TURUN
YLIOPISTO
UNIVERSITY
OF TURKU

Kielimentori-ohjelma kaksikielisessä terveyskeskuksessa

Tanja Eriksson

TURUN YLIOPISTON JULKAISUJA – ANNALES UNIVERSITATIS TURKUENSIS
SARJA – SER. D OSA – TOM. 1922 | MEDICA – ODONTOLOGICA | TURKU 2025

TURUN
YLIOPISTO
UNIVERSITY
OF TURKU

KIELIMENTORI-OHJELMA KAKSIKIELISESSÄ TERVEYSKESKUKSESSA

Tanja Eriksson

TURUN YLIOPISTON JULKAISUJA – ANNALES UNIVERSITATIS TURKUENSIS
SARJA – SER. D OSA – TOM. 1922 | MEDICA – ODONTOLOGICA | TURKU 2025

Turun yliopisto

Lääketieteellinen tiedekunta
Kliininen laitos
Yleislääketiede
Turun kliininen tohtoriohjelma

Ohjaajat

Professori Päivi Korhonen
Kliininen laitos, Yleislääketiede
Turun yliopisto
Turku, Suomi

Terveystieteiden tohtori Pia Nyman
TKI-yksikkö
Pohjanmaan hyvinvointialue
Pietarsaari, Suomi

Esitarkastajat

Apulaisprofessori Kaija Collin
Kasvatustieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto
Jyväskylä, Suomi

Apulaisprofessori Kadri Suija
Lääketieteen laitos
Itä-Suomen yliopisto
Kuopio, Suomi

Lääketieteen tohtori Lena Sjöberg
Yleislääketieteen ja
perusterveydenhuollon osasto
Helsingin yliopisto
Helsinki, Suomi

Vastaväittäjä

Professori Minna Kaila
Kansanterveystieteen osasto
Helsingin yliopisto
Helsinki, Suomi

Turun yliopiston laatujärjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -järjestelmällä.

Kansikuva: Tanja Eriksson. Raippaluodon silta, Mustasaari. 2022.

ISBN 978-952-02-0408-2 (Painettu)
ISBN 978-952-02-0409-9 (Sähköinen)
ISSN 0355-9483 (Painettu)
ISSN 2343-3213 (Sähköinen)
Painosalama, Turku, Suomi 2025

Omistettu perheelleni

TURUN YLIOPISTO
Lääketieteellinen tiedekunta
Kliininen laitos
Yleislääketiede
TANJA ERIKSSON: Kielimentori-ohjelma kaksikielisessä terveyskeskuksessa
Väitöskirja, 183 s.
Turun kliininen tohtoriohjelma
Joulukuu 2025

TIIVISTELMÄ

Hyvä kommunikaatio potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä on turvallisen terveydenhuollon edellytys. Potilaalle on tärkeää tulla kuulluksi ja ymmärretyksi omalla äidinkielellään. Lääkärin heikko kielitaito saattaa vaarantaa potilasturvallisuuden, mikäli potilas esimerkiksi jättää terveyshuolensa hoitamatta puutteellisen kommunikaation vuoksi. Suomessa on huomattava pula lääkäreistä kaksikielisissä terveyskeskuksissa, ja erityisesti ruotsinkielisten lääkäreiden rekrytointi on ollut haastavaa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kehittää ja implementoida Kielimentori-ohjelma kaksikieliseen julkiseen terveyskeskukseen Pohjanmaalla. Selvitimme ensin osallistujien käsityksiä kaksikielisyydestä ennen koulutusintervention toteutusta. Tutkimme lisäksi osallistujien näkemyksiä potilaan kohtaamisen erityispiirteistä kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Kyseessä on laadullinen lääketieteen koulutuksen interventiotutkimus, jossa aineistona on osallistujien semi-strukturoidut haastattelut ennen ja jälkeen Kielimentori-ohjelmaa.

Yhteensä 14 erikoistuvaa lääkäriä osallistui kahteen interventioryhmään vuosina 2019–2021. Kolme eläkkeellä olevaa kaksikielistä lääkäriä rekrytoitiin kielimentoreiksi. Oppimismenetelminä oli yksilöllinen kielimentorointi ja pienryhmäoppiminen sisältäen potilastapauskeskusteluja ja draamaharjoituksia.

Tutkimuksessa havaittiin, että erikoistuvien lääkärin käsitys kaksikielisyydestä muotoutuu monenlaisia tunteita herättäneistä kokemuksista koulu- ja opiskeluaikana sekä lääkärin työssä. Työympäristön ja vapaa-ajalla koetun kieliympäristön merkitys on olennainen. Kielimentori-ohjelmassa tärkeää oli potilastyöhön integroitu toiminta sekä oppimisen ilo ja psykologisesti turvallinen oppimisilmapiiri. Kaksikielisessä terveyskeskuksessa potilaan kohtaamista tukee kielikumppanuus sekä luottamus yhteisen ymmärryksen löytymiseen vastaanotolla ja työyhteisössä.

Kaksikielisyys on laaja ja monitahoinen asia, joka tulee ottaa huomioon luotaessa psykologisesti turvallinen oppimisilmapiiri terveydenhuollon organisaatiossa. Kielimentori-ohjelma on koulutusinterventio, joka tukee erikoistuvia lääkäreitä sitoutumaan työhön kaksikielisessä terveyskeskuksessa.

AVAINSANAT: kaksikielisyys, lääketieteen koulutus, laadullinen tutkimus, kommunikaatio, oppimisilmapiiri, psykologinen turvallisuus

UNIVERSITY OF TURKU
Faculty of Medicine
Department of Clinical Medicine
General Practice
TANJA ERIKSSON: Language Mentoring program in a bilingual health care centre
Doctoral Dissertation, 183 s.
Doctoral Program in Clinical Research
December 2025

ABSTRACT

Good communication between patients and healthcare professionals is a requirement for safe healthcare. It is important for patients to be heard and understood in their mother tongue. Physician's poor language skills may jeopardise patient safety if, for example, a patient leaves their health concerns untreated due to inadequate communication. There is a significant shortage of physicians in bilingual health centres in Finland, and recruiting Swedish-speaking physicians in particular has been challenging.

Aim of this study was to develop and implement a Language Mentoring program for a bilingual public health care centre in Ostrobothnia. In order to develop a work-place integrated program we explored first participating specialising physicians' perceptions of bilingualism. Additionally, we explored the participants' views on the characteristics of patient encounters in a bilingual health care centre. This qualitative study in medical education utilized semi-structured interviews conducted before and after the program, analysed using thematic analysis and a phenomenological approach.

Fourteen specialising physicians participated in two different interventions during 2019–2021. Three retired bilingual physicians were recruited as language mentors. The learning methods were individual language mentoring and small group learning, including patient case discussions and drama workshops.

The study found that specialising physicians' perception of bilingualism is shaped by diverse emotional experiences in school, studies, and medical practice. The significance of the language environment at work and leisure time is crucial. In the Language Mentor programme, activities integrated into patient work, the joy of learning, and a psychologically safe learning atmosphere were essential. In a bilingual health centre, patient encounters are supported by language partnership and trust in finding achieving mutual understanding.

Bilingualism is a broad issue to be considered when creating a psychologically safe learning atmosphere in a health care organisation. The language mentoring programme can be one method supporting specialising physicians in committing working in a bilingual health care centre.

KEYWORDS: bilingualism, medical education, qualitative research, communication, learning climate, psychological safety

ÅBO UNIVERSITET
Medicinska fakulteten
Institutionen för klinisk medicin
Allmän medicin
TANJA ERIKSSON: Språkmentor-programmet i en tvåspråkig hälsocentral
Avhandling, 183 s.
Åbo kliniska doktorandprogram
December 2025

SAMMANFATTNING

En god kommunikation mellan patienter och vårdpersonal är en förutsättning för en säker vård. Det är viktigt att patienten blir hörd och förstådd på sitt modersmål. Läkarens dåliga språkkunskaper kan äventyra patientsäkerheten till exempel om patienten inte sköter sina hälsoproblem på grund av bristfällig kommunikation. Det råder stor brist på läkare vid de tvåspråkiga hälsocentralerna i Finland, och det har varit svårt att rekrytera i synnerhet svenskspråkiga läkare.

Målet med detta studie var att utveckla och genomföra Språkmentor-programmet på en tvåspråkig hälsocentral i Österbotten. Först undersökte vi deltagarnas uppfattningar om tvåspråkighet innan vi genomförde utbildningsinterventionen. Dessutom studerade vi deltagarnas perspektiv på de unika egenskaperna vid patientmötet på en tvåspråkig hälsocentral. Detta är en kvalitativ interventionsstudie inom medicinsk utbildning, som består av semistrukturerade intervjuer med deltagare före och efter Språkmentor-programmet.

Totalt 14 läkare under specialisering deltog i två interventionsgrupper mellan 2019 och 2021. Tre pensionerade tvåspråkiga läkare rekryterades som språkmentorer. Inlärningsmetoderna var individuell språkmentorering och inlärning i små grupper, inklusive diskussioner om patientfall och dramaövningar.

I undersökningen framkom det att deltagarnas uppfattning om tvåspråkighet formas av upplevelser som väckt många olika känslor i skolan, studierna och i läkarens arbete. Betydelsen av arbetsmiljön och den språkmiljö som upplevs på fritiden är väsentlig. I Språkmentor-programmet var det viktigt att ha aktiviteter integrerade i patientarbetet, liksom glädjen i att lära sig och en psykologiskt trygg inlärningsatmosfär. På en tvåspråkig hälsocentral stöds mötet med patienterna av språkliga partnerskap. Viktigt är tilliten för att man hittar en gemensam förståelse på mottagningen och i arbetsgemenskapen.

Tvåspråkighet är en bred och mångfacetterad fråga som man måste ta hänsyn till när man skapar en psykologiskt trygg inlärningsatmosfär i en hälso- och sjukvårdsorganisation. Språkmentor-programmet är en utbildningsintervention som hjälper läkare under specialisering att förbinda sig att arbeta på en tvåspråkig vårdcentral.

NYCKELORD tvåspråkighet, medicinsk utbildning, kvalitativ forskning, kommunikation, lärandeklimat, psykologisk trygghet

Sisällys

Sisällys **7**

Lyhenteet **10**

1 Johdanto **11**
1.1 Tausta 11
1.2 Tutkimusprosessi ja väitöskirjan rakenne 12

2 Kirjallisuuskatsaus **15**
2.1 Kommunikaatio ja potilaan kohtaaminen vieraalla kielellä 15
2.1.1 Potilaskeskeinen hoito ja kommunikaatio 15
2.1.2 Kommunikaation mukauttamisteoria 17
2.2 Kaksikielisyys terveydenhuollossa 19
2.3 Psykologinen turvallisuus kaksikielisessä ympäristössä 22
2.4 Oppimisen teoriat 25
2.4.1 Käytäntöyhteisöteoria 25
2.4.2 Kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria 26
2.5 Oppimismenetelmät 27
2.5.1 Mentorointi 27
2.5.2 Pienryhmäoppiminen 30
2.5.3 Taide ja teatteri lääketieteen koulutuksessa 31
2.6 Laadullinen tutkimus lääketieteessä 35
2.7 Lääketieteen koulutuksen tutkimus terveyskeskuksessa 37

3 Tavoitteet **41**

4 Menetelmät **42**
4.1 Tieteellinen lähestymistapa 42
4.1.1 Toimintatutkimus 44
4.1.2 Reflektiivinen teema-analyysi 45
4.1.3 Fenomenologia 47
4.2 Tutkimusympäristö 49
4.3 Tutkimuksen osallistujat 50
4.4 Tutkijan aseman reflektio 52
4.4.1 Tieteellinen tausta 53
4.4.2 Kontekstin tuntemus 54
4.4.3 Sosiaaliset taidot 54
4.4.4 Aito sitoutuminen 55
4.5 Tutkimuksen eettisyys 55
4.6 Kielimentori-ohjelma 56

4.6.1 Suunnitteluvaihe ... 57
4.6.2 Oppimistavoitteet ... 58
4.6.3 Oppimisen teoreettinen viitekehys ... 58
4.6.4 Kielimentorit ja ohjaajat ... 60
4.6.5 Toteutus ja aikataulu ... 60
4.6.6 Oppimismenetelmät ... 60
4.6.7 Suunnitellut ja suunnittelemattomat muutokset ... 65
4.7 Tutkimuksen aineisto ... 65
4.7.1 Aineistonkeruu ja -käsittely ... 67
4.7.2 Aineiston analyysi ... 68

5 Tulokset ... 75
5.1 Käsitykset kaksikielisyydestä ... 75
5.1.1 Aiemmat ruotsin kieleen liittyvät kokemukset ... 75
5.1.2 Kliinisen potilastyön tärkeys ... 81
5.1.3 Kieliympäristön merkitys ... 84
5.1.4 Elämä kaksikielisessä kaupungissa ... 88
5.2 Kielimentori-ohjelma ja oppimispolku ... 89
5.2.1 Eväitä reppuun potilastyöstä ... 90
5.2.2 Tukea ja iloa oppimispolulle ... 91
5.2.3 Oppimispolulla kiviä ja kantoja ... 95
5.2.4 Viitoitetulla polulla ... 98
5.3 Potilaan kohtaaminen ... 100
5.3.1 Keinot ... 101
5.3.2 Säännöt ... 105
5.3.3 Työyhteisön merkitys ... 110
5.3.4 Työnjako ... 111
5.3.5 Potilaan kohtaaminen ja vastaanoton vaiheet ... 113

6 Pohdinta ... 115
6.1 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä ... 115
6.2 Menetelmät ... 118
6.2.1 Kielimentori-ohjelma ... 118
6.2.2 Aineistonkeruu ja analyysi ... 121
6.2.3 Oppimisen teorioista käytäntöön ... 126
6.3 Tulokset ... 130
6.3.1 Tunteita herättäviä kokemuksia erilaisissa kieliympäristöissä ... 130
6.3.2 Oppimisen iloa potilastyössä ... 132
6.3.3 Kielikumppanuus ja yhteinen ymmärrys ... 134
6.4 Tutkimuksen laatu ... 136
6.4.1 Uskottavuus ... 137
6.4.2 Luotettavuus ... 138
6.4.3 Siirrettävyys ... 139
6.4.4 Vahvistettavuus ... 140
6.5 Vahvuudet ja rajoitukset ... 141
6.6 Soveltaminen käytäntöön ja tulevaisuuden tutkimuskohteet ... 142

7 Johtopäätökset ... 145

Kiitokset ... 146

Lähdeluettelo 150

Luettelo kuvista, taulukoista ja liitteistä 176

Liitteet 178

Lyhenteet

CAT	Communication Accommodation Theory Kommunikaation mukauttamisteoria
CHAT	Cultural Historical Activity Theory Kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria
CoP	Community of Practice Theory Käytäntöyhteisöteoria
COREQ	Consolidated criteria for Reporting Qualitative research
EGPRN	European General Practice Research Network Euroopan yleislääketieteen tutkimusverkosto
GP	General Practice Yleislääketiede
GREET	Guideline for Reporting Evidence-based Practice Educational Interventions and Teaching
LEP	Low English Proficiency
SRQR	Standards for Reporting Qualitative Research
WONCA	World Organization of Family Doctors
YEK	Yleislääketieteen erityiskoulutus

1 Johdanto

1.1 Tausta

Hyvä kommunikaatio potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä on turvallisen terveydenhuollon olennainen edellytys. Potilaalle on tärkeää tulla kuulluksi ja ymmärretyksi, erityisesti ollessaan sairas (Mustajoki et al., 2015). Lääkäri tarvitsee hyviä kommunikaatiotaitoja ja yhteistä kieltä potilaan kanssa voidakseen esittää oikeita kysymyksiä ja antaa selkeitä neuvoja. On todettu, että puutteellinen kommunikaatio voi vaarantaa potilasturvallisuuden (Wilson, 2013), ja potilaiden terveysongelmat voivat jäädä ratkaisematta (Mustajoki, 2020). Kielimuurit ja kulttuurierot voivat vaikeuttaa potilaan kohtaamista ja keskustelua (Schyve, 2007). Myös erilaiset erityistarpeet, kuten näön ja kuulon heikentyminen tai puhehäiriöt, voivat vaikuttaa (Burns et al., 2017). Siksi ei ole yllättävää, että potilaat arvostavat hyvää kommunikaatiota terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (Droz et al., 2019; Eide et al., 2021).

Suomessa on kaksi virallista kieltä, suomi ja ruotsi (Suomen Perustuslaki 731/1999, 1999, §17; Valtioneuvosto, 2021b). Suomen länsirannikko ja pääkaupunkiseutu ovat suurimmat kaksikieliset alueet (Valtioneuvoston kanslia, 2012). Kaksikielisessä kunnassa on sekä suomen- että ruotsinkielisiä asukkaita vähemmistön ollessa vähintään 8 % asukkaista tai vähintään 3 000 asukasta. (Kielilaki 423/2003, 2003). Kielilain (423/2003) mukaan jokaisella on oikeus käyttää hyvinvointialueen tai hyvinvointiyhtymän viranomaisissa omaa kieltään, joko suomea tai ruotsia (Kielilaki 423/2003, 2003; Valtioneuvosto, 2021a). Ruotsinkielinen väestö on valtioneuvoston selvitysten mukaan tyytymättömämpi saamaansa palveluun kuin suomenkieliset (Lindell, 2021; Valtioneuvoston kanslia, 2017).

Suomessa on merkittävä pula lääkäreistä kaksikielisissä terveyskeskuksissa ja erityisesti ruotsia puhuvien lääkäreiden rekrytointi on ollut haastavaa (Lindell, 2021; Valtioneuvoston kanslia, 2017). Esimerkiksi Pohjanmaalla terveyskeskusten vakituisista lääkärivakansseista oli vuonna 2019 täyttämättä 10,3 %, kun vaje koko Suomessa oli 7.5 % (Lääkäriliitto, 2019). Kaukainen sijainti yliopistoon ja lääketieteelliseen tiedekuntaan nähden sekä alueen kaksikielisyys (Valtioneuvoston

kanslia, 2012) on todettu olevan suurimpia haasteita lääkärirekrytoinnissa myös muissa kaksikielisissä maissa (Gauthier et al., 2012; Timony et al., 2013).

Kaksikielisillä alueilla on usein oletuksena, että nuoret lääkärit oppivat käyttämään molempia virallisia kieliä yksinkertaisesti puhumalla potilaiden kanssa. Kaksikielisyys työssä voi kuitenkin olla nuorelle lääkärille vaativaa ja se saattaa jopa heikentää työtyytyväisyyttä ja sitoutumista työpaikkaan (Drolet et al., 2014). Siksi on tärkeää tukea lääkäreiden työtä ja vähentää epävarmuuden tunnetta toisen kielen käytössä. Kaksikielisillä alueilla toimivien lääkäreiden kielikoulutukseen liittyviä tutkimuksia on tehty vain vähän (Cowden et al., 2022).

Väitöskirjatutkimukseni ”Kielimentori-ohjelma kaksikielisessä terveyskeskuksessa” on yleislääketieteen alaan sijoittuva laadullinen koulutusinterventiotutkimus, joka on tehty kaksikielisessä terveyskeskuksessa Pohjanmaalla. Tavoitteena oli kehittää ja implementoida Kielimentori-ohjelma tukemaan erikoistuvien lääkärien ruotsin kielen käyttöä kaksikielisessä terveyskeskuksessa.

Kielimentori-ohjelman lähtökohtana oli pyrkimys vaikuttaa pitkään jatkuneeseen lääkäripulaan kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Ruotsin kielen ajateltiin olevan yksi syy lääkäreiden rekrytointihaasteisiin. Olin havainnut, että ruotsin kielen käyttö potilastyössä on monelle lääkärille antoisaa, kunhan alkuvaikeudet on ylitetty. Halusin ymmärtää, mikä merkitys kaksikielisyydellä on erikoistuville lääkäreille, ja löytää keinoja helpottaa alkuvaiheen kynnystä käyttää ruotsin kieltä.

Kaksikielisyyttä terveydenhuollossa on tutkittu varsin vähän. Potilaiden kannalta tutkimuksia on sen sijaan runsaasti, ja usein ne kohdentuvat kommunikaation esteisiin heikosti englantia osaavilla potilailla (LEP = Low English Proficiency) (Harmsen et al., 2008). Tulkkien toimintaan ja tulkkien käyttöön terveydenhuollossa liittyviä tutkimuksia on myös melko runsaasti (Hsieh, 2017; Kale & Syed, 2010; Rosenberg et al., 2007). Kaksikielisyyden merkitystä ja vaikutusta lääkärin työhön on tutkittu selvästi vähemmän. Tietojemme mukaan kaksikielisillä alueilla on lääkäreille suunnattuja kieli-interventioita varsin vähän (Lyon et al., 2019).

1.2 Tutkimusprosessi ja väitöskirjan rakenne

Tutkimukseni lähtökohta on noussut omasta käytännön kokemuksestani ja pitkäaikaisesta työskentelystä kaksikielisissä terveydenhuollon organisaatioissa. Tärkeitä asioita omassa työssäni yleislääketieteen erikoislääkärinä ovat potilaan kohtaaminen, kommunikaatio ja vuorovaikutus. Ne ovat myös yleislääketieteen pohjoismaisia ydinarvoja ja periaatteita (Nordic Federation of General Practice (NFGP), 2020; Suomen yleislääkärit ry & Suomen yleislääketieteen yhdistys, 2020).

Olen työssäni havainnut hoidon jatkuvuuden merkityksen, ja sitä tulisi edistää jokaisessa potilaskohtaamisessa, tiimityössä ja kaikilla organisaatiotasoilla.

Lääketieteen koulutus on toinen ammatillinen kiinnostuksen kohteeni. Voimme kehittää taitojamme ja voimavarojamme koko elämän ja uran ajan, oivaltaa ja iloita uuden oppimisesta (Lemmetty & Collin, 2022). Meidän on oltava valmiita kuuntelemaan sekä omia tunteitamme ja ajatuksiamme että kollegoita, ammattilaisia, työyhteisön jäseniä ja potilaita. Oman osaamisen reflektointi on tärkeää (Schaepkens et al., 2022). Lääketieteen koulutuksen on myös perustuttava tutkittuun tietoon samalla tavoin kuin potilaiden lääketieteellisen hoidon tulee olla näyttöön perustuvaa ja vaikuttavaa (Kulmala et al., 2024).

Olimme usean vuoden ajan keskustelleet Vaasan moniammatillisessa opetusterveyskeskuksessa kliinisten opettajien ja lääketieteen kandidaattien kanssa siitä, millaista on työskennellä kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Keskusteluissa ilmeni, kuinka vaativaa ja samalla rikasta on toimia monikielisessä työympäristössä. Olin miettinyt näiden keskustelujen aikana, miten voisimme sujuvoittaa terveyskeskustyön aloitusta ja tukea nuoria erikoistuvia lääkäreitä hallitsemaan vähintään kahta kieltä joka päivä heidän samanaikaisesti kohdatessa uusia kliinisiä ongelmia ja prosesseja.

Kehittäminen ja laadun parantaminen vaativat tuekseen tutkittua tietoa ja tutkimusta. Huhtikuussa 2018 sain kutsun osallistua sähköpostikeskusteluun, jossa käsiteltiin kaksikielisten alueiden lääkäripulaan liittyviä haasteita ja mahdollisia ratkaisuja. Mukana keskustelussa olivat Turun yliopiston dekaani, yleislääketieteen professori, kliininen opettaja, tutkimus- ja kehittämisyksikön johtaja sekä ruotsin kielen opettaja. Tiedekunnassa oli kehitetty onnistunut ”Skärgårdsmedicin och kultur” -kurssi lääketieteen opiskelijoille (Sahlstein, 2013, 2015), ja vastaavanlaista jatkokoulutusta kaivattiin. Näin syntyi ajatus koulutusinterventiosta, joka toteutettaisiin palvelujärjestelmässä, kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Muodostimme monialaisen yhteistyöryhmän, johon kuuluivat Vaasan terveyskeskus, Turun yliopisto, Åbo Akademi ja Datero ry. Yhteistyöryhmän monialaisuutta vahvisti terveydenhuollon ja yliopistojen rinnalla kolmannen sektorin organisaatio, Datero ry, jonka erityisosaamista on digitaaliset ratkaisut kommunikaation tukena ja saavutettavuuden edistäminen. Projektin aloitukselle ja toteutumiselle merkittävä tuki oli Svenska Kulturfondenin myöntämä projektiavustus. Kehittämishankkeen rinnalle laadin tieteellisen tutkimuksen suunnitelman, jonka tuloksena tämä väitöskirja on syntynyt.

Väitöskirjani on yleislääketieteen alaan sijoittuva laadullinen lääketieteen koulutuksen tutkimus, jossa on vaikutteita kasvatustieteistä ja terveydenhuollon tutkimuksesta. Väitöskirjan rakenne on muotoutunut laadulliselle tutkimukselle tyypillisen iteratiivisen prosessin aikana (Malterud, 2022; Malterud et al., 2017).

Ensimmäisessä luvussa esittelen tutkimuksen lähtökohdat ja toimintaympäristön. Toisessa luvussa selvitän aiemman kirjallisuuden perusteella tutkimukseni keskeiset käsitteet ja rajaukset sekä muodostan teoreettisen ja käsitteellisen viitekehyksen. Kaksikielisyys terveydenhuollossa on vähän tutkittu aihe. Toisaalta kommunikaatiota ja potilasturvallisuutta on tutkittu paljon. Kirjallisuuskatsauksessa tiivistän tämän tutkimuksen kannalta tärkeimmät näkökohdat. Kuvailen, mitkä oppimisen teoriat ovat vaikuttaneet tähän tutkimukseen ja käyn läpi oppimismenetelmät, jotka valitsimme Kielimentori-ohjelmaan. Tähän väitöskirjaan valitsin laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Kirjallisuuskatsauksessa kuvaan laadullisen tutkimuksen asemaa ja kehittymistä lääketieteessä. Väitöskirjani on lääketieteen koulutuksen tutkimusta, jonka tilannetta perusterveydenhuollossa pohdin kirjallisuuden ja oman kokemukseni perusteella.

Kolmannessa luvussa esittelen väitöskirjani tavoitteet ja neljännessä luvussa kuvailen käytetyt menetelmät. Olen muodostanut menetelmäosion hyödyntämällä SRQR (Standards for Reporting Qualitative Research) tarkistuslistaa (B. C. O'Brien et al., 2014). Reflektoin myös omaa asemaani ja lähtökohtiani suhteessa tutkittavaan aiheeseen, tutkimukseen osallistujiin ja toimintaympäristöön. Analyysivaiheessa monografian kokonaisuus jakaantui kolmeen osioon, jotka eroavat toisistaan oppimisteorioiden ja analyysimenetelmien suhteen. Ensimmäinen osa käsittelee osallistujien käsityksiä kaksikielisyydestä. Toisessa osassa tarkastellaan Kielimentori-ohjelmaa ja oppimista. Kolmannessa osassa tutkimus syventyy potilaan kohtaamiseen kaksikielisessä terveyskeskuksessa osallistujien näkökulmasta. Luvussa neljä kuvaan yksityiskohtaisesti nämä kolme monografian osaa.

Viidennessä luvussa esittelen tutkimuksen tulokset, jotka olen jakanut kolmeen osaan analyysin mukaisesti. Kuudes luku on pohdintaa varten. Seitsemännessä luvussa esitän väitöskirjatutkimukseni johtopäätökset.

Päätin kirjoittaa väitöskirjani monografian muodossa, vaikka lääketieteessä on yleisempää tehdä artikkeliväitöskirja. Tämä valinta mahdollisti väitöskirjan kirjoittamisen kokonaisuutena. Monografian muoto tukee Kielimentori-ohjelman ja tutkimuksen yhtenäisyyttä.

Olen hyödyntänyt väitöskirjani kielenhuollossa tekoälyä Turun yliopiston suosituksia ja ohjeita noudattaen (Turun yliopisto, 2023). Olen käyttänyt Microsoft Copilot Pro-sovellusta, joka ei käytä tietoja tekoälyn opettamiseen (Microsoft 365 Copilot, 2025). Olen ensin kirjoittanut tekstin itse, minkä jälkeen olen tarkistanut sen tekoälyn avulla kappale kerrallaan esimerkiksi ohjeella ”Kirjoita selkeä ja asiallinen teksti, joka tieteellisen tyylin mukainen. Vältä toistoa.” Tekoälyn ehdotuksen jälkeen olen muokannut tekstiä vielä omaan tyyliini sopivaksi. Lisäksi olen käyttänyt Turun yliopiston kirjaston tarjoamia tekoälysovelluksia tiedonhaussa: Scopus AI, Web of Science Research Assistant ja Keenious Research Explorer.

2 Kirjallisuuskatsaus

2.1 Kommunikaatio ja potilaan kohtaaminen vieraalla kielellä

Hyvä kommunikaatio, joka ottaa huomioon myös potilaiden kieli- ja kulttuurierot, on turvallisen hoidon perusedellytys (Schyve, 2007). Tehokas kommunikaatio on tärkeä osa hoidon laatua (Burgener, 2020; Schyve, 2007). Terveydenhuollossa laadukkaan hoidon tulisi olla potilaskeskeistä ja monikulttuurisuutta arvostavaa (M. Park et al., 2018; B. C. Schouten et al., 2023). Potilas-lääkärisuhteessa kommunikaation tulee olla selkeää ja tarkoituksenmukaista, jotta potilas ja lääkäri molemmat ymmärtävät toisiaan (Ellahham, 2021). Väärinkäsitykset kommunikaatiossa voivat vaikuttaa merkittävästi potilaan vointiin ja elämänlaatuun (Birkelund et al., 2024).

Kulttuurien välinen kommunikaatio (engl. intercultural communication) tarkoittaa, että käytetyn kielen lisäksi otetaan huomioon eri kulttuurien merkitys ja konteksti. Kulttuurien väliseen potilas-lääkäri-kommunikaatioon vaikuttavat tekijät liittyvät myös sosiaalisiin eroavaisuuksiin ja lääkärin olettamuksiin (Paternotte et al., 2015; B. C. Schouten & Meeuwesen, 2006).

Potilaan ja lääkärin välisessä sanallisessa kommunikaatiossa on tärkeää selkeys, potilaan aktivointi ja osallistuminen (Forsey et al., 2021). Käytetyn kielen merkitys ja tunnesiteiden rakentaminen sekä roolit ja identiteetti vaikuttavat kommunikaation onnistumiseen (Forsey et al., 2021). Lisäksi on olennaista tunnistaa lääkärin lääketieteeseen liittyvä tiedollinen valta-asema ja auktoriteetti (Forsey et al., 2021). Erityisen haastavaa kulttuurien välinen ja eri kielillä tapahtuva kommunikaatio voi olla vaikeiden sairauksien, kuten syövän tai psykiatristen sairauksien kohdalla (Birkelund et al., 2024; Ohtani et al., 2015).

2.1.1 Potilaskeskeinen hoito ja kommunikaatio

Yleislääketieteen neljäs pohjoismainen ydinarvo ja periaate korostaa potilaskeskeistä hoitoa ja kommunikaatiota: ”Yhdistämme työssämme potilaskeskeisyyden, hyvän vuorovaikutuksen, potilaan toimintaympäristön tuntemuksen ja parhaan tieteellisen näytön.” (Nordic Federation of General Practice

(NFGP), 2020; Suomen yleislääkärit ry & Suomen yleislääketieteen yhdistys, 2020) Potilaskeskeinen hoito määritellään ydinarvoissa ja periaatteissa näin: ” Haluamme tuntea potilaamme ihmisinä, emme vain heidän sairauksiaan. Tämä on erikoisalamme perusolemus. Tunteaksemme potilaamme ihmisinä, asetumme hoitosuhteeseen kuuntelemalla ja osoittamalla kiinnostusta heidän elämänhistoriaansa, elämäntilannettaan, tarinoitaan, huoliaan, odotuksiaan, toiveitaan ja uskomuksiaan kohtaan. Tämä auttaa meitä ymmärtämään syvällisemmin oireilun ja sairastumisen syitä, jolloin voimme paremmin auttaa potilaitamme. Edistämme potilaidemme kykyä hyödyntää sekä yksilöllisiä että yhteisön voimavaroja. Kiinnitämme huomiota myös omaan jaksamiseemme turvataksemme hyvinvointimme ja toimintakykymme toisten auttajina.”

Pohjoismaiset yleislääketieteen arvot ja periaatteet kiteyttävät tutkimuksissa esitettyjä potilaskeskeisyyden erilaisia määritelmiä. Kommunikaatio, kumppanuus ja terveyden edistäminen ovat Constand ym. (2014) mukaan potilaskeskeisen hoidon kulmakiviä (Constand et al., 2014). Langberg kollegoineen (2019) puolestaan määrittelee laajan katsauksensa perusteella potilaskeskeisen hoidon kolmella keskeisellä tekijällä: potilaan sairauden ymmärtäminen tämän elämäntilanteessa, potilaan ja ammattilaisen välinen suhde sekä hoidon koordinointi terveydenhuoltojärjestelmässä (Langberg et al., 2019).

Burgersin ym. (2021) tekemän katsauksen mukaan potilaskeskeinen hoito on määritelty tutkimuksissa monilla eri tavoin, mikä saattaa hankaloittaa tulosten ja interventioiden vaikuttavuuden arviointia (Burgers et al., 2021). Se tarkoittaa jaettua päätöksentekoa potilaan kanssa ja kokonaisvaltaista lähestymistapaa potilaaseen yksittäisten sairauksien sijaan. Potilaskeskeinen hoito pitää sisällään potilaan tarpeiden kunnioittamisen, kommunikaation ja ohjauksen hyödyntämisen, hoidon koordinoinnin, henkisen tuen, perheen osallistamisen sekä hoidon jatkuvuuden ja saatavuuden. Potilaskeskeinen hoito on paitsi kokonaisvaltaista ja yksilöllistä, myös kunnioittavaa ja voimaannuttavaa. (Burgers et al., 2021)

Potilaskeskeisen hoidon toteutuminen on monimutkainen prosessi, joka ei tapahdu itsestään. Potilaan kokemus osallisuudesta vaikuttaa hänen tyytyväisyyteensä lääkärin vastaanottoon (S. C. Baker et al., 2021). Hyvä potilas-lääkärisuhde edistää potilaan sitoutumista oman sairautensa hoitoon (Titlestad et al., 2022). Kuulluksi tulemisen kokemus on tärkeää, jotta voi luottaa lääkärin ohjeisiin (S. C. Baker et al., 2021). Monikielisyys lisää merkittävästi vastaanottojen aikapaineita, riippumatta siitä, onko tulkki paikalla vai ei (Birkelund et al., 2024). Potilaan kohtaamisessa on kuitenkin pyrittävä tietoisesti vähentämään kiireen tuntua (S. C. Baker et al., 2021). Lisäksi potilaan kohtaaminen ei rajoitu vain fyysiseen tapaamiseen, vaan se voi myös sisältää kommunikaation puhelimitse, sähköpostitse tai muilla etäviestintävälineillä.

Potilaskeskeistä hoitoa estäviä ja ehkäiseviä tekijöitä on hyvä tunnistaa myös terveydenhuoltojärjestelmään ja toimintaympäristöön liittyen (Kwame & Petrucka, 2021). Dellenborg ym. (2016) toteavat potilaskeskeisen hoidon toteutumisen edellyttävän lisäksi, että organisaatiotasolla johtajat ymmärtävät syvällisesti yhdessä oppimisen ja tiimityön merkityksen (Dellenborg et al., 2019). Kaksikielisessä toimintaympäristössä kielen ja kulttuurin ymmärrys sekä potilaiden että ammattilaisten näkökulmasta on olennainen osa potilaskeskeistä hoitoa.

