

Suomalaiset lääkärit ulkomailla

Maailman terveysjärjestön arvion mukaan keskimäärin 6 % maailman lääkäreistä työskentelee oman maansa ulkopuolella. Enin osa, 85 %, tästä 'koulutusvuodosta' suuntautuu Yhdysvaltoihin, Englantiin, Kanadaan, Länsi-Saksaan ja Australiaan.

Suomalaisten ulkomaille siirtyneiden lääkärin osuus on viitisen prosenttia lääkärinkunnastamme. Suurin osa tästä runsaan viidensadan lääkärin ryhmästä on siirtynyt Ruotsiin, parisensataa. Keski- ja Länsi-Euroopassa on hieman yli sata suomalaista lääkärinä, kolmanneksi eniten Yhdysvalloissa ja sitten tulevat Afrikan maat ja Lähi-Itä.

Ulkomailla toimivat suomalaiset lääkärit 1986

Ruotsi	190
Norja ja Tanska	17
Muu Eurooppa	120
USA ja Kanada	74
Australia ja Etelä-Amerikka	7
Afrikka	25
Lähi-Itä	21
Kaakkois-Aasia	9
osoite tuntematon	114
yhteensä	577

Suomen Lääkäriliiton selvityksen mukaan ulkomaille siirtyminen ei ole aivan vastavalmistuneen lääkärin ratkaisu. Useimmat ulkomailta toimivista ovat 35-40 -vuotiaita, erikoislääkäreitä ja valtaosin, 60 %, miehiä. Sekä mies- että nimenomaan naislääkäreistä osa on siirtynyt ulkomaille avioliiton tai muiden henkilökohtaisten syiden takia. Osalle siirty-

minen uusiin tehtäviin on ollut luonteva urakehityksen jatko, valtaosa on lähtenyt etsimään hyviä tutkimusmahdollisuuksia ja yleensä syventämään ammattitaitoa.

Ulkomailla nykyisin olevat suomalaislääkärit ovat sitä mieltä, että hyvälle lääkärielle löytyy aina tehtävää. Asemansa on vain ansaittava.

Suomalaisia lääkäreitä on sijoittunut ja edelleenkin voi sijoittua

- kansainvälisten järjestöjen palvelukseen
- kehitys yhteistyöprojekteihin ja lähetyseurojen sairaaloihin
- kansainvälisten ja kansallisten yritysten palvelukseen
- sairaaloihin, avohuoltoon, työterveyshuoltoon
- tutkimusprojekteihin
- yliopistoihin, opettajiksi, tutkijoiksi
- yksityislääkäriksi (yhä vaikeammin)

Hallitseva osa Yhdysvalloissa, Kanadassa, Australiassa ja Sveitsissä olevista suomalaislääkäreistä on tutkimus- tai opetustehtävissä, osin myös Länsi-Saksassa sekä yksittäin Ranskassa, Englannissa, Hollannissa ja Norjassa. Suurin osa Ruotsissa toimivista on käytännön lääkärin tehtävissä, samoin kehitysmaissa ja Lähi-Idän maissa toimivista. Kansainvälisten järjestöjen johtotehtävissä on suomalaislääkäreitä sekä Sveitsissä että Tanskassa.

Suurin osa tätä nykyä ulkomailta olevista suomalaisista lääkäreistä on hakeutunut eri maihin kansainvälisten yhteyksien tai henkilökohtaisten suhteiden avulla. Osa on etsinyt lehti-ilmoitusten välityksellä tavanomaisia hakumenettelyä käyttäen, osa ottamalla suoraan yhteyttä sen sairaalan tai

tutkimuslaitoksen johtajaan, jonne on halunnut mennä. Osa on saanut kutsun.

NÄKÖKOHTIA JA KOKEMUKSIA ERI MAISTA

Afrikka

Maailman väestöstä 75 % elää kehitysmaissa, mutta maailman 1.5 miljoonasta lääkäristä vain 20 %.

Afrikassa lääkäritarve on suuri katsoopa sitten nykyistä lääkärimäärää tai terveydelisiä oloja. Kanavia lääkärintyöhön on kuitenkin vähemmän kuin saattaisi ajatella eivätkä kaikki Afrikan valtiot ole edes halukkaita ottamaan vastaan vierasta työvoimaa.

