltujen, ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitajien, esimiesten suhtautuminen ulkomaalaistaustaisiin työntekijöihin oli pääosin myönteistä. Ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden katsottiin rikastuttavan työyhteisöä ja lisäävän yhteisön tietoisuutta monikulttuurisuudesta. Ulkomaalaistaustaiset työntekijät koettiin hyödyllisinä erityisesti monikulttuurisen asiakaskunnan näkökulmasta. Samansuuntaisia tuloksia saatiin suomalaisten työnantajien kokemuksia ulkomaalaisista työntekijöistä tarkastelevassa tutkimuksessa, jossa työnantajat kokivat ulkomaalaisten johtamisen myönteisenä (Söderqvist 2005). Vastaavia tuloksia saatiin myös Tebyn selvityksessä (Koivuniemi 2012).

Ammatinharjoittamislupien tarkastamiseen ja siihen liittyvään vastuunjakoon toivottiin kuitenkin selkeitä ja yhdenmukaisia käytäntöjä ja periaatteita (ks. myös Lämsä ym. (2012). Erityisesti esimiehet kantoivat huolta ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden kielitaidosta rekrytoinnin, työyhteisössä toimimisen ja potilastyön näkökulmasta. Hakijan todellista kielitaitoa oli vaikea selvittää pelkkien todistusten perusteella ja käytännössä kielitaidon testaaminen jäi työpaikkaa haastattelun varaan ja usein lähiesimiesten vastuulle. Organisaatioiden henkilöstöhallinnon toivottiin otavan enemmän vastuuta myös hakijoiden käytännön työskentelyedellytysten, kuten kielitaidon, varmistamisesta. Päivittäisessä työssä puutteellinen kielitaito tuotti usein ongelmia, jotka näkyivät esimiehille esimerkiksi potilaiden valituksina. Ulkomaalaistaustaisten kielitaito-ongelmat työllistivät esimiehen lisäksi myös muuta

työyhteisöä. Tulokset tukevat Tehyn selvityksen havaintoja esimiesten näkemyksistä (Koivuniemi 2012).

7.10 Johtopäätökset ja toimenpide-ehdotukset

Viranomaistaso

Terveystenhuollon henkilöstöpula on yleinen ilmiö kehittyneissä maissa, jotka kilpailevat työvoiman saatavuudesta myös kansainvälisellä tasolla. Suomi ei pienenä kieli-alueena ja syrjäisen maantieteellisen sijaintinsa takia välttämättä ole erityisen houkutteleva vaihtoehto terveydenhuollon suhteellisen hyvin koulutetuille ammattilaisille. Siksi vahva nojautuminen ulkomaalaistaustaiseen työvoimaan terveydenhuollon työvoimatarpeen turvaamiseksi ei ole kestävä ratkaisu. Suomi on myös sitoutunut kansainvälisten sopimusten puitteissa huolehtimaan terveydenhuollon henkilöstön riittävydestä sisäisin koulutus – ja työvoimapoliittisin ratkaisuin sekä noudattamaan rajoja ylittävässä työvoiman rekrytoinnissa kansainvälisiä sopimuksia ja eettisiä periaatteita.

Suomeen kuitenkin tulee terveydenhuollon ammattikoulutuksen omaavaa työvoimaa monista eri syistä, usein perheen vuoksi mutta myös työn perässä. Suomen väestö on etniseltä taustaltaan aikaisempaa monimuotoisempi, joten monikulttuurisella terveydenhuollon työyhteisöllä on paremmat edellytykset vastata muuttuviin asiakastarpeisiin.

1. Suomeen tulleiden lääkärien ja hoitajien ammattitaitoa ja työmotivaatiota tulisi hyödyntää ja tukea heidän ammatinharjoittamisluvan saamistaan ja työllistymistään.

Ammatinharjoittamisluvan saantiin ja pätevytyymiseen liittyvät prosessit ovat monimutkaiset erityisesti EU/ETA-alueen ulkopuolelta tuleville terveydenhuollon ammattilaisille. Tieto menettelytavoista on pirstaleista ja huonosti saatavissa eri viranomaisilta. Jotta Suomeen tulleiden terveydenhuollon ammattilaisten osaamispotentiaali saataisiin käyttöön mahdollisimman tehokkaasti, olisi ammatinharjoittamisluvan saamista edistettävä eri keinoin. Lupaprosesseja tulee kehittää yhteiskunnan näkökulmasta siten, että työnantajat sekä kansalaiset voivat luottaa Suomen terveydenhuollossa toimivien lääkärien ammattitaitoon. Samalla prosesseja olisi kehitettävä yksilön näkökulmasta niin, ettei lupaprosessi kohtuuttomasti hankaloita tänne tulevien terveydenhuollon ammattilaisten toimintaa ja pätevytyymistä ammattiinsa.

2. Tieto pätevytyymisprosessista, siihen liittyvistä koulutuksista ja harjoitteluista tulisi koota esimerkiksi aikaisempaa kattavammin Valviran sivustoille eri kielillä. Lisäksi tietoa tulisi jakaa esimerkiksi työvoimaviranomaisille. Viranomaisten vastuita tiedon välittämisestä ja koulutusten järjestämisestä tulisi selkiyttää. Täydennyskoulutus- ja harjoittelupaikkoja tulisi kohdentaa paremmin suoraan ulkomaalaistaustaisille ammatinharjoittamislupaa hakeville.

Keskeisimmät ongelmat ulkomaalaistaustaisten lääkärin ja hoitajien työelämään integroitumisessa liittyvät kielitaitoon. Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat ymmärtävät kielitaidon merkityksen ja ovat motivoituneita oppimaan kieltä. Kansainväliset säädökset kuitenkin rajoittavat mahdollisuuksia testata kielitaitoa pätevytymisprosessin yhteydessä, mutta vapaaehtoiselle kielikoulutukselle olisi todennäköisesti tarvetta ulkomaalaistaustaisten terveydenhuollon ammattilaisten joukossa.

3. Ulkomaalaistaustaisten terveydenhuollon ammattilaisille tulisi järjestää erityisesti terveydenhuollon ammattikieleen keskittyviä kielikursseja kurssilaisten lähtötason mukaisesti.

Organisaatio- ja työyhteisötaso

Esimiehet kokevat ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden puutteellisen kielitaidon aiheuttamat vaikeudet jokapäiväisessä työssä. Puutteellinen kielitaito voi näkyä myös asiakkaiden negatiivisena suhtautumisena ulkomaalaistaustaisia työntekijöitä kohtaan.

4. Terveydenhuollon organisaatioiden työhönnotossa tulisi kiinnittää huomiota haki- ja riittävään kielitaitoon, jotta kielitaidon varmistus ja kielitaitoon liittyvien ongelmien ratkaisu eivät jäisi lähiesimiesten ja -työyhteisön tehtäväksi. Työnantajan järjestämää kielikoulutusta voidaan käyttää myös rekrytointivalttina.

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat ovat hyvin motivoituneita ja sitoutuneita työhönsä, mutta tarvitsevat varsinkin uransa alkuvaiheessa tukea. Ulkomaalaistaustaisten lääkärin kokemukset yksintyöskentelyn ja potilaiden aiheuttamasta rasituksesta, vaikutusmahdollisuuksien puutteesta, sekä erityisesti heidän korkeampi psyykinen kuormittuneisuutensa kantasuomalaisiin verrattuna on huolestuttava ilmiö.

5. Riittävään perehdytykseen ja alkuvaiheen tukeen tulee suunnata voimavaroja. Perehdytyksessä voitaisiin soveltaa esimerkiksi mentorointimalleja, joita käytetään myös suomalaisten nuorten lääkärin ammatillisen kehittymisen tukemiseen. Myös ulkomaalaistaustaisten lääkärin mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä, kuten työaikoihin, työtapoihin, pitkän tähtäimen urasuunnitteluun ja koulutukseen pääsyyn tulisi tukea.

Samalla tulisi huolehtia siitä, että kantasuomalaiset työtoverit ja kollegat eivät kuormitu joutuessaan oman työnsä ohella ohjaamaan ulkomaalaistaustaisia työntekijöitä.

Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat näyttäisivät jossain määrin sijoittuvan suomalaisessa terveydenhuollossa niille sektoreille, joissa henkilöstöresurssipula on suuri, kuten perusterveydenhuoltoon ja vanhustenhuoltoon. Ulkomaalaisia työntekijöitä kuormittavat pitkälle samat tekijät, kuten työssä esiintyvä kiire, kuin kantasuomalaisiakin.