Tulkin käyttö vastaanotolla saattaa vaikuttaa heikentävästi potilaskeskeisyyteen, erityisesti mikäli aktiiviseen dialogiin ja tunteiden tunnistamiseen ei kiinnitetä huomiota (Roter et al., 2020). Potilaat suosivatkin usein epävirallista tulkkia - kuten perheenjäseniä, sukulaisia tai ystäviä - ammattitulkkien sijaan, mikäli yhteistä kieltä lääkärin kanssa ei ole. Tutkimustulokset epävirallisten tulkkien käytöstä ovat kuitenkin vaihtelevia (B. Schouten, 2017). Ruotsissa tehdyssä laadullisessa tutkimuksessa havaittiin, että lapsipotilaiden vanhemmat halusivat puhua itse eivätkä käyttää ammattitulkkia. He valitsivat mieluummin tulkiksi ystävän tai terveydenhuollon ammattilaisen (Patriksson, Nilsson, et al., 2019).

Krystallidou ym. (2021) suosittelevat katsauksessaan tulkkien käytön lisäksi digitaalisten välineiden hyödyntämistä (Krystallidou et al., 2021). Monipuolinen eri vaihtoehtojen käyttö tukee potilaskeskeistä hoitoa (Krystallidou et al., 2021). Brindley ym. (2014) toteavat, että ”Kyky kommunikoida muutama lause kääntäjää käyttäen ja näin osoitettu vaivannäkö voi vahvistaa terapeuttista suhdetta potilaan kanssa. Vaikka täydellinen kaksikielisyys vaatii pitkäkestoista harjoittelua, monilla meistä on alkeellinen kielitaito, jota voidaan täydentää” (Brindley et al., 2014).

2.1.2 Kommunikaation mukauttamisteoria

Kommunikaation mukauttamisteoria (Communication Accommodation Theory = CAT) kuvaa kielen käytön mukauttamista erilaisissa kommunikaatiotilanteissa (Rothermich et al., 2023). Teorian mukaan kieltä ja kommunikaatiota mukautetaan kuulijan tai tilanteen mukaan joko lähentymällä (konvergenssi) tai etäännyttämällä (divergenssi). CAT-teoria soveltuu ihmisten välisen kommunikaation tutkimiseen kielellisestä, sosiaalisesta ja psykologisesta näkökulmasta (Liao et al., 2023). Sitä voidaan soveltaa terveydenhuollossa monikulttuurisen kommunikaation tutkimuksessa ja interventioiden suunnittelussa (Meuter et al., 2015; Watson et al., 2016).

CAT-teorian mukaan osallistujat arvioivat kommunikaatiotilanteen omasta näkökulmastaan. Esimerkiksi tilanteissa, joissa voi altistua henkilökohtaisen riskin ottamiseen tai jopa häpeän tunteeseen (W. E. Bynum et al., 2019), arvioon vaikuttaa oma rooli ja identiteetti sekä ryhmään kuulumisen tunne ja sosiaalinen konteksti (Barlow et al., 2023, 2024). Watson ym. (2016) mukaan kommunikaatiossa ei ole

kyse pelkästään kielestä tai kommunikaatiotaidoista, vaan sekä kontekstista että sosiaalisen ja ammatillisen identiteetin vaikutuksista kommunikaation mukauttamisen strategioihin (Watson et al., 2016).

Taulukossa 1. on koottuna CAT-teorian mukaisia erilaista strategioita mukauttaa kommunikaatiotaan (Farzadnia & Giles, 2015; Watson et al., 2016).

Taulukko 1. CAT-teorian mukaisia strategioita kommunikaation mukauttamiseen

STRATEGIA	MÄÄRITELMÄ
Lähentäminen ja etäännyttäminen	Puheen ja käyttäytymisen mukauttaminen toistensa kaltaiseksi tai erilaiseksi riippuen tilanteesta
Tulkittavuus	Selkeä ja vastaanottajalle ymmärrettävä kommunikaatio
Ihmissuhteiden hallinta	Kommunikaation valtasuhteet ja kontrolli
Keskustelun hallinta	Keskustelun sujuvuus, aiheiden vuorottelu ja hallinta
Tunneilmaisu	Tunteiden ilmaisu ja vaikutus kommunikaatioon

Lääkärin kommunikaation mukauttaminen potilaan mukaan on keskeistä potilas-lääkärisuhteen sekä potilas-keskeisen hoidon kannalta (Liao et al., 2023). Mikäli lääkäri käyttää liian monimutkaista lääketieteellistä terminologiaa, eikä mukauta viestintäänsä potilaan tarpeiden mukaan, voi seurata väärinymmärryksiä ja hoitosuhteen heikentymistä. Tutkimukset osoittavat, että kommunikaation mukauttamisella on positiivinen vaikutus potilaan halukkuuteen muuttaa terveyskäyttäytymistään (Liao et al., 2023). Potilaan rooli on olennaisen tärkeä ja Watson ym. (2016) laajentaisivatkin CAT-teorian koskemaan myös potilaita (Watson et al., 2016).

Toisen kielen puhujat yleensä suhtautuvat positiivisesti siihen, että äidinkielellä puhuja mukauttaa kieltä ja esimerkiksi hidastaa tai puhuu selkeämmin (Bobb et al., 2019) Joskus vieraan kielen mukauttaminen voi kuitenkin mennä liialliseksi tai olla liian vähäistä, mikä voi tuntua epäkohteliaalta tai epäkunnioittavalta, ja aiheuttaa epävarmuutta tai jopa kommunikaation välttämistä (Rothermich et al., 2023).

Mitä enemmän itse käyttää jotain toista kieltä, sitä parempi ymmärrys on vieraan kielen puhujaa kohtaan (Rothermich et al., 2023). Haluun puhua vieraalla kielellä vaikuttaa kommunikaatioahdistus ja oma käsitys kielen käytön osaamisesta (S. C. Baker et al., 2021). Jos ahdistus on korkea ja käsitys omasta osaamisesta on matala, puhumattomuuden todennäköisyys on suurempi (S. C. Baker et al., 2021).

Kansalliskielistrategiassa (2012) pohditaan kaksikielisyyttä Suomessa. Suomenkielinen ei aina käytä tilaisuutta hyödykseen ja käytä ruotsin kieltä, vaikka tilaisuus siihen tarjoutuisi. Henkilöt miettivät, ettei oma kielitaito ole riittävä. Kansalliskielistrategiassa tuodaan toisaalta esiin, että suomenkielisen henkilön positiivinen asenne omaan kielitaitoonsa edesauttaa ruotsin kielen käyttöä ja samalla vähentää ruotsinkielisen henkilön tunnetta siitä, että tämän äidinkieli ei olisi arvostettu tai hyväksytty. (Valtioneuvoston kanslia, 2012, s. 28–30)

2.2 Kaksikielisyys terveydenhuollossa

Suomen perustuslain mukaan Suomi on kaksikielinen maa, jossa on kaksi virallista kieltä: suomi ja ruotsi (Suomen Perustuslaki 731/1999, 1999; Valtioneuvoston kanslia, 2012). Länsirannikko ja pääkaupunkiseutu ovat Suomen kaksikielisimmät alueet. Kaksikielisyyden määritelmän mukaan kaupunki tai kunta on kaksikielinen, jos toisen kansalliskielen, eli vähemmistökielen, osuus on vähintään 8 % tai siellä asuu vähintään 3000 henkilöä (Kielilaki 423/2003, 2003). Kielilain (423/2003) mukaan jokaisella Suomen kansalaisella on oikeus saada terveydenhuollon palveluita omalla äidinkielellään suomeksi tai ruotsiksi ilman tulkkia (Kielilaki 423/2003, 2003). Myös laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) määrää, että terveydenhuollon palvelut on tarjottava molemmilla kansalliskielillä kaksikielisissä kaupungeissa ja kunnissa (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, 2021).

Ottawan yliopiston kaksikielisyysinstituutin (Official Languages and Bilingual Institute) mukaan maailmassa on 55 maata, joilla on kaksi tai useampia virallisia kieliä (University of Ottawa. Official Languages and Bilingualism Institute (OLBI), 2024c). Ottawan kaksikielisyysinstituutin verkkosivuilla kuvaillaan eri maiden, mukaan lukien Suomen, asemaa kaksikielisyyden näkökulmasta (University of Ottawa. Official Languages and Bilingualism Institute (OLBI), 2024b). Kansainvälisesti katsottuna ruotsin kielen asema Suomen kansalliskielenä on poikkeuksellinen, sillä ruotsinkielisten osuus maassamme on vain 5,5 % ja ainoastaan Pohjanmaalla ruotsi on osassa kunnista enemmistökieli. Suomen malli on kuitenkin ollut kansainvälisen kiinnostuksen kohteena (University of Ottawa. Official Languages and Bilingualism Institute (OLBI), 2024a).

Euroopan unionissa (EU) on 24 virallista kieltä ja yli 60 alue- tai vähemmistökieltä. Monikielisyys nähdään keinona edistää työllisyyttä, sosiaalista osallisuutta ja kulttuurienvälistä vuoropuhelua (European Commission, 2023, 2024). EU painottaakin kilpailukyvyn, liikkuvuuden ja kulttuurien välisen ymmärryksen edistämistä. Tavoitteena on, että jokainen EU-kansalainen oppii äidinkielen lisäksi kaksi vierasta kieltä. (*Faktatietoja Euroopan Unionista*, 2025).

Euroopassa terveydenhuollon palveluissa kaksi- ja monikielisyyden toteutuminen vaihtelee eri maiden välillä (*European Charter for Regional or Minority Languages*, 2025). Esimerkiksi Espanjassa katalaanin ja baskin kielten käyttö terveyspalveluissa pohjautuu alueellisiin säädöksiin ja kielten viralliseen asemaan. Terveydenhuollon henkilöstön kielitaitoa on pyritty tukemaan alueellisilla kielikoulutuksilla (Committee of Experts of the European Charter for Regional or Minority Languages, 2024a). Iso-Britanniassa Walesin alueella puolestaan kymrin kieli (engl. welsh) on keskeisessä asemassa palveluiden järjestämisessä (Committee of Experts of the European Charter for Regional or Minority Languages, 2024b). Panostuksista huolimatta suuri osa terveydenhuollon ammattilaisista ei hallitse kymrin kieltä, mikä on arvioitu haasteelliseksi erityisesti vanhustenhuollossa ja mielenterveyspalveluissa (Committee of Experts of the European Charter for Regional or Minority Languages, 2024b). Belgiassa viralliset kielet – hollanti, ranska ja saksa – jakautuvat alueiden mukaan, ja potilaalla on oikeus saada hoitoa omalla alueellisella kielellään. Vaikka osassa Euroopan maista laki turvaa oikeuden saada palvelua omalla kielellä, tutkimustietoa kaksikielisyyden käytännön toteutumisesta terveydenhuollossa on saatavilla varsin rajoitetusti. Lisäksi monia julkaisuja on saatavilla vain muilla kuin englannin kielellä, mikä vaikeuttaa laajempaa vertailua.

Kaksikielisessä ja monikielisessä terveydenhuollossa kielenkäyttö on monimutkainen ilmiö (Irvine et al., 2006). Kaksikielisyyttä on haasteellista mitata moniulotteisen ja latentin luonteensa vuoksi (Kremin & Byers-Heinlein, 2021). Tutkimuksissa onkin esitetty, että kaksikielisyys tulisi nähdä jatkumona, jossa kielenkäyttö ja osaaminen vaihtelevat, sen sijaan että sitä pidettäisiin erillisenä kategoriana, kuten määritelmät yksikielinen tai kaksikielinen (Kremin & Byers-Heinlein, 2021). Kaksikielisyyden jatkumoa voidaan tarkastella useiden tekijöiden näkökulmasta: 1) kielitaito subjektiivisesti tai objektiivisesti arvioituna 2) kielihistoria eli kuinka vanhana on aloittanut käyttämään toista kieltä kotona tai koulussa 3) kuinka paljon kieltä käyttää kotona, opinnoissa tai töissä 4) kielen käytön muuttuminen elämän aikana 5) millaisissa konteksteissa toista kieltä käyttää tai on käyttänyt (Surrain & Luk, 2019). Kaksikielisyys on toisin sanoen paljon muutakin kuin pelkkä kielikysymys. Siihen liittyy keskeisesti myös konteksti, kulttuuri ja identiteetti.

Walesissa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että sekä yksilölliset tekijät, kuten potilaille tarjottava kielivalinnan mahdollisuus, että organisatoriset tekijät, kuten palveluinfrastruktuuri, ovat oleellisia asianmukaisen kielenkäytön edistämiseksi kaksikielisissä organisaatioissa (Irvine et al., 2006). Tutkimuksessa korostui myös kielikoulutuksen tarjoamisen tärkeys (Irvine et al., 2006). Kaksikielisyyteen liittyvissä tutkimuksissa ja raporteissa on tärkeää tuoda esiin, miten yhteisössä edistetään monikielisyyttä poliittisin tai sosiaalisin keinoin (Surrain & Luk, 2019).

Tutkimuksissa on havaittu, että potilas-lääkärisuhde sekä terapeuttinen hoitosuhde vahvistuvat, kun lääkäri käyttää potilaan kieltä ja pystyy selittämään lääketieteelliset termit ja käsitteet potilaalle tutulla kielellä (Aelbrecht et al., 2018; Hadden et al., 2018; Ortega & Prada, 2020). Potilaat pitävät usein tärkeänä, että he voivat itse keskustella oireistaan ja hoidostaan lääkärin kanssa omalla kielellään (Patriksson, Wigert, et al., 2019).

Kaksikielinen lääkäri pohtii useita eri tekijöitä – tiedostaen tai tiedostamattaan – harkitessaan käyttääkö omaa kielitaitoaan vai pyytääkö tulkkia vastaanotolle avuksi. Näitä tekijöitä ovat oma ja potilaan kielitaito, kustannukset, mukavuus, kliininen riski ja kohtaamisen monimutkaisuus tai ajan puute (Andres et al., 2013; Granhagen Jungner et al., 2021). Tulkin käyttö ei kuitenkaan usein ole vaihtoehto ruotsinkielisille potilaille kaksikielisissä Suomen kaupungeissa, vaikka sen hyötyjä on osoitettu muissa kielissä ja maissa (Karliner, 2017). Vieraan kielen käyttämisen kynnys ilman tulkkia on matalampi, jos kieltä on käyttänyt lapsuudessa tai nuoruudessa (Diamond et al., 2012).

Kaksikielinen ammattilainen saattaa myös tulkita tai ymmärtää potilaan asian väärin, vaikka hän osaisi kieltä (Wilson, 2013). Kulttuurien erilaisuuden huomioiminen korostuu erityisesti hoitosuunnitelmiin ja lääkitykseen liittyvissä kysymyksissä, joissa kielimuurit voivat heikentää kommunikaatiota (Harmsen et al., 2005, 2008). Lääkärin tulisi olla tietoinen omasta kielitaidostaan ja pyytää tarvittaessa apua tulkilta, jotta kielimuurit tai kieleen liittyvät väärinkäsitykset eivät vaaranna kommunikaatiota vastaanotolla (Ferguson & Candib, 2002; S. Li et al., 2010; C. Roberts et al., 2005). On hyvä huomata myös, että Suomessa ja Ruotsissa käytetyt ruotsinkieliset lääketieteen termit voivat erota toisistaan (Af Hällström-Reijonen et al., 2020).

Kaksikielisillä alueilla terveydenhuollon organisaatioissa ajatellaan usein, että erityisesti Suomessa koulutetut nuoret lääkärit oppivat käyttämään molempia kotimaisia kieliä puhumalla potilaiden kanssa vastaanotolla. Kaksikielisyys voi kuitenkin olla lääkärille vaativaa ja jopa vaikuttaa työhyvinvointiin ja työpaikkaan sitoutumiseen (Drolet et al., 2014). Uupumisen riski voi olla todellista erikoistuvilla lääkäreillä kaksikielisissä terveydenhuollon toimintaympäristöissä (Afzal et al., 2010). Tästä syystä on tärkeää tukea lääkärien työtä ja vähentää epävarmuutta käyttää toista kotimaista kieltä, joka ei ole heidän äidinkielensä. Osallistuminen yhteisön arkeen on keskeistä kielenoppimisen kannalta (Norton & Toohey, 2011). Uudet tulijat on otettava mukaan normaaliin toimintaan, jossa he näkevät ja kuulevat, miten kieltä käytetään (Norton & Toohey, 2011).

Suomessa työpaikan kaukaisen sijainnin lääketieteellisestä tiedekunnasta ja kaksikielisyyden on ajateltu olevan suurimpia haasteita rekrytoida lääkäreitä (Tallroth, 2012). Näiden on havaittu vaikuttavan lääkäripulaan myös kaksikielisessä Kanadassa (Gauthier et al., 2012; Timony et al., 2013). Norton ja Tooheyn (2011)

mukaan oppimiseen ja sitoutumiseen vaikuttavat tavoiteltu identiteetti ja yhteisö, jossa lääkäri ajattelee tulevaisuudessa toimivansa (Norton & Toohey, 2011). Tämän vuoksi kaksikielisen työympäristön ja kulttuurin vaikutusta on pohdittava laajemmin kuin pelkästään rekrytoinnin näkökulmasta.

Lääketieteellinen koulutus ympäristössä, jossa käytetty kieli ei ole valtaväestön kieli, tuo mukanaan ainutlaatuisia mahdollisuuksia oppia kommunikaatiota eri kulttuurien välillä (Lyon et al., 2019). Kielikoulutuksen suunnittelussa kontekstin ja kulttuurin ymmärtäminen on olennaista (Norton & Toohey, 2011). Systeeminen lähestymistapa voi tukea koulutusinterventioiden rakentamista kulttuuritekijät huomioiden (S. Li et al., 2023). Li ym. (2023) muodostivat katsauksessaan mallin kuvaamaan kulttuurista osaamista (engl. cultural competence). Tämän osa-alueita ovat 1) tietoisuuden lisääminen 2) suhteiden muodostaminen yksilöiden, eri ammattien ja organisaatioiden välillä 3) aidon kulttuurin huomioivan hoidon toteuttaminen (S. Li et al., 2023).

Jos ajattelee kielen oppimisen olevan investointi oman sosiaalisen identiteetin kannalta, vahvistaa se tutkimusten mukaan sitoutumista monikieliseen ympäristöön ja kielen oppimiseen (Norton & Toohey, 2011). Kielikoulutuksen tavoitteiden tulee tukea tätä sosiaaliseen identiteettiin investoimisen mahdollisuutta (Norton & Toohey, 2011).

Diamond ja Jacobs (2010) esittävät suosituksia kielestä aiheutuvien esteiden hallintaan ja kohdennettuihin interventioihin: 1) Mitä kieliesteet ovat ja miten niitä voidaan ylittää 2) tulkkien kanssa työskentely 3) miten oman rajoittuneen kielitaidon kanssa tulee toimia turvallisesti (Diamond & Jacobs, 2010). Arkielämän tilanteissa saavutettu sujuva puhetaito ei välttämättä siirry sellaisenaan muihin kielen osataitoihin, kuten kirjoittamiseen, vaan automatisoitumisprosessi voi jäädä puutteelliseksi (Hilden et al., 2022). Terveydenhuollossa hoidon jatkuvuutta ja tiedonkulkua varmistetaan potilaskertomuksen avulla (Sosiaali- Ja Terveysministeriön Asetus Potilasasiakirjoista 298/2009, 2009). Potilaan kanssa viestiminen tapahtuu usein kirjallisin keinoin. Sen vuoksi myös vieraan kielen kirjallisiin taitoihin ja niiden vahvistamiseen tulisi kaksikielisessä toimintaympäristössä kiinnittää huomiota.

2.3 Psykologinen turvallisuus kaksikielisessä ympäristössä

Psykologisesti turvallisessa työympäristössä ammatillinen ja sosiaalinen identiteetti pääsee muotoutumaan. Ammatillisen identiteetin muodostuminen on prosessi, joka tapahtuu sekä yksilöllisellä että kollektiivisella tasolla sosiaalistumisen kautta rooleihin ja osallisuuteen työyhteisön tehtäviin (R. L. Cruess et al., 2014, 2015; Jarvis-Selinger et al., 2012). Prosessin aikana ja tuloksena lääkäri kehittyy

”ajattelemaan, toimimaan ja tuntemaan kuten lääkäri.” (Thinking, acting, and feeling like a physician) (R. L. Cruess et al., 2014; S. R. Cruess et al., 2019). Sosiaalisen identiteetin terveydenhuollossa ajatellaan muodostuvan ammatista, uran vaiheesta ja työpaikasta (Barlow et al., 2024).

Kaksikielisessä ja monikulttuurisessa toimintaympäristössä sosiaalisen näkökulman ja kulttuurin vaikutuksen huomioiminen ammatillisen identiteetin muotoutumisessa on olennaista (Helmich et al., 2017; Mount et al., 2022). Tutkimuksissa on todettu, että kieleen liittyvät haasteet voivat merkittävästi vaikuttaa ammatilliseen identiteettiin sekä lääkärin kokemukseen omasta osaamisestaan ja tehokkuudestaan (Skjeggestad et al., 2017). Kielen hallinta voi luoda myös valta-asetelmia organisaatioissa ja vaikuttaa ryhmäidentiteettiin ja -dynamiikkaan (Tienari, 2019). Tämä voi johtaa epätasa-arvoon ja heikentää psykologista turvallisuutta niiden keskuudessa, joilla ei ole samaa kielitaitoa.

Kielellinen ja kulttuurinen monimuotoisuus lisäävät vuorovaikutuksen kompleksisuutta, mikä korostaa osallistujien psykologisen turvallisuuden tunteen merkitystä vuorovaikutuksessa. Kulttuurisen osaamisen (engl. cultural competence) vahvistaminen vaatii psykologisen turvallisuuden ilmapiirin (Kumagai & Lypson, 2009). Harvardin yliopiston professori Amy Edmondsonin (1999) mukaan psykologinen turvallisuus määritellään ryhmän yhteiseksi uskomukseksi siitä, että siinä on turvallista ottaa henkilökohtaisia riskejä eli esimerkiksi pyytää apua tai myöntää virheitä (A. Edmondson, 1999). Psykologisesti turvallisessa ympäristössä yksilöt voivat olla vuorovaikutuksessa omana itsenään, ilmaista epävarmuuttaan ja haavoittuvuuttaan ilman pelkoa häpeästä, syyttelystä tai huomiotta jättämisestä (McClintock & Fainstad, 2022).

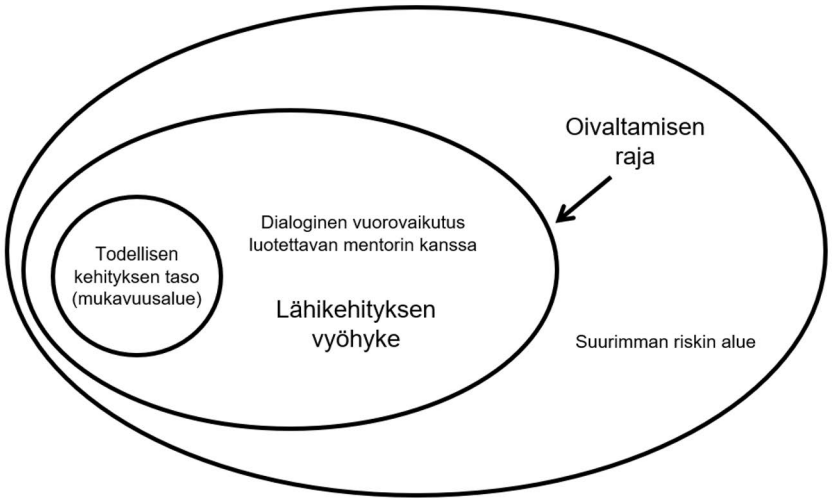
Psykologinen turvallisuus vaikuttaa kommunikaatioon ja tiedonkulkuun terveydenhuollon tiimeissä, yksiköiden välillä ja myös organisaatioiden välillä (Appelbaum et al., 2016). Lisääntynyt luottamus ammattilaisten välillä parantaa yhteistyötä ja potilasturvallisuutta (Appelbaum et al., 2016). Psykologista turvallisuutta edistävät organisaation, johtajien ja kollegoiden tuki ja tuttuus (O’Donovan & McAuliffe, 2020) sekä jatkuvuus tiimissä ja hyvät vuorovaikutussuhteet (McClintock & Fainstad, 2022). Kokemus psykologisesti turvallisesta työympäristöstä ja oppimisympäristöstä vaikuttaa työpaikkaan sitoutumiseen (McClintock & Fainstad, 2022).

Kielelliset haasteet voivat kuitenkin vaikuttaa heikentävästi psykologiseen turvallisuuteen. Kielimuurit saattavat johtaa väärinkäsityksiin, ulkopuolisuuden tunteisiin tai vähentyneeseen osallistumiseen. Työyhteisön jäsenet, jotka hallitsevat heikommin vallitsevan kielen, saattavat kokea itsensä ulkopuolisiksi, mikä vaikuttaa heidän halukkuuteensa osallistua ja jakaa ideoitaan työyhteisössä (Skjeggestad et al., 2017). Esteitä psykologiselle turvallisuudelle ovat myös kollegoiden välinen kilpailu ja tiimin ulkopuolelle jääminen, jotka voivat heikentää yhteistyötä (McClintock &

Fainstad, 2022). Sosiaalinen ryhmäytyminen voi kaksi- tai monikielisessä työympäristössä vaikuttaa psykologiseen turvallisuuteen. Työntekijät saattavat muodostaa alaryhmiä kielellisen tai kulttuurisen taustan perusteella (Harris et al., 2024). Kieltä heikommin osaavan ammattilaisen toimintaa saatetaan tarkkailla enemmän tai jopa kohdella epäoikeudenmukaisesti (Harris et al., 2024; Skjeggestad et al., 2017).

Lääketieteen koulutuksessa psykologista turvallisuuden merkitystä tarkastellaan oppimisen ja oppimisympäristön näkökulmasta (Torralba et al., 2016). Yhdessä oppiminen edellyttää, että jaamme tietoa, pyydämme apua, puhumme virheistä ja saamme palautetta (A. Edmondson, 1999; Johnson et al., 2020). Tiimin psykologinen turvallisuus vaikuttaa positiivisesti oppimiseen ja sitä kautta tiimin suorituskykyyn (Caverzagie et al., 2019; A. Edmondson, 1999). Hyvä oppimisilmapiiri edistää potilasturvallisuutta (Silkens et al., 2018). Heikko psykologinen turvallisuus oppimisympäristössä sen sijaan voi aiheuttaa häpeän tunteita (W. E. Bynum et al., 2019, 2021; W. E. Bynum & Haque, 2016) ja kokemus kasvojen menettämisen riskistä voi muuttaa käyttäytymistämme oppimista vähentäväksi (McClintock & Fainstad, 2022). Psykologista turvallisuutta vahvistavat tukea antavat suhteet kollegoihin ja mentoreihin (Tsuei et al., 2019) sekä osallistava johtaminen (O'Donovan et al., 2021; Torralba et al., 2020).

Kumagain (2022) laatimassa kuvassa 1. havainnollistuu riskin ottamisen alue oppimisen kannalta ja se, kuinka dialogi mentorin kanssa voi tukea oppimista (Kumagai, 2022).



Kuva 1. Mukavuusalueelta poistuminen edesauttaa oppimista, kun sen voi tehdä turvallisesti esimerkiksi yhdessä mentorin kanssa. Kuva lainattu ja suomennettu, lupa uudelleen julkaisuun saatu 21.2.2025. (Kumagai, 2022).

2.4 Oppimisen teoriat

2.4.1 Käytäntöyhteisöteoria

Käytäntöyhteisöteoria (Community of Practice = CoP) on käytännönläheinen oppimisen teoria, joka ottaa huomioon sekä yksilön että yhteisön näkökulman. CoP-teorian mukaan sosiaaliset prosessit ja vuorovaikutus luovat yhteisöön kuulumista ja ammatillisen identiteetin kasvua.

Käytäntöyhteisöteoria on sosio-kulttuurinen oppimisen teoria, jonka Lawe ja Wenger kuvasivat ensimmäisen kerran vuonna 1991 (Lave & Wenger, 1991). Sen osa-alueet ovat työssä oppiminen, yhteisöön kuuluminen, merkitykselliset oppimiskokemukset ja identiteetin muodostuminen (R. L. Cruess et al., 2018; Lave & Wenger, 1991; McGrath et al., 2020; Wenger, 1998). Lave ja Wenger kuvasivat, miten oppiminen tapahtuu prosessissa, jossa noviisi tulee yhteisön jäseneksi. Oppija siirtyy yhteisön reunalta kohti täyttä jäsenyyttä ja saa näin sosiaalisesti vastuullisen aseman yhteisön jäsenenä (Buckley et al., 2019). Nykyään ajatellaan, että käytäntöyhteisö ei ole sidottu tiettyyn tilaan tai paikkaan, vaan olennaista on yhteisön yhteiset kiinnostuksen kohteet ja tavoitteet (L. C. Li et al., 2009).

Käytäntöyhteisöteoriaa on alkuvaiheissa sovellettu oppimisen tutkimiseen ja myöhemmin enemmän kliinisen käytännön parantamiseen sekä näyttöön perustuvien käytäntöjen implementaatioon (Hindi et al., 2022; O'Brien & Battista, 2020; Ranmuthugala et al., 2011). Teoriaa on sovellettu sosiaalisen oppimisen prosessien ymmärtämiseen tietyssä kontekstissa sekä interventioiden suunnitteluun ja/tai arviointiin (O'Brien & Battista, 2020). Lisäksi käytäntöyhteisöteoriaa on hyödynnetty yhteistyön ja identiteetin vahvistamiseen liittyvissä koulutuksen tutkimuksissa (B. Mukhalalati et al., 2022).

Käytäntöyhteisöteoria on lääketieteen koulutuksen alalla otettu käyttöön myös oppimisympäristöjen suunnittelussa (Buckley et al., 2019). Lääketieteellisen tiedekunnan kehittämiseen tai osaamisen arviointimenetelmien laadun parantamisen tutkimukseen käytäntöyhteisöteoria soveltuu lähtökohdaksi (de Carvalho-Filho et al., 2019; Saad et al., 2021). Käytäntöyhteisöteoriaa on sovellettu 2000-luvulla myös organisaation johtamisen tukena (L. C. Li et al., 2009).

Terry ym. (2020) tekemässä systemaattisessa katsauksessa tarkasteltiin käytäntöyhteisöjen merkitystä hoitotieteen opiskelijoiden ja vastavalmistuneiden kohderyhmässä (Terry et al., 2020). Kun oppimisympäristö on turvallinen, voi testata ja kokeilla uusia oppimistapoja yhdessä kokeneiden ammattilaisten kanssa (Terry et al., 2020). Esteitä käytäntöyhteisöön liittymiseen voivat olla ulkopuolisuuden kokemus, ehdotusten mitätöinti tai turhautuminen kokemattoman rooliin työyhteisössä, jossa ei saa riittävää tukea tai ohjeistusta (Terry et al., 2020). Cruess ym. (2018) puolestaan tuovat esiin, että linjakkaan koulutuksen avulla

voidaan tukea oppijoita ja heidän siirtymistään käytäntöyhteisöön (R. L. Cruess et al., 2018).

2.4.2 Kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria

Kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria (engl. Cultural Historical Activity Theory = CHAT) on sosio-kulttuurisen ja sosio-materiaalisen näkökulman huomioon ottava oppimisen teoria (Qureshi, 2021). Sillä on perusta Vygotskyn ja Leontjevin teorioissa, ja sitä on edelleen kehittänyt Helsingin yliopiston professori Yrjö Engeström tutkimusryhmineen (Cong-Lem, 2022; Engeström & Virkkunen, 2023). CHAT-teorian avulla voidaan tutkia kompleksisia toimintajärjestelmiä ja niiden sisäisiä vuorovaikutuksia (Engeström & Pyörälä, 2021; Larsen et al., 2019). Teorian sosio-materiaalinen näkökulma huomioi, että esimerkiksi lääkärin työssä tarvitaan materiaaleja, kuten työtila, työvälineet, kirjaaminen, ohjeistuksia, lakeja (Qureshi, 2021).

CHAT-teorian mukainen toimintajärjestelmä voi olla yksittäinen vuorovaikutuksellinen ilmiö tai tekijä, esimerkiksi oppijan rooli opiskelijana tai oppijan rooli potilastyötä tekevänä terveydenhuollon ammattilaisena (Larsen et al., 2019). Toimintajärjestelmänä voi olla myös jokin terveydenhuollon yksikkö tai esimerkiksi osaamisen arvioinnin systeemi kuten objektiivinen strukturoitu kliinisen osaamisen mittari (The Objective Structured Clinical Examination = OSCE) (Wong et al., 2023). Historia ja kulttuuri muokkaavat näiden toimintajärjestelmien työtä ja vuorovaikutuksia (Morris et al., 2021).

Teoriaa soveltamalla pyritään ymmärtämään, mitä erilaiset ristiriidat toimintajärjestelmän sisällä ja välillä ovat sekä millaisia niiden vaikutukset ovat (Cong-Lem, 2022). Ristiriidat toimintajärjestelmän tekijöiden välillä johtavat muutokseen ja osaamisen laajentumiseen (Engeström, 2015; Qureshi, 2021). Toisaalta liian suuret konfliktit voivat tulla esteiksi ja ehkäistä toivottua oppimista (Qureshi, 2021).

CHAT-teoria soveltuu kompleksisuuden kuvaamiseen, käytännön jännitteiden tunnistamiseen sekä käytännönläheisten oppimismenetelmien kehittämiseen (Qureshi, 2021). Kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria tuo esiin jännitteitä kompleksisten toimintaympäristöjen tutkimuksessa. Teoria voi tukea koulutuksen innovaatioiden edistävien ja estävien tekijöiden analyysiä. Sitä voidaan käyttää laaja-alaisesti eri tasoilla, esimerkiksi pyrittäessä syventämään ymmärrystä ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta tai organisaatiotason ilmiöistä. (Larsen et al., 2019)

CHAT-teoriaa on sovellettu esimerkiksi tutkimuksessa siihen, miten osaamistavoitteita hyödynnetään työssä oppimisen kontekstissa (Larsen et al., 2017) tai miten osaamisen arvioinnissa sosiokulttuuriset tekijät vaikuttavat ohjaajan tai opettajan tekemään kliiniseen arvioon (Wong et al., 2023) tai miten lääketieteen

opiskelijoiden hajautettu opetus voi hyödyttää sekä opiskelijoita että palvelujärjestelmän työyhteisöä (Hu et al., 2022).

2.5 Oppimismenetelmät

2.5.1 Mentorointi

Mentoroinnilla tarkoitetaan luottamuksellista ja vapaaehtoista mentoroitavan ja mentorin suhdetta ja toimintaa, jonka tarkoituksena on tukea henkilökohtaista ja ammatillista kehittymistä (Launer, 2019). Mentorointia lähellä olevia käsitteitä ovat esimerkiksi ohjaus (engl. supervision) (Kilminster et al., 2007), tuutorointi (engl. tutoring) ja valmennus (engl. coaching) (Erlich, 2020; Parsons et al., 2021; Sawatsky et al., 2020), ja osaksi niitä käytetään rinnakkain ja päällekkäin (Lovell, 2018, 2019; Woods et al., 2010). Myös roolimalli-oppiminen (engl. role-modeling) (Passi et al., 2013) ja verkostoituminen (engl. networking) voivat tavoitella samantapaisia asioita kuin mentorointi. Mentorointiin liittyvää tutkimusta on tehty pääosin Pohjois-Amerikassa (Sng et al., 2017).