Afrikan terveydenhuolto-olot yleisesti muistuttavat jossain määrin omia olojamme vuosisadan alussa. Tosin sekä terveydellinen että taloudellinen tilanne vaihtelevat huomattavastikin valtiosta toiseen, mutta yhteisiä piirteitä on runsaasti.

Yhteistä on ennen kaikkea köyhyys. Kaikkea puuttuu, erityisesti lääkärin työssä. Huomattava on myös poliittinen epävakaisuus, osin räjähdysalttius. Etelä-Afrikkaa ja Nigeriä lukuunottamatta kaikki Afrikan valtiot kuuluvat bruttokansantuotteen mukaan parinkymmenen maailman köyhimmän valtion joukkoon.

Terveydenhuoltohenkilöstöä on vähän. Asukkaiden määrä yhtä lääkäriä kohden vaihtelee muutamasta tuhannesta useaan kymmeneen tuhanteen. Tosin joissakin kaupungeissa katsotaan jo olevan riittävästi lääkäreitä. Sairaaloita on perustettu varsinkin 70-luvulla, ja edistyneisimmät valtiot pyrkivät luomaan kattavan terveysasemien verkon, joka olisi vastuussa sekä sairaanhoidosta että terveydenhoidosta.

Terveysongelmista ovat yhä ensisijaisia tartunta- ja loistaudit, paikoin joka kolmas todetuista diagnooseista. Malaria on sairaalaanoton syynä paikoin joka kolmannella potilaalla ja yleisiä ovat aliravitsemuksesta ja epähygienisyydestä johtuvat vatsa- ja suolistosairaudet. Myös tuberkuloosi ja sukupuolitaudit ovat yleisiä ja urbaanistumisen

seurauksena tapaturmat ovat nopeasti yleistyneet.

Vaikka infektiosairauksien määrä on suuri, on lääkkeitä käytettävissä vain minimaalisesti. Hitaimmin kehittyneissä maissa käytetään lääkkeisiin henkilöä kohti vuodessa vähemmän kuin 1 USD, kehittyneissä maissa yli 70 USD. Itse asiassa kehitysmaissa kolmeneljäsosa väestöstä jää terveydenhuollon peruspalvelujen ulkopuolelle. Kun sairaus on pitkälle edistynyt potilaat tulevat sairaaloihin, jotka sijaitsevat useimmiten kaupungeissa.

Suomen tärkeimpiä virallisia yhteistyö- eli ohjelmamaita Afrikassa ovat Egypti, Kenia, Sambia ja Tansania. Kehitysavustusta annetaan lisäksi Etiopialle, Somalialle ja Sudanille. Terveydenhuollon yhteistyöhankkeista merkittävimmät ovat Egyptissä opeussairaalan sekä parin terveysaseman kehittämisen. Keniassa kehitetään perusterveydenhuoltoa ja Somaliassa tuberkuloosihuoltoa.

Suomalaisia lääkäreitä oli vuoden 1985 aikana Afrikassa kolmisenkymmentä, joista lähes puolet Tansaniassa. Tansania on ollut Suomen yhteistyömaa aina 40-luvulta lähtien, mutta virallisesti 60-luvulta lähtien. Suomalaislääkäreitä yksittäin on myös Angolassa, Somaliassa, Namibiassa, Senegalissa, Svasimaassa, Nigeriassa, Keniassa, Zimbabwessa ja Etelä-Afrikassa.

Afrikan suomalaislääkärit ovat yleensä toimineet lähetysasemien sairaalalääkäreinä, vähäisempi osa terveydenhuollon projektissa. Heidän kertomansa mukaan lääkärin työpäivät ovat pitkiä, viitisentoistakin tuntia, työskentelyolot ovat yleisesti puutteelliset, laboratorio- ja tutkimusmahdollisuudet vähäiset sekä puute lääkkeistä suuri. Ei ole puhdasta vettä, ei instrumentteja, ei röntgenlaitteita eikä filmejä, ei harsotaitoksia, ei senkkatelinettä. Laboratoriovaltaiseen diagnostiikkaan tottunut klinikko on helposti ymmällä. Suomalaislääkärit ovat kokeneet myönteisenä sen, että työ on kiinnostavaa ja monipuolista, "todellista potilastyötä". Työhön sisältyy aina myös opettamista ja jos aikaa olisi, tutkimustakin voisi tehdä.