6. Terveysthuollon työoloihin ja niiden puutteisiin, erityisesti perusterveydenhuollossa, tulee kiinnittää huomiota, jotta henkilöstön kuormitus pysyy kohtuullisena ja suomalainen terveydenhuolto vetovoimaisena sekä kantasuomalaisille että ulkomaalaistaustaisille terveydenhuollon ammattilaisille. Työoloihin voidaan vaikuttaa esimerkiksi kehittämällä johtamista, työnjakoa eri ammattiryhmien välillä, etäkonsultaatiomahdollisuuksia ja tiimityöskentelyä sekä lisäämällä vaikutusmahdollisuuksia omaan työhön.

Ulkomaalaistaustaisten kokemukset jatkuvasta syrjinnästä olivat harvinaisia, mutta vajaa viidennes oli kokenut syrjintää, useimmiten potilaiden taholta. Hoitajien joukossa syrjintää koettiin jossain määrin myös työtovereiden taholta. Syrjimättömän työpaikan varmistaminen on keskeinen johtamistehtävä työorganisaatioissa.

7. Kulttuuritaustaltaan monimuotoistuvaan työyhteisöön tulee kiinnittää huomiota myös terveydenhuollon organisaatiossa, johtamisessa sekä henkilöstön ja työyhteisön kehittämisessä. Henkilöstöstrategioissa olisi tärkeää linjata rekrytointiperiaatteista ja riittävän kielitaidon varmistamisesta. Johtamiskoulutuksessa ja työyhteisöjen kehittämisessä tulisi hyödyntää myös monikulttuurisuuskoulutusta.

Kirjallisuus

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M., ja Shamian, J. 2001. "Nurses' reports on hospital care in five countries." *Health Affairs (Millwood)* 20:43-53.
- Ailasmaa, R. 2010. Sosiaali- ja terveystalouden ulkomaalainen henkilöstö ja suomalaiset ulkomailla: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 18/2010. Saatavilla osoitteessa: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr18_10.pdf.
- Ailasmaa, R. 2012. Sosiaali- ja terveystalouden henkilöstö 2009: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 6/2012. Saatavilla osoitteessa: http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr06_12.pdf.
- Antecoland, H., ja Bedard, K. 2006. "Unhealthy assimilation: Why do immigrants converge to American health status levels?" *Demography* 43:337-360.
- Aycan, Z., Kanungo, R., Mendonca, M., Yu, K., Deller, J., Stahl, G., ja Kurshid, A. 2000. "Impact of Culture on Human Resources Practices: A 10-Country Comparison." *Applied Psychology: An International Review* 49:192-221.
- Baer, L., Ricketts, T., Konrad, T., ja Mick, M. 1998. "Do International Medical Graduates Reduce Rural Physician Shortages?" *Medical Care* 36:1534-1544.
- Bernstein, J. H., ja Shuval, J. T. 1998. "The occupational integration of former Soviet physicians in Israel." *Social Science and Medicine* 47:809-819.
- Berry, J. W. 2005. "Acculturation: living successfully in two cultures." *International Journal of Intercultural Relations* 29:697-712.
- Bischoff, A., Bovier, P., Rrustemi, L., Gariazzo, F., Eytan, A., ja Loutan, L. 2003. "Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral." *Social Science and Medicine* 57:503-512.
- Bothnia Work. 2012. Espanjalaisten sairaanhoidajien rekrytointi Vaasaan: tiedote 17.10.2012. Saatavana osoitteessa: <http://www.bothniawork.fi/pages/posts/espanjalaisten-sairanhoidajien-tulo-vaasaan--tiedote-17.10.2012-26.php>.
- Brush, B. L., Sochalski, J., ja Berger, A. M. 2004. "Imported care: recruiting foreign nurses to U.S. health care facilities." *Health Affairs (Millwood)* 23:78-87.
- Buchan, J. 2007. "Health worker migration in Europe: assessing the policy options." *Eurohealth* 13:6-8.
- Buchan, J., ja O'May, F. 1999. "Globalisation and Healthcare Labour Markets: A Case Study from the United Kingdom." *Human Resources for Health Development Journal* 3:199-209.
- Castaneda, A. E., Rask, S., Koponen, P., Mölsä, M., ja Koskinen, S. 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi - Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 61/2012.
- Castles, S., ja Miller, M. J. 2009. The age of migration. International population movements in the modern world. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Clark, P. F., J.B., S., ja Clark, D. A. 2006. "The Globalization of the labourmarket for the health-care professionals." *International Labour Review* 145:37-64.
- Clarke, J. 2006. "Cell migration: neurons go with the flow." *Curr Biol* 16:R337-339.
- Clinos, I. A., Wismar, M., Maier, C. B., Palm, W., ja Figueras, J. 2011. "Health professional mobility and health systems in Europe: conclusions from the case studies." Ss. Teoksessa M. Wismar, C. B. Maier, G. I.A., G. Dussault ja J. Figueras (Toim.). Health professional mobility and health systems. Evidence from 17 European countries. World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Colquitt, J. A. 2001. "On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure." *Journal of Applied Psychology* 86:386-400.
- Commonwealth Secretariat. 2003. Companion Document to the Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers: Saatavilla osoitteessa: <http://www.thecommonwealth.org/files/35878/FileName/CompanionDocument.pdf> (2.12.2012).
- Coombs, A. A., ja King, R. K. 2005. "Workplace discrimination: experiences of practicing physicians." *Journal of the National Medical Association* 97:467-477.
- de Veer, A., den Ouden, D. J., ja Francke, A. 2004. "Experiences of foreign European nurses in The Netherlands." *Health Policy* 68:55-61.
- Denton, S. 2006. "Nation-to-nation challenges to addressing the effects of emerging global nurse migration on health care delivery." *Policy, Politics & Nursing Practice* 7:76S-80S.

- Dion, K., ja Kawakami, K. 1996. "Ethnicity and perceived discrimination in Toronto: Another look at the personal/group discrimination discrepancy." *Canadian Journal of Behavioural Science* 28:203-213.
- Elovainio, M., Forma, P., Kivimäki, M., Siner-vo, T., Sutinen, R., ja Laine, M. 2005. "Job demands and job control as correlates of early retirement thoughts in Finnish social and health care employees." *Work & Stress* 19:84-92.
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Kuusio, H., Siner-vo, T., Hintsala, T., ja Aalto, A. M. 2010a. "Developing a short measure of organizational justice: a multisample health professionals study." *J Occup Environ Med* 52:1068-1074.
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Ruskoaho, J., Hal- lila, H., ja Vänskä, J. 2012. "Puolet eläke- läislääkäreistä jatkaa työntekoa: Lääkärien työolot ja terveys 2010 -jatkotutkimuksen tuloksia." *Suomen Lääkärilehti* 20:1588-1593.
- Elovainio, M., Heponiemi, T., Vänskä, J., Siner-vo, T., Kujala, S., Laakso, E., Jalonen, P., Hakenen, J., Husman, K., Työry, S., ja Hal- lila, H. 2007. "Miten Suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla." *Suomen Lääkärilehti* 62.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., ja Helkama, K. 2001. "Organization justice evaluations, job control, and occupational strain." *Journal of Applied Psychology* 86:418-424.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., Linna, A., Brockner, J., van den Bos, K., Greenberg, J., Pentti, J., Virtanen, M., ja Vahtera, J. 2010b. "Does organisational justice protect from sick- ness absence following a major life event? A Finnish public sector study." *Journal of Epidemiology and Community Health* 64:470-472.
- Elovainio, M., Kivimäki, M., ja Vahtera, J. 2002. "Organizational Justice: Evidence of a New psychosocial Predictor of Health." *American Journal of Public Health* 92:105-108.
- Elovainio, M., Kuusio, H., Aalto, A., Siner-vo, T., ja Heponiemi, T. 2010c. "Insecurity and shiftwork as characteristics of negative work environment: psychosocial and behavioural mediators." *Journal of Advanced Nursing* 66:1080-1091.
- Elovainio, M., Kuusio, H., Aalto, A. M., Siner-vo, T., ja Heponiemi, T. 2010d. "Insecu- rity and shiftwork as characteristics of nega- tive work environment: psychosocial and behavioural mediators." *Journal of Advanced Nursing* 66:1080-1091.
- Euroopan komissio. 2011. "Ehdotus ammattipä- tevyden tunnustamisesta annetun direk- tiivin 2005/36/EY ja hallinnollisesta yhteistyöstä sisämarkkinoiden tietojenvai- tojärjestelmässä (IMI) annetun asetuk- sen muuttamisesta. Saatavana osoitteesta: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0883:FIN:F I:PDF.>"
- Fernandez, A., Schillinger, D., Warton, E. M., Adler, N., Moffet, H. H., Schenker, Y., Sal- gado, M. V., Ahmed, A., ja Karter, A. J. 2011. "Language barriers, physician-pa- tient language concordance, and glycemic control among insured Latinos with dia- betes: the Diabetes Study of Northern Cal- ifornia (DISTANCE)." *Journal of General Internal Medicine* 26:170-176.
- Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Has- selhorn, H. M., ja Salanterä, S. 2008. "Ex- plaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: a questi- onnaire survey." *International Journal of Nursing Studies* 45.
- Frone, M., Russel, M., ja ML., C. 1992. "Antace- dents and outcomes of work-family con- flict: testing a model of the work-family interface." *Journal of Applied Psychology* 77:65-78.
- Goldberg, D., ja Williams, P. 1988. A user's guide to General Health Questionnaire. Berks- hire: NFER-Nelson Publishing Co.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., ja Rutter, C. 1997. "The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care." *Psychological Medicine* 27:191-197.
- Goldberg, D. P., ja Williams, P. 1978. A user's guide to the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson.
- Gonagle, C., Halloran, S., ja O'Reilly, O. 2004. "The expectations and experiences of Fili- pino nurses working in an intellectual disa- bility service in the Republic of Ireland." *Journal of Learning Disabilities* 8:371-381.
- Gostin, L. O. 2008. "The International Migra- tion and Recruitment of Nurses Human Rights and Global Justice." *Journal of American Medical Association* 299:1827-1829.
- Graetz, B. 1991. "Multidimensional properties of the General Health Questionnaire." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 26:132-138.
- Haapakorpi, A., ja Haapola, I. 2008. Työn orga- nisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveys- alalla – esimerkkinä vanhusten kotihoi- to: Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys, 35/2008.
- Hackman, J., ja Oldham, G. 1975. "Development