Mentoroinnin ja valmennuksen on esitetty kontekstisidonnaisuutensa vuoksi olevan saman kolikon eri puolia (Stokes et al., 2020). Lovellin (2018) mukaan vahvin näyttö valmennuksesta on teknisten taitojen opetuksessa (Lovell, 2018) Valmennus suuntaa usein prosessimaiseen ajatteluun (Stokes et al., 2020), jossa palautteen antaminen ja saaminen on olennainen osa prosessia (Roze des Ordons et al., 2019).

Myös ohjauksessa ja mentoroinnissa on paljon samankaltaisuuksia. Ohjauksen luottamuksellisuus tulee esiin oppimiskokemuksissa, asenteissa ja roolien kokemuksessa (Gin et al., 2021). Ohjaus on kontekstisidonnaista (Kilminster et al., 2007) kuten mentorointikin (Ssemata et al., 2017). Rakentavan palautteen merkitys on myös ohjauksessa olennaista (Kilminster et al., 2007). Ohjauksessa tapahtuvassa työssäoppimisessa ohjattavan oma aktiivisuus oman oppimisensa suhteen on tärkeää (Wiese et al., 2018). Ohjauksen tulisi olla suunniteltua ja sisältää aikataulutettuja tapaamisia (Kilminster et al., 2007).

Viime vuosina on kirjallisuudessa puhuttu erikseen kliinisestä ohjauksesta (engl. clinical supervision) ja koulutuksellisesta ohjauksesta (engl. educational supervision) (P. Patel, 2016). Suomessa erikoislääkärikoulutuksen muutos osaamisperustaiseksi on tuonut esiin koulutuksellisen ohjauksen merkityksen kliinisen ohjauksen rinnalla. Sekä ohjaaja että erikoistuva voivat systemaattisemmin ottaa huomioon erikoistumiskoulutuksen tavoitteet ja oppimisen tasot (Niemi-Murola, 2017), ja hyödyntää kansallisesti sovittuja työkaluja osaamisen kehittymisen seurannassa ja arvioinnissa (Niemi-Murola & Martikainen, 2019). Ohjaus tapahtuu käytännön tilanteissa, kliinisen toiminnan havainnoinnissa ja

dialogisissa keskusteluissa (Wiese et al., 2018). Ohjaaja on yleensä saman erikoisalan lääkäri, joka tekee työtä samassa tai läheisessä toimintaympäristössä.

Understanding Medical Education-kirjassa Launer (2019) pitää ohjausta yläkäsitteenä, ja mentorointia yhtenä ohjauksen muotona (Launer, 2019). Hollannissa tehdyssä tutkimuksessa yleislääketieteen ohjaajat kuvasivat rooliaan ammatillisen identiteetin muodostumisessa, ja pitivät mentorointia yhtenä keinona saavuttaa toivottuja tavoitteita luottamuksellisessa suhteessa (Barnhoorn et al., 2023). Toh ym. (2022) taas tuovat ohjauksen, roolimalli-oppimisen ja valmentamisen yhteen kokonaisvaltaisen mentorointi-sateenvarjokonseptin alle (Toh et al., 2022). Tärkeää kaikissa mentorointi-sateenvarjon alla olevissa lähestymistavoissa on ammatillisen kasvun tukeminen (Toh et al., 2022).

Useissa mentorointia koskevissa tutkimuksissa korostuu organisaation kulttuurin ja rakenteiden vaikutus oppimis- ja mentorointiympäristöön (Chia et al., 2020; Croke et al., 2020; Hee et al., 2019; Teo et al., 2024). Organisaatiossa on oltava laaja ymmärrys mentorointiympäristön merkityksestä ja vaikutuksesta, mentoroinnin eri osa-alueista ja prosesseista sekä onnistumisen edellyttävistä resursseista (Sng et al., 2017). Organisaatiossa on tärkeää mahdollistaa mentorointisuhteiden muodostuminen ja tukeminen ja näin edistää mentorointikulttuuria (Chia et al., 2020; Croke et al., 2020). Organisaation kannalta mentoroinnilla on myös positiivinen merkitys. Organisaation osaaminen voi lisääntyä mentorointiohjelmien myötä (Stokes et al., 2020). Kontekstin tuntemus vaikuttaa mentoroinnin laatuun, prosesseihin ja tuloksellisuuteen (Chia et al., 2020). Mentorointiohjelman rakenteen ja toisaalta joustavuuden varmistaminen ovat avainasemassa (Chia et al., 2020; D. Patel et al., 2020; Ssemata et al., 2017).

Laajoissa systemaattisissa katsauksissa on tuotu esiin, että mentorointi olisi integroitava osaksi muuta organisaation toimintaa, opetussuunnitelmaa tai organisaation koulutusohjelmaa (Chia et al., 2020; Ssemata et al., 2017; Teo et al., 2024). Mentoroinnin integroiminen tulee tehdä selkeästi ja näkyvästi, jotta väärinymmärrykset ja sekoittuminen esimerkiksi arviointia tekevään ohjaajaan on vältettävissä (Croke et al., 2020). Saman henkilön toimiminen sekä ohjaajana että mentorina voi olla ristiriitaista (Ssemata et al., 2017). Mentorin valinta ja siihen liittyvät prosessit ja käytänteet onkin todettu useissa tutkimuksissa olevan kriittisiä mentoroinnin toteutumiselle (Ssemata et al., 2017).

Vuorovaikutus mentoroitavan ja mentorin välillä on tärkeää, ja se mahdollistuu – tai toisaalta estyy – mentoroinnista vastuussa olevan organisaation ja sen oppimisympäristön vaikutuksesta (Sng et al., 2017; Stokes et al., 2020). Mentorointiohjelman joustavuus vahvistaa mentoroitavan autonomian kokemusta (Chia et al., 2020). Mentoroitavat voivat tulevaisuudessa itse toimia mentoreina saatuaan hyvän kokemuksen.

Usein mentorina on kokeneempi kollega (Launer, 2019; Ssemata et al., 2017). Myös ryhmämentoroinnista (Champion et al., 2015) ja ammattien välisestä mentoroinnista (Tay et al., 2021) on saatu myönteisiä kokemuksia. Mentorointi voidaan muodostaa kaskadimaiseksi ohjelmaksi, jossa esimerkiksi erikoistuva lääkäri toimii mentorina lääketieteen opiskelijalle ja opiskelija puolestaan mentoroi nuoria yläkoululaisia (Guo et al., 2023). Mentoroinnin eri toteutustavoissa on olennaista huomioida kahdensuuntainen vuorovaikutussuhde mentoroitavan ja mentorin välillä (Sng et al., 2017; Toklu & Fuller, 2017) sekä mentoroitavan tarpeiden ja tavoitteiden mahdollinen muuttuminen uran eri vaiheissa (Croke et al., 2020). Tutkimuksissa onkin todettu, että useamman mentorin – mahdollisesti eri ikäisten kanssa – ammatillisen kasvun ja kehittymisen tavoitteet tulisivat paremmin saavutetuiksi (Cullison, 2014; Winderbaum & Coventry, 2024). Muodollinen mentorointiohjelma voi lisätä saavutettavuutta ja luoda samanlaatuisia mentorointisuhteita kuin epämuodollisesti valikoituneet mentorointisuhteet (Cohee et al., 2015). Mentorisuhteesta voi monestakin syystä tulla hyvin erityinen ja se voi syventyä ystävyydeksi saakka (Varpio, 2021).

Tarve mentoreiden koulutukselle tuodaan useissa tutkimuksissa esiin (Ssemata et al., 2017; Winderbaum & Coventry, 2024). Mentoreiden koulutusohjelmilla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia mentoreiden valmiuksiin toimia erilaisten mentoroitavien ryhmien kanssa (Sheri et al., 2019). Mentorikoulutusohjelmien haasteena on kuitenkin todettu olevan koulutettujen mentoreiden vähyys, mentorikoulutuksen arvostuksen puute sekä ajan ja resurssien puuttuminen (Sheri et al., 2019).

Ensimmäinen vuosi valmiina lääkärinä on vaativaa. Mentoroinnilla on todettu olevan vaikutusta henkilökohtaiseen ja ammatilliseen kehittymiseen, työn ja muun elämän tasapainon ylläpitämiseen, uralla onnistumiseen ja tuottavuuteen sekä työhyvinvointiin (Croke et al., 2020). Mentorointi tukee epämukavuusalueelta poistumista ja täten mahdollistaa kehittymisen (Jones & Reis, 2010). Winderbaumin ja Coventryn (2024) systemaattisen katsauksen tulosten mukaan muodolliset, vertaisoppimista hyödyntävät mentorointiohjelmat tarjoavat merkittäviä psykososiaalisia ja uraan liittyviä hyötyjä (Winderbaum & Coventry, 2024). Uran siirtymävaiheissa – kuten ensimmäinen vuosi valmiina lääkärinä – tukea voidaan tarvita erityisesti. Mentorointisuhteessa psykologinen yhteisöllisyyden kokemus (Wikström et al., 2023) ja siirtyminen yhteisön keskeiseksi jäseneksi voi vahvistua (Krishna et al., 2023).

Cheong ym. (2020) toivat esiin tutkimuksessaan mentoroinnin eettisiä näkökohtia kolmella tasolla: mentoroitavaan ja mentoriin, mentorointisuhteeseen sekä järjestävän organisaatiotasoon liittyvät eettiset pohdinnat (Cheong et al., 2020).

Epäammatillisuus, epäasiallinen käytös, mentorin oman agendan edistäminen mentoroitavan kustannuksella tai mentoroitavan sitoutumattomuus ja motivaation puute olivat ensimmäiseen tasoon liittyviä eettisiä ongelmia (Cheong et al., 2020).

Toiseen tasoon eli mentorointisuhteeseen liittyviä eettisiä ongelmia todettiin erityisesti valtasuhteiden erilaisuudessa mentoroitavan ja mentorin välillä sekä profession hierarkiaan liittyen (Cheong et al., 2020). Vähemmistöryhmiin ja sukupuoleen liittyviä eettisiä ongelmia voi mentorointisuhteissa esiintyä (Cheong et al., 2020).

Kolmannella eli organisaatiotasolla eettisiä ongelmia liittyi erityisesti mentorien rekrytointiin (Cheong et al., 2020). Organisaation puutteelliset ohjeistukset ja tuki sekä mentorointiin kohdistetun ”korvamerkityn” ajan tarjoaminen olivat Cheong ym. (2020) tutkimuksessa esiin nousseita eettisiä organisaatiotason ongelmia (Cheong et al., 2020). Lisäksi mentorointiohjelman puutteellinen integroiminen olemassa oleviin laajempiin suunnitelmiin ja rakenteisiin oli organisaatiotason eettinen ongelma (Cheong et al., 2020).

Mentorointiohjelman implementoinnin kannalta on tärkeää eri tasoilla ohjelman standardointi, kuten mentoreiden koulutus ja mentoroitava-mentori-parien sovittaminen sekä mentoroinnin arvostaminen jokapäiväiseen työhön kuuluvana (Winderbaum & Coventry, 2024). Esteitä mentorointiohjelmalle on todettu olevan kliinisen työn kuormitus ja mentorointiin varattavan ajan puute (Winderbaum & Coventry, 2024).

Obura ym. (2011) toi vuonna 2011 esiin e-mentoroinnin mahdollisuuden yhteisöllisen oppimisen keinona (Obura et al., 2011). E-mentoroinnilla tarkoitetaan jonkin teknisen välineen tai alustan välityksellä tapahtuvaa mentorointia, joka ei ole aikaan tai maantieteelliseen sijaintiin rajoittunut (Chong et al., 2020). E-mentoroinnin hyötyjä ovat sen joustavuus ja saavutettavuuden sekä mentoroinnin mahdollistamisen kiireisissä aikatauluissa (Dorner et al., 2021). Luottamuksen rakentaminen voi olla haasteellisempaa kuin kasvokkain tapahtuvassa mentoroinnissa, jos nonverbaalinen viestintä jää vähäisemmäksi eikä esimerkiksi kameraa käytetä (Chong et al., 2020).

2.5.2 Pienryhmäoppiminen

Terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat kommunikaatio- ja yhteistyötaitoja, mitä pienryhmäopetuksessa opitut taidot voivat edistää (Edmunds & Brown, 2010). Pienryhmäopetus onkin laajasti käytetty oppimismenetelmä lääketieteen perusopetuksessa, jatkokoulutuksessa ja täydennyskoulutuksessa. Pienryhmäopetuksessa korostuu interaktiivinen lähestymistapa, joka edistää sekä koko ryhmän että yksilöiden syvällistä oppimista (Kitchen, 2012; McCrorie, 2019).

Edmunds ja Brown (2010) esittävät artikkelissaan, että ”pienryhmässä opittuihin taitoihin kuuluvat kysyminen, kuunteleminen, vastaaminen ja selittäminen. Nämä ovat tiimityön ja yhdessä oppimisen perusta.” (Edmunds & Brown, 2010). Vaikeammin mitattavissa olevia asioita, kuten ajattelun, asenteiden ja arvojen kehittymistä, pienryhmäopetus voi myös tukea (Edmunds & Brown, 2010).

Phua kumppaneineen (2024) havaitsi laajassa kartoittavassa katsauksessaan, että ryhmässä tapahtuva pohdinta edistää yhteisöllisyyttä, vähentää hierarkiaa ja vahvistaa sosiaalisia vuorovaikutussuhteita (Phua et al., 2024). Henkilökohtaisella tasolla hyötyjä todettiin myös ahdistuksen ja stressin lievittymisessä sekä oman kehittymisen, innostumisen ja empatian vahvistumisessa (Phua et al., 2024).

Pienryhmässä ohjaajan kiinnostus ryhmän oppimiseen ja osallistujien oman aktiivisuuden tukemiseen vaikuttaa osallistujien oppimisen kokemukseen (Kitchen, 2012; McCrorie, 2019). Ohjaajan on tärkeää huomioida haavoittuvuuden kokemuksen mahdollisuus ja sosioemotionaalisen hyvinvoinnin merkitys erityisesti palautetilanteissa (Edmunds & Brown, 2010; Tavares et al., 2020). Pienryhmän ohjaajalla onkin erilaisia rooleja tilanteen mukaan (McCrorie, 2019), mutta konkreettisella tasolla ohjaajalla on tärkeä tehtävä fasilitoida keskustelua ja ajatusten vaihtoa osallistujien kesken (Kitchen, 2012).

Pienryhmän ohjaaminen ja fasilitointi voi olla myös haastavaa, erityisesti tilanteissa, joissa muodollinen rakenne puuttuu tai aikaa ei ole varattu tarpeeksi (Phua et al., 2024). Osallistujien näkökulmasta huoli omasta yksityisyydestä ja haavoittuvuudesta sekä ryhmän dynamiikan ja negatiivisten tunteiden hallinta voivat heikentää oppimista (Phua et al., 2024). Ryhmän dynamiikkaan tulisi kiinnittää erityistä huomioita, varsinkin jos osallistujat tulevat hyvin erilaisista taustoista, organisaatioista tai eivät tunne toisiaan entuudestaan (Phua et al., 2024).

Pienryhmän sopivana kokona pidetään 6-8 henkilön ryhmää (McCrorie, 2019), mutta tärkeintä on mitä ryhmässä tehdään. Pienryhmässä voidaan käyttää sopivaa keskustelua, oppimista ja osallistumista tukevaa materiaalia ja menetelmiä, esimerkiksi potilastapauksia, videoita tai tieteellistä kirjallisuutta (Kitchen, 2012). Ryhmätilaisuudet tulisi järjestää siten, että osallistujilla on turvallinen ja kannustava ympäristö ajatustensa jakamiseen (Phua et al., 2024). On myös tärkeää integroida ryhmätilaisuudet osaksi laajempaa ohjelmaa, jotta osallistujille varataan riittävästi aikaa tehokkaaseen ja merkitykselliseen oppimiseen (Phua et al., 2024).

2.5.3 Taide ja teatteri lääketieteen koulutuksessa

Taide ja humanistiset tieteet (engl. arts and humanities) on lisääntyvästi otettu käyttöön lääketieteen koulutuksessa (Moniz, Golafshani, Gaspar, Adams, Haidet, Sukhera, Volpe, De Boer, et al., 2021). Eri taidemuotoja ja teatteria on käytetty lääketieteen opetuksessa tuomaan erilaista näkökulmaa biolääketieteen rinnalle

(Kohn, 2011). Humanistiset lähestymistavat soveltuvat muun muassa ammatillisuuden ja kommunikaation oppimiseen (Eisenberg et al., 2015; Hobson et al., 2019; Kumagai, 2014) sekä diagnostisten taitojen, empatian ja yhteistyön opettamiseen (Smydra et al., 2022). Yhteisöön kuulumisen kokemus voi vahvistua käytettäessä eri taidemuotoja tai teatteria lääketieteen opetuksessa (Gao et al., 2019; Kumagai, 2012). Myös monikulttuurisuuden opetukseen teatteri soveltuu hyvin (Kumagai et al., 2007).

Landry-Wegener (2023) mukaan eri taidemuotoja tulisi erilaisten ominaisuuksien ja kontekstien vuoksi tarkastella ominaan eikä käsitellä niiden vaikutuksia yhtenä kokonaisuutena (Landry-Wegener et al., 2023). Smydra ym. (2022) jaottelivat katsauksessaan taiteita ja humanistisia aineita lääketieteen opetukseen soveltavat taidemuodot kolmeen pääteemaan: 1) kirjallisuus ja luova kirjoittaminen, 2) teatteri, elokuvat ja musiikki, 3) kuvataiteet (Smydra et al., 2022).

Eri taidemuodot ja teatteri luovat merkityksiä monella eri tasolla ja voivat avata uusia oppimisen mahdollisuuksia erityisesti tarjoamalla tilaa tulkinnalle ja reflektiolle (Gao et al., 2019; Kumagai, 2012). Perustavoite taiteen käytössä lääketieteen koulutuksessa onkin reflektiivisen lähestymistavan ja syvän ymmärryksen kehittyminen lääkärin sosiaalisesta roolista sekä itsestä, muista ja ympäröivästä maailmasta (Kumagai, 2014; Skye et al., 2014). Potilaan tarinan kuunteleminen ja kertominen ovat taitoja, joita voidaan harjoitella esimerkiksi teatterin avulla (Hammer et al., 2011). Narratiivinen lääketiede taas voi auttaa ymmärtämään yksilöllisiä ja inhimillisiä kokemuksia. Kaunokirjallisuutta ja tarkkaa lukemista hyödyntävän lähestymistavan avulla lääkäri voi oppia reflektoinnin taitoja ja syventää ihmiskäsitystään, mikä saattaa helpottaa erilaisten potilaiden kohtaamista (J. Valtonen & Sulkava, 2023).

Taiteen avulla oppija pääsee reflektoimaan myös epävarmuutta ja epämukavia tunteita herättäviä hetkiä (Kumagai, 2014). Epämukavien tunteiden kokeminen pakottaa reflektoimaan omia ajatuksia ja asenteita, mikä parhaimmillaan laajentaa ymmärrystä ympäröivästä maailmasta (Kumagai & Wear, 2014). Esimerkiksi improvisaatioteatteri voi antaa mahdollisuuden pysähtyä pohtimaan merkityksellisiä teemoja ja siten edistää laajempaa ymmärrystä ja hyvinvointia (Neel et al., 2021).

Epämukavuusalueella oppimisen tärkeä edellytys on mentorin tai opettajan läsnäolo ja dialogi (Kumagai, 2022). Tarvitaan psykologisesti turvallinen tila, jotta voi heittäytyä epämukavuusalueelle (Kumagai, 2022). Epämukavuuden kokemukset on oppimisen kannalta tarkoituksenmukaista voida kokea empaattisessa, turvallisessa ja ymmärtävässä ilmapiirissä (Kumagai, 2022). Lääketieteen koulutus voi olla myös hauskaa ja oppiminen voi näin saada syvällisemmän suunnan (Gifford & Varatharaj, 2010; Hammer et al., 2011).

Teatteri ja improvisaatioharjoitukset soveltuvat erityisesti yhteistyön edistämiseen, kuuntelemisen ja empatiataitojen parantamiseen sekä

kommunikaatiotaitojen parantamiseen (Hoffmann-Longtin et al., 2018). Gao ym. (2019) kartoittavan katsauksen mukaan improvisaatiota soveltavien koulutusinterventioiden tavoitteina oli parantaa kommunikaatiotaitojen lisäksi muita ammatillisuuteen liittyviä taitoja, kuten palautteen antoa, reflektiivisyyttä, itseluottamusta ja resilienssiä (Gao et al., 2019).

Teatteria on lääketieteessä käytetty myös ajankohtaisten teemojen ja tutkimuksen tuomiseen julkiseen keskusteluun (K. Johnston, 2010) sekä yhteisön sidosryhmien ja tutkijoiden yhteistyön edistämiseen (Battaglia et al., 2021). Rusiecki ym. (2023) toteuttamassa virtuaalisessa improvisaatiotyöpajassa ensimmäisen vuoden lääketieteen opiskelijoille tavoitteena oli tasa-arvoisen terveydenhuollon merkityksen oppiminen (engl. health equity) kehittämällä kuuntelemisen taitoja, joustavaa kommunikaatiota ja vuorovaikutussuhteiden muodostamista (Rusiecki et al., 2023). Leung ym. (2023) kuvaavat artikkelissaan, miten teatterityöpajaopetusta voidaan hyödyntää tasa-arvoisen terveydenhuollon opettamiseen esimerkiksi kroonisen sairauden yhteydessä (Leung et al., 2023).

Landry-Wegener ym. (2023) kartoittava tutkimus analysoi 30 draamaa hyödyntävää koulutusinterventiota, joissa tavoitteena oli parantaa lääketieteen opiskelijoiden tai erikoistuvien lääkärien kommunikaatiotaitoja. Tutkijat toivat esiin potilas-lääkärisuhteessa tärkeän empatian, joka on mahdollista sisällyttää mukaan draamaharjoitteluun osana kommunikaatiotaitoja (Landry-Wegener et al., 2023). Tutkijat esittävät, että draama on menetelmä, joka voi parantaa lääkärin ammatissa tarvittavia kommunikaatiotaitoja (Landry-Wegener et al., 2023).

Vuonna 2024 julkaistussa katsauksessa Chan ym. tutkivat, miten improvisaatiota sovelletaan lääketieteen koulutuksessa kommunikaation oppimiseen ja kehittämiseen (Chan et al., 2024). Useissa tutkimuksissa tuodaan esiin potilas-lähtöinen hoito sekä kompleksinen arvaamaton terveydenhuollon toimintaympäristö ja taiteen mahdollisuudet näiden tukemisessa (Chan et al., 2024).

Omien tunteiden ja potilaiden tunteiden ymmärtäminen, kommunikaatiotaidot ja empatiakyvyt ovat parantuneet teatteri-interventioiden jälkeen (De Carvalho Filho et al., 2020). Improvisaatioteatteri-interventio voi vaikuttaa positiivisesti myös ammattien väliseen vuorovaikutukseen tuomalla esiin statuksen ja roolien merkityksen, tunteet ja empatian sekä itsenäisen ajattelun (Zelenski et al., 2020).

Gao ym. (2019) esittävät kolme periaatetta improvisaatioharjoitusten suunnitteluun lääketieteen koulutuksen kontekstissa: 1) Fasilitaattoreilla on osaamista sekä improvisaatioista että lääketieteen koulutuksesta 2) Muodostetaan turvallinen oppimisilmapiiri, jossa epävarmuuden tunne on normaalia 3) Sovelletaan reflektiota, jossa improvisaatioharjoitusten yhteys tehdään näkyväksi kliiniseen työhön nähden (Gao et al., 2019).

Improvisaatioharjoitusten toteuttamiseen kannattaa pyytää alan koulutettujen ammattilaisten tukea ja ohjausta (Hoffmann-Longtin et al., 2018). Osallistujien

kontaktin ja liikkumisen mahdollistavan tilan valitseminen improvisaatioharjoituksia varten on tärkeää (Hoffmann-Longtin et al., 2018). Hofmann-Longtin ym. (2018) muistuttavat, että lämmittelyharjoitukset ovat tarpeen, koska improvisaatioharjoitukset saattavat olla täysin outoja osallistujille ja aiheuttaa ahdistusta tai jopa pelkoja (Hoffmann-Longtin et al., 2018). Lämmittelyharjoituksilla on merkitystä vuorovaikutuksen syntymisessä osallistujien kesken ja tietoisen läsnäolon luomisessa (De Carvalho Filho et al., 2020). Hofmann-Longtin ym. (2018) suosittelevat, että opettaja on mukana harjoituksissa voidakseen havainnoida mikä toimii ja mikä ei (Hoffmann-Longtin et al., 2018). Improvisaatioharjoituksissa pienet ryhmät (4-12 henkilöä) ovat suositeltavimpia (Hoffmann-Longtin et al., 2018). Improvisaatioharjoitukset ovat tehokkaimpia jonkin isomman koulutuskokonaisuuden tai ohjelman osana tai yhteydessä (Hoffmann-Longtin et al., 2018). Tärkeää on sitoutua ja heittäytyä – ja pitää hauskaa (Gao et al., 2019; Hoffmann-Longtin et al., 2018).

Taiteen ja humanististen tieteiden hyödyntämistä lääketieteen koulutuksessa on myös kritisoitu. Esimerkiksi teoreettisten viitekehysten soveltaminen on osoittautunut heikoksi (Moniz, Golafshani, Gaspar, Adams, Haidet, Sukhera, Volpe, De Boer, et al., 2021). Koulutusohjelmien ja oppimistulosten arviointiin tulisi kiinnittää huomiota taideaineita hyödynnettäessä, vaikka se voikin olla vaikeaa (Landry-Wegener et al., 2023; Moniz, Golafshani, Gaspar, Adams, Haidet, Sukhera, Volpe, De Boer, et al., 2021). Taidetta ja humanistisia aineita lääketieteen koulutuksen interventioihin yhdistävissä tutkimuksissa on haasteena usein pienet osallistujakoot ja opetuksen vapaaehtoisuus, mikä saattaa vääristää tutkimustuloksia (Gao et al., 2019; Smydra et al., 2022). Lisäksi tarvittaisiin pitkäkestoisempia interventioita, jotta voitaisiin selvittää oppimisvaikutusten kestävyyttä (Chan et al., 2024; De Carvalho Filho et al., 2020; Smydra et al., 2022).

Suuri osa tutkimuksista on tehty perusopetuksen kontekstissa ja selkeästi vähemmän jatko- tai täydennyskoulutuksessa (Moniz, Golafshani, Gaspar, Adams, Haidet, Sukhera, Volpe, De Boer, et al., 2021). Moniz ym. tekemässä laajassa kartoittavassa katsauksessa jatkokoulutusta koskevia tutkimuksia oli 17 % (73/769 kpl). Taide- ja humanistisia aineita soveltavat koulutusohjelmat ja interventiot voivat kuitenkin jäädä julkaisematta niiden erilaisuuden, alalle ”sopimattomuuden” tai tulosten mittaamisvaikeuksien vuoksi (Moniz, Golafshani, Gaspar, Adams, Haidet, Sukhera, Volpe, De Boer, et al., 2021). Tärkeää olisi selventää, mikä tarkoitus taiteella ja humanistisilla aineilla on koulutusinterventiossa (Moniz, Golafshani, Gaspar, Adams, Haidet, Sukhera, Volpe, De Boer, et al., 2021). Kun hyödynnetään improvisaatioteatteria, on sen periaatteiden ja soveltamisen kuvaaminen olennaista (Chan et al., 2024). Kumagai (2012) tuo esiin, että laadulliset tutkimusmenetelmät soveltuvat taiteen merkityksen ja vaikutuksen tutkimiseen opetuksessa ja oppimisessa (Kumagai, 2012).

2.6 Laadullinen tutkimus lääketieteessä

Laadullisen tutkimuksen avulla tutkitaan todellisen elämän (engl. real world) ongelmia ja kysymyksiä erilaisissa konteksteissa (Korstjens & Moser, 2017; Sawatsky et al., 2019). Laadullisia menetelmiä esittelevissä kirjoissa ja artikkeleissa korostetaan lähes poikkeuksetta, että laadullinen ja määrällinen tutkimus täydentävät toisiaan sen sijaan, että ne olisivat vastakkaisia tai toisiaan poissulkevia tutkimussuuntauksia (Tavakol & Sandars, 2014).

Vaikka laadullisen tutkimuksen traditio lääketieteessä on melko nuorta (Aira, 2005; Kylmä et al., 2003), sen hyväksyttävyys ja arvostus ovat kasvussa (Kahlke, 2017). Laadullisen tutkimuksen tekijät saattavat kuitenkin edelleen kohdata haasteita julkaisuprosessissa (Greenhalgh et al., 2016; Korstjens & Moser, 2018). Lääketieteellisten julkaisusarjojen päätoimittajat saattavat pitää määrällisiä tutkimuksia tarkempina, tehokkaampina ja käytännön muutoksia todennäköisemmin aikaansaavina (Loder et al., 2016), mikä aiheuttaa hämmennystä laadulliseen tutkimukseen perehtyneiden ja tekevien tutkijoiden keskuudessa (Dornan & Kelly, 2017).

Terveydenhuolto on kompleksinen toimintaympäristö, ja tehokkuuden rinnalle tarvitaan syvällistä ymmärrystä edistävää laadullista tutkimusta (Dornan & Kelly, 2017; Tavakol & Sandars, 2014). Erikoisaloista yleislääketiede on ollut uranuurtaja laadullisen tutkimuksen metodologian soveltamisessa lääketieteen alalla (Malterud, 2022). Yleislääketieteen kontekstiin ja kysymyksiin laadullinen tutkimus soveltuukin hyvin (Moser & Korstjens, 2017). Perusterveydenhuollon potilaat ovat usein monisairaita, ja sosiaaliset ja psykologiset tekijät vaikuttavat diagnoosiprosessiin, hoitopäätöksiin ja -suunnitelmiin. Laadullinen tutkimus antaa keinoja syventyä kysymyksiin, joilla on merkitystä sekä potilaille että ammattilaisille (Malterud, 2022).

Laadullinen tutkimus soveltuu hyvin myös lääketieteen koulutuksen alalle (Boet et al., 2012; Watling & Lingard, 2012). Lääketieteen koulutus on monialainen ja monitieteinen ala, jossa erilaisten tutkimusfilosofioiden ymmärtäminen, soveltaminen ja yhteensovittaminen on tärkeää (L. Baker et al., 2021; Bergman et al., 2012; Sawatsky et al., 2019; Varpio & MacLeod, 2020). Laadullinen tutkimus voi madaltaa tutkimuksen ja käytännön välistä kuilua käytännönläheisten ja osallistavien menetelmien avulla (Kajamaa et al., 2019).

Laadullinen tutkimus on tullut lääketieteen koulutuksen tutkimukseen antropologian, sosiologian, kasvatustieteiden ja historian aloilta (Ng et al., 2019, s.428). Laadullisen tutkimuksen metodeja ovat esimerkiksi narratiivinen tutkimus, toimintatutkimus, fenomenologia, etnografia, grounded theory, case-tutkimus ja diskurssianalyysi (Mann & MacLeod, 2015, s. 57). Lääketieteen kouluttajille ja tutkijoille laadullinen tutkimus voi olla melko haastavaa lääketieteen tutkimuksen ollessa perinteisesti pääosin positivistisesti tai post-positivistisesti suuntautunutta ja

määrällistä (Bunniss & Kelly, 2010; Sawatsky et al., 2019; Varpio & Meyer, 2017). Positivistinen lähestymistapa tarkoittaa, että tutkimuksessa on mahdollista saada objektiivista tietoa ja että tutkijan on pidettävä itsensä täysin erillään tutkittavasta ilmiöstä (Y. S. Park et al., 2020). Post-positivistisen lähestymistavan mukaan on olemassa mitattavissa oleva todellisuus ja objektiivisuus on tärkeää, mutta kaikki tieto on kuitenkin jossain määrin epätäydellistä (M. E. Young & Ryan, 2020).

Lähestymistavan selkeä sanoittaminen sekä erilaisten lähestymistapojen ymmärtäminen ja kunnioittaminen on tärkeää erityisesti monialaisessa tutkimuksessa, kuten lääketieteen koulutuksessa (Varpio & MacLeod, 2020). Lääketieteen koulutuksen tutkimuksessa lähestymistapojen yhdistäminen voi haasteellisuudestaan huolimatta lisätä monipuolisuutta, mikä taas edistää laadukasta koulutusta ja osaamisen kehittämistä (L. Baker et al., 2021).

Sekä määrällisessä että laadullisessa suuntauksessa tieteellinen lähestymistapa ja tutkimuskysymys ovat tutkimusprosessin lähtökohtia (Sawatsky et al., 2019). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskysymys voi olla laaja ja se voi muuttua tutkimusprosessin aikana (Korstjens & Moser, 2017). Tutkijan rooli sen sijaan on laadullisessa tutkimuksessa erilainen kuin määrällisessä tutkimuksessa (Hopkins et al., 2017; Korstjens & Moser, 2017; Sawatsky et al., 2019).

Laadulliset analyysimenetelmät ovat joustavia ja erilaisia prosesseja mahdollistavia (Hanson et al., 2011), mikä toisaalta saattaa tehdä niistä vaikeasti hahmotettavia (Kiger & Varpio, 2020). Tutkimuksen tulokset ja uutta tietoa tuottava tutkimusprosessi menetelmäperusteluineen tekevät laadullisesta tutkimuksesta tiedettä (Aaltola, 2018). Laadullisin menetelmin tehty väitöskirja voi sisältää kuitenkin sudenkuoppia. Malterud ym. (2017) linjaa, että laadullinen väitöskirja sisältää “osoituksen reflektiivisyydestä, tarkasti esitetyn analyysiprosessin, pohdinnan aineiston validiteetista ja informaatiovoimasta” (Malterud et al., 2017). Teorian on oltava yhteydessä tavoitteisiin ja löydöksiin (Malterud et al., 2017).

Aineiston keräämiseen voidaan käyttää monenlaisia menetelmiä kuten yksilöhaastatteluita, ryhmähaastatteluita, havainnointia, visuaalista tai audiomateriaalia (Hanson et al., 2011; Mäntyranta & Kaila, 2008; Moser & Korstjens, 2018; Reneé E. Stalmeijer et al., 2014). Haastattelu on yksi yleisesti käytetyistä menetelmistä ja sisältää lääkärille tuttuja elementtejä potilastyöstä (McGrath et al., 2019). Aktiivinen kuuntelu, hyvän tunnelman luominen sekä kunnioituksen osoittaminen ovat olennaisia, jotta haastattelun aikana voidaan ymmärtää osallistujien kokemuksia, ajatuksia ja tunteita (de la Croix et al., 2018). Laadullisen tutkimuksen analyysissä keskitytään siihen, mitä osallistujat sanoivat ja miten he toivat asioita esiin (Bennett et al., 2019).

Laadullisessa tutkimuksessa on tavallista, että tutkittavia on vähän verrattuna määrällisiin tutkimuksiin. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää kuvata, miten osallistujat valittiin ja miksi (Moser & Korstjens, 2018). Laadullisen tutkijan ei tule

myöskään unohtaa laadullisen tutkimuksen tulkinnallista luonnetta ja esimerkiksi yrittää selitellä pientä osallistujamäärää sen sijaan, että pohtisi tutkimuksen siirrettävyyttä ja uskottavuutta (Malterud, 2016).