Vastuullisen potilastyön kehitysmaissa on todettu edellyttävän monipuolista lääketieteellistä kokemusta. On toisella tavoin kuin kehittyneissä oloissa hallittava ts. osattava tehdä itse tavallisimmat laboratoriotutkimukset. Sairaalityön lisäksi joutuu puuttamaan ympäristöterveydenhuoltoon ja kaikkiin mahdollisiin elämisen kysymyksiin. Käytännön vastuu on laajempi kuin teoreettisessa koulutuksessa koskaan olisi voinut ajatella.

Kaakkois-Aasia

Kansantuloltaan ja terveydellisiltä oloiltaan Kaakkois-Aasian valtiot sijoittuvat samaan maailman köyhimpien maiden ryhmään kuin Afrikankin valtiot. Trooppiset sairaudet, tartunta- ja loistaudit ovat yleisiä. Esimerkiksi Bangladeshissä olevat suomalaislääkärit ovat eurooppalaisten trooppisten tautien kurssin lisäksi käyneet leprakurssin Intiassa.

Voimakkaasti uskonnolliset muslimimaat ovat tulijalle myös kulttuurishokki, naislääkäri huomaa tullessaan täydelliseen miesten maailmaan. Mieslääkärit eivät yleensä saa hoitaa naispotilaita, mutta naislääkärit voivat hoitaa sekä mies- että naispotilaita.

Maamme virallisista kehitysyhteistyöväroista ohjataan avustusta Bangladeshiin ja Nepaliin, mutta varsinaisia yhteisiä terveydenhuoltoprojekteja ei ole.

Kaakkois-Aasiassa ulkomaalaisen on lähes mahdotonta saada työlupaa. Nepalissa on oltava jonkun järjestön lähettämänä kehitysyhteistyössä, samoin Bangladeshissä. Ongelmaksi sitten mainitaankin avustusjärjestöjen runsaus.

Lähetysjärjestöt maksavat lääkäreilleen saman peruspalkan kuin muillekin lähettämilleen työntekijöille ja palkka tulee Suomesta.

Lasten koulukysymys Kauko-Idässä on vaikea ongelma. Kotiopettaja tai kirjekurssit ovat lähes ainoa mahdollisuus. Ennen kohdemaahan lähtöä olisi tarkoin otettava selvää maiden historiasta, kulttuurista, tavoista, sää- ja luonnonolosuhteista sekä sai-

rauksien erityispiirteistä. Paikallinen suositteleva olisi eduksi.

Lähi-Itä

Saudi-Arabia ja Yhdistyneet Arabiemiirikunnat ovat arabimaista niitä, joihin suomalaisia etsiytyy, harvemmin Irakiin, Kuwaitiin tai Bahrainiin.

Arabimaat ova rikkaita – Afrikan maihin verrattuna bruttokansantuote on yli satakermainen. Hyvinvoinnin myötä olot ovat kehittyneet, elämänikä pidentynyt, imeväiskuolleisuus pienentynyt ja oppivelvollisuus yleistynyt. Näihin maihin tuotettujen sairaalain taso on huippuluokkaa, myös miehitykseltään. Niitä voidaan hyvin pitää eurooppalaisen opetussairaalan tasoisina.

Tartunta- ja loistaudit, suolistoinfektiot, trakooma ja malaria ovat kuitenkin vielä yleisiä. Laajat rokotuskampanjat on aloitettu 70-luvun puolivälin jälkeen ja muutenkin terveystalvelujen ja väestön terveyden tason kohottamista pidetään yhtenä sosiaalipolitiikan tärkeimpänä alueena.