- of the job diagnostic survey.” *Journal of Applied Psychology* 60:159-170.
- Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma. 2006. ”Saatavana osoitteesta: http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/10_muut/mamu_ohjelma19102006.pdf.” Pp.
- Hammond, W. P., Gillen, M., ja Yen, I. H. 2010. ”Workplace Discrimination and Depressive Symptoms: A Study of Multi-Ethnic Hospital Employees.” *Race and Social Problems* 2:19-30.
- Harris, P. 1989. ”The Nurse Stress Index.” *Work & Stress* 3:335-346.
- Heponiemi, T., Kouvonen, A., Aalto, A. M., ja Elovainio, M. 2012a. ”Psychosocial factors in GP work: the effects of taking a GP position or leaving GP work.” *European Journal of Public Health*.
- Heponiemi, T., Kouvonen, A., Vänskä, J., Halila, H., Sinervo, T., Kivimäki, M., ja Elovainio, M. 2009a. ”The association of distress and sleeping problems with physicians’ intentions to change profession: the moderating effect of job control.” *Journal of Occupational Health Psychology*.
- Heponiemi, T., Kuusio, H., Sinervo, T., ja Elovainio, M. 2011. ”Job attitudes and well-being among public vs. private physicians: organizational justice and job control as mediators.” *European Journal of Public Health* 21:520-525.
- Heponiemi, T., Sinervo, T., ja Elovainio, M. 2009b. ”Sairaanhoitajien ja lääkärin määräraikasten työsuhteiden vaikutukset työn stressitekijöihin.” *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 46:184-195.
- Heponiemi, T., Sinervo, T., Vänskä, J., Halila, H., ja Elovainio, M. 2010. ”Vaikutusmahdollisuudet ja organisaation oikeudenmukaisuus lääkärintyössä.” *Suomen Lääkäri-lehti* 65.
- Heponiemi, T., Vänskä, J., Aalto, A.-M., ja Elovainio, M. 2012b. ”Kyselyt lääkäreille 2006 ja 2010: Potilastyöhön ja tietojärjestelmiin liittyvä stressi lisääntyi.” *Suomen Lääkäri-lehti* 67:3491-3495.
- Hinno, S., Partanen, P., ja Vehviläinen-Julkunen, K. 2011. ”Hospital nurses’ work environment, quality of care provided and career plans.” *International Nursing Review* 58:255-262.
- Hinno, S., Partanen, P., ja Vehviläinen-Julkunen, K. 2012a. ”Nursing activities, nurse staffing and adverse patient outcomes as perceived by hospital nurses.” *Journal of Clinical Nursing* 21:1584-1593.
- Hinno, S., Partanen, P., ja Vehviläinen-Julkunen, K. 2012b. ”The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands.” *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26:133-143.
- Hogh, A., Carneiro, I., Giver, H., ja Rugulies, R. 2011. ”Are immigrants in the nursing industry at increased risk of bullying at work? A one-year follow-up study.” *Scandinavian Journal of Psychology* 52:49-56.
- Idler, E. L., ja Benyamini, Y. 1997. ”Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies.” *Journal of Health and Social Behaviour* 38:21-37.
- Jenkins, D. C., Jono, R. T., ja Stanton, B.-A. 1996. ”Predicting completeness of symptoms relief after major heart surgery.” *Behavioral Medicine* 22:45-57.
- Karasek, R. 1985. *Job Content Questionnaire and User’s Guide*. Los Angeles: Department of Industrial and Systems Engineering, University of Southern California.
- Karasek, R. A. 1979. ”Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign.” *Administrative Science Quarterly* 24:258-308.
- Karhapää-Puhakka, S., Kaarniemi, H., ja H., M. 2011. *Lääkäriksi Suomeen, opas työyhteisölle*. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto, Koulutus- ja kehittämispalvelu Aducate.
- Kawi, J., ja Xu, Y. 2009. ”Facilitators and barriers to adjustment of international nurses: an integrative review.” *International Nursing Review* 56:174-183.
- Kivimäki, M., ja Elovainio, M. 1999. ”A short version of the team climate inventory: development and psychometric properties.” *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 72:241-246.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., ja Vahtera, J. 2000. ”Workplace bullying and sickness absence in hospital staff.” *Occupational and environmental medicine*. 57:656-660.
- Kivimäki, M., Ferrie, J., Brunner, E., Head, J., Shipley, M. J., Vahtera, J., ja Marmot, M. G. 2005. ”Justice at Work and Reduced Risk of Coronary Heart Disease Among Employees. The Whitehall II Study.” *Archives of Internal Medicine* 165:2245-2251.
- Kivimäki, M., ja Lindström, K. 1992. ”Työstressi ja hyvinvointi hoitoalalla: kyselylomakkeen kehittäminen.” *Hoitotiede* 4:115-124.
- Kivimäki, M., Sutinen, R., Elovainio, M., Vahtera, J., Räsänen, K., Töyry, S., Ferrie, J., ja Firth-Cozens, J. 2001. ”Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants.” *Occupational and envi-*