Osallistujamäärän ohella tutkimuksen yleistettävyys ja subjektiivisuus ovat asioita, joista laadullista tutkimusta kritisoidaan ja myös kyseenalaistetaan (Varpio et al., 2021). Lara Varpio kumppaneineen (2021) tähdentää, että tieteellisen lähestymistavan ymmärtäminen ja esittäminen lukijalle on olennaista väärinkäsitysten välttämiseksi (Varpio et al., 2021). Yleistettävyyden sijaan laadullisessa tutkimuksessa puhutaan siirrettävyydestä (engl. transferability). Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen käyttökelpoisuutta ja merkityksellisyyttä eri konteksteissa. Kontekstin kuvaus ja subjektiivisuuden reflektio ovat oleellisia, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä (Korstjens & Moser, 2017)

2.7 Lääketieteen koulutuksen tutkimus terveyskeskuksessa

Lääketieteen koulutuksen tutkimuksen katsotaan alkaneen Pohjois-Amerikassa 1950-luvulla (van der Vleuten, 2014) ja Euroopassa 1970 -luvulla (Norman, 2011). Suomessa lääketieteen koulutuksen tutkimus on kuitenkin edelleen varsin vähäistä (Kulmala et al., 2024). Ensimmäinen lääketieteen koulutuksen professori aloitti Oulun yliopistossa vuonna 2019 (Kulmala et al., 2024; Toikkanen, 2019). Muut Suomen lääketieteelliset tiedekunnat ovat toistaiseksi ilman omaa lääketieteen koulutuksen professuuria.

Lääketieteen koulutuksen tutkimuksen suurimpana haasteena on edelleen sen erilaisuus lääketieteen tutkimukseen verrattuna (Harvey Bluemel et al., 2024). Harvey Bluemelin et al. (2024) julkaisemassa tutkimuksessa todettiin, että biolääketieteellisen tutkimuksen post-positivistinen ja pääosin määrällinen lähestymistapa tuo haasteen keskusteluun ja lääketieteen koulutuksen tutkimuksen merkityksen perusteluun, koska yhteinen ymmärrys voi jäädä puutteelliseksi ja suoria vaikutuksia potilaiden hoitoon on vaikeampi osoittaa (Harvey Bluemel et al., 2024). Lääketieteen koulutuksen tutkijaksi ryhtyminen voi olla hankalampaa, sillä rakenteita, systeemitason prosesseja tai yhteistyöverkostoja on tarjolla vähemmän (Harvey Bluemel et al., 2024). Lisäksi lääketieteen koulutuksen tutkimukseen voi olla vaikeaa saada rahoitusta (Harvey Bluemel et al., 2024). Harvey Bluemel kumppaneineen peräänkuuluttaa ryhmäidentiteetin vahvistusta lääketieteen koulutuksen tutkimuksen alalle (Harvey Bluemel et al., 2024).

Monialainen ja monitieteinen yhteistyö lääketieteen koulutuksen tutkimuksessa on tärkeää (O'Sullivan et al., 2010). Suomessa on käynnissä suuri erikoislääkärikoulutuksen muutos, jossa aikaperusteinen koulutus muunnetaan osaamisperustaiseksi koulutukseksi (Niemi-Murola, 2017; Niemi-Murola &

Martikainen, 2019). Muutos koskee kaikkia erikoisaloja, mikä antaa hyvän mahdollisuuden monialaiseen lääketieteen koulutuksen tutkimukseen.

On tärkeää vahvistaa tutkimusta ja lääketieteen koulutuksen tutkimusta myös perusterveydenhuollossa. Yleislääketieteen pohjoismaisissa ydinarvoissa koulutuksen, tutkimuksen ja laadun kehittäminen onkin nostettu aiempaa selkeämmin esiin. (Nordic Federation of General Practice (NFGP), 2020; Sigurdsson et al., 2020; Suomen yleislääkärit ry & Suomen yleislääketieteen yhdistys, 2020) Sen sijaan on huolestuttavaa, ettei Euroopan yleislääketieteen tutkimuksen strategiassa (Collins et al., 2021) huomioida koulutuksen tutkimusta. Olisi tärkeää tunnistaa koulutuksen ja kliinisen tutkimuksen yhtymäkohdat. Lääketieteen koulutuksen ja käytännön välistä kuilua on pienennettävä (Chen & Reeves, 2020). Jos yleislääkärin kliininen työ, koulutus ja tutkimus ovat erillään toisistaan, on haasteellista tunnistaa näiden yhteyttä, merkitystä ja vaikutusta toisiinsa.

Lääketieteellisen koulutuksen tutkimus yleislääketieteessä edellyttää kokemusta perusterveydenhuollon kliinisestä työstä ja kontekstin tuntemusta. Yleislääketiede on edelläkävijä Suomessa lähiohjaajien ja erikoislääkärikouluttajien systemaattisessa koulutuksessa (Helin-Salmivaara et al., 2021). Lääketieteen koulutuksen tutkimuksen vahvistaminen yleislääketieteen kontekstissa on tärkeää, koska erikoisala ja konteksti ovat erilaiset verrattuna muihin erikoisaloihin (Grierson & Vanstone, 2021). Yleislääketieteen koulutuksen tutkimuksella ei ole yliopistosairaalan kaltaista kliinistä ympäristöä, jossa tutkimuksen tekeminen on osa perustehtäviä. Yleislääketieteen alan sisälläkin eri toimintaympäristöissä on erilaisia kulttuureita, jotka vaikuttavat omalla tavallaan sekä ammattilaisten työssä oppimiseen että potilaiden hoitoon (Grierson & Vanstone, 2021).

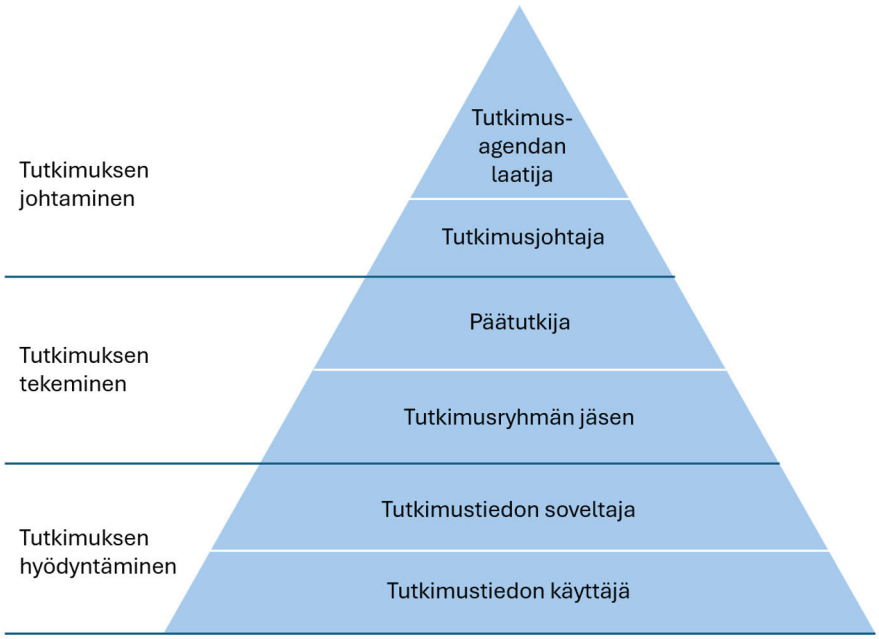
Yleislääketieteen ydinarvojen opettaminen ja oppiminen on tärkeää tehdä näkyväksi ja käyttää menetelmiä, jotka soveltuvat näiden opettamiseen. Michels ym. (2021) tutkivat kirjallisuuskatsauksessaan neljän WONCA Europe (World Organization of Family Doctors) määrittelemän ydinarvon toteutumista yleislääketieteen opetuksessa: hoidon jatkuvuuden (continuity of care), potilaskeskeisen hoidon (person-centered care), yhteistyön (cooperation of care) ja yhteisölähtöisen hoidon (community oriented care) (Michels et al., 2021; Wonca EUROPE, 2023). Yleislääketieteen ydinarvoihin liittyviä tutkimuksia, joissa koulutuksellinen näkökulma ja oppimismenetelmät olivat tutkimuksen kohteena, löytyi melko vähän (Michels et al., 2021). Tutkijat pohtivat tutkimusten vähyyden syyksi yleisesti yleislääketieteen oppiaineen ja sen opetuksen lyhyttä historiaa. Monia hyviä käytäntöjä on myös julkaisematta eli lääketieteen koulutuksen tutkimuksen vahvistamista tarvitaan yleislääketieteen alalle (Michels et al., 2021).

Webster ym. (2015) tekemässä kartoittavassa katsauksessa selvitettiin yleislääketieteen koulutuksen tutkimuksen tilannetta vuosina 2002- 2012 (Webster et al., 2015). Yli puolet tutkimuksista oli tehty Pohjois-Amerikassa tai Euroopassa,

lähinnä Iso-Britanniassa. Ammatillinen täydennyskoulutus oli suurin alue, johon tutkimuksen oli kohdentuneet. Se eroaa muiden alojen koulutuksen tutkimuksesta, jossa perusopetus on suurin alue. Vain yksi artikkeli kohdentui erikoistuvien lääkärien hyvinvointiin. Menetelmien raportointi oli katsauksen mukaan puutteellista. Eniten oli käytetty määrällisiä menetelmiä (75 %). Laadullisia menetelmiä oli 15 % ja mixed-methods- menetelmiä 6 %, ja menetelmistä käytetyimpiä oli grounded theory ja fenomenologia. Tutkijat suosittelevat erityisesti metodologisen osaamisen ja soveltamisen vahvistamista sekä teorian soveltamista yleislääketieteen koulutuksen tutkimukseen. (Webster et al., 2015).

Grierson ja Vanstone (2021) kannustavat teoriaan pohjautuvan koulutuksen tutkimuksen tekemiseen myös yleislääketieteen alalla (Grierson & Vanstone, 2021). Artikkelissaan he tuovat esiin neljä eri yleislääketieteen tärkeää osa-aluetta, joita olisi hyödyllistä soveltaa koulutuksen tutkimukseen: sitoutuminen pitkiin potilas-lääkärisuhteisiin, yhteisösuuntautunut työote, kompleksisuus ja epävarmuus, laaja-alaiset tiedot ja taidot. Monimuotoisuuden ja kompleksisuuden ymmärtäminen on tärkeä yleislääketieteen koulutuksen tulevaisuuden tutkimuskohde. (Grierson & Vanstone, 2021)

Terveyskeskukset sijaitsevat usein kaukana yliopistoista, mikä tekee koulutuksen tutkimuksen tekemisestä terveyskeskusympäristössä haastavaa, etenkin jos tutkimusperinteet ja -kulttuuri puuttuvat. Kuva 2. havainnollistaa organisaation roolia lääketieteen tutkimuksessa (Seehusen et al., 2018). Terveyskeskuksissa ollaan pääosin tutkimuksen käyttäjän ja soveltajan roolissa, mikäli yhteydet alueen yliopistoon eivät ole vahvat.



Kuva 2. Organisaation rooli lääketieteen tutkimuksessa Seehusen ym. (2018) mukaan. Uudelleenjulkaistu luvalla: Dean A. Seehusen, Arch G. Mainous ja Alexander W. Chessman. Creating a Centralized Infrastructure to Facilitate Medical Education Research. Annals of Family Medicine. 2018, 16(3), 257–260. © 2018 The Annals of Family Medicine, Inc. Kaikki oikeudet pidätetään.

Lääketieteen koulutuksen tutkimuksen pioneeri, Cees P M van der Vleuten (2014) toteaa, että opettajien, kliinikoiden ja tutkijoiden yhteisöllisyys, avoimuus ja mentorointi ovat avainasemassa vastuullisen lääketieteen koulutuksen kannalta (van der Vleuten, 2014). Lääketieteen koulutuksen tutkimusta ja vastuullista tutkimuskulttuuria voidaan edistää käyttämällä siihen riittävästi aikaa, tarjoamalla mentorointia ja tekemällä yhteistyötä, mikä edellyttää myös johtajien sitoutumista ja riittävää rahoitusta (Ahmed et al., 2016; Maggio et al., 2018). On tärkeää huomata, että pelkästään tutkimusartikkeleiden määrän kasvattaminen ei voi olla tavoite lääketieteen koulutuksen tutkimuksessakaan (Varpio & Sherbino, 2024).

3 Tavoitteet

Väitöskirjatutkimuksen päätavoitteena oli kehittää Kielimentori-ohjelma, joka tukee erikoistuvan lääkärin ruotsin kielen käyttöä kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Tarkemmat tavoitteet olivat seuraavat:

1. Tutkia erikoistuvien lääkärien käsityksiä kaksikielisyydestä
2. Tutkia Kielimentori-ohjelman vaikutusta erikoistuvan lääkärin työhön
3. Selvittää potilaan kohtaamiseen liittyviä erityispiirteitä kaksikielisessä terveyskeskuksessa

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat erikoistuvien lääkärien käsitykseen kaksikielisyydestä lääkärin työssä?
2. Mitkä asiat kaksikielisessä terveyskeskuksessa testatussa Kielimentori-ohjelmassa tukivat tai estivät erikoistuvien lääkärien oppimista ja rohkeutta käyttää ruotsin kieltä työssään?
3. Millainen on potilaan kohtaaminen kaksikielisessä terveyskeskuksessa erikoistuvien lääkärien mukaan?

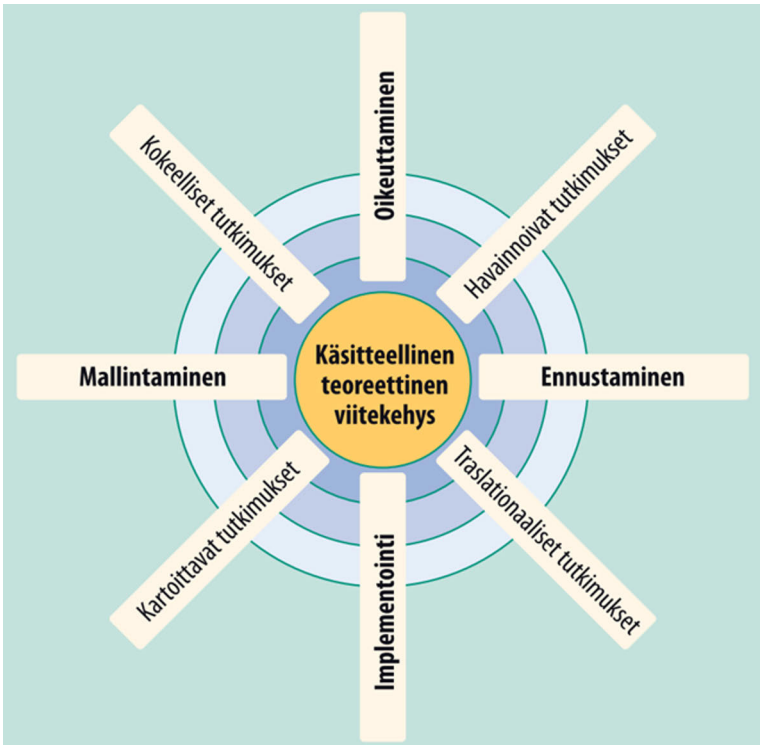
4 Menetelmät

4.1 Tieteellinen lähestymistapa

Tässä väitöskirjassa sosiaalinen konstruktionismi on taustalla oleva tieteellinen lähestymistapa, joka ohjaa metodeja, aineiston keräämistä ja analyysiä (L. Baker et al., 2021; Bergman et al., 2012; Varpio & MacLeod, 2020). Konstruktionismin mukaan aiemmat kokemukset vaikuttavat ja muokkaavat oppimista, jota tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden kanssa erilaisissa konteksteissa (B. A. Mukhalalati & Taylor, 2019; Rees et al., 2020). Konstruktionistisen näkemyksen mukaan oppiminen liittyy vahvasti identiteetin muotoutumiseen (L. Baker et al., 2021). Mentorin, ohjaajan tai opettajan tehtävänä on fasilitoida oppimisprosesseja ja edistää yhteistyötä sosiaalisissa vuorovaikutus- ja työssä oppimisen tilanteissa (L. Baker et al., 2021).

Subjektiivisuus ja induktiivisuus tarkoittavat konstruktionistisen käsityksen mukaan sitä, että tutkija on osa merkitysten luomista ja tulkintaa sekä muodostaa ymmärrystä ilmiöstä yhdessä tutkimukseen osallistuvien kanssa (Ng et al., 2019; Varpio et al., 2020). Subjektiivisuuden aktiivinen reflektointi ja analysointi on tärkeää. Käytetty kieli on merkityksellistä (Rees et al., 2020) ja laadulliset tutkimusmenetelmät ovat laajasti käytössä (Mann & MacLeod, 2015; Teherani et al., 2015). Konstruktionismiä lähellä oleva käsite on konstruktivismi, jossa tarkastelu kohdentuu enemmän yksilöön (B. A. Mukhalalati & Taylor, 2019; Rees et al., 2020; A. Thomas et al., 2014).

Lääketieteen koulutuksen tutkimuksen sijoittuminen erilaisiin käsitteellisiin viitekehyksiin voidaan havainnollistaa tutkimuskompassin avulla (Kulmala et al., 2024; Ringsted et al., 2011).



Kuva 3. Kielimentori-ohjelma sijoittuu mallintamisen ja kartoittavien tutkimusten alueelle lääketieteen koulutuksen tutkimuskompassissa (Ringsted et al., 2011). Kuva tutkimuskompassista on julkaistu suomenkielisenä Duodecim-lehdessä (Kulmala et al., 2024). Lupa kuvan uudelleen julkaisuun saatu 28.2.25.

Lääketieteen koulutuksen tutkimuskompassi sijoittaa laadullisen tutkimuksen kartoittavien tutkimusten alueelle. Näiden tutkimusten tavoitteena on mallintaa esimerkiksi interventioita ja niiden taustalla olevia tekijöitä tunnistamalla ja analysoimalla ilmiöiden osa-alueita ja niiden välisiä suhteita (Ringsted et al., 2011). Kuvassa 3. olen sijoittanut oman väitöskirjatutkimukseni tähän tutkimuskompassiin.

Tämän monografiaväitöskirjan metodologia on laadullinen ja sisältää toimintatutkimusta, reflektiivistä teema-analyysiä ja hermeneuttista fenomenologiaa hyödyntävät osuudet, joita kuvaan seuraavissa alakappaleissa. Kielimentori-ohjelman kehittäminen toteutettiin toimintatutkimuksen periaatteita mukaellen. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan myös hyödyntää elementtejä eri metodologioista (Varpio et al., 2015). Toimintatutkimukseen lainasin analyysivaiheessa reflektiivistä teema-analyysiä ja fenomenologiaa, jotta ohjelman ja oppimisen analyysi voitiin tehdä syvällisesti ja konteksti huomioiden.

Lääketieteen koulutuksen tutkimuksessa oppimisen teorioilla on keskeinen merkitys, ja niitä voidaan hyödyntää monin eri tavoin. Tässä tutkimuksessa käytän

käytäntöyhteisöteoriaa (CoP) koko tutkimusprosessin ajan suunnittelusta analyysiin. Varpio ym. (2020) kutsuvat tätä toteutustapaa ”täysin teoriaan perustuvaksi induktiiviseksi tutkimusasetelmaksi” (Varpio et al., 2020). Tutkimuksen kolmannessa osassa käytän kulttuurihistoriallista toiminnan teoriaa (CHAT), jonka valitsin soveltuvaksi vasta aineiston analyysin aikana osassa III. Tätä tapaa hyödyntää teoriaa kutsutaan ”teorian informoivaksi induktiiviseksi aineiston analyysiksi” (Varpio et al., 2020).

4.1.1 Toimintatutkimus

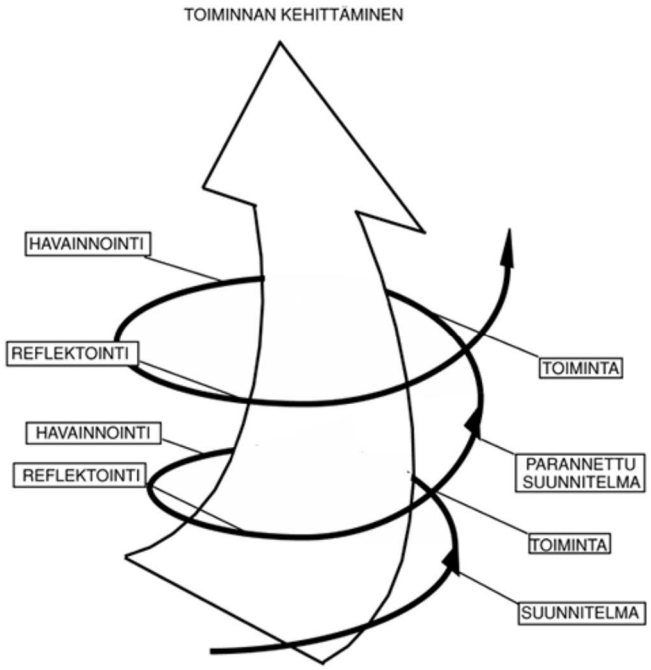
Toimintatutkimus on käytännönläheinen laadullinen menetelmä, jonka tavoitteena on kehittää paikallisesti toimivia malleja ja ratkaisuja. Toimintatutkimuksessa yhdistyy käytäntö ja teoria (Heikkinen, 2018), ja uuden oppiminen toimintaympäristössä on olennaista (Aaltola, 2018; Juuti & Puusa, 2020).

Toimintatutkimuksen avulla haetaan ratkaisukeinoja erityisesti käytännön toiminnasta nouseviin ongelmiin (Metsämuuronen, 2006, p. 102). Aaltolan (2018) mukaan toimintatutkimuksessa ”tutkittavan toiminnan kohteena ovat yhteisön toimintatavat, osallistujien omaa toimintaansa koskeva ymmärtämiskyky, ja itse toimintatilanne”. Toimintatutkimusta kuvataan alhaalta ylös suuntautuvana lähestymistapana (Montgomery et al., 2015).

Toimintatutkimuksessa toiminnan kehittäminen voi viedä mennessään, ja tutkijan on pyrittävä pitämään tasapaino tutkimukseen nähden (Juuti & Puusa, 2020). Käytännönläheisessä menetelmässä toimintatutkimuksen tieteellisyys tarkoittaa tiedon keräämistä ja analysoimista tiedeyhteisön hyväksymillä menetelmillä (Juuti & Puusa, 2020). Toimintatutkimuksessa hyödynnetään sekä määrällisiä että laadullisia menetelmiä (Sendall et al., 2018). Tutkijat ja tutkimukseen osallistujat toimivat yhdessä tutkimusprosessin aikana, ja luottamus työyhteisön jäseniin on kaiken perusta (Juuti & Puusa, 2020; Meyer, 2000).

Toimintatutkimus on joustava ja dynaaminen prosessi, jossa spiraalimaisesti etenevät vaiheet seuraavat toisiaan ja osittain lomittuvat keskenään. Havainnointi, reflektointi ja kehittäminen toistuvat reflektiivisessä kehässä, joka toistuessaan muodostaa kehittämisen spiraalin (Baum et al., 2006; Heikkinen, 2018; Vizeshfar et al., 2021). Kuvassa 4. on Heikkisen (2018) havainnollistava näkemys tästä spiraalista. Myös teoreettinen viitekehys voi muuttua tutkimuksen edetessä käytännön toiminnan tuodessa uusia näkökulmia. Tämä muovautuvuus antaa toimintatutkimukselle mahdollisuuden rikastuttaa ja syventää ymmärrystä liittämällä käytäntöön vahvasti teoreettista osaamista (Juuti & Puusa, 2020). Kirjoittaminen ja teoreettisen tiedon lukeminen on keskeistä, jotta vuoropuhelu käytännön toiminnan ja teorian välillä toteutuu.

Lääketieteen koulutuksen tutkimukseen toimintatutkimus soveltuu hyvin, koska menetelmänä se korostaa käytännön soveltamista, toiminnan parantamista ja yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Esimerkiksi koulutusinterventioiden implementoinnissa toimintatutkimus tarjoaa jo kehittämisvaiheeseen hyvän lähtökohdan (de Brún et al., 2016). Toimintatutkimusta voidaan lisäksi toteuttaa oman organisaation sisällä, jolloin tutkimusaiheet nousevat omasta toimintaympäristöstä (Coghlan & Shani, 2015).



Kuva 4. Toimintatutkimuksen spiraali (Heikkinen, 2018). Lupa kuvan uudelleen julkaisuun saatu 20.2.2025.

4.1.2 Reflektiivinen teema-analyysi

Reflektiivinen teema-analyysi on Virginia Braunin ja Victoria Clarken vuonna 2006 kuvaama laadullinen analyysimenetelmä (Braun & Clarke, 2006, 2021, 2022). Teema-analyysi soveltuu analyysimenetelmäksi muihin laadullisiin metodologioihin (Ng et al., 2019), ja se voi toimia myös itsenäisenä menetelmänä (Kiger & Varpio, 2020). Teema-analyysi on Braunin ja Clarken mukaan myös aloittelevalle tutkijalle hyvä ensimmäinen laadullisen analyysin metodi (Braun & Clarke, 2022, s. xxix). , jonka ydinasioita ovat tutkijan subjektiivisuuden hyödyntäminen työkaluna ja resurssina sekä sitoutuminen ja riittävän ajan käyttäminen analyysiprosessiin (Braun & Clarke, 2022, s. 8). Epävarmuuden ja ajoittaisen kaoottisuudenkin sietäminen ovat

asioita, joita Braun ja Clarke kehottavat hyväksymään ja hyödyntämään prosessin aikana laadukkaan lopputuotoksen saavuttamiseksi (Braun & Clarke, 2022, s. 8–22). Reflektiivisen teema-analyysin joustavuus antaa toisaalta tutkijalle mahdollisuuden menetelmän monipuoliseen hyödyntämiseen.

Teema-analyysi on hyödyllinen, kun pyritään ymmärtämään kokemuksia, ajatuksia ja käyttäytymistä. Se sijoittuu kuvailevan ja syvän tulkinnallisen analyysin väliin (Kiger & Varpio, 2020). Teema-analyysiä ei käytetä teorian muodostamiseen kuten esimerkiksi Grounded Theory-menetelmää (Watling & Lingard, 2012). Sen sijaan teema-analyysiä voidaan hyödyntää käsitteellisten mallien kehittämiseen (Naeem et al., 2023).

Reflektiivinen teema-analyysi soveltuu selkeän prosessin ja tulkinnallisuutensa vuoksi monimutkaisten teemojen tutkimukseen, kuten esimerkiksi ammatillisen identiteetin kehittyminen (McConville, 2023; Valestrand et al., 2024), psykologisen turvallisuuden ja hierarkian merkitys (McElroy et al., 2024), huippuasiantuntijaksi oppiminen (Kua et al., 2022) tai tutkijana toimiminen (Aggarwal et al., 2024). Reflektiivisen teema-analyysin tulkinnallisessa lähestymistavassa voidaan tuoda esiin erilaiset sosiaaliset ja kulttuuriset kontekstit, jotka vaikuttavat kokemuksiin. Tämä mahdollistaa latenttien ja syvempien teemojen muodostamisen analyysin eri vaiheissa (Kiger & Varpio, 2020) ja näin abstraktien monitahoisten ilmiöiden tutkimisen.

Reflektiivisessä teema-analyysissä on kuusi eri vaihetta: 1) Perehtyminen aineistoon 2) Koodien laatiminen 3) Alustavien teemojen muodostaminen 4) Teemojen muokkaaminen 5) Teemojen määrittäminen ja nimeäminen 6) Raportin laatiminen (Braun & Clarke, 2006, 2021, 2022; Campbell et al., 2021; Kiger & Varpio, 2020). Teema-analyysi voi olla induktiivinen eli aineistosta lähtevä tai deduktiivinen eli ennalta määriteltyjä kategorioita käyttävä (Bennett et al., 2019).

Koodi on teema-analyysin peruselementti. Koodeihin valitaan aineiston tekstistä lauseita ja tekstin osia, jotka tuovat esiin kyseiseen koodiin liittyviä ajatuksia (Saunders et al., 2023). Koodauksen tueksi voidaan laatia koodausmanuaali, jossa kullekin koodille kirjoitetaan kuvaavat määritelmät (Saunders et al., 2023). Tämän jälkeen koko aineisto koodataan ja tarvittaessa koodausmanuaalia muokataan (Saunders et al., 2023). Braun ja Clarke (2022) korostavat kuitenkin kirjassaan, että koodimanuaali ei välttämättä kuulu *reflektiivisen teema-analyysin* prosessiin, vaikka siinäkin koodausvaihe tehdään systemaattisesti ja analyyttisesti koko aineistoon poimien relevantit ajatukset (Braun & Clarke, 2022, s. 35).

Teemojen muodostamisen vaiheessa aineistosta tunnistetaan teemoja ja alateemoja, jotka kuvaavat tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä (Sawatsky et al., 2019). Teemoja muodostamalla rakennetaan aineistosta tarinaa, joka pohjautuu valittuun tutkimuksen lähestymistapaan ja tutkimuskysymykseen (Saunders et al.,

2023). Teemoissa keskeistä on niiden merkityksellisyys tutkimuskysymyksen näkökulmasta (Campbell et al., 2021).

Teemat voivat olla semanttisia tai latentteja (Braun & Clarke, 2022; Campbell et al., 2021). Tutkija tulkitsee aineistoa ja latenttien teemojen avulla pyrkii löytämään sanojen ja lauseiden taustalla olevia merkityksiä (Braun & Clarke, 2022). Semanttiset teemat puolestaan tarjoavat pinnallisempia kuvauksia aineistosta (Campbell et al., 2021). Teemojen muodostamisen vaiheessa ei ole hyvä kiirehtiä vaan huolella reflektoida kutakin teemaa, ja näin välttää heikot ja pelkäksi aiheen yhteenvedoksi jäävät teemat (Braun & Clarke, 2022, p. 77; Saunders et al., 2023).

Muistioiden kirjoittaminen on keskeistä teema-analyysin eri vaiheissa. Muistioiden avulla tutkija voi reflektoida omia ajatuksiaan aineistosta ja tehdä reflektiosta näkyvää kirjoittamalla. Muistioiden merkitys on tärkeä, vaikka ne eivät päädykään sellaisenaan lopulliseen käsikirjoitukseen. Myös visuaaliset teemakartat ovat hyödyllisiä ja ne voivat tuoda esiin teemojen välisiä suhteita sekä analyysiprosessin aikana (Campbell et al., 2021; Saunders et al., 2023) että tuloksista raportoidessa (Braun & Clarke, 2022, s. 130).

Kaikissa teema-analyysin vaiheissa on olennaista iteratiivisuus eli prosessissa palataan takaisin aiempiin vaiheisiin. Iteratiivisen prosessin aikana ymmärrys ja oivallukset aineiston koodeista, teemoista ja näiden välisistä monitasoisista suhteista syvenevät. Myös tutkimuskysymys voi iteratiivisessa prosessissa muokkautua (Campbell et al., 2021).

Teema-analyysissä ei yleensä käytetä määrällisiä lukuja esimerkiksi siitä, kuinka moni osallistujista oli tuonut esiin jotain tiettyä asiaa (Braun & Clarke, 2022, s. 141; Saunders et al., 2023). Sen sijaan analyysiprosessia tai tuloksia esitellessä voidaan valita kutakin teemaa monipuolisesti kuvaavia lainauksia (Braun & Clarke, 2022, s. 135).

4.1.3 Fenomenologia

Fenomenologia on laadullinen tutkimusmenetelmä, jonka tavoitteena on syvällinen ymmärrys ihmisten kokemuksista ja ilmiöiden merkityksistä (Huhtinen & Tuominen, 2020; Laine, 2018). Fenomenologiassa on kaksi filosofista perinnettä ja pääsuuntausta: Heideggerin esittämä kuvaileva (deskriptiivinen) ja Husserl'n mukainen tulkinnallinen (hermeneuttinen) (Neubauer et al., 2019; Reiners, 2012).

Fenomenologiassa käsite ”eletty kokemus” (engl. lived experience) viittaa henkilön omakohtaiseen kokemukseen jostakin asiasta ja sen syvempään henkilökohtaiseen merkitykseen (Max Van Manen, 2017). Keskeistä fenomenologisessa tutkimuksessa on tuoda analyysissä ja tuloksissa esiin eletyn kokemuksen merkitys, esimerkiksi esimerkkien avulla (Max Van Manen, 2017; Michael van Manen & van Manen, 2021). Tärkeää on ihmiskäsitys ja kokemuksen

merkitys; miten ihminen itse kokee maailman ja millainen merkitys näillä kokemuksilla on. Merkitykset rakentuvat yhteisössä, ja samassa yhteisössä olevilla on yhteisiä tapoja kokea maailma (Laine, 2018). Fenomenologinen lähestymistapa tuo esiin myös näkökulmia, joita tavallisesti saatetaan pitää itsestäänselvyyksinä (Hopkins et al., 2017). Vaikka fenomenologia ei tarjoa suoria ratkaisuja, se voi auttaa ymmärtämään ilmiöitä syvällisemmin (Hopkins et al., 2017). Fenomenologiassa tyypillistä on oman ennakkokäsityksen tiedostaminen ja toisaalta ilmiön käsitteleminen ”sellaisena kuin se on” (Errasti-Ibarrondo et al., 2018).

Fenomenologia soveltuu terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksen tutkimukseen ja se tuo ymmärrystä, miten toisten kokemuksista voidaan oppia (Neubauer et al., 2019). Koulutuksen kysymyksissä ei välttämättä aina ole tarkoituksenmukaista etsiä objektiivista totuutta, vaan merkityksellisempää on ymmärtää osallistujien näkemyksiä (Hopkins et al., 2017). Esimerkiksi valmistuminen lääkäriksi ja työelämään siirtyminen (M. Brown et al., 2021) tai häpeän kokemukset erikoistuvan lääkärin kliinisissä oppimisympäristöissä (W. E. Bynum et al., 2019) ovat teemoja, joihin fenomenologiaa on sovellettu.

Fenomenografia ja fenomenologia ovat lähellä toisiaan olevia laadullisia menetelmiä, joissa molemmissa tutkitaan kokemuksia ja ilmiöitä. Fenomenografiassa keskitytään tutkimaan kokemusten erilaisia variaatioita, kun taas fenomenologian päätavoitteena on ymmärtää kokemusten merkitys (Röing et al., 2018; Stenfors-Hayes et al., 2013).

Hermeuttinen ote lisää fenomenologiaan tulkinnallisuuden elementin. Hermeneuttisen fenomenologian tarkoitus on muodostaa rikas ja monipuolinen kuvaus ilmiöstä jossain tietyssä kontekstissa (Ajjawi & Higgs, 2007). Hermeneuttinen sykli kuvaa tätä iteratiivista prosessia, jossa haetaan jaettua ymmärrystä osallistujien ja tutkijan kesken (Hopkins et al., 2017).

Hermeneuttisessa fenomenologiassa tutkittava aihe nousee usein tutkijan oman kiinnostuksen tai kokemuksen kautta (W. Bynum & Varpio, 2018). Hermeneuttisen fenomenologiassa ajatellaan ihmisen kokemusten olevan sidoksissa yksilölliseen historiaan ja kulttuuriin (Neubauer et al., 2019). Näin ollen myös tutkijan oman kokemuksen reflektiolla on olennainen merkitys aineiston keräyksen, analyysin ja kirjoitusprosessin aikana (W. Bynum & Varpio, 2018). Tutkija hyväksyy ja hyödyntää avoimesti omaa käsitystään ymmärtääkseen tutkittavaa ilmiötä paremmin (Hopkins et al., 2017).