Arabimaihin etsiytyneet suomalaislääkärit ovat lähes poikkeuksetta erikoislääkäreitä ja kaikki toimivat sairaaloissa, myös yleislääketieteen erikoislääkärit.

Hyvä englanninkielen taito on välttämätön, potilastyössä on lisäksi turvauduttava tulkin apuun, ellei ole opetellut myös arabian kieltä. Ennen Arabimaihin lähtöä kannattaa ottaa yhteyttä niissä toimineisiin suomalaisiin lääkäreihin.

Naisella ei ole asemaa arabimaissa ja liikuminen ulkona on kyseenalaista. Lapset voivat käydä amerikkalaista koulua ja viihtyvät siellä hyvin. Vaimojen on vaikea saada koulutustaan vastaavaa työtä.

Keski-Eurooppa

Keski-Euroopan maista ovat suomalaisten lääkärien eniten suosimia sijaintimaita Saksan liittotasavalta ja Sveitsi. Kyse ei ole pelkästään siitä, että aikoinaan lääketiedettä näissä maissa opiskelleet olisivat niihin jääneet: esim. Saksan liittotasavallassa on noin

10 000 suomalaissiirtolaista ja Sveitsi taas on useiden kansainvälisten järjestöjen ja suurten lääkeyritysten kotima.

Muissa Euroopan maissa on vain yksittäisiä suomalaislääkäreitä, osa tutkimus- ja opetustehtävissä, osa käytännön lääkärin tehtävissä.

Lääkärin työkenttänä Eurooppa edustaa urbaania miljöötä ja sivilisaatiosairauksia. Lasten määrä väestössä on jyrkästi vähenevässä ja iäkkäiden lisääntymässä. Lääketiede on korkealla tasolla ja on osin omilla keinoillaan luonut tavoitteistaan terveydenhuollon ongelmia. Taloudellinen tilanne on kaikissa näissä maissa suhteellisen hyvä: lääkäreitä maksimaalisesti, ja lääkäriyöttömyys alkaakin olla yleistä. Eniten on työttömiä lääkäreitä Espanjassa ja Italiassa.

Saksan liittotasavallassa on puolisenastaa suomalaista lääkäreitä, joista valtaosa on sinne avioituneita naislääkäreitä. Paria poikkeusta lukuunottamatta kaikki harjoittavat kuitenkin lääkärinammattia, osa tutkijoina, osa sairaalan erikoislääkäreinä, ja yksityispraktiikan harjoittajakin on, mihin ulkomaalaisen on yleensä vaikea saada lupaa.

Vaikka työllisyystilanne on huono, ovat työskentelyolot hyvät. Työaika sairaaloissa on 40 viikkotyötuntia, päivystys- ja ylityökorvaukset kohtuullisia. Yllätys on ollut, että lääkärit tekevät paljon sellaista, minkä meillä sairaanhoitaja. Suomalaisen lääkärin erikoiskoulutuksella on hyvä maine.

Sveitsin kolmestakymmenestä suomalaislääkäristä ovat sairaalalääkärit ja lääketutkijat asettuneet vakinaisesti Sveitsiin.

Muissa Sveitsissä lääkäreistä alkaa olla ylituotantoa, "vain huippukyvylle löytyy paikka". Erityisesti ansioituneilla tutkijoilla on mahdollisuuksia, koska tutkimusprojekteihin halutaan mielellään ulkomaista työvoimaa kansainvälisten yhteyksien ylläpitämiseksi.

Suomalaislääkärien mielestä sveitsiläinen yhteiskunta on suljettu ja osin konservatiivinen, ainakin naislääkärien kannalta. Puolisojen on vaikea saada koulutustaan vastaavaa työtä ja kotiäidiksi "joutuminen" vieraassa ympäristössä kaventaa vielä ihmissuh-

teita. Asuntoja on vaikea löytää ja ne ovat kalliita. Kulttuurissa on kuitenkin valinnan varaa, ja "kansainvälisyys elämää rikastuttavaa". Kielitaitoa tarvitaan runsaasti, on osattava saksaa, sveitsinsaksaa, ranskaa ja englantia, tietyissä osin myös italiaa. Kannattaa tehdä koekäynti ja hankkia runsaasti taustatietoja. Työlupaa on ylivoimaisen vaikea saada, sen myöntäminen on kanttoerien asia, ja perusteetkin vaihtelevat kanttoerineittäin.