- ronmental medicine. 58.
- Kivimäki, M., Vanhala, A., Pentti, J., Länsisalmi, H., Virtanen, M., Elovainio, M., ja Vahtera, J. 2007. "Team climate, intention to leave and turnover among hospital employees: prospective cohort study." BMC Health Service Research 2007.
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Vartia, M., Elovainio, M., Vahtera, J., ja Keltikangas-Järvinen, L. 2003. "Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression." Occupational and environmental medicine. 60:779-783.
- Kline, D. S. 2003. "Push and pull factors in international nurse migration." J Nurs Scholarsh 35:107-111.
- Koivuniemi, S. 2012. Maahanmuuttajataustainen koulutettu hoitohenkilöstö, Tehyn julkaisusarja B: 1/2012. Helsinki: Tehy ry.
- Koponen, E.-L., U.-M., L., ja Tuomaala, M. 2012. Mistä tekijät sosiaali- ja terveysalalle - työvoimatarpeen ja -tarjonnan kehitys vuoteen 2025. TEM-analyysyjä 43/2012.
- Korkiasaari, J., ja Tarkiainen, K. 2001. Suomalaiset Ruotsissa. Turku: Siirtolaisinstituutti.
- Koskinen, S., Lundqvist, A., ja N., R. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. : Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 68/2012.
- Kuusio, H., Elovainio, M., Vänskä, J., Heponiemi, T., Aalto, A.-M., Koivuniemi, S., Ailasmaa, R., ja Keskimäki, I. 2010a. "Terveystenhoitohenkilöstön liikkuvuus Suomen ja muiden maiden välillä." Suomen Lääkärilehti 65:3323-3329.
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Sinervo, T., ja Elovainio, M. 2010b. "Organizational commitment among general practitioners: a cross-sectional study of the role of psychosocial factors." Scandinavian Journal of Primary Health Care 28:108-114.
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Sinervo, T., ja Elovainio, M. 2010c. "Organizational commitment among general practitioners: a cross-sectional study of the role of psychosocial factors." Scandinavian Journal of Primary Health Care 28:108-114.
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Vänskä, J., Aalto, A.-M., Ruskoaho, J., ja M., E. 2013. "Psychosocial stress factors and intention to leave job; differences between foreign born and Finnish born general practitioners." Scandinavian Journal of Public Health. (Julkaisutavaksi hyväksytty käsikirjoitus).
- Kuusio, H., Koivusalo, M., Elovainio, M., Heponiemi, T., Aalto, A.-M., ja Keskimäki, I. 2011. "Changing context and priorities in recruitment and employment: Finland balances inflows and outflows of health professionals." Ss. Teoksessa M. Wismar, C. B. Maier, I. A. Glinos, G. Dussault ja J. Figueiras (Toim.). Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European Countries. United Kingdom: World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kyhä, H. 2011. Koulutetut maahanmuuttajat työmarkkinoilla. Turku: Turun yliopisto, Kasvatustieteellinen tiedekunta.
- Lawler, E., ja Hall, D. 1970. "Relationship of job characteristics to job involvement, satisfaction, and intrinsic motivation." Journal of Applied Psychology 54:305-312.
- Lillis, S., St George, I., ja Upsdell, R. 2006. "Perceptions of migrant doctors joining the New Zealand medical workforce." The New Zealand Medical Journal 119:U1844.
- Lowell, B., ja Gerova, S. 2004. "Immigrants and the Health Care Workforce: Profiles and Shortages." Work and Occupations 31:474-498.
- Lämsä, R., Larivaara, M., Heponiemi, T., ja Elovainio, M. 2011. "Terveyskeskuslääkäri kärsii tai nauttii työn hajanaisuudesta." Suomen Lääkärilehti 66:2009 - 2013.
- Lämsä, R., Manderbacka, K., Kuusio, H., Aalto, A.-M., ja Elovainio, M. 2012. "Ylilääkärien ja ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden kokemuksia toimilupaprosessista." Suomen Lääkärilehti 67:2555 - 2560.
- Mael, F., ja Ashforth, B. E. 1992. "A lumni and their alma matter: A partial test of the reformulated model of organizational identification." Journal of Organizational Behaviour 13:103-123.
- Magnusdottir, H. 2005. "Overcoming strangeness and communication barriers: a phenomenological study of becoming a foreign nurse." International Nursing Review 52:263-269.
- Maier, C. B., Glinos, I. A., Wismar, M., Bremner, J., Dussault, G., ja Figueiras, J. 2011. "Cross-country analysis of health professional mobility in Europe: the results." Ss. Teoksessa M. Wismar, C. B. Maier, I. A. Glinos, G. Dussault ja J. Figueiras (Toim.). Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European Countries. United Kingdom: World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mannila, S., ja Parviainen, U. 2010. ATTRAKTIIVINEN SUOMI. Terveystenhoitolaisten liikkuvuuden edistäminen. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- McDonald, J. T., ja Kennedy, S. 2004. "Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada." *Social Science and Medicine* 59:1613-1627.
- Mick, S. S., Lee, S. Y., ja Wodchis, W. P. 2000. "Variations in geographical distribution of foreign and domestically trained physicians in the United States: 'safety nets' or 'surplus exacerbation'?" *Social Science and Medicine* 50:185-202.
- Nasmith, L. 2000. "Licence requirements for international medical graduates: Should national standards be adopted. Commentary." *Canadian Medical Association Journal* 162:795-796.
- Nichols, J., ja Campbell, J. 2010. "The experiences of internationally recruited nurses in the UK (1995-2007): an integrative review." *J Clin Nurs* 19:2814-2823.
- Nieminen, S. 2011. Kuulumisen ehdot. Maahanmuuttajasairaanhoitajat, ammattikuntaan sisäänpääsy ja toimijuuden ehdot. Tampere: Acta Universitatis Tampereensis 1616. Tampereen yliopisto. .
- Nunez-Smith, M., Pilgrim, N., Wynia, M., Desai, M. M., Bright, C., Krumholz, H. M., ja Bradley, E. H. 2009a. "Health care workplace discrimination and physician turnover." *Journal of National Medical Association* 101:1274-1282.
- Nunez-Smith, M., Pilgrim, N., Wynia, M., Desai, M. M., Jones, B. A., Bright, C., Krumholz, H. M., ja Bradley, E. H. 2009b. "Race/ethnicity and workplace discrimination: results of a national survey of physicians." *Journal of General Internal Medicine* 24:1198-1204.
- Obrey, A., ja Vydelingum, V. 2004. "The lived experiences of overseas black and minority ethnic nurses in the NHS in the south of England." *Diversity in Health and Social Care* 1:13-40.
- OECD. 2010. "International Migration of health Workers." OECD Policy Brief, February 2010.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2012. "Valtioneuvoston kirjelmä Eduskunnalle ehdotuksesta Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiiviksi." http://www.oph.fi/download/140907_VNkirjelmasu.pdf. Noudettu 7.2.2013.
- Opetusministeriö. 2002. ETA-alueen ulkopuolelta tulevien lääkäreiden ammatinharjoittamisoikeudet ja työllistyminen. Opetusministeriön työryhmien muistioita 8:2002. Helsinki: Opetusministeriö.
- Partanen, P., Heikkinen, T., ja Vehviläinen-Julkunen, K. 2005. SAIRAANHOITAJIEN TYÖOLOBAROMETRI 2004. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n jäsenkysely. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry
- Paunio, R.-L., ja Pelkonen, R. 2012. Terveystieteiden valvontaryhmän mietintö. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja 2012:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., ja Finne-Soveri, H. 2008. "Drug use and pressure ulcers in long-term care units: do nurse time pressure and unfair management increase the prevalence?" *J Clin Nurs* 17:3067-3073.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H., ja Leskinen, E. 2006. "Resident care needs and work stressors in special care units versus non-specialized long-term care units." *Research in Nursing and Health* 29:465-476.
- Quine, L. 2002. "Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey." *British Medical Journal* 324:878-879.
- Rosmond, R., Lapidus, L., ja Bjorntorp, P. 1998. "A cross-sectional study of self-reported work conditions and psychiatric health in native Swedes and immigrants." *Occupational Medicine* 48:309-314.
- Rotermann, M. 2011. "The impact of considering birthplace in analyses of immigrant health." *Health Reports* 22:37-43.
- Salmio, T. 2000. "Kylmän sodan loppuminen ja EU-jäsenyys muuttivat Suomen maahanmuuttopolitiikkaa." *Siirtolaisuus-Migraatio* 2/2002:21-26.
- Santamäki, K., Kankaanranta, T., Henriksson, L., ja Rissanen, P. 2009. Sairaanhoitaja 2005. Tampere: Työelämän tutkimuskeskus, Tampereen yliopisto.
- Shields, M., ja Proce, S. 2002. "Racial Harassment, Job Satisfaction and Intentions to Quit: Evidence from the British Nursing Profession." *Economica* 69:295-326.
- Shuval, J. T. 1996. "Two waves of Russian immigration: comparative reference groups." *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences* 33:2-4.
- Shuval, J. T. 2000. "The reconstruction of professional identity among immigrant physicians in three societies." *Journal of Immigrant Health* 2:191-202.
- Shuval, J. T., ja Bernstein, J. 1996. "The dynamics of professional commitment: immigrant physicians from the former Soviet Union in Israel." *Social Science and Medicine* 42:965-974.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2001. "Kansal-