Hermeneuttisessa fenomenologiassa lukeminen ja kirjoittaminen ovat keskeisiä elementtejä. Tutkimusprosessi edellyttää aineiston syvälukemista, reflektiivistä kirjoittamista, uudelleen lukemista ja jälleen uudelleen kirjoittamista (Neubauer et al., 2019). Iteratiivisen prosessin aikana aiempiin vaiheisiin, teksteihin ja reflektointeihin palataan useaan otteeseen. Fenomenologian voidaankin sanoa olevan reflektoimista ja reflektointi edellyttää kirjoittamista (Errasti-Ibarrondo et al.,

2018). On myös tyypillistä, että teoriat ja aiemmat tutkimustulokset tuodaan mukaan tutkimusprosessiin vasta omien analyysitulosten valmistumisen jälkeen (Laine, 2018). Teorian integroiminen analyysin tuloksiin auttaa ymmärtämään tuloksia ja sitoo ne laajempaan yhteyteen (Neubauer et al., 2019).

4.2 Tutkimusympäristö

Tämä tutkimus toteutettiin kaksikielisessä terveyskeskuksessa Pohjanmaalla Vaasan kaupungissa, jonka asukkaista 68 % on suomenkielisiä, 24 % ruotsinkielisiä ja 8 % muun kielisiä. Kaupungin väestö on 67 000 asukasta. (Tilastokeskus; Kuntien Avainluvut, 2019). Terveyskeskuksessa oli tutkimuksen aikaan viisi terveysasemaa, joista neljä oli kaupungissa ja yksi maaseudulla. Terveysasemilla työskenteli 3–11 lääkäriä.

Tutkimusympäristönä toimivassa terveyskeskuksessa oli viime vuosina panostettu merkittävästi lääketieteen koulutuksen infrastruktuurin, prosessien ja sisältöjen kehittämiseen, jotta saataisiin aikaan korkealaatuinen elinikäisen oppimisen ympäristö. Lisäksi lääkärikouluttajien ja ohjaajien pedagogista osaamista oli vahvistettu yhteistyössä Turun yliopiston kanssa. Tutkimuksen tekeminen ei kuitenkaan ollut yleistä terveyskeskuksessa, minkä vuoksi tutkimuksen alkuvaiheessa panostettiin runsaasti koko työyhteisön informoimiseen tutkimuksen teemasta ja suunnitelmista.

Kielimentori-ohjelma suunniteltiin ja toteutettiin kaksikielisessä terveyskeskuksessa vuosina 2018–2021 ennen hyvinvointialueuudistusta. Terveyskeskuksen palveluiden järjestämisestä, henkilökunnan rekrytoinnista ja ammatillisesta osaamisesta vastasi tällöin Vaasan kaupunki. Suomessa tapahtui merkittävä muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä pelastuslaitoksessa, kun järjestämislaki astui voimaan vuonna 2023 ja 21 hyvinvointialuetta sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä muodostettiin (Laki hyvinvointialueesta 611/2021, 2021; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021, 2021). Kaikki Pohjanmaan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot yhdistyivät Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymäksi jo vuotta aiemmin vuonna 2022. Vuoden 2022 lopulla, Kielimentori-ohjelman interventioiden jälkeen, neljä kaupungin terveysasemaa muutti uusiin yhteisiin tiloihin keskussairaalan alueelle.

Ennen Kielimentori-ohjelman aloittamista terveyskeskuksen potilaille tehtiin kysely keväällä 2019. Kyselyn avulla kartoitettiin potilaiden kokemuksia lääkärinvastaanotolla, vastaanoton toivekieltä ja kielenkäyttöä. Alkuperäisen suunnitelman mukaan kysely oli tarkoitus toistaa ohjelman päätyttyä, mutta COVID-19-pandemian aiheuttaman henkilöstökuormituksen vuoksi tästä suunnitelmasta luovuttiin.

Potilaskyselyyn vastasi yhteensä 169 henkilöä huhti-kesäkuussa 2019. Vastaajista 62 % oli suomenkielisiä, 31 % ruotsinkielisiä ja 6 % kaksikielisiä (suomi ja ruotsi) sekä 1 % muun kielisiä. Ikäjakauman mukaan 46 % vastaajista oli 18–64-vuotiaita ja 54 % yli 65-vuotiaita. Naisia oli 60 % ja miehiä 40 %.

Koulutustasoltaan vastaajat jakautuivat seuraavasti: peruskoulun suorittaneita oli 21 %, toisen asteen koulutuksen suorittaneita 46 % ja korkeakoulututkinnon suorittaneita 33 %. Vastaajista 38 % koki terveydentilansa tyydyttäväksi tai huonoksi, kun taas 62 % arvioi terveydentilansa hyväksi tai erinomaiseksi.

Vastaajista 43 % kertoi, että heiltä kysyttiin vastaanoton alussa, mitä kieltä he toivoivat käytettävän. Kuitenkin 53 % ilmoitti, ettei kielen valintaa kysytty lainkaan. Vastaajista 4 % jätti vastaamatta kielen valintaan liittyvään kysymykseen. Kielenkäytön osalta 67 % sai palvelua lääkärin vastaanotolla suomeksi, 31 % ruotsiksi ja 2 % molemmilla kielillä.

4.3 Tutkimuksen osallistujat

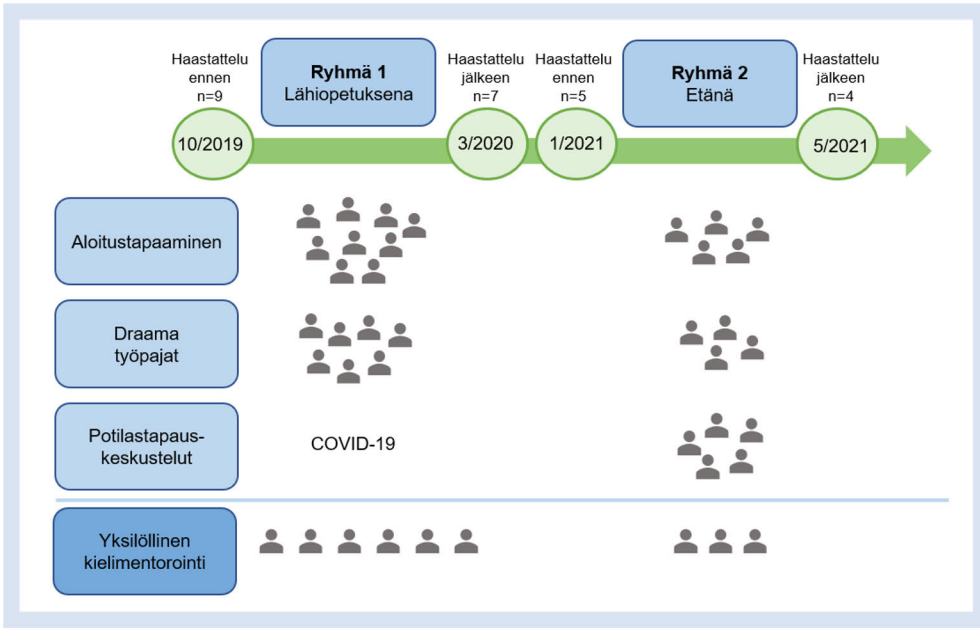
Kielimentori-ohjelmasta informoitiin koko terveyskeskuksen henkilökuntaa osastotunneilla ja lääkärikokouksissa. Kielimentori-ohjelmaan osallistumista tarjottiin kaikille Vaasan terveyskeskuksessa työskenteleville erikoistuville lääkäreille sekä yleislääketieteen erityiskoulutus- eli YEK-vaihetta suorittaville lääkäreille. Rekrytoinnin laaja-alaisuuden katsottiin tukevan osallisuutta ja työyhteisön yhteenkuuluvuutta. Suomessa erikoislääkärikoulutukseen kuuluu pakollinen yhdeksän kuukauden terveyskeskusjakso, mikä vaikuttaa osaltaan lääkäreiden rekrytointiin ja vaihtuvuuteen työyhteisössä.

Kielimentori-ohjelmaan ja -tutkimukseen osallistujien rekrytoinnissa käytettiin kriteerien mukaista (engl. criterion sampling) osallistujien valintaa (Moser & Korstjens, 2018). Se tarkoittaa tässä tutkimuksessa sitä, että osallistujiksi rekrytoitiin terveyskeskuksen erikoistuvia ja YEK-lääkäreitä, joiden äidinkieli ei ollut ruotsi ja jotka olivat suorittaneet vähintään ruotsinkielen perusteet. Rekrytointikutsu lähetettiin sähköpostitse erikoistuville lääkäreille, joiden äidinkieli oli muu kuin ruotsi (n=17). Ensimmäisen interventioryhmän osallistujat rekrytoitiin sähköpostitse toukokuun ja syyskuun 2019 välisenä aikana. Toisen ryhmän rekrytointi toteutettiin lokakuun ja joulukuun 2020 välisenä aikana.

Kielimentori-ohjelmaan osallistui yhteensä 14 erikoistuvaa lääkäriä. Rekrytointikutsun saaneista kolme ei osallistunut ohjelmaan. Suurimmalla osalla (n=11) äidinkieli oli suomi ja he olivat opiskelleet ruotsia lukiossa ja yhden pakollisen kurssin lääketieteen opintojensa aikana. Erikoistuvat lääkärit, jotka olivat tulleet Pohjoismaiden ulkopuolelta (n=3), olivat opiskelleet ruotsin perusteita ennen Kielimentori-ohjelman alkua.

Osallistujista 11 oli valmistunut lääkäriksi alle vuosi sitten ja kolme osallistujaa oli toiminut lääkärinä 6–9 vuotta. Osallistujat olivat 26–38-vuotiaita. Viisi osallistujaa oli erikoistumassa yleislääketieteeseen, kuusi osallistujaa oli valinnut jonkin toisen erikoisalan ja kolme osallistujaa suoritti YEK-vaihetta.

Ensimmäisessä ryhmässä oli yhdeksän osallistujaa ja heille ohjelma toteutettiin lokakuun 2019 ja maaliskuun 2020 välisenä aikana. Toisessa ryhmässä oli viisi osallistujaa ja ohjelma toteutettiin tammikuun 2021 ja toukokuun 2021 välisenä aikana. Kaksi osallistujaa ensimmäisessä ryhmässä ja yksi toisessa ryhmässä ei tehnyt ohjelmaa loppuun saakka kiireisen työajan tai toiseen työpaikkaan muuttamisen vuoksi. Yhteensä 14 haastattelua tehtiin ennen interventioiden alkua. Loppuhaastattelu tehtiin 11 osallistujalle toukokuun 2019 ja kesäkuun 2021 välisenä aikana. Kuvassa 5. on Kielimentori-ohjelma ja osallistujien osallistumien eri osioihin.



Kuva 5. Kielimentori-ohjelmaan osallistuminen ja aikataulu 2019–2021. Tutkijan oma piirros

Ensimmäisen ryhmän loppuvaiheessa työolosuhteet muuttuivat COVID-19 pandemian vuoksi, mikä vaikutti kaikkiin muodollisiin ja epämuodollisiin tapaamis- ja koulutusmahdollisuuksiin. Tutkijana ja koulutusylilääkärinä minulla ei ollut mahdollisuutta tavata erikoistuvia lääkäreitä yhtä usein kuin aiemmin, mikä vaikeutti myös rekrytointia Kielimentori-ohjelmaan ja -tutkimukseen. Toisen ryhmän aloitusta jouduttiin siirtämään viisi kuukautta, koska koko työyhteisön resurssit oli

suunnattu pandemian hoitoon. Lisäksi sopeuduttiin kansallisiin suosituksiin ja vältettiin fyysisiä kokoontumisia pandemian aikana.

4.4 Tutkijan aseman reflektio

Laadullisessa tutkimuksessa on olennaista reflektoida tutkijan omaa asemaa tutkimukseen, osallistujiin ja kontekstiin liittyen (Braun & Clarke, 2022, s. 12–22; Damianakis & Woodford, 2012; Ellis, 2007; Hopkins et al., 2017). Tutkijan asemointi on jatkuva prosessi (Hopkins et al., 2017) ja esimerkiksi fenomenologian hermeneuttinen kehä ohjaa tähän jatkuvaan reflektioon (Walsh, 2003). Näin lukija voi muodostaa käsityksen, miten tutkijan tausta ja kokemukset ovat vaikuttaneet tutkimuksen eri vaiheissa. Laadullinen tutkimus on luonteeltaan subjektiivista ja sitä on läpinäkyvästi reflektoitava. Reflektio on myös olennainen osa ammatillisen osaamisen kehittämistä (Peura et al., 2020), minkä vuoksi se tässä väitöskirjassa tulee luontevaksi osaksi kokonaisuutta.

Walsh (2003) tuo esiin reflektiivisyyden neljä näkökulmaa: tutkijan henkilökohtainen reflektiivisyys, tutkijan ja osallistujien välinen reflektiivisyys, metodologinen reflektiivisyys ja kontekstuaalinen reflektiivisyys (Walsh, 2003).

Tutkijan henkilökohtainen reflektiivisyys tuo lukijalle esiin miten tutkijan asenteet ja olettamukset vaikuttavat tutkimusprojektin eri vaiheisiin (Walsh, 2003). Walshin mukaan vaatii tutkijalta rohkeutta tuoda esiin ja myös hyväksyä oman osuutensa merkitys prosessiin ja tuloksiin (Walsh, 2003). Henkilöiden välinen reflektiivisyys kuvailee tutkijan ja osallistujien välistä suhdetta (Walsh, 2003). Metodologinen reflektiivisyys tarkoittaa sitä, miten tutkija tuo esiin tutkimuksessa käytetyt teoreettiset taustat ja valinnat (Walsh, 2003). Kontekstuaalinen reflektiivisyys asemoi tutkimuksen kulttuuriseen ja historialliseen toimintaympäristöön (Walsh, 2003).

Esitän tässä kappaleessa oman tutkijan asemani reflektion Paleniuksen ja Nymanin vuonna 2023 julkaiseman mallin avulla (Palenius & Nyman, 2023). Reflektiivisyyden neljän dimension malli koostuu tieteellisestä taustan ja kontekstin tuntemuksesta sekä sosiaalisten taitojen ja aidon sitoutumisen kuvauksesta (Palenius & Nyman, 2023). Kuva 6. on muokattu Paleniuksen ja Nymanin esittämästä mallista ja se tuo esiin omaa asemaani tutkijana tässä väitöskirjatutkimuksessa. Braun ja Clarke korostavat, että reflektiivisyys on jatkuva prosessi – ennemminkin matka kuin kohde (Braun & Clarke, 2022, s. 15). Tutkijan asemani reflektio on muodostunut ja muokkautunut koko tutkimusprosessin aikana vuosina 2018–2025. Olen käyttänyt apuna sekä omaa tutkimuspäiväkirjaani että analyysiprosessin aikana kirjoittamiani muistioita.

Kuva 6. Oma tutkijan asemani reflektion osa-alueet Paleniuksen ja Nymanin kuvaaman mallin mukaisesti (Palenius & Nyman, 2023). Lupa kuvan käyttämiseen ja muokkaukseen saatu 27.3.2024. Ympyrän sisällä olevat aiheet reflektoivat tähän väitöskirjatutkimukseen.

4.4.1 Tieteellinen tausta

Olen valmistunut lääketieteen lisensiaatiksi vuonna 2002, yleislääketieteen erikoislääkäriksi 2013 ja terveydenhuollon erikoislääkäriksi 2023.

Lääketieteen pedagogiikkaa olen opiskellut yleislääketieteen kouluttajavalmennuksessa (Helin-Salmivaara et al., 2021) sekä toiminut itse valmennuksissa kouluttajien kouluttajana. Kasvatustieteen yliopisto-opintoja olen suorittanut avoimessa yliopistossa. Lääketieteen koulutuksen tutkimuksen maailmaan olen päässyt seuraamalla alan kansainvälisiä julkaisuja sekä KeyLime- ja the Papers-podcast ohjelmia, joissa alan kansainväliset huippututkijat reflektoivat lääketieteen koulutuksen tutkimusten menetelmiä ja koulutuksellisia tuloksia. Suomessa on haasteellista saada koulutusta lääketieteen koulutuksen tutkimuksen tekemiseen (Kulmala et al., 2024), ja sen vuoksi itseopiskelu on ollut merkittävässä roolissa. Lääkäriseura Duodecimin koulutusvaliokunnan puheenjohtajuus 2023–2025 on tukenut verkostoitumista ja aikuispedagogiikan osaamiseni kehittymistä.

Oma polkuni laadullisen tutkimuksen pariin on kulkenut käytännön lääkärin työn, kehittämistehtävien ja kouluttajan roolin kautta tutkijaksi. Koulutusylilääkärinä olin luonut Vaasan terveyskeskukseen jatkokoulutuksen toimintamalleja ja prosesseja, joihin ovat kuuluneet erikoistuvien lääkärien aloitus- ja loppukeskustelut. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan oma esikäsitys vaikuttaa koko tutkimusprosessiin (Puusa, 2020b). Tässä tutkimuksessa esikäsitykseni oli

muodostunut usean vuoden aikana työskennellessäni kaksikielisessä organisaatiossa ja rakentaessani lääkärikoulutuksen infrastruktuuria. Olin tehnyt erikoistuville ja YEK-lääkäreille ja heidän ohjaajilleen aloituskeskusteluja ja loppukeskusteluita kolmikantakeskusteluina jo lukuisia kertoja ennen Kielimentori-ohjelman aloitusta. Näin olin saanut syvällisen käsityksen haastattelumenetelmän mahdollisuuksista käsitellä moninaisia teemoja luottamuksellisessa dialogissa.

4.4.2 Kontekstin tuntemus

Yleislääketieteen erikoislääkärinä tunnen terveyskeskuksen toimintaympäristön useamman vuoden ajalta. Kielimentori-ohjelman ajan olin sekä lääkäri että tutkija. Osallistujien kanssa saman ammatin etuja oli, että tunsin työn ja toimintaympäristön hyvin ja sitä kautta luottamus osallistujiin oli luontevaa muodostaa. Lääkärin ja tutkijan roolin yhdistäminen taas mahdollisti kontekstin huomioimisen ja oppimisen teorioiden soveltamisen myös analyysivaiheessa (Qureshi, 2021).

Lääkärikouluttajana olen voinut edistää pohjoismaisia yleislääketieteen ydinarvoja ja periaatteita liittyen koulutuksen, tutkimuksen ja laadun kehittämiseen. Periaatteiden mukaan yleislääketieteen erikoislääkäreillä on keskeinen rooli lääketieteen opiskelijoiden ja erikoistuvien lääkäreiden kouluttamisessa sekä yliopistossa että terveyspalvelujärjestelmässä. Periaate tuo näkyväksi tutkimuksen merkityksen: ”toteutamme ja edistämme yleislääketieteen tutkimustyötä auttaaksemme potilaitamme ja kehittyäksemme yhä taitavammiksi lääkäreiksi. ” Lisäksi periaatteissa korostetaan, että ”uusin tieteellinen tietämys on aina yhdistettävä ja suhteutettava potilaan yksilöllisiin tarpeisiin, yhteiskunnallisesti kestävällä tavalla.” (Nordic Federation of General Practice (NFGP), 2020; Suomen yleislääkärit ry & Suomen yleislääketieteen yhdistys, 2020)

Kielimentori-ohjelma ja siihen liittyvä toimintatutkimus rakentui kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Potilaiden hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi oli kehitettävä jotain sellaista, joka on kaksikieliseen kontekstiin soveltuva ja tarpeista lähtevä. Tutkimuksen tekeminen yliopistopaikkakunnan ulkopuolella ei ole kuitenkaan kovin yksinkertaista. Toimintatutkimuksen käytännönläheisyys oli avainasemassa.

4.4.3 Sosiaaliset taidot

Taitoni haastatella ja arvioida ovat kehittyneet koulutusylilääkärin tehtävässä vuosien ajan. Kokemus ryhmän toiminnasta on ollut tärkeä osa lääketieteen koulutuksen infrastruktuuria rakennettaessa. Kommunikaatiotaitojen oppiminen on jatkuvan oppimisen prosessi, jota yleislääkärinä ja lääkärikouluttajana olen harjoitellut.

Oma asemani osallistujiin nähden oli jatkuvan reflektion kohteena. Halusin nähdä esimerkiksi, miten draama toimii kielen oppimisessa, sillä tätä menetelmää emme olleet aiemmin käyttäneet. Osallistuin harjoituksiin saadakseni myös omakohtaisen käsityksen menetelmän toimivuudesta ja sen mahdollisesta käytöstä jatkokoulutuksessa. Koin hyvin luonnolliseksi olla mukana ryhmätilaisuuksissa ja olla yhdistävä linkki draamapedagogien, kielimentorien ja osallistujien välillä. Menettely oli sama kuin erikoistumiskoulutuksessa yleensä, jolloin toimin järjestäjänä, koordinaattorina ja fasilitaattorina. Koulutusylilääkärin tehtävässä olin omaksunut roolin olla mukana kaikessa järjestämässäni, joten poisjääminen ei tuntunut luontevalta.

4.4.4 Aito sitoutuminen

Halu ymmärtää syvästi sai alkunsa käytännön kokemuksesta ja tarpeista. Oma käytännönläheinen tutkimus ja aihe, johon olen suhtautunut intohimoisesti koko prosessin ajan, nousi analyysissä yhdessä tukipilariksi. Lääketieteen koulutus ja sen tutkimus sekä kaksikielisyys ovat tärkeitä teemoja. Halusin tuoda ne yhteen ja tutkia, miten ne tukevat ja vahvistavat toisiaan.

Empatia ja herkkyys ovat asioita, joita lääkärikouluttajana ja myös yleislääkärin vastaanotolla tarvitaan. Laadullinen tutkimus antaa mahdollisuuden hyödyntää näitä koko tutkimusprosessin ajan, mukaan lukien aineiston keruu- ja analyysivaiheen.

Tarkkuus ja perusteellisuus liittyvät omalla kohdallani erityisesti suunnitteluun, oli kyseessä sitten koulutusinterventio tai tutkimukseen liittyvä prosessi. Laadullinen tutkimus vaikutti ensin jonkin verran epämääräiseltä, varsinkin (bio)lääketieteellisen koulutuksen saaneelle. Siihen tarkkuuden ja systemaattisen lähestymistavan omaksuminen toi lujuutta ja vakautta.

4.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyden pohdinnassa käytän viitekehyksenä Tracyn (2010) esittämiä laadullisen tutkimuksen laatukriteereitä ja kuvaan menetelmien eettisyyden ja viralliset hyväksymismenettelyt, kontekstiin liittyvät erityiskysymykset sekä käytännön eettiset kysymykset (Reid et al., 2018; Tracy, 2010).

Suomalaisten tutkimuseettisten periaatteiden mukaan tähän tutkimukseen ei ollut tarpeen hakea lupaa eettiseltä toimikunnalta (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa - Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019, 2019). Vaasan terveyskeskuksen käytännön mukaisesti johtava ylilääkäri myönsi tutkimusluvan. Kaikki osallistujat antoivat suullisesti informoidun suostumuksensa tutkimukseen

osallistumisesta. Osallistuminen oli vapaaehtoista ja maksutonta. Lisäksi koko terveyskeskuksen henkilökuntaa informoitiin kaikilla terveysasemilla. Näiden keskustelutilaisuuksien ansiosta tutkimukseen saatiin syvällisempi käsitys organisaation kontekstista ja kieli-ilmapiiristä.

Tämä tutkimus on tehty yhdessä organisaatiossa, mikä on otettu tarkasti huomioon analyysissä, tulosten kirjoittamisessa ja erityisesti osallistujien lainausten käytössä (Damianakis & Woodford, 2012).

Tutkimuksen eri vaiheissa tarkasteltiin käytännön eettisiä kysymyksiä (Reid et al., 2018; Tracy, 2010). Väitöskirjatutkijana toimin organisaation sisäisenä tutkijana (engl. insider researcher) (Heslop et al., 2018), koska työskentelin terveyskeskuksessa koulutusylilääkärinä. Tämä kaksoisrooli (Keune et al., 2013) oli tärkeä intervention aloituksen, rekrytoinnin (Bonisteel et al., 2021), suunnittelun ja toteutuksen kannalta. Organisaation historian ja kulttuurin tunteminen oli olennaista. Vaikka minulla oli kaksoisrooli tutkijana ja koulutusylilääkärinä, en ollut työnjohdollisessa valtasuhteessa osallistujiin. Koulutusylilääkärin virka oli terveyskeskuksessa toiminnallinen, eikä siihen liittynyt esihenkilöasemaa.

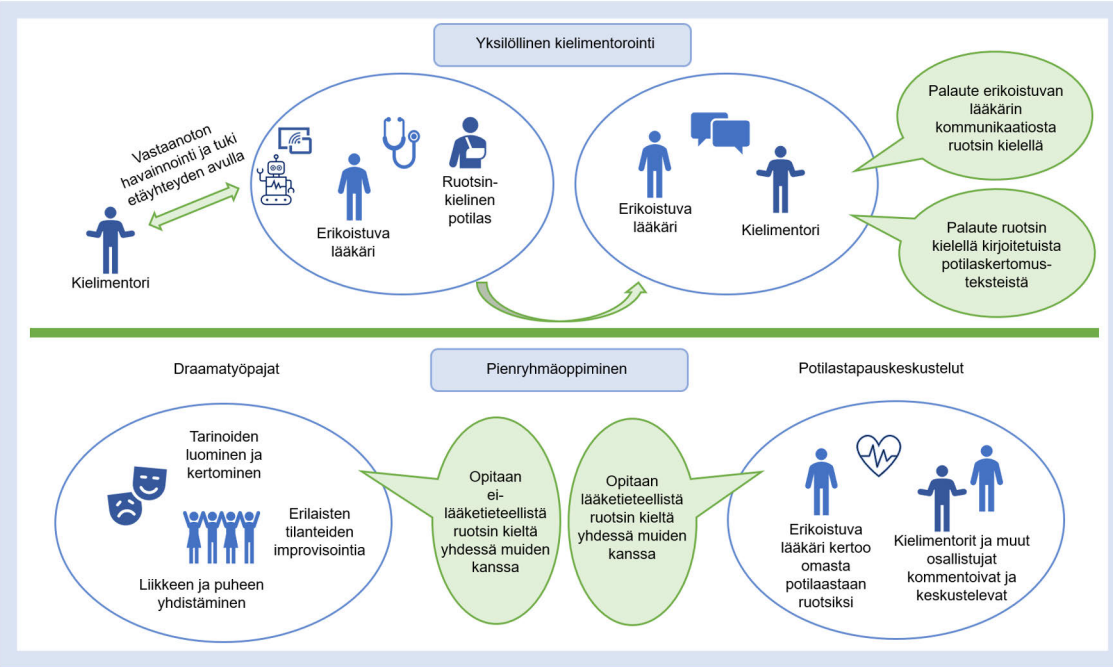
Pitkittäinen laadullisen tutkimuksen lähestymistapa (engl. longitudinal qualitative research) (Balmer et al., 2021) mahdollisti syvemmän suhteen luomisen osallistujien kanssa Kielimentori-ohjelman ja tutkimuksen aikana sekä tarjosi tilaisuuden kuulla heidän näkemyksiään kaksikielisyydestä ja oppimisprosessista.

4.6 Kielimentori-ohjelma

Tässä kappaleessa kuvaan Kielimentori-ohjelman. Käytän kuvauksessa Phillips ym. (2016) muotoilemaa koulutusinterventioiden raportointimallia (the guideline for reporting evidence-based practice educational interventions and teaching (GREET) (A. Phillips et al., 2016; A. C. Phillips et al., 2016).

Kielimentori-ohjelma koostui kahdesta osasta: kommunikaatio ja kirjalliset taidot. Tutkimusjakson aikana 2019–2021 Kielimentori-ohjelmassa oli kaksi interventioryhmää. Molempien interventioryhmien kesto oli viisi kuukautta. Interventio integroitiin erikoistuvan lääkärin työohjelmaan terveyskeskuksessa, jossa hän hoiti potilaita päivittäin sekä suomen että ruotsin kielellä.

Yksilöllinen kielimentorointi ja pienryhmäoppiminen olivat Kielimentori-ohjelman oppimismenetelmät (Kuva 7.). Yksilöllisessä kielimentoroinnissa osallistujat saivat tukea ja palautetta ruotsin kielestä ja kommunikaatiosta kielimentorilta, joka seurasi vastaanottoa digitaalisten välineiden avulla. Kirjallisten taitojen kehittämiseksi osallistujat saivat palautetta ruotsiksi laatimistaan potilasteksteistä. Pienryhmätapaamiset sisälsivät aloitustilaisuuden, draamatyöpajoja ja potilastapauskeskusteluja.



Kuva 7. Kielimentori-ohjelman oppimismenetelmät. Tutkijan oma piirros.

Kielimentori-ohjelmassa oli yhteensä kahdeksan pienryhmätilaisuutta, joista kolme toteutettiin lähitapaamisina ensimmäiselle ryhmälle ja viisi etäyhteyksin toiselle ryhmälle. Pienryhmätapaamiset toteutettiin 1–2 tunnin kestoisina kerran kuukaudessa. Ensimmäisellä interventioryhmällä oli kolme pienryhmätapaamista lähitapaamisena ja toisella ryhmällä viisi tapaamista etänä. Suunnitelma pienryhmätapaamisista lähetettiin kaikille osallistujille etukäteen.

4.6.1 Suunnitteluvaihe

Intervention suunnitteluvaihe kesti noin vuoden ajan huhtikuusta 2018 maaliskuuhun 2019. Suunnitteluvaiheessa kiinnitin erityistä huomiota osallistujien yksilöllisten tavoitteiden huomioimiseen ja siihen, miten interventio integroidaan lääkärin työhön ja terveyskeskuksen olemassa olevaan lääkärikoulutuksen infrastruktuuriin.

Ohjelmaa kehitettiin 2018–2021 moniammatillisessa työryhmässä, johon kuului asiantuntijoita pedagogiikan, lääketieteen, kansanterveystieteen ja digiteknologian alalta. Vaasan terveyskeskuksen opetushoitajan rooli työryhmän jäsenenä ja sihteerinä oli tärkeä.

Suunnitteluvaiheessa kiinnitettiin huomiota myös työyhteisön informoimiseen ja sitouttamiseen. Kaikki terveyskeskuksen lääkärit osallistuivat potilaskyselyiden

jakamiseen keväällä 2019. Kyselyn tuloksia on esitetty aiemmassa kappaleessa 4.1 Tutkimusympäristö.

4.6.2 Oppimistavoitteet

Kielimentori-ohjelman ensisijaisina oppimistavoitteina oli vahvistaa osallistujien ruotsin kielen käyttöä lääkärintyössä. Tavoitteena oli syventää osallistujien kykyä ymmärtää ja puhua sekä lääketieteellistä että ei-lääketieteellistä ruotsia. Lisäksi tavoitteena oli edistää osallistujien kirjallisia taitoja ja varmuutta laatia potilastekstejä ruotsiksi.

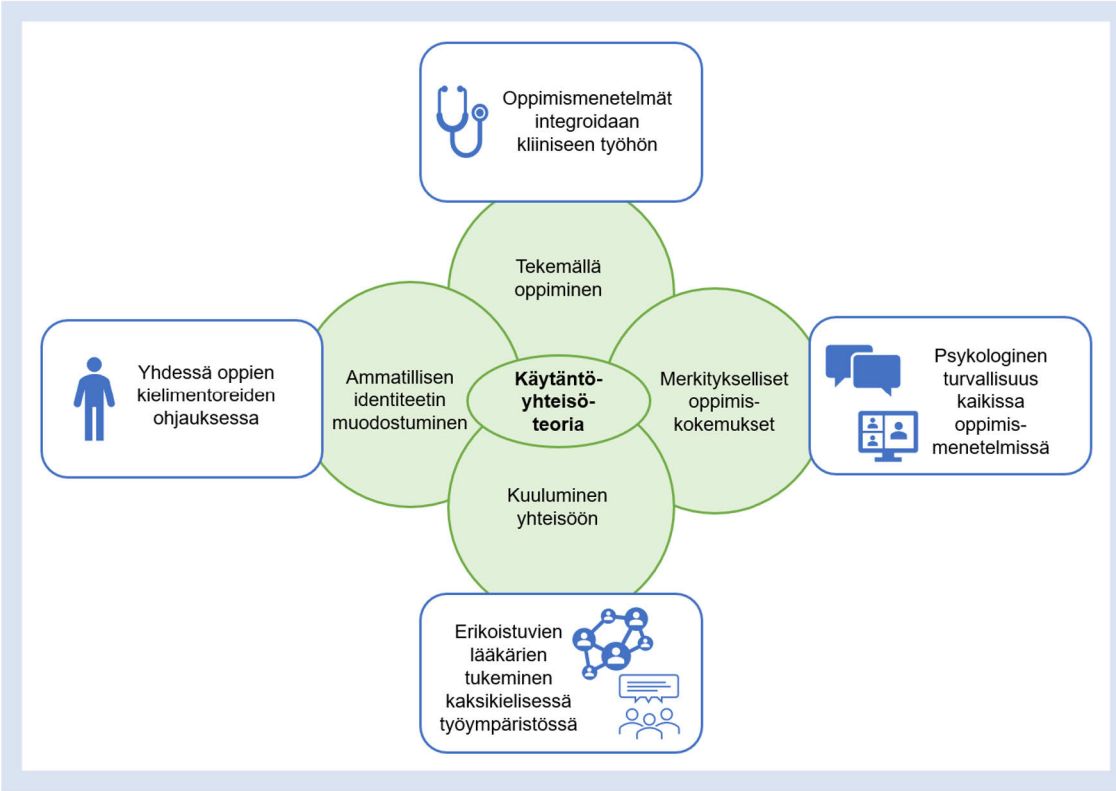
4.6.3 Oppimisen teoreettinen viitekehys

Kielimentori-tutkimuksen paradigma on konstruktionismi (Bergman et al., 2012; Rees et al., 2020). Uutta tietoa muodostetaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa tietyissä konteksteissa, ja lisäksi totuus maailmasta on relatiivinen ja subjektiivinen (Mann & MacLeod, 2015, s.55). Kaksikielisyyden teema liittyi vahvasti organisaation kontekstiin ja kaksikielisessä työyhteisössä oppimiseen eli sosiaalisen oppimisen teorioiden alueisiin (Taylor & Hamdy, 2013).

Valitsin oppimisen teoreettiseksi viitekehykseksi käytäntöyhteisöteorian (Community of Practice = CoP), jonka neljä oppimiseen vaikuttavaa ulottuvuutta ovat työssäoppiminen, yhteisöön kuuluminen, merkitykselliset oppimiskokemukset ja identiteetin muodostuminen (R. L. Cruess et al., 2018; Lave & Wenger, 1991; McGrath et al., 2020; Wenger, 1998).

Sosialisaation ja yhteisön huomioivana oppimisen teoriana käytäntöyhteisöteoria toi Kielimentori-ohjelman teoreettiseen pohjaan kaivattua syvyyttä. Kaksikieliseen ympäristöön ja yhteisöön sisään pääsemiseen on kiinnitettävä huomiota. CoP-teoria antaa ymmärrystä ja suuntaa yksilö- ja yhteisötason reflektointiin.

Kuva 8. havainnollistaa tarkemmin CoP-teorian Kielimentori-ohjelman suunnittelun taustalla. Periaate ”tekemällä oppiminen” rohkaisi minua integroimaan ohjelman oppimismenetelmät erikoistuvan lääkärin kliiniseen työhön. Tarkoituksena oli edistää ja mahdollistaa merkityksellisiä oppimiskokemuksia psykologisesti turvallisessa ympäristössä sekä lähi- että etämenetelmin. Kuulumista yhteisöön vahvistettiin tukemalla oppimista ja työskentelyä kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Ammatillisen identiteetin muodostumista vahvistettiin yhdessä oppien muiden erikoistuvien lääkärien ja kokeneiden kaksikielisten kielimentoreiden kanssa.