Muut Euroopan maat

Itse asiassa lääkäreitä on ylenmäärin kaikissa EEC-maissa, joissa tehdyn keskinäisen sopimuksen mukaan lääkäreille ei aseteta mitään erityisvaatimuksia hänen siirtyessään EEC-maasta toiseen. Onkin sanottu, että EEC-maissa on löydettävissä 'a doctor mountain'. Erityisen harmissaan tästä sopimuksesta on Englanti, joka on jyrkästi tiukentanut vaatimuksia Kaakkois-Aasiasta tuleville lääkäreille, mutta ei voi tehdä mitään EEC-maiden lääkärin suhteen. Koulutuksen laadun arviointimahdollisuutta ei ole, 5 500 tuntia lääketieteen opetusta kuuden vuoden aikana ja EEC-maan jäsenyys antaa automaattisesti luvan harjoittaa lääkärin tointa. Tosin kielitestit on useissa maissa tehty aiempaa tiukemmiksi. Norjassa ei esimerkiksi enää riitä tyydyttävä ruotsinkieli, vaan kunnallisissa viroissa on hallittava norjankieli. Ranskassa ei voi saada lääkäriainoikeuksia EEC-maiden ulkopuolelta, ellei ole opiskellut Ranskassa ja hankkinut maan kansalaisuutta. Stipendijat ovat tietenkin mahdollisia. Kreikassa ulkomaalainen ei taas voi palvella valtion sairaalassa, ja toisaalta yksityispraktiikan pito on tukehtumassa.

Kannattaa siis tarkoin selvittää tulevat mahdollisuudet, jotka tuntuvat jatkuvasti heikkenevän. Useimmissa maissa lääkärijärjestöt antavat tietoja, joissakin on erityisvirastot ulkomailta tulevia lääkäreitä varten.

Ruotsi

Lähes puolet kaikista ulkomailta olevista

suomalaisista lääkäreistä on hakeutunut ja asettunut Ruotsiin. Ruotsin vetovoima tuntuu siis olevan poikkeuksellinen. Norjassa ja Tanskassa ei ole kuin kymmenkunta kummassakin, Ruotsissa 190 suomalaislääkärinä. Lisäksi on tietenkin toisen polven ruotsin-suomalaisia, mutta heistä ei Lääkäriliitolla ole tietoja.

Osa hakeutuu Ruotsiin henkilökohtaisten yhteyksien avulla, osa lehti-ilmoitusten perusteella normaalia hakumenettelyä noudattaen. Useimmiten Ruotsiin lähdön syynä on jatkokoulutus tai tarve syventää ammattitaitoa. Ruotsiin etsiydytään myös silloin kun erikoislääkäri ei ole saanut koulutustaan vastaavaa virkaa kotimaastaan. Pelkästään taloudellisten syiden takia ei Ruotsiin kannata lähteä, koska palkkataso ei ole korkeampi kuin meillä. Jokaisen vierasmaalaisen lääkärin on Ruotsissa suoritettava parin viikon kurssi sosiaalilääketieteessä tai paremminkin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä.

Ruotsin etuja suomalaislääkärien mielestä on, että se on lähellä, "vain puolentoista tunnin matkan päässä kotimaasta". Valtaosalla on myös ollut ruotsi äidinkielenä jo lähtiesä, joten kotiutuminen on sujunut kitkatta. Sairaaloita pidetään yleisesti hyvinvarustettuina ja nykyaikaisina. Työpäivät ovat pitkät, mutta toisaalta työtahti on kuitenkin rauhallinen. Erikoistumismahdollisuuksia pidetään hyvinä ja tunnustusta annetaan koko erikoiskoulutusjärjestelmälle. Sairaaloissa kaikkia kohdellaan tasavertaisesti kotimaahan katsomatta, vain joku harva on sitä mieltä, että vieraan on pinnisteltävä yltääkseen tasaveroiseksi syntyperäisten kanssa.