- linen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Työvoiman tarve ja keskinäinen työnjako. Työolosuhteiden kehittäminen ja täydennuskoulutuksen järjestäminen. 15.1.2002.” Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/thprojekti/terveys1.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaan hoitotyöhön toimintaohjelma 2009-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012-2015. Toimeenpanosuunnitelma: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20.
- Stewart, J., Clark, D., ja Clark, P. 2007. “Migration and Recruitment of Healthcare Professionals: Causes, Consequences and Policy Responses.” Focus on migration. Policy Brief 7/2007.
- Stillwell, B., Khassoum, D., Zurn, P., Vujicic, M., Adams, O., ja Poz, M. 2004. “Migration of Health Care Workers from developing countries: strategic approaches to its management.” Bulletin of the World Health Organization 82:569-600.
- Suomen virallinen tilasto (SVT). 2012. ”Työssäkäynti Pääasiallinen toiminta ja ammattiasema 2011. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 17.1.2013].
- Saantavana osoiteesta: http://www.stat.fi/til/tyokay/2011/02/tyokay_2011_02_2012-12-18_tie_002_fi.html” Pp.
- Suonsivu, K. 2003. Kun mikään ei riitä - Hoitotyöntekijöiden masennuksen kokemukset ja niiden yhteydet työyhteisötekijöihin. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 926. Tampereen yliopisto.
- Söderqvist, M. 2005. Ulkomaalaiset työnantajan silmin. Helian julkaisusarja A: 20, 2005.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Hoitopääsy terveyskeskuksissa - Kysely terveyskeskusten johtaville lääkäreille. Maaliskuu 2012 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana osoiteesta: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/12e3959a-555d-4213-bca4-faf28b7e4bc7> .
- Terveys- ja sosiaalialan neuvottelujärjestö (TSN). 2013. Terveyskeskusten avosairanhoidon vastaanottojen asiakastytyväisyys mittaus 2012. Saatavana osoiteesta: <http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/media/tiedotteet/2013/01/130204%20terveyskysely/2013-02-Suurten%20kaupunkien%20asiakastytyvaisuuskysely%20terveyskeskukset.pdf> .
- Thompson, M., Hagopian, A., Fordyce, M., ja Hart, G. 2009. “Do International Medical Graduates (IMGs) “Fill the Gap” in Rural Primary Care in the United States? A National Study.” Journal of Rural Health 25:124-134.
- Toikkanen, U. 2010. ”Filippiiniläiset sairaanhoitajat aloittavat työnsä HYKS:ssä.” Suomen Lääkärelehti Julkaistu 15.4. 2010: Saatavana osoiteesta: http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=8845/type=1.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jähkölä, M., Katajarinne, L., ja Tulkki, A. 1997. Työkykyindeksi. 2. korj. p. Työterveyshuolto 19. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Tyler, T. R., ja Blader, S. L. 2001. “Identity and cooperative behaviour in groups.” Group Processes & Intergroup Relations 4:207-226.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., ja Töres, T. 2000. “Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up if initially health employees.” Journal of Epidemiology and Community Health 54:484-493.
- Valtioneuvoston kanslia. 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. Saatavana osoiteesta: <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf> .
- Valtiovarainministeriö. 2012. Peruspalvelujen tila -raportti 2012. Tampere: Tampereen yliopistollinen kirjapaino.
- Ward, C., ja Kennedy, A. 1999. “The measurement of sociocultural adaption.” International Journal of Intercultural Adaptation 23:659-677.
- Vartia, M., ja Bergbom, B. 2007. ”Yhteisöllinen kiusaaminen ja epäasiallinen kohtelu.” Ss. 125 - 138 Teoksessa M. Vartia, B. Bergbom, T. Giorgiani, A. Rintala-rasmus, R. Riala ja S. Salminen (Toim.). Monikulttuurisuus työn arjessa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Vartia, M., Bergbom, B., Giorgiani, T., Rintala-Rasmus, A., Riala, R., ja Salminen, S. 2007. Monikulttuurisuus työn arjessa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Vartia, M., ja Giorgiani, T. 2007. ”Työstressi ja tyytyväisyys työhön ja elämään.” Ss. 125 - 138 Teoksessa M. Vartia, B. Bergbom, T. Giorgiani, A. Rintala-rasmus, R. Riala ja S. Salminen (Toim.). Monikulttuurisuus työn arjessa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- WHO. 2010. “The WHO global CODE of Practice on the international recruitment of health personnel. Saatavissa osoiteesta: http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf.” Pp.

- Wilson, E., Chen, A. H., Grumbach, K., Wang, F., ja Fernandez, A. 2005. "Effects of limited English proficiency and physician language on health care comprehension." *Journal of General Internal Medicine* 20:800-806.
- Vänskä, J., Viitanen, J., Hyppönen, H., Elovainio, M., Windblad, I., Reponen, J., ja Lääveri, T. 2010. "Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä kriittisiä." *Suomen Lääkärilehti* 65:4177-4183.
- Väänänen, A., Toivanen, M., Aalto, A.-M., Bergbom, B., Härkäpää, K., Jaakkola, M., Koskinen, S., Kuusio, H., Lindström, K., Malin, M., Markkula, H., Mertaniemi, R., Peltola, U., Seppälä, U., Tiitinen, E., Vartia-Väänänen, M., Vuorenmaa, M., Vuorento, M., ja Wahlbeck, K. 2009. Maahanmuuttajien integroituminen Suomalaiseen yhteiskuntaa elämän eri osa-alueilla. : Sektoritutimuksen neuvotelukunta, 9/2009. Saatavana osoiteesta: http://www.hare.vn.fi/upload/Julkaisut/13135/4572_Setu_9-2009.pdf.
- Yi, M., ja Jezewski, M. A. 2000. "Korean nurses' adjustment to hospitals in the United States of America." *Journal of Advanced Nursing* 32:721-729.

Liite 1. Tutkimuksessa käytetty mittaristo

Sisältö	Asteikko	Lähde	Aineisto
<p>VAIKUTUSMAHDOLLISUUDET</p> <p>Mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä, sananvalta omiin töihin, vapaus päättää miten tekee työnsä</p>	<p>3 väittämää, asteikko 1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä</p>	<p>Job Control (Job Content Questionnaire, Karasek, 1979)</p>	<p>KAIKKI AINEISTOT</p> <p>ulkomaalaistaustaiset lääkärit, $\alpha=.75$</p> <p>kantasuomalaiset lääkärit, $\alpha=.76$</p> <p>ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.70$</p> <p>kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.84$</p>
<p>TIIMI-ILMAPIIRI</p> <p>Esim. ”Asenteemme on: Toimimme yhdessä”, ”Pidämme toisemme ajan tasalla työasioissa”</p>	<p>4 väittämää, asteikko 1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä</p>	<p>Team climate inventory (TCI), Kivimäki & Elovainio 1999</p>	<p>KAIKKI AINEISTOT</p> <p>ulkomaalaistaustaiset lääkärit, $\alpha=.88$</p> <p>kantasuomalaiset lääkärit, $\alpha=.89$</p> <p>ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.88$</p> <p>kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.90$</p>
<p>ORGANISAATION OIKEUDENMUKAISUUS</p> <p>Esim. ”Tehdyt päätökset ovat työpaikallamme olleet johdonmukaisia”, ”Esimieheni kohtelee alaisiaan kunnioittavasti”, ”Saamani palkka ja arvostus vastaavat työhön antamaani panostusta”</p>	<p>8 väittämää, asteikko 1=täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä</p>	<p>Formal procedures justice & Interactional justice, Moorman 1991; Distributive justice, Colquitt 2001 (lyhennetty versio Elovainio ym., 2011)</p>	<p>KAIKKI AINEISTOT</p> <p>ulkomaalaistaustaiset lääkärit, $\alpha=.87$</p> <p>kantasuomalaiset lääkärit, $\alpha=.87$</p> <p>ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.86$</p> <p>kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.86$</p>

Työn kuormitustekijät			
Sisältö	Asteikko	Lähde	Aineisto
<p>KIIRE Jatkuva kiire ja tekemättömien töiden paine, liian vähän aikaa työn tekemiseen kunnolla, lääkärin määrällinen riittämättömyys, työn pakkotahtisuus</p>	4 väittämää, asteikko 1=erittäin harvoin tai ei koskaan, 5=erittäin usein tai jatkuvasti	Time pressure (Harris 1989/ Kivimäki ja Lindström 2992)	<p>KAIKKI AINEISTOT ulkomaalaistaustaiset lääkärit, $\alpha=.85$ kantasuomalaiset lääkärit, $\alpha=.88$ ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.82$ kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.77$</p>
<p>YKSINTYÖSKENTELY Yksintyöskentely, konsultointimahdollisuuksien puute</p>	2 väittämää, asteikko 1=erittäin harvoin tai ei koskaan, 5=erittäin usein tai jatkuvasti	”Lääkärien työ ja terveys 2012” – tutkimus (Elovainio 2012)	<p>KAIKKI AINEISTOT ulkomaalaistaustaiset lääkärit, $\alpha=.61$ kantasuomalaiset lääkärit, $\alpha=.70$ ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.69$ kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.58$</p>
<p>TIETOJÄRJESTELMÄT Muuttuvat sähköiset järjestelmät, hankalasti/ huonosti toimivat tietotekniset laitteet/ ohjelmat</p>	2 väittämää, asteikko 1=erittäin harvoin tai ei koskaan, 5=erittäin usein tai jatkuvasti	”Lääkärien työ ja terveys 2012” – tutkimus (Elovainio 2012)	<p>KAIKKI AINEISTOT ulkomaalaistaustaiset lääkärit, $\alpha=.82$ kantasuomalaiset lääkärit, $\alpha=.84$ ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.79$ kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.80$</p>
<p>POTILAAT Hankalat potilaat, passiiviset potilaat, potilaiden erilaiset odotukset hoidosta</p>	3 väittämää, asteikko 1=erittäin harvoin tai ei koskaan, 5=erittäin usein tai jatkuvasti	”Työstressi ja hyvinvointi hoitoalalla”- tutkimus (Kivimäki ja Lindström 1992)	<p>KAIKKI AINEISTOT ulkomaalaistaustaiset lääkärit, $\alpha=.83$ kantasuomalaiset lääkärit, $\alpha=.84$ ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.83$ kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.84$</p>