Kuva 8. Käytäntöyhteisöteoria Kielimentori-ohjelman suunnittelun tukena. Tutkijan oma piirros.

Analyysivaiheessa aineisto ohjasi aiempien kokemusten syvällisempään pohdintaan ja päädyin ottamaan mukaan kompleksiseen toimintaympäristön tutkimukseen soveltuvan oppimisen teorian. Valitsin CHAT-teorian tukemaan osan III ”Potilaan kohtaaminen” analyysiä. Kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria (CHAT) pyrkii ymmärtämään jännitteitä, jotka vaikuttavat oppimiseen kulttuurisina ja kontekstissa olevina tekijöinä.

Potilaan kohtaaminen kaksikielisessä terveyskeskuksessa on monimutkainen tapahtuma. CHAT-teorialle on ominaista monitasoinen systeemiajattelu, joka tuo esiin jännitteitä ja vuorovaikutussuhteita. Pinnan alla olevia asioita on mahdollista ymmärtää paremmin reflektoidessa CHAT-teorian avulla. CHAT-teoria tuo esiin tekijöiden välisiä suhteita visuaalisessa mallissa.

Tavoite on ymmärtää, miten erikoistuva lääkäri sukkuloi kahden erilaisen aktiviteetin välillä eli lääkärinä toimimisen, joka jo itsessään on vaativaa, ja kaksikielisen lääkärin eli ruotsin kielen oppijan ja käyttäjän roolissa. Ristiriitojen ja jännitteiden esiin nostaminen auttaa syvemmin ymmärtämään haasteita yksilö- ja

organisaatiotasolla. Lisääntynyt ymmärrys ohjaa etsimään ratkaisuja sitoutumisen ja hoidon jatkuvuuden edistämiseen.

4.6.4 Kielimentorit ja ohjaajat

Kolme eläkkeellä olevaa lääkäriä, jotka hallitsivat sujuvasti sekä ruotsin että suomen kielen, rekrytoitiin kielimentoreiksi. Rekrytointiprosessin aikana otin yhteyttä sekä alueella toimiviin ruotsin kielen opettajiin että paikalliseen lääkäriyhdistykseen. Kielimentori-ohjelman asiantuntijatyöryhmän laajoilla verkostoilla oli suuri merkitys, että aktiivisen rekrytoinnin jälkeen kolme vapaaehtoista, motivoitunutta ja innostunutta kielimentoria saatiin mukaan keväällä 2019.

Kielimentorit olivat aktiivisesti mukana ohjelman toteutuksessa ja kehittämisessä. Varsinaisesti systemaattista koulutusta kielimentorointiin he eivät ohjelman aikana saaneet, mutta työryhmän säännöllisissä tapaamisissa pedagogiset ja mentorointiin liittyvät teemat olivat esillä. Kielimentori-ohjelmassa kielimentorit toteuttivat yksilöllistä kielimentorointia ja olivat mukana kaikissa pienryhmäoppimisen tilaisuuksissa.

Kaksi ammattidraamapedagogia palkattiin draamatyöpajojen ohjaajiksi. Ennen toteutusta he saivat tietoa Kielimentori-ohjelmasta, tavoitteista ja osallistujien osaamistarpeista. Draamatyöpajojen sisällön suunnittelun ja toteutuksen he tekivät itsenäisesti.

Toimin koulutusylilääkärin roolissa fasilitaattorina potilastapauskeskusteluissa. Koulutuksellisia ja pedagogisia näkökulmia reflektoitiin aktiivisesti Kielimentori-ohjelman monialaisessa asiantuntijaryhmässä ohjelman suunnittelu-, kehittämis- ja toteutusvaiheiden aikana.

4.6.5 Toteutus ja aikataulu

Kielimentori-ohjelma toteutettiin lokakuu 2019 – maaliskuu 2020 välisenä aikana ensimmäiselle ryhmälle ja tammikuu 2021 – toukokuu 2021 välisenä aikana toiselle ryhmälle.

4.6.6 Oppimismenetelmät

4.6.6.1 Aloitustapaaminen

Aloitustapaamisessa osallistujat ja kielimentorit tutustuivat toisiinsa. Intervention tavoitteista, käytännön kysymyksistä ja kielitarinoista keskusteltiin yhdessä. Psykologinen turvallisuus on oppimisen kannalta tärkeää (Caverzagie et al., 2019).

Siksi aloitustapaamisen painopiste oli vapaassa ruotsinkielisessä keskustelussa ja rennon oppimisilmapiirin luomisessa.

Ensimmäisen interventioryhmän aloitustapaaminen järjestettiin lähitapaamisena. Aloitustapaamisen paikka harkittiin huolellisesti. Halusimme tietoisesti työpaikan ulkopuolelle erilaiseen ympäristöön. Aloitustapaaminen ajoittui työpäivään, joten sijainti valittiin läheltä terveysasemia. COVID-19 pandemian vuoksi toisen interventioryhmän aloitustapaaminen järjestettiin etäyhteyksin.

4.6.6.2 Yksilöllinen kielimentorointi

Yksilöllinen kielimentorointi integroitiin osaksi lääkäreiden työtä ja potilasvastaanottoa. Osallistuja sai henkilökohtaista palautetta ja vahvistusta omasta kielitaidostaan.

Yksilöllinen kielimentorointi suunniteltiin tukemaan erikoistuvan lääkärin ruotsin kielen käyttöä potilastyössä. Kielimentori seurasi ja havainnoi etänä erikoistuvan lääkärin vastaanottoa käyttäen pöydälle laitettavaa robottia (AV1, NoIsolation, Norja) tai digitaalista ohjelmaa (Microsoft Teams). Tarvittaessa erikoistuva lääkäri ja kielimentori pystyivät kommunikoimaan vastaanoton aikana. Tietosuoja oli tärkeä lähtökohta digitaalista työkalua valittaessa.

Ennen vastaanottoa erikoistuva lääkäri pyysi potilaalta suullisesti luvan, että toinen lääkäri – kielimentori – sai seurata vastaanottoa. Potilaalle kerrottiin, että kielimentori keskittyy erikoistuvan lääkärin ruotsin kielen havainnointiin, ei kliinisiin ongelmiin tai hoitosuunnitelmaan.

Vastaanoton jälkeen erikoistuva lääkäri sai palautetta kielimentorilta. Kirjallisten taitojen kehittämiseksi erikoistuva lääkäri ja kielimentori kävivät yhdessä läpi potilaskertomustekstit sovittuna ajankohtana myöhemmin.

Yksilöllinen kielimentorointi toteutettiin osallistujien omissa vastaanottohuoneissa kolmella eri terveysasemalla. Kielimentori oli saman terveysaseman toisessa huoneessa, ja robotin avulla pystyi tarvittaessa kommunikoimaan osallistujan kanssa. Palautekeskustelu käytiin osallistujan ja kielimentorin kesken kasvotusten vastaanottohuoneessa.

Kielimentoroinnin aikataulun laatiminen oli vaativaa. Ensimmäisen ryhmän aikana kielimentoroinnin koordinointi tehtiin manuaalisesti, koska soveltuvaa digitaalista järjestelmää ruotsinkielisten potilaiden löytämiseksi ei ollut, vaikka äidinkieli ja asiointikieli kirjataan järjestelmään. Kävin manuaalisesti läpi potilaslistoja ja valitsin ruotsinkielisiä potilaita kielimentorointia varten. Kahdella terveysasemalla oli haasteita löytää ruotsinkielisiä potilaita yksilölliseen kielimentorointiin. Muutama potilas perui sovitun ajan tai ei tullut sovitulle vastaanotolle. Toisen ryhmän aikana terveyskeskuksen ajanvarausjärjestelmä

muuttui listamalliseksi, mikä mahdollisti osallistujien valita itse ruotsinkieliset potilaat kielimentorointiin.

Opetushoitaja oli yhteydessä osallistujiin ja kielimentoreihin sopivien mentorointiaikojen järjestämiseksi. Opetushoitaja vei robotin osallistujan vastaanottohuoneeseen ja auttoi kielimentoria tarvittaessa teknisissä asioissa.

Yksilöllinen kielimentorointi toteutettiin 9 osallistujalle 1–3 kertaa kullekin. Kielimentorointi kesti noin tunnin ajan mukaan lukien vastaanoton, havainnoinnin ja palautekeskustelun. Kolme osallistujaa sai palautetta potilaskäyntien teksteistä.

4.6.6.3 Potilastapauskeskustelut

Potilastapauskeskusteluissa osallistujat kertoivat omien vastaanottojensa potilastapauksista, joista keskusteltiin muiden osallistujien ja kielimentoreiden kanssa. Tavoitteena oli saada vahvuutta lääketieteellisen sanaston käyttämiseen ruotsiksi vertaisoppimisen tuella. Tunnistettavia henkilötietoja ei saanut käyttää.

Pienryhmäkeskustelu ja vertaisoppiminen olivat potilastapauskeskustelun tärkeät elementit. Potilastapauskeskusteluissa harjoiteltiin kertomaan omasta potilaasta ja käyttämään lääketieteellistä sanastoa ruotsiksi. Ensimmäinen interventioryhmä toivoi potilastapauskeskusteluiden lisäämistä interventioon. Koronapandemian vuoksi sitä ei ollut mahdollista toteuttaa. Toisessa ryhmässä potilastapauskeskustelut järjestettiin etäyhteyksin.

Pienryhmäkoulutus oli ollut osa terveyskeskuksen suunnitelmallista erikoislääkärikoulutusta jo useamman vuoden ajan. Toteutuksen kannalta oli olennaista, että Kielimentori-ohjelman pienryhmätapaamiset sovitettiin muuhun koulutustarjontaan.

4.6.6.4 Draamatyöpajat

Draamatyöpajojen tavoitteena oli vahvistaa rohkeutta käyttää ruotsin kieltä ja lisätä valmiuksia keskustella potilaiden kanssa ei-lääketieteellisistä aiheista. Terveyskeskusvastaanotolla on luontevaa osata keskustella potilaan kanssa myös ei-lääketieteellisistä asioista. Vuorovaikutussuhde syvenee ja vahvistuu, kun lääkärin kielitaito on sekä lääketieteellisen että arkikielen osalta vakaalla pohjalla.

Draamatyöpajoissa harjoiteltiin improvisaatiota, pantomiimeja ja tarinankerrontaa. Harjoitukset suoritettiin ensin yksin tai 2–3 osallistujan ryhmissä ja lopuksi yhdessä kaikkien osallistujien kanssa.

Ensimmäisen interventioryhmän draamatyöpajat olivat kasvokkain. Draamatyöpajat järjestettiin osallistujille tutussa tilassa, joka järjesteltiin työpajan toimintaan soveltuvaksi. Toisen ryhmän draamatyöpaja toteutettiin etäyhteyksin.

Draamatyöpajoissa kannustettiin heittäytymään kielen käyttöön tuntemattomissakin tilanteissa. Tavoitteena oli löytää vaihtoehtoisia tapoja oppia ruotsia ja madaltaa kynnystä käyttää kieltä.

Aloitimme ensimmäisen ryhmän draamatyöpajan ”Hei, nimeni on”-harjoituksella, jossa liikkuminen toisen osallistujan luo ja esittäytyminen yhdistettiin helpoksi harjoitukseksi. Sen jälkeen työpajassa jatkettiin useilla erityyppisillä harjoituksilla pareittain, pienryhmissä ja kaikki yhdessä.

”Lahjan antaminen” -harjoituksessa jokainen sanoi jotain mukavaa toiselle lahjaa antaessaan. Samalla tuli näyttää käsillä, mitä antoi. Lahjan vastaanottaja piteli käsissään saamaansa lahjaa ja kiitti esimerkiksi näin: ”Kiitos näistä kukista, pidän kovasti vihreästä ja keltaisesta väristä.” Osallistujat puhuivat muutamia lyhyitä lauseita, jotka saivat olla mielikuvituksellisia ja epätodenmukaisia.

”Kuvat” -harjoituksessa osallistujat valitsivat erilaisia ihmisiä esittävän kortin, ja kertoivat ryhmälle valintansa perustelut. Tämä harjoitus edisti kevyellä tavalla vapaata pohdintaa ja ruotsin puhumista.

”Lääkärin konsultaatio” -improvisaatioharjoitus toteutettiin pareittain ja se liittyi lääkärin työhön. Toinen osallistuja oli vastaanotolle tuleva potilas ja toinen oli lääkäri. Aiemmin valittujen korttien avulla osallistujilla oli rooli potilaana, josta sai improvisoida. Kuvan henkilö tuli lääkärin vastaanotolle. Ohjeena oli sekä potilaana että lääkärinä keksiä jotain outoa ja todellisuudesta poikkeavaa mielikuvituksellista.

”Minä olen puu” oli harjoitus, jossa tehtiin kolmiulotteinen kuva osallistujista esittämässä erilaisia asioita puun ympärillä. Ensimmäinen osallistuja esitti puuta kädet ylhäällä. Seuraava osallistuja sanoi esimerkiksi: ”Olen koira puun alla” ja sitten asettui paikalle kuin ”koira puun alla”. Seuraava osallistuja saattoi sanoa: ”Olen pilvi taivaalla” ja asettui kädet puun yläpuolella kuin pilvi. Näin jatkettiin kunnes kaikki vapaaehtoiset olivat mukana kuvassa. Seuraavassa variantissa yksi osallistujista keksi aloitussanat ja uusi kuva muodostui, tällä kertaa lääkärin vastaanotolle. Tässä improvisaatioharjoituksessa ei vaadittu liikaa puhumista, vaan liike ja yhteisen kuvan muodostaminen olivat osa kokonaisuutta. Osallistujat saivat käyttää mielikuvitusta ja luovuutta sen sijaan, että keskityttiin yksinomaan käytettyyn kieleen.

Toisessa draamatyöpajassa oli joitain samoja harjoituksia erilaisin muunnelmin. Harjoituksia oli jälleen pareittain ja pienryhmissä. Jokaisella harjoituksella oli yhteys lääkärin työhön. Osallistujilla oli mahdollisuus reflektoida ja kertoa kokemuksistaan.

Esimerkiksi ”Lahjan antaminen” -harjoitus muunnettiin ”Lääkärinlaukku” harjoitukseksi, jossa osallistujat antoivat toisilleen joitain tarpeellisia ja abstraktejakin asioita lääkärin työtä varten.

”Tunne ystäväsi” -harjoitus yhdisti kielen ymmärtämisen, liikkeen ja oppimisilmapiirin vahvistamisen. Tämä harjoitus oli osaltaan myös hengähdystauko intensiivisessä harjoittelussa, koska siinä ei itse tuotettu puhetta. Ohjaaja antoi kolme

eri vaihtoehtoa, osoitti paikan kullekin vaihtoehdolle ja osallistujat liikkuivat itselle sopivan vaihtoehdon kohtaan tilassa. Harjoitus tehtiin kolme kertaa erilaisin vaihtoehdoin liittyen matkustamiseen, ohjelmien katsomiseen ja lempikouluaineisiin. Kun menen Lontooseen, menen musikaaliin, ostoksille tai jalkapallo-otteluun. Katson mielelläni hyvän dokumentin, jännityselokuvan tai rakkausdraaman. Kouluaineista valitsen matematiikan, historian tai kuvaamataidon.

Edellinen harjoitus päättyi pienryhmiin, joissa seuraava keskusteluaihe jatkui. Osallistujat kuvailivat tilannetta, jossa kieli oli ollut vaikeaa tai luonut esteen ymmärtämiselle. Jokainen sai kertoa tarinansa, joista ryhmä valitsi yhden kerrottavaksi koko ryhmälle.

Tarinoiden kertomisen jälkeen toinen ryhmä improvisoi ja näytteli tilanteen. Esimerkiksi puhelimessa puhuminen on haastavaa, jos yhteistä kieltä ei kunnolla ole eikä kehonkieltä ole mahdollista nähdä. Lapsen toimiminen vanhemmalle tulkkina on erityisen vaativaa. Keskustelu elvytyksestä pidättäytymispäätöksestä eri murteilla on monimutkainen ja vaikea tilanne kokeneellekin lääkärille. Improvisaatioiden jälkeen oli aikaa ja tilaa pohtia tilanteen herättämiä tunteita koko ryhmän kanssa.

Yhdessä improvisaatioharjoituksessa osallistujat kirjoittivat ensin muutamia lauseita paperille. Harjoitus tehtiin pareittain ja näyteltiin paperipaloille kirjoitettujen ohjeiden mukaan. Improvisaatioharjoituksen aikana osallistujat poimivat uuden paperin ja kirjoitetun mukaan jatkoivat tarinaa. Tämä improvisaatioharjoitus oli soveltuva draamatyöpajojen loppuvaiheeseen, kun osallistujat olivat tottuneet draamaan menetelmänä.

Etänä järjestetyissä draamatyöpajoissa oli samanlainen rakenne kuin läsnä tilaisuuksissa. Kun kaikilla oli kamera päällä, voitiin esimerkiksi käsien liikkeitä yhdistää erilaisiin harjoituksiin.

Tutustuminen tehtiin ”virtuaalisessa ympyrässä”, jossa ohjaaja antoi kaikille satunnaiset numerot. Jokainen kertoi nimensä ja kotipaikkansa, ja toisti edellisten osallistujien tiedot. Toisella kierroksella kerrottiin omista mielenkiinnon kohteista ja toistettiin edellisten kertomat. Yhdessä harjoituksessa jakauduttiin pienryhmiin ja kerrottiin parille lyhyitä tarinoita, kuten mitä ottaisivat mukaan autiolle saarelle, miten rauhoittuvat stressaavissa tilanteissa ja mitä tekisivät, jos olisivat näkymättömiä. Parit haastattelivat toisiaan ja kertoivat sitten tarinat muille ryhmäläisille.

Etätyöpajoissa hyödynnettiin myös visuaalisia elementtejä. Eräässä harjoituksessa osallistujat valitsivat ohjaajan näyttämistä kuvista kiinnostavimman ja kertoivat, miksi se kiinnitti huomion. Seuraavassa vaiheessa osallistujat keksivät kuvalle tarinan, ja kolmannessa vaiheessa he pohtivat, mikä sairaus kuvan henkilöllä voisi olla. Lopuksi osallistujat ryhmissä loivat tarinan, jossa kuvan henkilöt tapaavat ja kohtaavat ongelman ja millaisen ratkaisun löytävät.

4.6.7 Suunnitellut ja suunnittelemattomat muutokset

Suunniteltuja muutoksia toteutettiin ensimmäisen interventioryhmän jälkeen. Kolmannen pienryhmätapaamisen jälkeen käytiin palautekeskustelu osallistujien ja kielimentoreiden kanssa. Palautteen perusteella interventioon lisättiin potilastapauskeskustelu. COVID-19-pandemian vuoksi suunniteltu muutos voitiin toteuttaa vasta toisen interventioryhmän aikana.

COVID-19-pandemia aiheutti suunnittelemattomia muutoksia, jotka pysäyttivät kaikki interventiot ja kehittämisprojektit terveyskeskuksessa maaliskuussa 2020. Organisaation voimavarat kohdennettiin pandemian hoitoon ja hallintaan, minkä seurauksena ensimmäisen ryhmän yksi pienryhmätapaaminen sekä molempien ryhmien päätösseminaari jouduttiin perumaan. Tämän lisäksi toisen interventioryhmän aloitus viivästyi noin viisi kuukautta ja kaikki pienryhmätapaamiset pidettiin etänä.

4.7 Tutkimuksen aineisto

Väitöskirjatutkimus jakautuu kolmeen kokonaisuuteen: I Erikoistuvien lääkärien käsitys kaksikielisyydestä, II Kielimentori-ohjelma ja oppiminen sekä III Potilaan kohtaaminen kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Taulukossa 2. on esitetty kuhunkin kokonaisuuteen valitut oppimisen teoriat ja analyysimenetelmät (B. C. O'Brien et al., 2014).

Taulukko 2. Tutkimuksen metodologia

KOKONAISUUS		AINEISTO	OPPIMISEN TEORIA	ANALYYSI-MENETELMÄ	TUTKIMUS-KYSYMYS
I	Erikoistuvien lääkärien käsitys kaksikielisyydestä	Osallistujien aloitushaastattelut	Käytäntö-yhteisöteoria	Induktiivinen teema-analyysi (Braun & Clarke)	Mitkä tekijät vaikuttavat erikoistuvien lääkärien käsitykseen kaksikielisyydestä lääkärin työssä?
II	Kielimentori-ohjelma ja oppiminen	Osallistujien loppuhaastattelut	Käytäntö-yhteisöteoria	Hermeneuttinen fenomenologia (Aijawi & Higgs)	Mitkä asiat kaksikielisessä terveyskeskuksessa testatussa Kielimentori-ohjelmassa tukivat tai estivät erikoistuvien lääkärien oppimista ja rohkeutta käyttää ruotsin kieltä työssään?
III	Potilaan kohtaaminen kaksikielisessä terveyskeskuksessa	Osallistujien aloitus- ja loppuhaastattelu	Kulttuuri-historiallinen toiminnan teoria	Deduktiivinen teema-analyysi (Braun & Clarke)	Millainen on potilaan kohtaaminen kaksikielisessä terveyskeskuksessa erikoistuvien lääkärien mukaan?

I Erikoistuvien lääkärien käsitykset kaksikielisyydestä

Aineistona oli osallistujien alkuhaastattelut ennen Kielimentori-ohjelman aloitusta. Analyysimenetelmänä on reflektiivinen teema-analyysi (Braun & Clarke, 2006, 2021; Kiger & Varpio, 2020). Korstjensin ja Moserin (2017) mukaan ymmärrys siitä, mitä työntekijät ja potilaat ajattelevat, tuntevat ja tekevät heidän luonnollisessa ympäristössään, voi tehdä kliinisen käytännön ja näyttöön perustuvat interventiot tehokkaammiksi, vaikuttavimmiksi ja inhimillisemmiksi (Korstjens & Moser, 2017). Reflektiivisen teema-analyysin avulla pyrittiin saamaan syvempää ymmärrystä kaksikielisyydestä terveydenhuollossa ja sen vaikutuksista erikoistuvan lääkärin työhön. Erikoistuvien lääkärien kokemusten kautta voidaan selvittää, millaista on olla uran alkuvaiheessa oleva lääkäri kaksikielisessä terveydenhuollon yhteisössä. Metodologinen valinta auttaa ymmärtämään erikoistuvien lääkärien kokemuksia ja sitä, miten kaksikielisyys vaikuttaa oppimiseen, ja mitä on otettava huomioon suunnitellessa oppimismenetelmiä perusterveydenhuollossa liittyen kaksikielisyyteen.

II Kielimentori-ohjelma ja oppiminen

Tässä osiossa toimintatutkimuksen tavoin kuvataan kehitetty Kielimentori-ohjelma. Aineistona on osallistujien loppuhaastattelut. Analyysissä käytetään hermeneuttista fenomenologiaa ja analyysi tehdään Ajjawin ja Higgsin kuvaaman prosessin mukaisesti (Ajjawi & Higgs, 2007, 2008). Oma osuuteni tutkijana oli olla keskellä ja sisällä kontekstia ja kehitettävää Kielimentori-ohjelmaa.

Hermeneuttisen fenomenologian avulla oli tarkoitus tutkia osallistujien kokemuksia Kielimentori-ohjelmasta. Analysoin osallistujien kuvaamia tapahtumia ja tilanteita, jotka vaikuttivat ruotsin kielen oppimiseen ja käsitykseen omasta osaamisesta lääkärin työhön liittyen. Tarkoituksena oli selvittää, miten Kielimentori-ohjelma tukee erikoistuvien lääkärien ruotsin kielen oppimista. Hermeneuttinen fenomenologia keskittyy osallistujien kokemuksiin, miten ne koetaan ja millainen merkitys kokemuksilla on. Hermeneuttisen fenomenologian avulla tutkija voi rakentaa ymmärrystä siitä, miten konteksti vaikuttaa ilmiöön. (W. Bynum & Varpio, 2018; Hopkins et al., 2017; Larkin et al., 2006; Neubauer et al., 2019; Reiners, 2012)

III Potilaan kohtaaminen kaksikielisen terveyskeskuksen vastaanotolla

Aineisto analysoitiin deduktiivisella teema-analyysillä hyödyntäen kulttuurihistoriallista toiminnan teoriaa (CHAT) teoreettisena viitekehyksenä. Aineistona oli osallistujien aloitus- ja loppuhaastattelut syventyen kuvauksiin potilaan kohtaamiseen liittyen.

4.7.1 Aineistonkeruu ja -käsittely

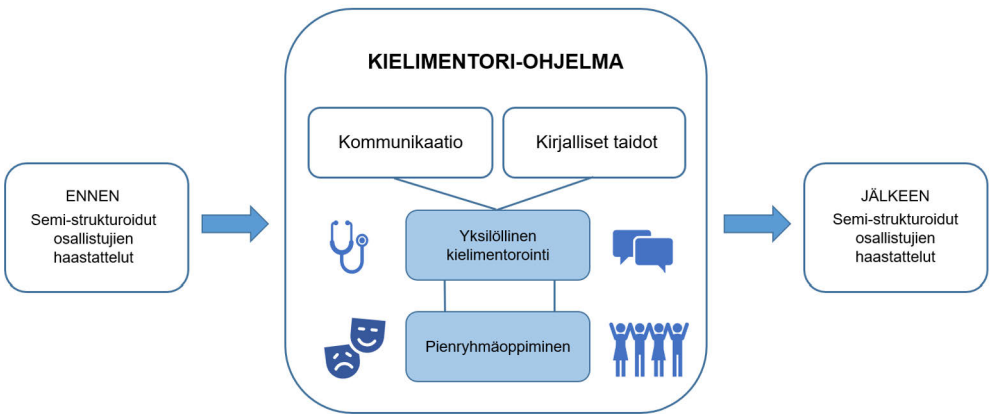
Tein osallistujille semi-strukturoidut haastattelut (McGrath et al., 2019) kasvokkain ennen ja jälkeen Kielimentori-ohjelman. Yhteensä 14 yksilöhaastattelua suoritettiin ennen interventiota ja 11 intervention jälkeen toukokuun 2019 ja kesäkuun 2021 välisenä aikana. Haastattelut kestivät 15–43 minuuttia.

Haastatteluissa esitin kysymyksiä, jotka liittyivät osallistujien käsityksiin kaksikielisyydestä, ruotsin kielestä, heidän oppimisstrategioihinsa sekä vahvuuksiinsa ja haasteisiin ruotsinkielisten potilaiden hoidossa. Pyysin osallistujia arvioimaan kielitaitoaan sekä sanallisesti että numeerisesti. Loppuhaastattelussa osallistujat arvioivat Kielimentori-ohjelmaa. Haastattelumanuaalit ovat liitteissä 1 ja 2. Kuvassa 9. on esitetty tutkimusprosessi ja haastatteluiden ajoittuminen.

Alkuhaastatteluissa sain tietoa osallistujien käsityksistä kaksikielisyyteen ja ruotsin kielen käyttöön liittyen. Selvitin myös osallistujien oman arvioinnin osaamisestaan sekä toimintatapoja lääkärin työssä tarvittavan kielitaidon vahvistamiseen. Lisäksi alkuhaastatteluissa selvitin potilaan hoitoon ja vastaanottoon liittyviä tilanteita, joissa osallistujat toisaalta kokivat epävarmuutta ja toisaalta olivat kokeneet positiivisia tunteita.

Kielimentori-ohjelman jälkeen tehdyissä haastatteluissa toistin oman arvioinnin kielitaidosta: ymmärtäminen, puhuminen ja kirjoittaminen sekä kuvaillen että numerolla 0-10. Sain tietoa siitä, miten osallistujat kuvailivat oppimistaan ja Kielimentori-ohjelman vaikutusta omaan rohkeuteen käyttää ruotsin kieltä.

Äänitin haastattelut ja litteroin ne sanasta sanaan-tekniikkaa käyttäen. Anonymisoin litteroidut haastattelut ennen analyysiohjelmaan NVivo20 (versio 1.5.1) lataamista. Anonymisoinnissa poistin haastateltujen nimet, toimipaikat ja muut tunnistetiedot kuten äidinkielen. Lukemisen helpottamiseksi poistin jonkin verran tulososion lainauksista runsaasti toistuvia täytesanoja, kuten niinku ja tota.



Kuva 9. Kielimentori-ohjelman toteutus ja haastatteluiden ajoittuminen. Tutkijan oma piirros.

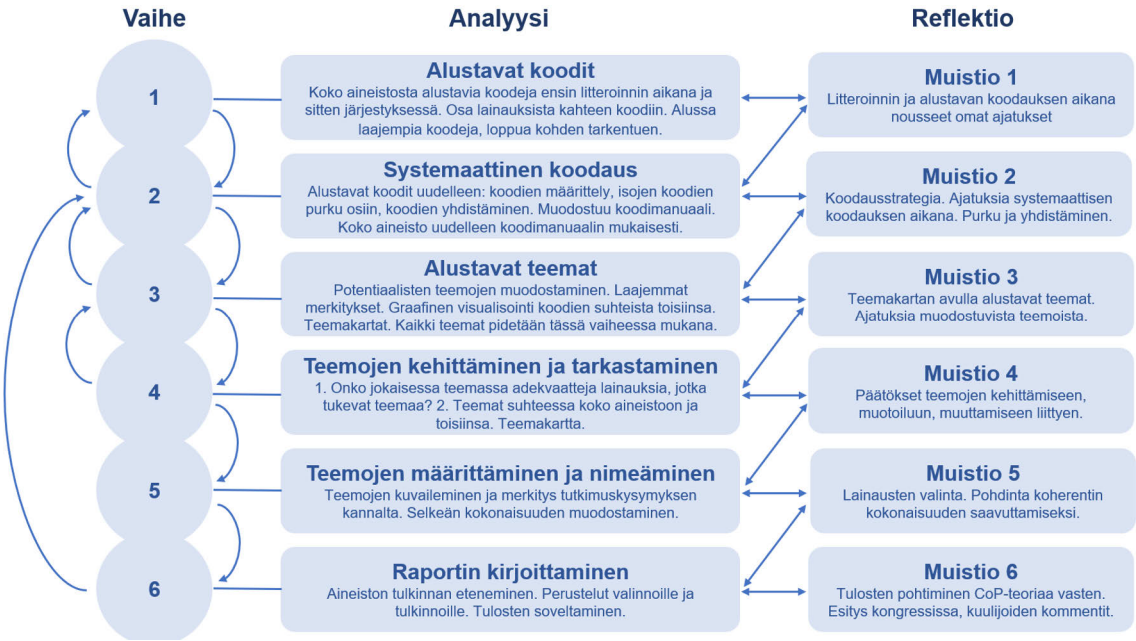
4.7.2 Aineiston analyysi

4.7.2.1 Käsitykset kaksikielisyydestä

Ensimmäisen analyysiosion lähestymistapa oli induktiivinen eli aineistolähtöinen reflektiivinen teema-analyysi. Analyysiprosessi eteni iteratiivisesti, noudattaen Braun ja Clarken esittämiä kuuden vaiheen ohjeita (Braun & Clarke, 2006, 2021).

Reflektion tukena olivat huolellisesti laaditut muistiot. Muistioissa käytin runsaasti piirroksia ja taulukoita, jotka auttoivat hahmottamaan kokonaisuuksia sekä konseptien välisiä suhteita syvällisemmin.

Vaihe 1: Ensimmäinen vaihe eli alustavien koodien hahmottaminen alkoi aineiston keräämisen yhteydessä ja jatkui systemaattisesti litteroinnin aikana. Litteroinnin suorittaminen itse mahdollisti alustavien koodien pohdinnan samanaikaisesti. Samaan aikaan kirjoitin muistiota 1. Ensimmäisessä vaiheessa alustavat koodit olivat aluksi laajoja ja tarkentuivat prosessin edetessä. Osa lainauksista saattoi päätyä myös kahteen eri koodiin.



Kuva 10. Analyysiprosessi osiossa I (Braun & Clarke, 2006, 2021). Tutkijan oma piirros.

Vaihe 2: Toinen vaihe jatkui systemaattisen koodauksen vaiheena, jossa muodostin koodausstrategian. Luin haastattelut järjestelmällisesti läpi ja koodasin aineistosta merkityksellisiä lainauksia. Suurin osa koodien nimistä oli itse muodostamiani. In-vivo-lainauksia eli suoraan osallistujien lauseista tehtyjä koodeja kertyi vain muutamia.

Toisessa vaiheessa kirjasin jokaiselle koodille määritelmän, mikä auttoi hahmottamaan ydinasioita kyseisestä koodista. Koodien määrittely edisti laajojen koodien purkamista pienempiin täsmällisempiin koodeihin ja toisaalta liian tarkkojen koodien yhdistämistä. Tässä vaiheessa muodostui koodikäsikirja, joka mahdollisti vielä kerran kaikkien koodien systemaattisen lukemisen ja vertaamisen määritelmäänsä. Tavoitteena oli, että jokainen koodi kuvastaa riittävän tarkasti aineistosta esiin tullutta asiaa ja osallistujien ajatuksia. Koodikäsikirja mahdollisti myös päällekkäisten ja toisiinsa liittyvien koodien tarkastelun. Alustavia ajatuksia mahdollisista teemoista kirjasin muistioon 2.

Vaihe 3: Kolmannessa vaiheessa siirryin muodostamaan alustavia teemoja. Teemakarttoja muodostin useita erilaisia, niiden avulla pystyin visualisoimaan koodien suhteita toisiinsa. Kaikki muodostuvat teemat olivat analyysissä mukana.

Vaihe 4: Neljännessä vaiheessa oli vuorossa teemojen edelleen kehittäminen ja tarkastaminen. Kävin teemoja läpi systemaattisesti pohtien, onko jokaisessa teemassa adekvaatteja lainauksia ja ovatko ne toisiinsa nähden koherentteja. Myös vaiheessa 4 käytin apuna useita teemakarttoja, joiden avulla reflektoin muodostuvia teemoja suhteessa toisiinsa ja koko aineistoon.

Vaihe 5: Teemojen määrittäminen ja nimeäminen tiivisti teemoja entisestään kuvailevammaksi sekä tarkoituksenmukaiseksi tutkimuskysymyksen kannalta. Tärkeää tässä vaiheessa oli muodostaa selkeä ja yhtenäinen kokonaisuus. Vaiheessa 5 valitsin myös lainauksia kustakin teemasta raportointia ajatellen.

Vaihe 6: Viimeisessä vaiheessa integroin teemat ja alateemat valittuun oppimisen teoriaan eli käytäntöyhteisöteoriaan. Tulosten kirjoittaminen laajentui reflektioon oppimisen teoriaan nähden. Käytin runsaasti erilaisia visuaalisia kuvioita hyödykseni, jotta sain esiin CoP-teorian eri osioiden yhteyden muodostuneisiin teemoihin ja alateemoihin nähden.

Analyysin viimeisessä vaiheessa esittelin tutkimuksen tuloksia Turussa kesäkuussa 2024 järjestetyssä yleislääketieteen pohjoismaisessa kongressissa, Nordic Congress of General Practice. Kongressin yleisön antama palaute tarjosi mahdollisuuden täsmentää tutkimuksen pohdintaa. Lisäksi analyysin eri vaiheissa käydyt keskustelut ohjaajien kanssa selkeyttivät kokonaiskuvaa, vaikka varsinaisen systemaattisen analyysin tein itsenäisesti.

Kirjoitin vaiheessa kuusi väitöskirjan pohdintaosuuden ja samalla tarkastelin kokonaisuutta eli kaikkia kolmea osakokonaisuutta.