Suomalaiset ovat yleensä sijoittuneet hyvin. Avohuollossa on suomalaislääkäreitä yllättävän vähän, vaikka Pohjois-Ruotsissa on avoimia avohuollon virkoja. Yksityislääkäreitä on suomalaisissa vain muutama ja yksityispraktiikan aloittaminen on tullutkin yhä vaikeammaksi.

Tutkijan työolot ovat hyvät ja tutkimukseen saa helpommin ja väljemmin varoja kuin Suomessa. Työmahdollisuudet sairaalaviroissa ovat vähentyneet Tukholmassa ja

muissa suurissa asuintaajamissa, vain joillakin erikoislääkäreillä kuten anesthesiologeilla ja röntgenologeilla sanotaan olevan työmahdollisuuksia.

Yhteispohjoismaisen 60-luvun alussa solmitun terveydenhuoltohenkilöstön työmarkkinasopimuksen nojalla virkaan asettuminen on vaivatonta: "Varmaan kaikki mahdollinen on täällä järjestetty". Informaatiota ja opastusta saa sekä Ruotsin lääkäriiliitosta, sosiaalivaltionhallituksesta että kyseisen sairaalan tai työpaikan henkilöstöavustajalta. Suomalaista koskevat samat työsuhte- ja palkkausedut kuin ruotsalaisia. Kielikursseillekin on mahdollisuus päästä, jos haluaa. Samoin perheenjäsenet voivat kursilla hankkia kielitaidon, mikä suuresti helpottaa jokapäiväistä elämistä.

E erityisen tärkeänä pidetään koulutusta vastaavan työpaikan löytämistä puolisolalle. Tämä on tärkeätä jo sosiaalisista syistä, ettei jää liian eristetyksi.

Lasten päivähoidon järjestys Ruotsissa yleensä helposti eikä koulunkaan suhteen ole suuria vaikeuksia.

Yhdysvallat

Yhdysvaltoihin etsiydytään yleensä jatko-opiskelujen, ammattitaidon syventämisen ja hyvien tutkimusmahdollisuuksien takia. Näin on ollut jo useita vuosikymmeniä ja tuskin Yhdysvaltoihin menevien lääkärin määrä on suhteessa koko lääkärimäärään kovinkaan paljon kasvanut. Tätä nykyä Yhdysvalloissa on runsas puoli prosenttia lääkärimäärästämme eli puolisensataa. Tutkijoita on heistä lähes puolet ja näistä taas useimmat työskentelevät NIH:n (National Institutes of Health) laitoksissa.

Työskentelyoloja pidetään hyvinä, mutta lääkärin työllisyys tilanteen mainitaan jatkuvasti kiristyvän. Syrjäseuduilla tarvitaan vielä käytännön lääkäreitä. Tutkijan asema on erittäin hyvä. Alkuun pääsemiseksi tarvitaan kuitenkin "näyttöä" tutkijan kyvystä. Jos näyttöä tai mainetta on, rahoitus järjestyy helposti. Kilpailu on kuitenkin tutkimuksenkin alalla kiristymässä.

Lapset sopeutuvat hyvin ja ovat innostuneita amerikkalaisissa kouluissa. He oppivat amerikanenglannin erittäin nopeasti.

Tietoja olisi hyvä hankkia etukäteen. Amerikkalainen järjestelmä on monimutkainen ja jonkinlainen paikallinen yleisinformatio saattaisi helpottaa asioiden selville saamista.

Ulkomaisen lääkärin on — saadaksesen harjoittaa lääkärin ammattia USA:ssa — suoritettava ns. FLEX-tutkinto (Federal Licensing Examination), joka on kolmipäiväinen ja jonka tarkoituksena on selvittää tietoja niin perusopetukseen kuuluvissa kuin kliinisissä aineissa.

Periaatteessa jossakin osavaltiossa suoritettu FLEX-tutkinto on voimassa myös muissa osavaltioissa. Poikkeuksia saattaa kuitenkin olla.