Työtyytyväisyys ja työmotivaatio			
Sisältö	Asteikko	Lähde	Aineisto
TYÖTYTYVÄISYYS "Yleisesti ottaen olen hyvin tyytyväinen työhöni"	1 väittämä, asteikko 1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä	Job Satisfaction (Job Diagnostic Survey, Hackman & Oldham)	KAIKKI AINEISTOT
SITOUTUMINEN Esim. "Minulle merkittävimmät asiat liittyvät yleensä työhöni", "Olen henkilökohtaisesti hyvin sitoutunut nykyiseen työhöni"	4 väittämää, asteikko 1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä	Job involvement, Lawler & Hall, 1970	LÄÄKÄRIAINEISTOT ulkomaalaistaustaiset lääkärit, $\alpha=.83$ kantasuomalaiset lääkärit, $\alpha=.81$
AMMATTIYLPEYS Esim. "Olen ylpeä siitä, että olen hoitotyön ammattilainen", "Voisin suositella läheisille ystäväilleni hoitotyön ammattilaiseksi ryhtymistä"	5 väittämää, asteikko 1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä	Pride, Tyler & Blader, 2001	HOITAJA-AINEISTOT ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.73$ kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.77$
ARVOSTUKSEN TUNNE Esim. "Minut tuntevat hoitotyön ammattilaiset arvostavat minua hoitotyön ammattilaisena"	5 väittämää, asteikko 1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä	Respect, Tyler & Blader, 2001	HOITAJA-AINEISTOT ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.86$ kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.83$
AMMATTI-IDENTITEETTI Esim. "Kun joku kehuu hoitotyön ammattilaisia, se tuntuu minusta ikään kuin henkilökohtaiselta kohteliaisuudelta"	6 väittämää, asteikko 1=täysin eri mieltä, 5=täysin samaa mieltä	Identification, Mael & Ashforth, 1992	HOITAJA-AINEISTOT ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.77$ kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.81$

Terveys ja hyvinvointi			
Sisältö	Asteikko	Lähde	Aineisto
<p>UNIONGELMAT Nukahtamisvaikeudet, heräily useita kertoja yön aikana, vaikeudet pysyä unessa, väsymys ja uupumus tavallisen yön jälkeen</p>	<p>4 väittämää, asteikko 1=ei lainkaan, 6=joka yö</p>	<p>Sleeping problems (Jenkins ym. 1988)</p>	<p>KAIKKI AINEISTOT ulkomaalaistaustaiset lääkärit, $\alpha=.80$ kantasuomalaiset lääkärit, $\alpha=.77$ ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.86$ kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.84$</p>
<p>PSYKKINEN HYVINVOINTI Valvomisen huolien takia, yllirasittuneisuuden kokemus, tunne, ettei voi selvittää vaikeuksista, masentuneisuus</p>	<p>4 väittämää, asteikko 1=ei ollenkaan, 4=paljon enemmän kuin tavallisesti</p>	<p>Psychological distress (General Health Questionnaire, GHQ, (Goldberg ja Williams 1988; Goldberg ym. 1997), masennus- ja ahdistusoireiden osasteikko (Graetz 1991)</p>	<p>KAIKKI AINEISTOT ulkomaalaistaustaiset lääkärit, $\alpha=.79$ kantasuomalaiset lääkärit, $\alpha=.82$ ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.85$ kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.83$</p>
<p>TYÖN JA PERHE-ELÄMÄN YHTEENSOVITTAMINEN Häiritseekö työ/ ura tehtäviä kotona, viekö työ/ ura aikaa perheeltä, kuinka usein tuntee olevansa ylikuormittunut tai ylityöllistetty työn vuoksi</p>	<p>3 väittämää, asteikko 1=ei koskaan, 5=hyvin usein</p>	<p>WIF (work-family interference, (Frone ym. 1992)</p>	<p>KAIKKI AINEISTOT ulkomaalaistaustaiset lääkärit, $\alpha=.86$ kantasuomalaiset lääkärit, $\alpha=.88$ ulkomaalaistaustaiset hoitajat, $\alpha=.84$ kantasuomalaiset hoitajat, $\alpha=.81$</p>

Liite 2. Haastattelurungot

A. Lääkärien haastattelurunko

I. Ammatinvalinta ja työuran kulku: Kertoisitko, mitkä asiat ovat vaikuttaneet siihen, että sinusta tuli lääkäri?

Tarkentavia kysymyksiä (käytetään tarvittaessa):

- Minkälaisia mielikuvia tai haaveita sinulla oli lääkärin työstä ennen opintojen aloittamista?
- Millä tavoin mielikuvat muuttuivat opintojen ja käytännön työn myötä?
- Minkälaisia töitä olet tehnyt lääkärinä?
- Millä perusteilla olet valinnut työsi?
- Oletko ollut tyytyväinen uravalintaasi ja miksi?

II. Reitti Suomeen. Kuvailisitko miten ja miksi tulit Suomeen?

Tarkentavia kysymyksiä (käytetään tarvittaessa):

- Miksi lähditte ulkomaille? – Miksi Suomeen?
- Missä maassa (maissa) olet harjoittanut lääkärin ammattia ennen Suomeen tulemistä?
- Kauanko arvelet tekeväsi töitä Suomessa?

III. Miten sait lääkäri-oikeudet ja ensimmäisen työsi Suomessa lääkärinä?

- Kuinka kauan kesti saada oikeudet?
- Osallistuitko ulkomaalaisille lääkäreille suunnattuun täydennyskoulutukseen Suomessa?
- Miten sait ensimmäisen työsi lääkärinä Suomessa?
- Minkälaisia odotuksia oli työstäsi ennen Suomeen tuloa?

IV. Integroituminen työyhteisöön

- Millaista perehdytystä sait nykyiseen työpaikkaan tullessa.
- Olisiko kaivannut kenties enemmän tukea ja perehdytystä? Millaista ja missä asioissa?
- Onko sovittu kenen puoleen voit kääntyä jos tarvitset apua työssä (ammattiasi-oissa, hallinnollisissa asioissa)?
- Keneltä yleensä saat apua, jos tulee kysyttävää työhön liittyvissä asioissa? (lähiesimies, työtoverit, organisaation johto, viranomaiset jne?)
- Tapaatko työkavereitasi työn ulkopuolella?
- Onko sinulla muita maahanmuuttajataustaisia työtovereita? => jos on, vietätkö enemmän aikaasi suomalaisten vai ulkomaalaisten kollegojen kanssa?
- Miten osallistut työyksikön ja oman työn suunnitteluun ja kehittämiseen?
- Millaiset asiat helpottavat ja vaikeuttavat työyhteisössä toimimista?
- Onko kokenut tullessa tasavertaisesti kohdelluksi työtovereidensa kanssa (työmäärä, erityyppisten töiden jakaminen, lomat, vaikutusmahdollisuudet, koulutusmahdollisuudet palkkaus, uralla eteneminen? Onko kokenut syrjintää?

- Mitkä asiat edistäisivät ulkomaalaisten lääkärien integroitumista työyhteisöön?

V. Viihtyvyys ja mielekkyys nykyisessä työssä: Mitkä asiat vaikuttavat viihtyvyyteen ja mielekkyyden kokemiseen nykyisessä työssäsi?