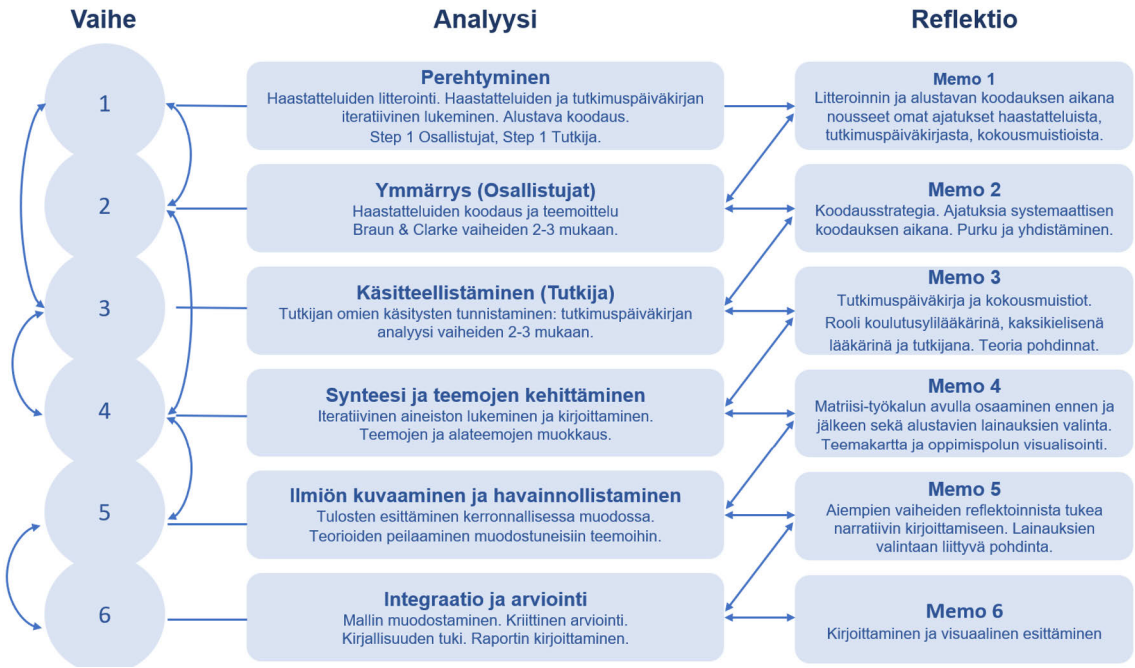
4.7.2.2 Kielimentori-ohjelma ja oppimispolku

Toisessa osiossa analysoin aineistoa käyttämällä hermeneuttis-fenomenologista metodia, johon sisältyy syväanalyysi, toistuva aineiston lukeminen ja tulkinta. Tein analyysin seuraamalla Ajjawin ja Higgsin kuvaamaa kuuden vaiheen

analyysiprosessia (Ajjawi & Higgs, 2007, 2008) 1) Perehtyminen 2) Ymmärrys 3) Käsitteellistäminen 4) Synteesi 5) Kuvaaminen ja havainnollistaminen 6) Integraatio. Analyysiprosessi on esitetty kuvassa 11.

I Perehtyminen: Ensimmäisessä vaiheessa ajatukset ja muistiot olennaisista aihioista muodostuivat haastatteluiden litteroinnin aikana. Litteroinnin jälkeen perehdyin ja luin aineistoa useampaan kertaan tehden muistiinpanoja tutkimuspäiväkirjaan ja Nvivo-ohjelman ”Memo”-tiedostoon.

II Ymmärtäminen: Toisessa vaiheessa analysoin osallistujien haastattelut, muodostin koodeja ja alustavia teemoja. Etenin Braun ja Clarken teema-analyysin vaiheiden 2 ja 3 mukaisesti (Braun & Clarke, 2006, 2021). Tässä vaiheessa analysoin Kielimentori-ohjelman osat – yksilöllinen kielimentorointi ja pienryhmätilaisuudet-erikseen. Lisäksi omana kokonaisuutena oli osaamisen kuvaus ennen Kielimentori-ohjelmaa ja sen jälkeen. Yhdessä väitöskirjan ohjaajien kanssa keskustelimme muodostuneista koodeista ja teemoista.



Kuva 11. Hermeneuttis-fenomenologinen analyysiprosessi osiossa II Ajjawin ja Higgsin mukaan (Ajjawi & Higgs, 2007, 2008) Tutkijan oma piirros.

III Käsitteellistäminen: Kolmannessa vaiheessa toin analyysiin mukaan omat tutkijan käsitykseni ja reflektointini. Analysoin jälleen Braun ja Clarken vaiheiden 2 ja 3 mukaisesti (Braun & Clarke, 2006, 2021) tutkimuspäiväkirjaan kirjoittamiani pohdintoja Kielimentori-ohjelmasta. Tunnistin kolme omaa rooliani: rooli

kaksikielisenä lääkärinä, rooli koulutusylilääkärinä ja rooli tutkijana. Vaiheessa kaksi muodostuneisiin alustaviin teemoihin lisäsin omat reflektoinnit näistä rooleista.

Palasin uudelleen lukemaan muodostuneita koodeja, alustavia teemoja ja alateemoja. Pyrin löytämään Kielimentori-ohjelman osista – yksilöllisestä kielimentoroinnista ja pienryhmätapaamisista – yhteisiä tekijöitä, jotka tukivat tai estivät erikoistuvan lääkärin oppimista ja rohkeutta käyttää ruotsin kieltä työssään. Luin ja reflektoin koodeja ja alustavia teemoja tutkimuskysymykseen nojaten. Käytäntöyhteisöteorian osa-alueet tukivat kolmannen vaiheen käsitteellistämisen pohdintaa. Täsä vaiheessa hahmottui ajatusmalli oppimispolusta, ja Kielimentori-ohjelman merkityksestä erikoistuvien lääkärien oppimispolulla. Keskustelut yhdessä ohjaajien kanssa selkeyttivät analyysin suuntaa ja tutkijan aseman reflektiota.

IV Synteesi: Neljännessä vaiheessa muodostin teemoja ja alateemoja lukemalla aineistoa iteratiivisesti edes takaisin. Alustavasti poimin myös osallistujien haastatteluista lainauksia, jotka kuvasivat koodeja, alateemoja ja teemoja. Käytin apuna Nvivo-ohjelman matriisityökalua, joka toi yhtäaikaisesti esiin kokonaisuuden ja samalla osallistujien tarinat lainauksissa. Teemakartta ja oppimispolun visualisointi muodostuneista teemoista ja alateemoista oli tärkeässä roolissa iteratiivisessa prosessissa.

V Kuvaaminen ja havainnollistaminen: Viidennessä vaiheessa reflektoin teemojen ilmiöitä kirjallisuuteen perustuen. Käytäntöyhteisöteoria antoi pohjan oppimisen teorioiden peilaamiseen viidennessä vaiheessa. Päätulokset kiteytyivät potilastyön ja tekemällä oppimisen ympärille.

VI Integraatio ja arviointi*:* Kuudennessa vaiheessa oli tavoitteena integraatio ja arviointi. Viimeiset muokkaukset teemoihin ja alateemoihin sekä tulosten raportointiin tein väitöskirjan pohdintaosuutta kirjoittaessa. Oppimispolku toi analyysin tulokset tarinan muotoon, jonka pyrin tulokset-osiossa kappaleessa 5.3 tuomaan esiin sekä kirjoittaen että visuaalisesti.

4.7.2.3 Potilaan kohtaaminen

Kolmannessa osiossa analysoin aineistona olleet aloitus- ja loppuhaastattelut deduktiivis-induktiivisella reflektiivisellä teema-analyysillä. Tavoitteena oli selvittää, mikä merkitys ja rooli ruotsin kielellä on lääkärin näkökulmasta potilaan kohtaamiseen. Millainen on potilaan kohtaaminen kaksikielisessä terveyskeskuksessa erikoistuvien lääkärien mukaan? Millaisia ja mihin liittyvät ristiriidat, joiden kanssa erikoistuva lääkäri kliinistä työtä tehdessään joko kamppailee tai toisaalta saa voimia ylittää haasteita? Millaista on potilaan kohtaaminen kahdella kielellä päivittäin? Analyysissä etsin CHAT-teoriaa soveltaen ja hyödyntäen eri tekijöiden vuorovaikutusta, ristiriitoja ja vahvistavia suhteita.

Vaihe 1 Perehtyminen ja alustavat koodit: Teema-analyysin ensimmäisessä vaiheessa muodostin analyysin rungon CHAT- teorian viitekehystä soveltaen (Engeström, 2015). Hyödynsin Qureshin (2021) kahdeksan kysymyksen mallia rungon laatimisessa (Qureshi, 2021). Analysoitavana toimintajärjestelmänä oli erikoistuva lääkäri ruotsin kielen käyttäjänä. Apuna käytetyt kysymykset ja muodostunut runko on koottu taulukkoon 3. Rungon laatimisen jälkeen aloitin induktiivisen osuuden perehtyen koko aineistoon ja muodostin alustavat koodit.

Jo tässä ensimmäisessä vaiheessa käynnistyi reflektio, johon sisältyi kriittinen pohdinta ja kysymysten avulla merkitysten havaitseminen sekä muistiinpanojen tekeminen. Sovelsin Braun ja Clarken Teema-analyysi kirjassa esitettyjä kysymyksiä tukemaan kriittistä pohdintaa: Miten osallistuja kuvailee ruotsinkielisen potilaan kohtaamisen? Miksi osallistuja kuvailee kohtaamisen ja potilaan hoitamisen näin? Miten eri tavoilla osallistujat kertovat ruotsinkielisen potilaan kohtaamiseen liittyviä asioita? Miten itse kokisin tai tuntisin samassa tilanteessa? Ennen siirtymistä seuraavaan vaiheeseen reflektoin koko aineistoa kokonaisuutena seuraavien kysymysten avulla: Miksi reagoin aineistoon tällä tavalla? Mihin minun tulkintani nojaa? Miten eri tavoin voin selittää aineistoa? (Braun & Clarke, 2022, s. 44)

Taulukko 3. Osan 3 deduktiivisen analyysin runko CHAT-teorian mukaisesti.

TOIMINTAJÄRJES-TELMÄN OSATEKIJÄ	KYSYMYS	ALUSTAVIA KOODEJA KYSYMYSTEN PERUSTEELLA
Toiminta	Mistä toiminnasta olen kiinnostunut?	Erikoistuva lääkäri ruotsin kielen käyttäjänä
Tekijä	Kuka osallistuu tämän toiminnan toteuttamiseen?	Erikoistuva lääkäri
Kohde (Toiminnan tarkoitus)	Miksi tämä toiminta tapahtuu?	Potilaan kohtaaminen Ruotsin kielen käyttö potilasvastaanotolla
Tulos	Mikä on tämän toiminnan toivottu tulos?	Potilaan hyvä lääketieteellinen hoito Jatkuvuus Ammatillisen identiteetin vahvistuminen Työhyvinvointi Sitoutuminen
Työyhteisö	Mikä on ympäristö, jossa toimintaa harjoitetaan?	Kaksikielinen terveyskeskus
Keinot ja välineet (Symboliset ja fyysiset keinot, jotka edistävät ja vaikuttavat toimintaan)	Millä tavoin toimintaan osallistuja toteuttaa tätä toimintaa?	Kliiniset prosessit Organisaation käytännöt esimerkiksi hoidon tarpeen arvio Tulkkikäytännöt Suomen ja ruotsin käyttäminen sekaisin
Säännöt	Onko olemassa kulttuurisia normeja, sääntöjä ja määräyksiä, jotka ohjaavat tämän toiminnan suorittamista?	Yksin vastaanotolla Organisaation hoidon tarpeen arvio lääketieteellisin perustein Ammatillisuus Kielilaki Organisaation ohjeet
Työnjako	Kuka vastaa mistäkin, kun tätä toimintaa toteutetaan ja miten roolit on järjestetty?	Potilas Kollegat Ohjaaja Hoitajat

Vaihe 2 Systemaattinen koodaus: Vaiheessa kaksi tein systemaattisen koodauksen kahteen kertaan koko aineistoon. Molemmilla kerroilla etenin haastattelut eri järjestyksessä kuin vaiheessa yksi. Tein koodeille määrittelyt (engl. code labels), jotka kuvasivat koodin merkityksiä ja toi esiin omaa tulkintaani koodista (Braun ja Clarke; Teema-analyysi, s. 60). Määrittelyt toimivat merkittävänä reflektion apuna analyysin myöhemmissä vaiheissa.

Vaihe 3 Alustavat teemat: Alustavat teemat tein ensin teemakartan avulla. Nvivo -ohjelmassa hyödynsin ”project map” -työkalua. Ryhmittelin koodeja, joissa oli samaa ydinajatusta kuvaileva ja tulkitseva sisältö. Koodien määrittelyitä ja lainauksia edes takaisin lukien sain muotoiltua alustavat teemat vaiheessa 1 laadittuun CHAT-teorian mukaiseen runkoon. Graafinen visualisointi auttoi hahmottamaan koodien suhdetta toisiinsa ja alustavasti myös teemojen ristiriitoja ja voimasuhteita toisiinsa. CHAT-teorian mukaan toimintajärjestelmän eri tekijöiden välillä voi olla ristiriitoja, joiden ratkaiseminen saattaa johtaa laajentuvaan oppimiseen (engl. expansive learning) (Engeström & Pyörälä, 2021). Oli tärkeää

tehdä jo koodien ja alustavien teemojen muodostuessa visuaalinen teemakartta CHAT-teoriaan pohjautuen.

Vaihe 4 Teemojen kehittäminen ja tarkastaminen: Vaiheessa neljä jatkoin teemojen muokkausta ja tarkastamista. Tarkastelin kussakin teemassa olevia määrittelyitä sekä lainauksia ja pohdin, tukevatko ne muodostunutta teemaa. Tarkentuvan analyysin lisäksi hahmotin kokonaisuutta teemakartan avulla. Analysoin teemoja suhteessa koko aineistoon ja toisiinsa. Muistioon kirjasin valintoja, joita tein teemojen muotoilun yhteydessä.

Vaihe 5 Teemojen määrittäminen ja nimeäminen: Analyysin viidennessä vaiheessa poimin teemoja kuvaavia lainauksia, jotta analyysi olisi mahdollisimman selkeä ja kattava. Lainauksien valinnan jälkeen tiivistin teemoja edelleen ja kuvailin niitä yksityiskohtaisesti. Lainauksia valitessa reflektoin teemojen merkitystä tutkimuskysymyksen kannalta.

Palasin analyysin tässä vaiheessa myös väitöskirjan ensimmäiseen osaan eli ”Käsitykset kaksikielisyydestä” -osioon. Erityisesti potilaan rooli oli merkittävä tässä ”Käsitykset kaksikielisyydestä” -osiossa. Kolmannessa ”Potilaan kohtaaminen” -osassa se syventyi entisestään.

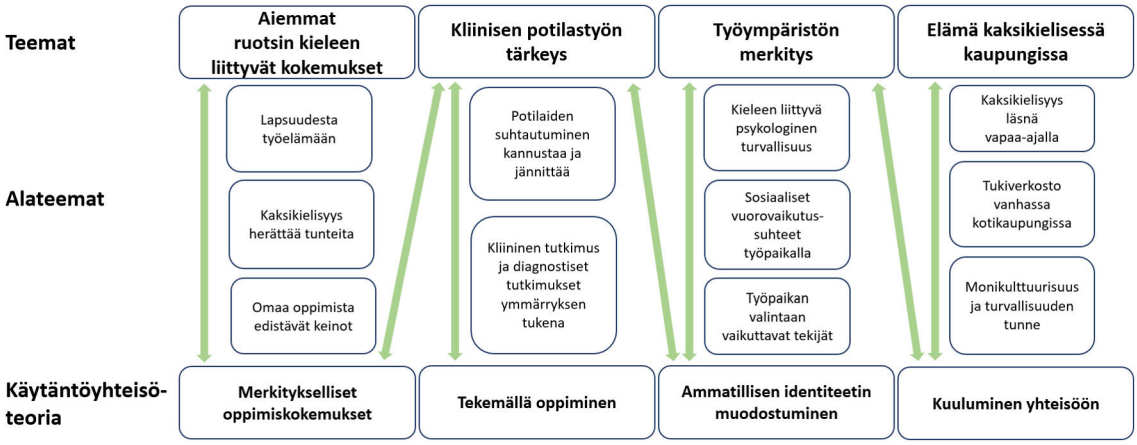
Vaihe 6 Raportin kirjoittaminen: Vaiheessa kuusi aineiston tulkinta jatkui ja pyrin tuomaan esiin perusteluita analyysiprosessin valinnoille ja tulkinnoille. Siirryin kuudennessa vaiheessa kirjoittamaan väitöskirjan pohdintaosuutta. Tulosten pohtiminen CHAT-teoriaa vasten tapahtui uudelleen tässä kuudennessa vaiheessa. Mietin kokonaisuutta tutkimuskysymyksen kautta: ”Millainen on potilaan kohtaaminen kaksikielisessä terveyskeskuksessa?”

5 Tulokset

5.1 Käsitykset kaksikielisyydestä

Esittelen ensimmäisenä induktiivisen teema-analyysin tulokset tekijöistä, jotka vaikuttivat osallistujien käsitykseen kaksikielisyydestä. Analyysissä nousi esiin neljä pääteemaa: 1) Aiemmat ruotsin kieleen liittyvät kokemukset 2) Kliinisen potilastyön tärkeys 3) Työympäristön merkitys 4) Elämä kaksikielisessä kaupungissa.

Kuvassa 12. esitetään induktiivisen teema-analyysin pääteemat ja alateemat sekä yhteys taustalla olevaan oppimisen teoriaan eli käytäntöyhteisöteoriaan (CoP).



Kuva 12. Induktiivisen teema-analyysin pääteemat ja alateemat sekä niiden suhde käytäntöyhteisöteoriaan (CoP). Tutkijan oma piirros.

5.1.1 Aiemmat ruotsin kieleen liittyvät kokemukset

Ensimmäinen teema oli *Aiemmat ruotsin kieleen liittyvät kokemukset,* joka jakautui kolmeen alateemaan: *Lapsuudesta työelämään, Kaksikielisyys herättää tunteita, Omaa oppimista edistävät keinot.*

Aiemmat ruotsin kieleen liittyvät kokemukset -teema sisältää sekä aikaan että henkilökohtaiseen itsetuntemukseen liittyviä alateemoja. Kokemukset ja käsitys

omasta osaamisesta on tunnepitoinen asia. Tunnistetut haasteet muokkaavat ja ovat läheisesti yhteydessä siihen, millaiseksi käsitys kaksikielisyydestä kokonaisuudessaan hahmottuu. Omaa oppimista edistävien keinojen tuominen haasteiden, aiempien kokemusten ja kaksikielisyyteen liittyvän tunneskaalan rinnalle tuo esiin aktiivisia ja myös helposti piilossa olevia systeemitason aiheita.

5.1.1.1 Lapsuudesta työelämään

Osallistujilla oli lapsuudesta ja kouluajoilta sekä *hyviä muistoja että kokemuksia ruotsin kielestä välttämättömänä pakkona*. Myönteiset kokemukset olivat siivittäneet erinomaisiin tuloksiin ylioppilaskirjoituksissa tai miettimään hakemista ruotsinkieliselle linjalle lääketieteen opintoihin.

> "No mä en peruskoulussa hirveästi välittänyt ruotsista, se oli pakollinen paha. Se oli ehkä semmoinen teiniasenne myös, että mä pärjäsin ihan hyvin ja niinku kyllä ymmärsin, mutta... En ollut kovin kiinnostunut. Lukiossa luin pitkän ruotsin ja kirjoitin pitkän ruotsin." Osallistuja 11

> "Koulussa niin tykkäsin hirveästi. Oon kirjoittanut ruotsin ylioppilaskokeissa… Ihan erinomaisilla arvosanoilla, että mä oon ällän siitä saanut… ja kuullun ymmärtämisestä täydet pisteet. Silloin kirjallinen tuotto ei mennyt ihan yhtä nappiin, mutta mutt oon tykännyt siitä jo silloin." Osallistuja 12

Osa osallistujista oli ennen lääkäriksi valmistumistaan asunut kaksikielisellä paikkakunnalla. *Kaksikielinen kotikaupunki* vaikutti omaan suhtautumiseen, vaikka ruotsin kieltä ei nuorempana olisi niin paljon käyttänytkään. Kielitaito oli karttunut vähitellen opiskeluiden aikana eri terveydenhuollon tehtävissä, kun lomilla ja harjoitteluihin oli tullut vanhaan kotikaupunkiin. Kaksikielisyyteen oli jo lapsuudessa ja nuoruudessa tottunut eikä siihen kiinnittänyt erityistä huomiota. Toisaalta kotikaupunkiin palatessa oma kokemus ruotsin kielen taidosta saattoi pelkistyä numeroiden hallintaan.

> "Mä oon alun perin [tutkimuspaikkakunta]lainen ja mä oon hyvin täällä elänyt ilman ruotsin kieltä, mutta vasta sitten 18-vuotiaana kun aloitti työelämän niin sitten tuli se ruotsi... niinkun että sitä piti alottaa käyttämään ihan ja mä olin tuolla... oon ollu sairaalassa ja kaupunginsairaalassa töissä, alkuun laitoshuoltajana ja sitten apuhoitajana ja potilaskuljettajana ja sitten amanuenssina ja sitten lääkärin sijaisena. Ja sitten lopulta ihan lääkärinä. Eli pikkuhiljaa kertynyt sitä kielitaitoa." Osallistuja 1

"Mä olin jäätelökioskissa ja osasin sanoa numerot." Osallistuja 5

Tunnistetut haasteet työelämässä muokkaavat käsitystä kaksikielisyydestä ja tuovat esiin kysymyksiä; missä tilanteissa voin käyttää ruotsia, missä tilanteissa tarvitsen apua tai missä tilanteissa täytyy pidättäytyä käyttämästä ruotsia esimerkiksi ajanhallinnan tai oikeusturvan vuoksi. Lisäksi potilaan omaiset ja läheiset saattavat muuttaa vuorovaikutusta vastaanotolla ja tuoda haasteita ruotsin kielen käyttöön. Tunnistetut haasteet ovat toisaalta hyvin samanlaisia kuin yleensä alkuvaiheessa uraa tai ylipäätään terveyskeskustyössä. Kaksikielisyys tuo siihen erityisen lisähaasteen.

Osallistujat toivat esiin *aikaan liittyvää kuormitusta* kahdella tavalla; miten he kokivat osaamisen pitkällä aikavälillä tai miten ajanhallinta onnistuu kiireisessä vastaanottotyössä. Alkuvaiheessa oli hankalampaa, mutta oppimisen ja kehittymisen saattoi helposti huomata.

"Alkuun oli toki vaikeampaa ja ei ollut sanastoa ja oli tosi jotenkin hankalia ne vastaanotot ja sitten musta oli tosi noloa, jos mä en tiennyt jotain sanaa tai mä sanoin jotenkin väärin ja prepositioita ja se oli musta tosi kiusallista." Osallistuja 11

"No, lääkärin työssä, ehkä aluksi oli haastavaa. Että mä ehkä teoriassa oon osannut ruotsia, mutta en käytännössä. Mutta sitt huomaan, että missä nyt onkaan ollut töissä, niin tosi nopeesti sen sanaston oppii. Että nyt huomaa, että on niinku näissä tk (terveyskeskus) sanastoissa vähän hakemista, mutta en mä tiedä… Ei niinku stressaa enää sillä lailla ku aluksi stressas aina, että voi ei, ruotsiksi. " Osallistuja 9

Ajanhallinnan kysymykset liittyivät erityisesti potilaskertomusmerkintöjen tekemiseen ruotsiksi.

"Potilaiden kanssa menee ihan hyvin, mutta sitten kun pitäis tuottaa se (potilaskertomusteksti) jotenkin järkevästi, niin sitten joutuu miettimään sitä, miten sanotaan joku asia ruotsiksi ja tuntuu, ett siinä menee niin paljon aikaa, että en oo ruvennu tekemään täällä sitä. Paitsi jos on niinkun sovittu, että potilas itse lukee jonkun jutun omakannasta, niin sitt saatan kyllä kirjoittaa ruotsiksi jonkun lyhyen." Osallistuja 8

Eri tilanteissa tarvitaan *lääketieteellistä ja ei-lääketieteellistä sanastoa sekä murteiden ymmärtämistä.* Erikoisalojen ammattisanastoa täytyy ajoittain opetella erikseen.

> "Jotkut tommoset KNK (korva-, nenä-, kurkkutaudit) tyyppiset on kyllä niinku vähä hukassa, sanat, niinku tommoset erikoisemmat mitä ei ehkä niin paljo oo tullu koulussakaan vastaan." Osallistuja 7

Ei-lääketieteellisen ruotsin osaaminen hämmentää. Se voi omalla äidinkielellä suomeksikin olla välillä hankalaa. Vastaanoton luonne ja potilas-lääkärisuhteen rakentuminen saattavat muuttua yllättävään suuntaan keskustelun edetessä. Lisäksi erilaiset murteet kielessä tuovat lisähaasteita ymmärtämiseen.

> "Jos mä kysyn ja potilas vastaa ja se on niinku ok. Se on aina jännittävää, niinku... iän myötä ihmiset saattaa tulla puheliaammaksi. Ja sitten, että suomeksikin se voi olla hämmentävää välillä. Mä kysyn polvikivusta niin päädytään... potilas päätyy kertomaan isoäidin leipomasta leivästä. Että tavallaan, että mitä siinä niinku tapahtui siinä matkan varrella, niin se voi suomeksikin olla hämmentävää. Ja jos se tapahtuu vielä ruotsiksi, niin sitt se on vielä hämmentävämpää. Ja sitte ku se sanasto on kohtuullinen siinä lääketieteessä, niin sitten kaikki nää leivän leipomiseen liittyvät... liittyvät sanastot ei välttämättä ole niin tuttuja ruotsiksi." Osallistuja 1

> "Sitt jos on semmosia vähän kansanomaisempia ilmaisuja… vaikka hoitajat paljon käyttää, että potilas kertoo, että on joku tämmönen juttu ja sitt että mikähän tää niinkun on. Semmonen ihan puhdas lääketieteellinen ruotsi menee paremmin. " Osallistuja 8

> "No joskus, jos on oikein kova murre... oli sellainen [ruotsinkielinen paikkakunta] lainen, joka oli asunut Norjassa. Niin se oli haastavaa saada selvää." Osallistuja 3

Monimutkaiset lääketieteelliset tilanteet kuten psyykkiset oireet ja kipu ovat ammatillisesti haasteellisia aiheita vastaanotolla. Psyykkiset oireet ja psykiatristen potilaiden hoitaminen on vaativaa niin nuorelle kuin kokeneemmallekin lääkärille. Ruotsin kielellä se saattaa olla entistä haasteellisempaa. Käytetty kieli on työkalu, jota apuna käyttäen potilas kohdataan, sairaudet diagnosoidaan ja hoidetaan.

> "Psykiatriset asiat nyt on semmoisia, että mä en mielelläni ainakaan näitä tahdonvastaisen hoidon tarpeen arvioita, niin en tee ruotsin kielellä, koska mä en koe, että se on sen potilaan oikeusturvan kannalta kovin turvallinen asia, että jos mä en oikeasti sitten ymmärräkään jotain asiaa mitä pitäis ymmärtää." Osallistuja 12

"Kaikki tämmöiset niinku abstraktit asiat, jotka ei ole konkreettisesti nähtävissä, kokeiltavissa, mitattavissa, niin ne on jotenkin vaikeita.... Jollekin kivulle on suomen kielessäkin valtavan monta sanaa, jotka tarkoittaa vähän eri asiaa, niin sitten kun en voi olla ihan varma, että ymmärränkö nyt sen, mitä se potilas haluaa sitt niillä eri sanavalinnoilla niin... tuoda esiin jostain tämmöisestä heidän kokemuksestaan." Osallistuja 12

Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla hoitoon osallistuu usein myös potilaan läheiset tai omaiset, joiden läsnäolo saattaa tuoda lisähaastetta kommunikointiin.

"Ehkä myös lasten kanssa tavallaan jotenkin jännittää enemmän, kun siinä on vielä sitten se aikuinenkin kuulemassa, vaikka se lapsi ei niin välittäisi meneekö kielioppi oikein, sitä jännittää tavallaan sitä kun vanhempi on kuulemassa ku puhun ruotsia sille lapselle." Osallistuja 7

5.1.1.2 Kaksikielisyys herättää monenlaisia tunteita

Kaksikielisyys ja kahdella kielellä toimiminen lääkärin työssä herätti osallistujissa koko tunneskaalan lävistäviä ajatuksia - ahdistuksesta hämmästyneeseen iloon. Vaatimustaso on oman osaamisen suhteen korkealla, mikä osaltaan heijastuu myös tunteiden voimakkuuteen. Epävarmuus omasta osaamisesta saattoi aiheuttaa *ahdistusta ja virheiden pelkoa*.

"Mä ajattelin, että se tulee olemaan aivan kauheata, että kun mä osaa mitään ja miten mä ikinä selviän ja miten asiat voi ikinä tulla hoidetuksi ruotsiksi…. Mulla oli niinku sanasto semmoinen pyöreä nolla ku mä oon alottanut." Osallistuja 11

"Ehkä kolme vuotta meni. Tässä ahdistelussa. " Osallistuja 5

”On paljon suomalaisia lääkäreitä, jotka on käyny sen koulun ja sen missä ruotsin perusteet on opetettu, niin tuntuu hassulta, että heille se on niin iso kynnys, ku on kuitenki ulkomailta tulleita, jotka opettelee suomen ja ruotsin ja he niinku pärjää sen kanssa. Miks meille suomalaisille se ruotsi sitten on sitten, että ei tämä ei lähde millään, ei voi tulla. ” Osallistuja 8

Positiivinen osaamisen ja pärjäämisen tunne kuitenkin kannattelee. Kaksikielisyys oli osalle osallistujista itsestäänselvyys ja luonnollista. Myös voimaantumisen kokemuksia tuli esiin, kun lapsuudessa opitulla kielellä pystyi työskentelemään. Hakeutuminen nimenomaan kaksikieliselle paikkakunnalle oli keino päästä harjoittamaan omaa kielitaitoaan lääkäriksi valmistumisen jälkeen.

"No, ehkä se tuntui itsestä aika luonnolliselta käyttää ruotsia, ei ole mitään erityisiä ajatuksia, että… " Osallistuja 8

"Onhan se jotenkin tosi kivaa että pystyy käyttää kahta kieltä, tosi iso rikkaus vaikka se vaatii vähän enemmän vaivaa. " Osallistuja 6

"No alun perin silloin ku kesäkandiksi tulin, niin nimenomaan se kyllä houkutti se kaksikielisyys ja mä vähän katsoin itse asiassa niinku kun mä mietin että… tai haluaisin sitä ruotsia niinku parantaa ja sitten mä katsoin niinku siis tilastotietoja, että minkä verran on ruotsinkielisiä ja suomenkielisiä eri kaupungeissa… vähän silläkin perusteella sitten, että en halua mitenkään semmoiseen missä sitten olisi suurin osa ruotsinkielisiä, koska se olisi taas tuntunut niinku vähän semmoiselta uhkarohkealta hypyltä. " Osallistuja 7

”Tulee ihan säännöllisesti, että hämmästyn itsekin, osasinko sanoa tämän asian ruotsiksi niinku suunnittelematta. Ett kyllä niitäkin onneksi tulee semmoisia, ett mä en tiennyt, että mä tiesin tän sanan, mutta näköjään tiesin... tiesin sen. Tulee onneksi niitäkin.” Osallistuja 12

5.1.1.3 Omaa oppimista edistäviä keinoja

Osallistujat tunnistivat monenlaisia keinoja edistää omaa kielitaitoaan ja osaamistaan. *Oma tekeminen* ja aktiivisuus nousi esiin osallistujien vastauksissa. Osallistujat toivat esiin erityisesti rohkean puhumisen tärkeyden. He kokivat, että kielen käyttäminen rohkeasti edisti osaamisen kehittymistä ja sai aikaan positiivisen vahvistavan ketjureaktion.

”Puhuu, puhuu, puhuu. Että se varmaan justiin että… Että saa käyttää sitä.” Osallistuja 1

”No puhuminen. Ruotsinkieliset potilaat. Ei varmasti missään kursseilla olis oppinut. [Esihenkilö] silloin suositteli sellaista, mikä tuolla keskussairaalassa sellainen ruotsinkielen kurssi, mutt en mä menny ikinä. Täällä vaan. Varmaan se, että on lukenut ruotsinkielisiä palautetekstejä, sairaskertomusmerkintöjä.” Osallistuja 5

”Rohkeus. Se, että on vaan puhunu. Ei se haittaa vaikka ei mee oikein, kyllä ne kaikki ymmärtää. Ei sillä oo mitään väliä, miten taivuttaa kun joskus ne korjaa, potilaat, mutta kun vaan puhuu, niin se kehittyy siinä.” Osallistuja 9

Osallistuminen *työnantajan järjestämälle kielikurssille* työajalla oli osalle ollut positiivinen kokemus oman oppimisen kannalta.

> ”Ja mä oon [tutkimuspaikkakunnan] keskussairaalassa… niin silloin ku oli nuorille lääkäreille, silloin oli useasti ku oli kesä, niin oli kerran viikossa semmosia niinku ruotsin kielen… ett puhuttiin ruotsia ja käytiin lääketieteellistä sanastoa läpi ja... Ne oli tosi hyviä. Niissä sai aktivoitua ja oppi ehkä erilailla uutta, ku vastaanotolla, ku on vähän aikaa.” Osallistuja 6

Myös *vapaa-ajalla suoritetut kielikurssit* olivat oman oppimisen keinoja. Samoin ruotsinkieliset elokuvat ja sarjat olivat osallistujille tuttuja.

> ”Mähän opiskelen [opistossa] ja se oli mun oma valinta, koska mulle jotenkin nää ajat sopivat sitten hyvin ja mun mielestä se kurssikin on ihan hyvä.” Osallistuja 10

> ”Siis mä kyllä yritän ...niin kuin katsoa erilaisia sarjoja ja elokuvia ja… mä yritän kuitenkin, että pitää sitä (kielitaitoa) elossa.” Osallistuja 14

Yhdessä muiden kanssa oppiminen ja toimiminen kaksikielisessä työympäristössä oli merkittävä asia. Avuliaat kollegat edistävät oppimista, tuovat turvaa ja konkreettista apua työn sujumiseen. *Organisaation tuen merkitys* oli selkeä. Kaksikielisyyttä tukeva ja kannustava työympäristö vaikuttaa omaan oppimiseen. Toimipaikkakoulutuksessa kahdella kielellä toimiminen on osoitus kaksikielisyyden luontevasta hyödyntämisestä. Luottamus yleisesti organisaation koulutusjärjestelmään ja tukeen työssä oli merkityksellinen myös kaksikielisyyttä pohdittaessa.

> ”Se on ollut aika hyvä tapa, että kun meillä on ollut jonkinlainen luento, että jos luennoitsija on ollut suomenkielinen, hänellä on ollut ruotsinkielistä tekstiä mukana. Ja se oli erittäin kiva, että se on just se kielen oppiminen, että sä kuuntelet vaikka suomeksi ja luet ruotsiksi tai just päinvastoin. Ja totta kai se niin kuin kuitenkin jotain pysyy mielessä varmasti sen jälkeen.” Osallistuja 14

5.1.2 Kliinisen potilastyön tärkeys

Toinen teema oli kliinisen potilastyön tärkeys, ja se jakautui kolmeen alateemaan: *Potilaiden hyvä kohtaaminen, Potilaiden suhtautuminen kannustaa ja jännittää, Kliininen tutkimus ja diagnostiset tutkimukset ymmärryksen tukena*.