Kanada

Kanadaan on perinteisesti suuntautunut varsin runsaasti siirtolaisia, myös suomalaisia; lääkäreitä kuitenkin vain muutama. Kanada edustaa länsimaista vaurasta ympäristöä. Lääkäreistä on joka kolmas saanut koulutuksensa ulkomailla, mikä osoittaa siirtolaislääkärien runsautta. Maassa ei ole varsinaisesti

lääkäripulaa, mutta ei ylituotantoakaan. Harvaanasutuilla, kaupunkikeskuksista etäisillä paikkakunnilla saattaa ulkomainen lääkäri saada viran, mikäli kanadalaista hakijaa ei ole. Työlupien ja lääkärin ammatinharjoittamislupien saanti on osavaltioiden varassa ja jossakin määrin vaihteleva. Kaikilta ulkomaisilta lääkäreiltä vaaditaan kuitenkin ennen ammatinharjoittamislupien saantia tutkinto, jonka järjestää Kanadan lääkäriliitto.

Australia

Australiaan on muiden siirtolaisten ohella kulkeutunut myös siirtolaislääkäreitä. Australian runsaasta 30 000 lääkäristä lähes joka seitsemäs on ulkomainen. Suomalaislääkäreitä on vain muutama yliopistotehtävissä. Australiassa varsinaista lääkärin ylituotantoa ei vielä ole. Maahan pyrkii kuitenkin lääkäreitä kaikkialta maailmasta, ja näiden pätevyyden tutkiminen on keskitetty yhdelle yhteistyöelimelle, Australian Medical Councilille. Sen tenteistä kaksi ensimmäistä voi suorittaa Euroopassa, mutta kliinisen tentin Australiassa. Suomalaista erikoislääkärin tutkintoa ei ole hyväksytty suoralta kädeltä ja erikoislääkärien oikeuksien saaminen voi viedä vuosia.

Summary:

According to estimates by the World Health Organization, on average six per cent of doctors worldwide work outside their own country. This flow of doctors, however, is not directed towards countries which suffer from a shortage of doctors, but towards industrialized countries.

Almost 600 doctors have left Finland, representing some five per cent of the medical profession. Interestingly enough, a substantial number - some 200 - have moved to Sweden. Central and Western Europe have claimed well over one hundred Finnish doctors, the USA, Canada and Australia together almost the same number, and Africa, the Middle East and Southeast Asia around thirty each. Over a hundred doctors who have moved abroad have failed to leave forwarding addresses with the Finnish Medical Association.

Some time ago, the Finnish Medical Association sent a questionnaire to Finnish doctors living abroad, to which half of them replied. The investigation revealed that moving abroad is not a vogue of fashion; these doctors have left in order to seek specialist training, to improve their professional skills and to gain experience in research. Since working conditions have turned out to be satisfactory, they remained on a permanent basis.

Most doctors have moved abroad at the best working age - 35 to 40 - and men slightly more often than women. Most had previously specialized, and left for the specific purpose of obtaining further training. Some have married abroad and have therefore settled in the new home country.

Finnish doctors in Sweden usually work in hospitals. Some work in research institutes and

some ten or so as university professors - one is a Nobel Prize winner. Those who have moved to Sweden have easily found employment and the Swedish authorities "have done all they can" to help the immigrants. Many of these doctors belong to Finland's minority of Swedish-speaking Finns, and their moving away is considered a major drawback by those left behind.

Most of the Finnish doctors working in the United States, Canada, Switzerland and West Germany are research scientists and work at universities or in other institutions. In general they find that opportunities for research are good, but the demand for proof and results is exacting. Most of those who moved to Central Europe have settled there permanently; part of those who moved to the United States return after some time, but the proportion is small.

Finnish doctors in developing countries note that work is heavier and working conditions unbelievably poor, but in general they consider their work meaningful, as "really working with patients". These doctors also complain of insufficient channels for co-operation in development.

In their advice for the Finnish doctors who contemplate moving abroad, those who have gone on ahead emphasize the importance of a good command of languages - as well as openness. Professional language is usually picked up rapidly, social language more slowly and the use of nuances takes even longer. Previous familiarization with the culture and social conditions of the country in question and willingness to work hard are recommended. One must earn one's position - it does not fall into your lap.