Tarkentavia kysymyksiä (käytetään tarvittaessa):

- Miksi hakeuduit nykyiseen työhösi?
- Mikä lisäisi viihtyvyyttä nykyisessä työssä?
- Mikä lisäisi työn mielekkyyttä?
- Millä tavoin ajatuksesi näistä asioista ovat muuttuneet vuosien mittaan?

VI. Kielitaito

- Mikä on äidinkielesi?
- Pärjäätkö mielestäsi hyvin suomenkielellä eri tilanteissa lääkärin ammatissa? Entä kollegojen kanssa?

VII. Kulttuuriset erot ammattityössä

- Minkälaisia eroja on Suomen ja oman maasi terveydenhuollon järjestelmässä?
- Minkälaisia eroja on hoitokäytännöissä?
- Minkälaisia eroja on ammattiryhmien välisissä suhteissa?

Kiitos!

B. Lääkärien esimiesten haastattelurunko

(Vastaavat lääkärit, ylilääkärit)

I. Kehitystrendi

- Milloin tälle terveysasemalle alkoi tulla töihin ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä?
- Paljonko teillä on ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä töissä tällä hetkellä?
- Minkälaisessa työsuhteessa he ovat? (ostopalvelu/määräraikainen/vakituisen)

Ulkomaalaistaustaisen lääkärin rekrytoiminen

- Miten rekrytoiminen käytännössä tapahtuu?
- Ovatko käytännöt ja kanavat samat kuin suomalaistaustaisten kohdalla?
- Mitä eroja olet huomannut? Hakevatko he töitä työpaikkailmoituksen perusteella? Suositteleeke kollega/tuttava?)
- Miksi teillä on rekrytoitu ulkomaalaistaustaisia lääkäreitä?
- Kun ulkomaalaistaustainen lääkäri hakee töitä, onko hänellä yleensä valmiina lupa harjoittaa lääkärin ammattia Suomessa?
- Jos ei, miten silloin käytännössä menetellään?
- Mikä on työnantajan vastuu virallisen luvan varmistamisessa?
- Miten teillä varmistetaan, että ulkomaalaistaustainen lääkäri omaa riittävän suullisen ja kirjallisen kielitaidon?
- Liittykö lupakäytäntöön jotain muita asioita, mitä työnantajan olisi hyvä tietää kun on palkkaamassa ulkomaalaistaustaista lääkäreitä töihin?
- Mitä neuvoja antaisit muille, jotka ovat rekrytoimassa ulkomaalaistaustaista lääkäreitä?

Perehdytys

- Miten teillä perehdytetään uudet lääkärit työtehtäviinsä?
- Millä tavoin ulkomaalaistaustaisten ja suomalaistaustaisten lääkärin perehdytys eroaa toisistaan?
- Onko suomalaisia työntekijöitä perehdytetty ulkomaalaisten lääkärin tuloon?/
- Olisiko mielestäsi tarpeellista?
- Mitkä tavat tai käytännöt ovat olleet perehdytyksessä toimivia/onnistuneita ja miksi?"

Työyhteisö

- Minkälaisia kokemuksia teillä on ulkomaalaistaustaisista lääkäreistä työntekijöinä?
- Minkälaisia eroja on ilmennyt verrattuna suomalaistaustaisiin lääkäreihin?
- Miten mielestäsi ulkomaalaistaustaiset lääkärit ovat integroituneet tälle terveysasemalle?
- Minkälaisia ongelmia olet mahdollisesti havainnut ulkomaalaistaustaisten lääkärin integroitumisessa terveysasemalle?
Esimerkiksi...
 - lääketieteellisessä osaamisessa / käytännön työssä?
 - potilas-lääkärivuorovaikutus

- moniammatillinen yhteistyö
- kiinnittymisessä työyhteisöön ja tasavertaisuudessa (lääkärikollegat, hoitajat, muu avustava henkilökunta)
- johtajuuskysymyksissä? (esim. naisjohtaja vs. miesalainen)
- luottamus työnantajaan ja esimieheen
- työsopimukset
- kielitaito
- Miten teillä on ratkottu näitä ongelmia?
- Miten suomalaistaustaiset työntekijät ovat ottaneet vastaan ja suhtautuvat mielestäsi ulkomaalaistaustaisiin työntekijöihin?
- Työllistävätkö ulkomaalaistaustaiset lääkärit sinua eri tavalla tai enemmän kuin suomalaistaustaiset kollegat?
- Millä tavoin teillä on pyritty edistämään ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden integraatiota terveysasemalle?
- Mitkä tavat tai käytännöt ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden integraation edistämiseksi ovat olleet toimivia/onnistuneita ja miksi?”

Muuta: Tuleeko mieleesi vielä jotain muuta olennaista ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden integroitumiseen liittyen?

Kiitos!

C. Hoitajien haastattelurunko

I. Työuran kulku (mistä kotoisin, minkä tyyppistä työtä tekee tällä hetkellä)

1. Kertoisitko mistä olet kotoisin ja miten olet päätenyt Suomeen?

- Mistä maasta olet kotoisin?
- Miksi lähdit ulkomaille? Miksi Suomeen?

2. Kertoisitko mitkä asiat ovat vaikuttaneet siihen, että sinusta tuli sairaanhoitaja? Missä olet opiskellut sairaanhoitajaksi? Millaista opiskelu oli?

- Minkälaisia mielikuvia tai haaveita sinulla oli sairaanhoitajan työstä ennen opintojen aloittamista? Ovatko ne muuttuneet?

3. Kuvailisitko millaisia töitä olet tehnyt Suomessa?

- Millaisia töitä sairaanhoitajana? (Onko esim. ”joutunut” tekemään Suomessa vain lähihoitajan työtä?)
- Oletko tehnyt (valmistumisen jälkeen) muita kuin hoitoalan töitä Suomessa? Jos olet, niin miksi (omasta halusta vai ”pakon” edessä)?
- Arveletko pysyväsi töissä Suomessa?

4. Minkälainen prosessi oli saada sairaanhoitajan ammatin harjoittamisen luvat Suomessa?

- Kauanko lupaprosessi kesti?
- Millaisia vaiheita lupaprosessissa oli (esim. Kielitaitovaatimukset)?

II. Integroituminen työyhteisöön (nykyisessä työpaikassa)

Perehdytykseen liittyvää:

- Millaista perehdytystä sait nykyiseen työpaikkaan tullessa?
- Olisitko kaivannut enemmän tukea ja perehdytystä? Millaista ja missä asioissa?
- Onko sovittu kenen puoleen voit kääntyä jos tarvitset apua työssä (ammattiasi-oissa, hallinnollisissa asioissa)?
- Keneltä yleensä saat apua, jos tulee kysyttävää työhön liittyvissä asioissa (lähiesi-mies, työtoverit, organisaation johto, viranomaiset jne.)?

Työssä pärjäämiseen (kielitaitoon, kulttuuriin) liittyvää:

- Mikä on äidinkieleni? Miten se näkyy hoitajan työssä, että sinulla on eri äidinkieli?
- Pärjätkö mielestäsi hyvin suomenkielellä eri tilanteissa hoitajan työssä? Tarkenna/ kuvaile erilaisia tilanteita: potilaiden kanssa, työkavereiden kanssa, kokouksissa, kirjaamisen näkökulmasta ym.
- Onko teillä työpaikan järjestämiä yhteisiä illanviettoja? Oletko osallistunut niihin?
- Tapaatko työkavereitasi työn ulkopuolella? Onko työkavereissa suomalaisia?
- Onko sinulla muita maahanmuuttajataustaisia työtovereita? Jos on, vietätkö enemmän aikaasi suomalaisten vai ulkomaalaisten kollegojen kanssa?

Tasa-arvoon, suhtautumiseen liittyvää:

- Oletko kokenut tulleeesi kohdelluksi tasavertaisesti työtovereidesi kanssa (työmäärä, eri tyyppisten töiden jakaminen, lomat, vaikutusmahdollisuudet, koulutusmahdollisuudet, palkkaus, uralla eteneminen)? Oletko kokenut syrjintää?

- Suhtautuvatko potilaat tai omaiset sinuun eri tavoin kuin suomalaisiin hoitajiin? Miten?
- Mitkä asiat edistäisivät ulkomaalaisten hoitajien integroitumista työyhteisöön? Miten mielestäsi olet itse integroitunut työyhteisöösi?

Kehittämisaatuksia:

- Miten osallistut työyksikön ja oman työn suunnitteluun ja kehittämiseen?
- Millaiset asiat helpottavat ja vaikeuttavat työyhteisössä toimimista?
- Minkä arvelet olevan syynä siihen, että Suomessa on työttömiä maahanmuuttajasairaanhoidattajia? Miten mielestäsi voitaisiin edistää maahanmuuttajahoitajien työllistymistä?

III. Työhyvinvointia ja sitä selittävät tekijät

1. Miten viihdyt nykyisessä työssäsi? ”Plussat ja miinukset” työssäsi?

Tarkentavia kysymyksiä (käytetään tarvittaessa):

- Miksi hakeuduit nykyiseen työpaikkaasi?
- Mitkä asiat vaikuttavat viihtyvyyteen nykyisessä työssäsi?
- Mikä lisäksi viihtyvyyttä/ työn mielekkyyttä nykyisessä työssäsi?
- Ovatko ajatuksesi näistä asioista muuttuneet vuosien mittaan? Miten?

2. Tuleva työura: Palataan vielä tulevaan omaan työuraasi. Minkälaista työtä arvelet tekeväsi tulevaisuudessa?

Tarkentavia kysymyksiä (käytetään tarvittaessa):

- Minkälaista työtä haluaisit tehdä kymmenen vuoden kuluttua?
- Miksi tällainen työura tuntuu houkuttelevalta?
- Mitkä tekijät pitävät nykyisessä työssä/ mitkä tekijät saavat harkitsemaan työpaikan vaihdosta?
- Mitkä tekijät sinulle ovat tärkeitä työpaikan valinnassa?

Lopuksi: Kulttuuriset erot ammattityössä ym.

- Minkälaisia eroja olet havainnut terveydenhuollon toiminnassa kotimaassasi ja Suomessa?
- Minkälaisia eroja on ammattiryhmien välisissä suhteissa?
- Tuleeko mieleesi jotain asioita, mitä suomalaisten olisi hyvä omaksua kotimaasi järjestelmästä, tai vaikkapa tavasta tehdä työtä?
- Onko vielä jotain asioita, mitä haluaisit kertoa?

Kiitos!

D. Hoitajien esimiesten haastattelurunko

I. Yksikön tilanne

- Kuinka paljon osastollanne on töissä maahanmuuttajataustaisia hoitajia?
- Kauanko heitä on ollut (onko muutosta tapahtunut määrässä vuosien varrella)?
- Mistä maista heitä on?
- Millaisissa työsuhteissa he ovat (määräaikainen/ vakituinen), onko tässä suhteessa eroja suomalaisiin hoitajiin?
- Onko ulkomaalaistaustaisissa hoitajissa vaihtuvuutta (pysyvätkö/ sitoutuvatko osastotyöhön)? (Voi arvioida myös suhteessa suomalaisiin jos helpompaa)

II. Rekrytointi

- Miten rekrytointi käytännössä tapahtuu: ovatko käytännöt ja kanavat samat kuin suomalaistaustaisten hoitajien kohdalla? Eroja?
- Hakeutuuko yksikköönne töihin paljon/vähän ulkomaalaistaustaisia hoitajia?
- Olisitteko kiinnostuneita ottamaan ulkomaalaistaustaisia hoitajia lisää vai haluaisitteko vähentää heidän määräänsä?
- Miten hoitajan pätevyys työhön varmistetaan? Mikä on työnantajan vastuu tässä?
- Onko lupakäytäntöihin tehty muutoksia ”valelääkäri”-kohun jälkeen (eli millaiset menettelytavat oli aiemmin ja millaiset nykyisin)?
- (Liittyykö lupakäytäntöihin joitakin muita asioita, mitkä työnantajan olisi hyvä tietää kun on palkkaamassa ulkomaalaistaustaista hoitajaa töihin?)
- Miten varmistetaan, että hoitaja omaa riittävän suullisen ja kirjallisen kielitaidon (järjestetäänkö yksikössä kielitaitokoulutusta)?
- Ovatko ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajat koulutustaan vastaavassa työssä eli sairaanhoitajan tehtävissä vai esimerkiksi lähihoitajan tehtävissä? (Jos ovat lähihoitajina, niin miksi?)

III. Perehdytys

- Miten teillä perehdytetään uudet hoitajat työhön (onko esim. nimetty tutorhenkilö)?
- Eroavatko suomalaisten ja ulkomaalaistaustaisten perehdytykset toisistaan (esim. sisällöllisesti, ajallisesti)? Miten?
- Onko Suomalaisia hoitajia perehdytetty ulkomaalaistaustaisten hoitajien tuloon tai heidän kanssaan työskentelyyn liittyviin asioihin (esim. kulttuuriin asioihin)? Olisiko tällainen tarpeellista?
- Miten ulkomaalaistaustaiset hoitajat suhtautuvat perehdytykseen (sen määrään, sisältöön, riittävyteen..) (verrattuna suomalaisiin)?
- Mitkä käytännöt ovat olleet perehdytyksessä toimivia/ onnistuneita? Miksi?
- Onko ollut ongelmia tai ”varoittavia esimerkkejä”, mikä ei kokemuksen mukaan toimi?
- Pyydetäänkö yksikössänne palautetta ulkomaalaistaustaisilta hoitajilta perehdytyksestä/ sopeutumisesta osastolle (esim. kehityskeskusteluissa, osana perehdytysprosessia tms.)

IV. Työyhteisöön integroituminen

- Millaisia kokemuksia teillä on ulkomaalaistaustaisista hoitajista työntekijöinä (verrattuna suomalaisiin työntekijöihin)?
- Näkyykö se työyhteisössä, että on työntekijöitä eri maista? Miten?
- Miten integrointia on pyritty toteuttamaan ja miten se on toteutunut? (Esim. osallistuvatko hoitajat työpaikan tilaisuuksiin/ yhteisiin illanviettoihin tms.)?
- Onko integroinnissa havaittu onnistuneita käytäntöjä ja millaisia? Ovatko nämä sellaisia, joita voisi hyödyntää yleisesti muillakin osastoilla?
- Onko integroitumiseen liittyen havaittu jotain mahdollisia ongelmia? (Esimerkkejä: hoitotyön osaamisessa, potilas-hoitaja-vuorovaikutussuhteessa, moniammatillisessa yhteistyössä, muussa käytännön työssä, luottamuksessa työnantajaan, tasavertaisuudessa, työ sopimuksissa)? Miten nämä on ratkottu?
- Miten suomalaishoitajat ovat vastaanottaneet ulkomaalaistaustaiset hoitajat ja miten suhtautuvat heihin?
- Onko työssä mahdollista huomioida kulttuurisia erityispiirteitä mikäli hoitajalla on siihen liittyen toiveita (esim. työnjaossa, hoidettavien potilaiden määrässä, työvuorosuunnittelun suhteen, vapaiden/lomien saamisessa (jotkin juhlapyhät voivat olla eri kulttuureissa tärkeämpiä kuin suomalaisessa kulttuurissa ovat))
- Ovatko hoitajat tuoneet jotain hoitotyöhön omasta kulttuuristaan, miten se on koettu?
- Näkyykö potilaiden tai omaisten suhtautumisessa eroja ulkomaalaistaustaisiin hoitajiin verrattuna suomalaisiin hoitajiin?

V. Esimiestyön näkökulmaa

- Kuinka kauan olet työskennellyt osastosi esimiehenä, kauanko ylipäänsä esimiestehtävissä?
- Millaista on yhteistyö ulkomaalaistaustaisten hoitajien kanssa esimiestyön näkökulmasta (onko eroa suomalaisiin hoitajiin, työllistävätkö ulkomaalaistaustaiset hoitajat enemmän vai vähemmän, kulttuurierojen vaikutus tms.)?
- Millainen on oma taustasi ja kokemuksesi ulkomaalaistaustaisten kanssa työskentelystä, oletko esimerkiksi saanut lisäkoulutusta monikulttuurisuuteen? Koetko, että tällaiselle koulutukselle olisi kohdallasi tarvetta?
- Onko yksikössä/ sairaalassanne tarjolla koulutusta monikulttuurisuuteen liittyen? (Jos on, niin kenelle se on suunnattu, ulkomaalaisille, suomalaisille, potilaille..?)
- Näetkö, että olisi tarvetta yleisesti tai yksikössä/ kehittää ulkomaalaistaustaisten perehdytystä/ integroitumiseen liittyviä asioita/ käytäntöjä/ suhtautumista?
- Onko yksikössä valmistauduttu ulkomaalaisten hoitajien määrän mahdolliseen kasvamiseen lähivuosina jotenkin?

Lopuksi: Onko vielä jotain mitä haluaisit sanoa liittyen ulkomaalaistaustaisten hoitajien integroitumiseen tms.?

Kiitos!