Toisaalta potilaiden suhtautuminen ajoittain jännitti ja toisaalta potilailta saatu positiivinen suhtautuminen oli kannustanut eteenpäin. Myös aidosti kahdella kielellä käydyt keskustelut vastaanotolla olivat muokanneet osallistujien käsitystä kaksikielisyydestä.

Lääkärin velvollisuus on toimia potilaiden parhaaksi kaikissa tilanteissa. Potilaita halutaan hoitaa mahdollisimman hyvin ja käytetty kieli on osa hyvää potilaan kohtaamista. Kokemus omasta lääkäriydestä ja hyvästä hoidosta saattoi kietoutua ruotsin kielen osaamiseen.

5.1.2.1 Potilaiden hyvä kohtaaminen

Osallistujien suhtautuminen kieleen oli vahvasti potilaista ja heidän tarpeistaan lähtevää. Erilaisten potilaiden kohtaaminen oli ensiarvoisen tärkeää.

> ”Varsinkin, jos on vaikeita asioita tai psyk(iatrinen) potilas puhuu ruotsia, niin tulee semmonen olo, ett tavallaan se myötätunto ja se tavallaan se kohtaaminen ei oo niin välitöntä, ku pystyis puhumaan omaa äidinkieltä. Niin sitt tulee vähän semmonen, toivois ett vois välittää kielen kautta paremmin. Se kieli on vähän kömpelöä tai kömpelömpää.” Osallistuja 6

> ”Lasten kanssa on vähä erilaista, ku sitte jos perhe valitsee sen ruotsin kielen niin, jos sitä puhuu jotenkin kauheen töksähtelevästi niin lapsiin on vaikea saada luottamus. Niiden kanssa pitää osata vielä semmosta small talkia ehkä vähän enemmän.” Osallistuja 9

Perustavaa laatua oleva asia kielitaitoon liittyen on *molempiin suuntiin tapahtuva ymmärtäminen.*

> ”Et justiin niinku potilaiden kanssa kommunikaatio... Ja että saa sitä sävyä sitten siihen puheeseen. Ettei tuu niin sillee töykeästi tai töksähdellen, että sais sen sanoman perille, että saisi jotenkin siihen sellaista hienovaraisuutta ja että minimois sitten väärinymmärrysten riskiä. Se olisi puolin ja toisin tärkeätä.” Osallistuja 1

> ”En mikään natiivipuhuja, todellakaan, mutta että…enkä mitään virheetöntä kieliopillista ruotsia en puhu, ett kyllä mä paljon varmasti teen semmosia pikku virheitä, mutta en mä usko ett ne haittaa. Ett aika silleen rennosti oon yrittänyt suhtautua siihen. Silloin kun potilaat ymmärtää asian, niin se niinku riittää.” Osallistuja 8

”Silti jää aina vähän miettimään, että jäikö joku oleellinen asia välittymättä. Niin se on ehkä semmoinen haaste siinä. Että ei voi olla ihan varma, että ymmärsikö toinen kaiken, mitä halus sanoa ja sitten toisaalta itell jää aina se, että ymmärsinkö mä sen asian just niinku sen potilas halusi mun sen ymmärtävän…” Osallistuja 12

5.1.2.2 Potilaiden suhtautuminen kannustaa ja jännittää

Potilaalta saatu kannustava palaute tai kommentti oli vahvistanut pärjäämisen kokemusta. Osallistujilla oli useita hyviä kokemuksia, jotka olivat jääneet mieleen.

”Potilaat oli hirveen rohkaisevia sitten kuitenkin että kun on samat potilaat tässä pyörinyt niin ne sitten kivasti sanoo että ”Aj du har lärt dig svenska.” Ett saa semmoista positiivista palautetta, kun alkuun oli sitten niin epävarma, että kysyi ensin potilaalta, että puhuthan sä suomea. Tiesi, että jos ei puhunut, niin sitten oli kyllä aika suppeeta se haastattelu, ett piti paljon käyttää suomenkielisiä sanoja ja sellaisia kiertoilmaisuja.” Osallistuja 5

Erilaiset potilastilanteet jännittivät ja vaikuttivat kokemukseen omasta kielitaidosta. Potilaan halu vaihtaa kieli ruotsista suomeen lääkärin kielitaidon vuoksi aiheutti osallistujissa ajoittain myös nolouden ja turhautumisen kokemusta.

”Ehkä myös lasten kanssa tavallaan jotenkin jännittää enemmän, kun siinä on vielä sitten se aikuinenkin kuulemassa, vaikka se lapsi ei niin välittäisi meneekö kielioppi oikein, sitä jännittää tavallaan sitä kun vanhempi on kuulemassa ku puhun ruotsia sille lapselle.” Osallistuja 7.

”Jonkun verran on toki niitäkin, jotka kuulee, että ku mä aloitan sen ensimmäisen lauseen sillä ruotsinkielellä ja sitten ne sanoo, että ei kun vaihdetaas suomeksi niin sitten tulee semmoinen, että no mutt enkö mä voisi nyt kokeilla. Mutta toki mä ymmärrän, ett potilaat haluaa myös, että he oikeasti ymmärtää ne asiat ja… Ja sitten kun se suomi on mulle selkeästi paljon vahvempi, niin sitten se voi olla jos heille ei ole väliä niin helpompi sitten... mennä sillä suomenkielellä. Mutta se on joskus vähän turhauttavaa, kun haluais, että eiku mä haluan nyt kokeilla tällä.” Osallistuja 12

5.1.2.3 Kliininen tutkimus ja diagnostiset tutkimukset ymmärryksen tukena

Työ terveyskeskuslääkärinä on laaja-alaista ja se nousi positiivisena tekijänä esiin osallistujien kokemuksissa. Somaattisten sairauksien kliininen tutkiminen ja diagnostiset tutkimukset tukivat ymmärrystä ja päätöksentekoa, vaikka kieltä ei ymmärtänytkään niin hyvin.

> ”Sitten jotkut labrat ja tällaiset niinku mittaukset sitten tukee sitten sitä päätöksentekoa, että jos vaikka nyt niinku sanaakaan ei ymmärtäisi, mutta että jos kuume on 40 ja matalat paineet ja CRP 300, niin kyllä siinä nyt jo niinku sitten osaa vähän paremmin kuin sitten tämmöisessä niinku keskivaikeassa masennuksessa tehdä sitä… tuota niitä päätöksiä…” Osallistuja 13

5.1.3 Kieliympäristön merkitys

Kieliympäristön merkitys oli kolmas teema, joka vaikutti osallistujien käsitykseen kaksikielisyydestä. Kaksikielisessä työympäristössä on tärkeää voida käyttää kieltä itselle luontevalla tavalla. Sosiaaliset vuorovaikutussuhteet tekevät työympäristöstä merkityksellisen - sellaisen, jossa voi viihtyä ja tehdä työtään hyvin. Työpaikan valintaan liittyvät tekijät ovat monitahoisia, ja kaksikielisyydellä on osallistujien mukaan siinä oma roolinsa.

5.1.3.1 Kieleen liittyvä psykologinen turvallisuus

Osallistujat olivat kokeneet aitoja kaksikielisiä tilanteita vastaanotolla ja henkilökunnan kesken. *Psykologinen turvallisuus* tarkoitti käytännössä sitä, että kukin sai rauhassa ja joustavasti käyttää osaamaansa kieltä – joko suomea tai ruotsia. Aito kaksikielisyys vastaanotolla oli toteutunut esimerkiksi näin:

> ”Töissä yleisesti on näissä keskustelut, että saattaa toinen osapuoli puhua ruotsia ja toinen vastaa suomeksi ja sitten joku käyttää vähä molempia sekaisin…” Osallistuja 12

> ”Sitten se oli semmoista, että mä puhuin suomea ja hän puhui ruotsia ja sitten me sitä kautta ymmärrettiin toisiamme.” Osallistuja 13

> ”Ja joskus on ollu silleen, että oon sanonu jotain ihan vaan suomeksi ja sitten potilas sanoo ruotsiksi. Ett kahta kieltä käytetty.” Osallistuja 7

Osallistujien mukaan omaa kielitaitoa sai rauhassa harjoittaa kuuntelemalla ja kuulemalla sitä työpaikan eri tilanteissa. Työyhteisössä saatettiin puhua pelkästään myös suomea ja ruotsinkielisiä potilaita oli melko vähän.

> ”En oo kyllä puhunu (henkilökunnan kanssa). Ja ehkä sekin olis aika iso kynnys, koska tavallaan, ei kuitenkaan niin ... Tai kun se kuitenkin on silleen vielä vaikee kieli, vielä harjoittelun alla. Sillä tavalla kyllä, että kyllähän sitä niin kun kuulee, ruokalassa ja kahvihuoneessa ja sitte on silleen kiva, ku välillä se kieli vaihtuu vähän niinkun lennossa. Että sille altistuu. Sillä tavalla mä kyllä aattelen, että on niin kuin kaksikielinen paikka. Vaikkei ite uskalla muitten kesken...” Osallistuja 7

Kaksikielisen paikkakunnan maine voi ajoittain horjuttaa psykologisen turvallisuuden tunnetta. Ystäville ja kollegoille suomenkielisillä paikkakunnilla on seliteltävä omia valintoja työpaikan suhteen ja kaksikielisyyteen liittyen.

> ”Mulla on paljon sellaisia suomenkielisiä ystäviä, jotka sanoo, että miksi sä asut [tutkimuspaikkakunna]lla... Se on aika vaikeaa... mun mielestä se on huonoa puhetta meistä. Koska [tutkimuspaikkakunta] on muutenkin aika hyvä kaupunki... oikeasti.... ja täällä terveyskeskuksessa ei ole mahdotonta olla töissä.... se on ihan väärinkäsitystä ja se on harmi, että meille ei tule nuoria lääkäreitä ja kokeneita lääkäreitä, koska se aina tulee mieleen, että ei voi pärjätä [tutkimuspaikkakunna]lla...” Osallistuja 15

5.1.3.2 Sosiaaliset vuorovaikutussuhteet työpaikalla

Ammattien välinen yhteistyö kieleen liittyen sekä työkavereiden ja yhteistyökumppaneiden kaksikielisyys vaikutti työn sujuvuuteen.

> ”Mutta samalla täällä pärjää myös, jos ei puhu, koska aina löytyy sitten niitä muita lääkäreitä ja hoitajia, ketkä puhuu hyvin, ketkä sitten tulkkaa tarvittaessa.” Osallistuja 10

> ”Ja mulla on myöskin mahtava hoitaja, että ... jos mä katsoin, että voisko jonku palautteen verenpainemittauksesta ja ruotsiksi, ja mä pyydän, että voisitko soittaa ja sanoa, että kaikki ok tai me tehdään näin ja näin ja näin ja... Ja meni hyvin niin.” Osallistuja 15

> ”Siellä osastoilla on ruotsinkielisiä, polilla on enemmän suomenkielisiä, mutta kyllä sielläkin niinku puhutaan sekaisin ja myös lääkäreiden palavereissa puhutaan sujuvasti sekaisin.” Osallistuja 9

Osa terveyskeskuslääkärin työstä on moniammatillista ja organisaatiossa tehdyt muutokset esimerkiksi neuvolatyössä olivat tukeneet myös kaksikielisyyttä.

> ”Neuvolaan tuli yhteisvastaanotot, ja terveydenhoitaja oli ruotsinkielinen niin mua ei enää siinä vaiheessa ahdistunut se mun oma huono ruotsinkieli kun terveydenhoitaja puhuu ruotsinkieltä.” Osallistuja 5

Kollegoilta saatu negatiivinen palaute oli ollut yllättävää ja sitä haluttiin pehmentää tuomalla esiin muiden kannustava suhtautuminen.

> ”Ihan yksittäisiä kertoja oon kuullu niinku negatiivista palautetta… Että ehkä se on ollu enemmänkin ollu sitten joku työkaveri sitten saattanut yksittäisen kerran sanoa negatiivisesti. Mutta muuten on ollu kyllä ymmärtäväisesti suhtauduttu ja sitten aina mä sanon että... Että tota mä haluan oppia ja mä yritän opetella, että pikku hiljaa eteenpäin ja silleen kannustettu siihen.” Osallistuja 1.

Kielitaitoon liittyvät keskustelut epämuodollisissa kohtaamisissa saattoivat olla myös vapauttavia ja huumorin täyteisiä kaikessa vakavuudessaan. Tasapainoilu lääketieteellisen ja ei-lääketieteellisen sanaston oppimisen välillä oli todellisuutta.

> ”…Mä joskus pari vuotta sitten yritin kertoa (työkavereille) mitä mä osaan sanoa ruotsiksi, silloin mä osasin sanoa ”kan du blunda” ja ”kan du gå på hälen”, niin sitten ne alkoivat nauraa. Koska mä en osannut mitään muita lauseita, mutta mä osasin kysyä, että pystytkö kävelemään kantapäillä. Yleensä ei ihmiset osaa kysyä sellaista, jos ne ei puhu kieltä.” Osallistuja 10.

5.1.3.3 Työpaikan valintaan vaikuttavat tekijät

Perhesyyt ovat merkittävä tekijä työpaikan valinnassa. Osalla osallistujista työpaikan valinnassa ensisijaisena oli paluumuutto vanhaan kotikaupunkiin opiskelupaikkakunnalta. Puolison työ tai opiskelu vaikutti työpaikan valintaan eikä kieliasialla ollut suurta merkitystä.

> ”Ja sitte tää on tuttu paikka, mä oon [tutkimuspaikkakunta] sta kotoisin. Mulla on tosi paljon kavereita ja perhettä täällä. On tukiverkko valmiina. Ja sitte tota

tietty se, ku oli viime kesänä töissä ja ollu opetus tk:ssa, niin on sujunu hyvin ja ollu hyvä työilmapiiri ja viihtynyt...” Osallistuja 6

”No, tänne oli helppo palata, ku mä oon [tutkimuspaikkakunta] lainen. Olin ollut kaupunginsairaalassa töissä aikaisemmin... Tänne oli helppo palata ku oli ollut kokemusta täältä. Ja sitte saanu sitte kuitenki sitä kielikokemusta saanut kartuttaa pikku hiljaa... ett jos mä olis ihan ummikkona tullut tänne töihin, niin en mä olis tullut, tai jos ei olis mitään kokemusta.” Osallistuja 1

”Mä oon tullut töihin sen takia, ett mun mies on asunut täällä, ett mä oon muuttanut [tutkimuspaikkakunna]lle sen takia, että hänen perässään. Ja ruotsin kielellä ei oikeastaan ollut mitään osaa eikä arpaa... Ei ollut positiivinen eikä negatiivinen vaikuttava tekijä, että olisin tässä varmaan töissä riippumatta siitä, millä kielellä täällä työskennellään.” Osallistuja 12

Mahdollisuus erikoistua ja hyvä maine koulutuspaikkana oli osallistujien mukaan olennainen asia kielestä riippumatta. Terveyskeskusjakso haluttiin suorittaa sillä paikkakunnalta, missä on mahdollisuus erikoistua omalle erikoisalalle erikoissairaanhoidossa. Työpaikan valintaan vaikutti se, mitä työpaikasta on kuullut puhuttavan ja mikä on työpaikan maine koulutuspaikkana. Tärkeää työpaikan valinnassa oli se, miten nuorista lääkäreistä pidetään huolta ja miten heitä tuetaan uran alkuvaiheessa.

”Mä tulin [tutkimuspaikkakunna]lle sen takia, että mulle tarjottiin sitä runkokoulutuspaikkaa keskussairaalasta.” Osallistuja 11

”Varmaan se, että ku mä tiesin, että täällä yritetään pitää huolta nuorista lääkäreistä, ettei ne uuvu. Koska mä oon nähny liian monta kaveria, jotka on uupunut sitte ensimmäisinä työvuosina. Ensimmäisenä työvuotena.” Osallistuja 6

”Ja sitten tietysti onhan tämä kehuttu nuorten lääkärien työpaikkana, niin se vaikutti. Ja sitten mä tykkäsin silloin viime kesänä olla niin, oli kiva kun pääsi uudestaan.” Osallistuja 7

Kaksikielisyys ja monikielisyys oli monen osallistujan mielestä rikkaus, mutta se ei ollut ensisijainen syy tulla tai jättää tulematta töihin kaksikieliseen kaupunkiin.

”No korkeintaan positiivisesti. Mutta ei oikeastaan... siis mä olisin tullut joka tapauksessa... ihan sama olisiko yksikielinen vai kaksikielinen ...pelkästään

ruotsinkieliseen en ehkä olis lähtenyt, mutta niinku se, että olisiko ollut suomenkielinen vai suomen ja ruotsinkielinen, niin sillä ei ollu kyllä mulle suurta merkitystä.” Osallistuja 11

”Mutta kyllä mä sitten kun ajattelin, että tuun tekemään tätä YEK- jaksoa, niin kyllä mä sitt jotenkin halusin, että tehdä sillä ruotsin kielelläkin töitä. Mutta ei se nyt ollut se ensisijainen.” Osallistuja 8

Pärjääminen kaksikielisessä ympäristössä huolettaa ja voi estää hakeutumista kaksikieliseen terveyskeskukseen. Osallistujille oli tärkeää, että erikoistuvalla lääkärillä on mahdollisuus toimia myös suomen kielellä ja päästä oppimaan ruotsia vähitellen.

”Mutta mä uskon, että aika monet jättää tulematta, koska ne pelkää sitä ruotsia ja ehkä ei uskalla sitten kysyä etukäteen, että miten tässä oikeesti on, että pärjääkö jos ei puhu kovin hyvin.” Osallistuja 10

”Täällä (terveysasemalla) ei sitä ruotsin kieltä ole niinku ensimmäisenä... Jos mä olisin tiennyt, että mun pitää niin kun puhua päivittäin ruotsia, niin olisi se niinku ollut suurempi kynnys.” Osallistuja 13

5.1.4 Elämä kaksikielisessä kaupungissa

Neljäs teema *Elämä kaksikielisessä kaupungissa* kohdistui lääkärin työn ulkopuolelle. Alateemoja olivat seuraavat: *Kaksikielisyys on läsnä vapaa-ajalla, Monikulttuurisuus turvallisuuden tunteen kannalta, Tukiverkosto vanhassa kotikaupungissa.* Työn lisäksi merkityksellistä on vapaa-aika ja yleisesti elämä kaksikielisessä kaupungissa. Kaksikielisyys näkyy ja kuuluu kaupungissa ollessa ja eläessä. Osallistujat toivat esiin, miten kavereiden kanssa kuulee ruotsin kieltä myös vapaa-ajalla. Kaupungin monikulttuurisuus tuo erityisesti ulkomailta tulleelle nuorelle lääkärille turvallisuuden ja joukkoon kuulumisen tunteen. Vanhassa kotikaupungissa taas tukiverkosto on jo valmiina.

5.1.4.1 Kaksikielisyys on läsnä vapaa-ajalla

Vaikka osa osallistujista oli asunut kaksikielisellä paikkakunnalla myös lapsuudessa ja nuoruudessa, oli aikuisiällä solmitut ystävyydet tuoneet mukanaan kaksikielisyyttä myös vapaa-ajalle.

”Silloin nuorempana ei ollu, mutta nyt kun on palannut [tutkimuspaikkakunna]lle on tullu sitten kaksikielisiä yhteyksiä. Ja se on ollut tosi mukava sitte kuulla sitä. Joo... Kavereiden kautta.” Osallistuja 1

5.1.4.2 Monikulttuurisuus turvallisuuden tunteen kannalta

Kaksikielisyys voi näyttäytyä ulkomailta tulleelle lääkärille suvaitsevaisuutena ja joukkoon sulautumisen helppoutena. Osallistujat toivat esiin, että moniin kieliin ja kulttuureihin on pitkän ajan kuluessa totuttu kaksikielisellä paikkakunnalla. Kokonaisvaltainen turvallisuuden kokemus madaltaa kynnystä lähteä rakentamaan työuraa ja oppimaan lisää. Käsitys kaksikielisyydestä saa näin uuden merkityksen ja syvyyden.

”Mä tykkään [tutkimuspaikkakunna]ssa erittäin paljon siitä, että täällä on niin kuin semmoinen … muitakin ihmisiä ja kansalaisia ja... … ihmiset ovat enemmän tottuneet siihen, että joku on tullut jostain niin kuin... no vaikka [Euroopan ulkopuolelta] tai jostain muualta, että sen verran tässä on niin kun turvallisempi olla, …tuntuu vähän niin kuin... että [suomenkielisellä paikkakunnalla] mä oon niin kun yhteisön ulkopuolella. Ja tässä kuitenkin vaan niin kun mahdun, että... Että mä niin kuin kuulun tähän.” Osallistuja 14

5.1.4.3 Tukiverkosto vanhassa kotikaupungissa

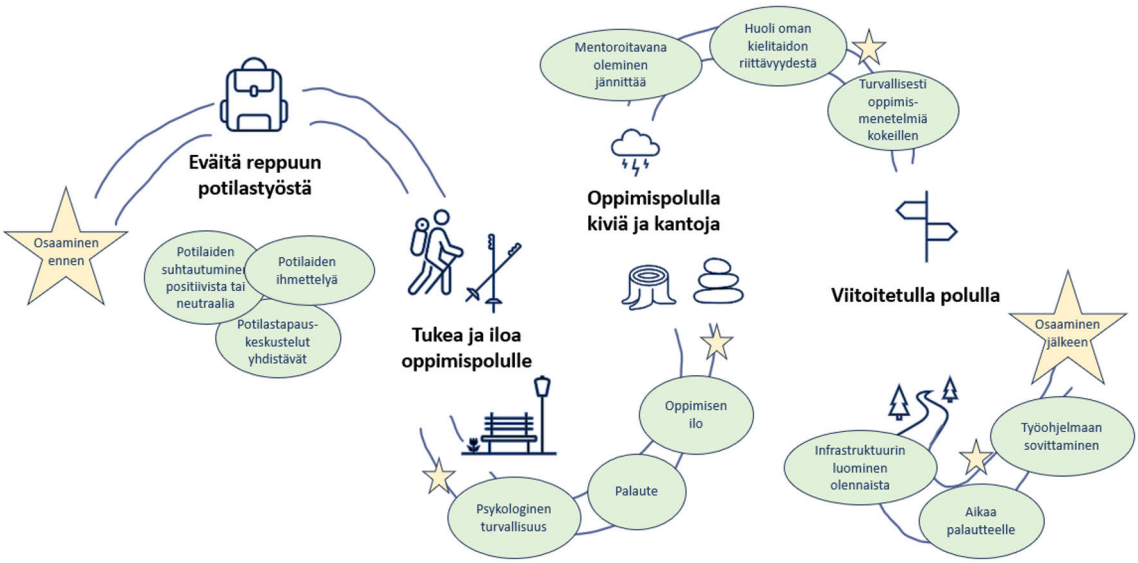
Kun vastavalmistunut lääkäri miettii työpaikkaa opintojensa jälkeen, moni valitsee aiemman kotikaupunkinsa. Kaksikielisyyteen liittyvät asiat eivät ole ensimmäisenä mielessä, vaan tuttu ympäristö ja tärkeät tukiverkostot vaikuttavat valintaan enemmän. Kaksikielisyys on voinut jäädä lapsuudessa ja nuoruudessa jopa vähemmälle huomiolle, kun kaikki koulut ja harrastukset ovat olleet suomeksi.

”Ja sitte tota tää on tuttu paikka, mä oon [tutkimuspaikkakunna]lta kotoisin. Mulla on tosi paljon kavereita ja perhettä täällä. On tukiverkko valmiina.” Osallistuja 6

5.2 Kielimentori-ohjelma ja oppimispolku

Hermeneuttis-fenomenologisen analyysin tuloksena muodostui oppimispolku, jonka varrella Kielimentori-ohjelma tulee esiin erilaisina ruotsin kielen oppimiseen ja kielen käytön rohkeuteen vaikuttavina tekijöinä. Pääteemoja oli neljä: 1) Eväitä reppuun potilastyöstä 2) Tukea ja iloa oppimispolulle 3) Oppimispolulla kiviä ja

kantoja 4) Viitoitetulla polulla. Oppimispolku pää- ja alateemoineen on esitetty kuvassa 13.



Kuva 13. Kielimentori-ohjelma tukena oppimispolulla. Tutkijan oma piirros.

5.2.1 Eväitä reppuun potilastyöstä

Potilastyön merkitys Kielimentori-ohjelman tukipilarina oli ensimmäinen muodostunut pääteema. Erikoistuva lääkäri sai oppimispolulleen sisältöä ja merkitystä - eväitä reppuun, jotta kaikissa mutkissa jaksaa kulkea - kun kielen oppiminen kietoutui vahvasti kliiniseen potilastyöhön. Potilaille Kielimentori-ohjelma oli myös uusi kokemus.

Potilaiden suhtautuminen kielimentorointiin oli yksilöllisessä kielimentoroinnissa osallistujien kokemuksen mukaan pääosin **neutraalia tai positiivista**. Teknisten välineiden käyttäminen ei haitannut vastaanottoa, vaan sai aikaan myös myönteisiä kommentteja. Osallistuja 6 kuvasi potilaan kommentointia näin:

> ”(potilas) oli tosi mukava sellainen 60–70-vuotias [nainen], niin se oli ihan innoissaan kun sai olla tällaisella modernilla vastaanotolla mukana.” Osallistuja 6

Jonkin verran Kielimentori-ohjelmassa käytetyt menetelmät saivat osakseen **potilaiden ihmettelyä**. Vastaanotolla käytetty ruotsin kieli nousi eri tavalla esiin

kuin yleensä lääkärin vastaanotolle tullessa. Osallistuja 3 kuvaa kommentissaan, miten erityisesti vastaanoton alkuvaiheessa kielimentorointi mietitytti potilaita:

> ”No, alkuun ne vähän ihmetteli. Mutt sitt sanoi, että joo, siitä vaan. Mutt sitte … Niin ehkä ne siinä enemmän kiinnitti huomiota siihen, että miten mä sanon asioita ruotsiksi.” Osallistuja 3

Yhteiskunnan digitalisoitumiseen turhautuminen oli tullut esiin osallistujan 7 vastaanotolla olleelta potilaalta:

> ”…niin se (potilas) vaan jotenkin siihen silleen, että hän ei kyllä yhtään ymmärrä noita teknisiä… tai jotenkin sillai, kun noita pitää joka paikkaan tunkea nykyään. Tai se (potilas) antoi kyllä ihan luvan siihen, eikä siinä niinku mitään silleen ollu, se oli ehkä vaan semmonen yleinen nykymaailman kommentti.” Osallistuja 7

Potilastapauskeskustelu oli kliiniseen työhön sovellettu Kielimentori-ohjelman pienryhmäoppimisen menetelmä. Se näyttäytyi haastattelujen perusteella **osallistujia yhdistävänä** keinona, joka madalsi kynnystä puhua ruotsia kollegoiden kanssa. Osallistujan 14 haastattelun lainaus tuo esiin sen, että kielen oppimisen yhdistäminen omaan työhön ja keskustelu kollegoiden kanssa on merkityksellistä:

> ”Joo, se (potilastapauskeskustelu) oli erittäin kiva. Mielenkiinto herää, enkä enää ajattele millä kielellä keskustelen. Mä oikeasti haluan keskustella, kysyä jotain tai kertoa jotain, kun mielenkiinto on mukana.” Osallistuja 14

5.2.2 Tukea ja iloa oppimispolulle

Oppimispolulla voi tarvita monenlaista tukea. Voimaantumista ja vahvistumista osallistujat saivat psykologisesti turvallisesta Kielimentori-ohjelmasta, jossa toisiin tutustuminen ja puhuminen tapahtui vapaamuotoisesti pienissä ryhmissä. Eri oppimisvaiheissa olevien osallistujien mukana oleminen koettiin hyödylliseksi.

Osallistujat kuvasivat sekä pienryhmätilaisuuksien että yksilöllisen kielimentoroinnin tunnelmaa psykologisesti turvalliseksi. **Psykologinen turvallisuus** alkoi muotoutua jo aloitustapaamisessa; kyse oli ryhmän muodostumisesta ja tunnelman havainnoinnista - onko minun täällä turvallista heittäytyä puhumaan ruotsia kasvojani menettämättä. Osallistuja 5 kuvailee tunnelmaa näin:

> ”No, siis se get together (aloitustapaaminen) oli tosi hyvä se alotus. Se oli hirveen kiva ja tollanen vapaamuotoinen ja kivassa paikassa siellä [paikan nimi].

> Ja siinä se keskustelu oli vapaamuotoista. Ja ei ollut mitään kynnystä, sai puhua jos haluaa.” Osallistuja 5

Pienryhmäoppiminen Kielimentori-ohjelmassa koettiin matalan kynnyksen toiminnaksi, jossa osallistujat saivat olla mukana vapaamuotoisesti. Omaan tahtiin keskusteluun osallistuminen ja puhuminen juuri sen verran kuin tuntui sopivalta oli monen osallistujan kokemuksen mukaan tärkeää. Osallistuja 8 tiivistää ajatuksia psykologisen turvallisuuden kokemuksesta seuraavasti:

> ”No musta se oli kiva, ku oli semmosta vapaamuotoista, ett ei ollu mitään semmosta oppituntimaista tavallaan. Siinä kannustettiin just puhumaan ja ei niinkään siihen, että miten. Vaan että puhuu ja sanoo niin paljon ku osaa ja jotenkin semmonen, että se oli kiva sellanen ilmapiiri mun mielestä.” Osallistuja 8

Ryhmäytyminen oli osa oppimista ja ryhmän koolla oli osallistujien mielestä merkitystä. Psykologinen turvallisuus oli pienessä ryhmässä helpompi saavuttaa, kuten osallistuja 7 kuvailee:

> ”Meitä oli ehkä vähän vähemmän siinä, niin sitt se oli kans helpompi semmosessa pienemmässä ryhmässä.” Osallistuja 7

Myös osallistujan 13 kommentti havainnollistaa, miten tutussa ryhmässä päästään kynnysten yli ja uskalletaan heittäytyä uusiin asioihin:

> ”Toimi niin kuin hyvin. Että oli ihan kiva, että oli aika kompakti se porukka. Ei ollut monikymmenpäinen yleisö, vaan että se oli ihan sellaista myös armollista, kun tuli muutamalla kerralla se porukka tutuksi... Että se ei nyt ollut sitten ihan niin justiinsa, jos ei jokaista sanaa ihan sitten osannutkaan…vaan että siinä mielessä myös armelias ja just matalan kynnyksen tekemistä.” Osallistuja 13

Dialogi ryhmässä vahvisti omaa oppimista riippumatta siitä, mikä oma osaamisen taso oli. Psykologisen turvallisuuden kannalta oman keskeneräisyyden hyväksyminen ja näyttäminen toi mahdollisuuden oppia toisilta. Yhdessä erilaisten oppijoiden kesken voitiin tukea toisia ja oppia yhdessä, kuten seuraavat lainaukset osallistujilta 6 ja 7 tuovat esiin:

> ”Se oli kyllä kiva, että oli ryhmämuotoinen ja sitt helpotti, että sai puhua ruotsia niitten kaa, joilla se ei oo oma äidinkieli välttämättä. Muiden kollegoiden kaa, sitte tuntui että oppii myös helpommin ku ne käyttää saman tasoista kieltä, että

se ei lähde alusta asti, varsinkin jos ei oo aiemmin puhunu niin paljo ruotsia, ettei se lähde heti niin korkealta tasolta ja puhuu helpommilla sanoilla muutkin ja vähän hitaammin. Sitt se oli kiva, kun oli vähän eri tasoisia niin, musta tuntui että sekin tukee sitä oppimista. Ja oli meillä tosi kiva porukka, että oli kiva tehdä niitä juttuja silleen." Osallistuja 6

"Interaktiivisesti toimivassa ryhmässä, niin onhan se parempaa, ku että jos olis joku yksin suoritettava verkkokurssi tai … semmonen. …. Se oli just hyvä, että puhuttiin vaan ruotsia ja sitten, että kun meitä oli eri tasoisia, niin sitte oli tosi kiva, kun siellä oli myös niitä, jotka jo puhui niin hyvin ja oli mukava kuunnella. … Musta tuntuu, että koko ryhmä hyötyy myös siitä, että siellä oli niitä, jotka puhui niin hyvin jo. …että ryhmässä oli monen tasoisia." Osallistuja 7

Palaute oli erityisesti yksilöllisen kielimentoroinnin oleellinen osa, joka toi vahvistumisen ja voimaantumisen kokemuksia. Palautteen antajan tulee esittää palaute tavalla, joka ei saa vastaanottajaa tuntemaan itseään arvostelun kohteeksi, vaan tarjoaa tukevia elementtejä oppimiseen. Palautteen merkitys on suuri, kuten osallistujien 3 ja 15 lainauksista välittyy:

"Ja mä ajattelin, että voi ei, että nyt se kuulee kuinka mä en osaa. Mutt sitte mä sain hirveen hyvää palautetta ja se sitte oli silleen, että se on ihan sama että jos ei tavallaan osaa sanottaa asioita oikein mutta se on tärkeintä, että ymmärtää puolin ja toisin." Osallistuja 3

"Mä oon vaativa itselleni, ja on pakko puhua paremmin. Toisen mielipide on tärkeä, koska se toinen ihminen voi vähän tsempata enemmän. Mulla oli sen (yksilöllisen kielimentoroinnin) jälkeen ehkä… No mä ehkä uskon itseeni enemmän..." Osallistuja 15

Tarvitaan sekä kannustavaa että rakentavaa palautetta. Osallistujan 12 kommentissa näkyy näiden molempien palautteiden toive:

"Tuli semmosta … kyllä että vahvistaa… vahvisti sitä… osittain sitä, minkä jo tiesikin ja sitten toisaalta tuli… tuli semmoisia huomioita, mitä ei ollut välttämättä hoksannut siinä omassa. Mutta kyllä positiivisella tavalla kuitenkin… Mun mielestä se toimi kyllä hyvin. Löytyi kuitenkin sitten myös sellaista rakentavaa korjattavaa, ettei se jäänyt vaan että hyvin menee, kaikki ok. Sai ihan oikeeta… oikeeta palautetta. Se oli mun mielestä tosi kiva." Osallistuja 12

Palautteen vastaanottaminen voi kuitenkin olla myös haasteellista. Osallistuja 3 kuvailee kokemustaan näin:

> ”Ehkä mä oon itse semmonen, että ku tulee palautetta, joo hyvä hyvä…Niin sitte mä oon ite silleen, ett ei oo hyvä. Että sitt sitä ite tykkään kovasti, jos on semmosta rakentavaa, tai just noita, että tämmöset jutut vois korjata.” Osallistuja 3

Vaikka rakentavaa palautetta osallistujat saivatkin, oli myös entistä strukturoidummalle palautteelle tarvetta, kuten osallistuja 5 tuo esiin:

> ”Siinä vois (kieli)mentorilla olla joku sellanen struktuuri, mihin se vois vähän kirjata jotain. … Sais vähän kättä pidempää, jos ois jotain sellasta ihan kirjoitettuakin.” Osallistuja 5

Oppimisen ilo kannattelee ja keventää hankaliakin hetkiä. Pienessä ryhmässä myönteinen oppimisilmapiiri voitiin luoda draaman keinoin. Draaman käyttö toi oppimiseen jotain erilaista ja hauskaa toimintaa, joka lievensi ja vähensi suoriutumisen painetta. Draaman keinoin toteutettavassa ryhmätilaisuudessa oli mahdollisuus rakentaa sallivaa ja armollista oppimisilmapiiriä. Osallistujan 14 sanoin oppimisen ilo näyttäytyi Kielimentori-ohjelmassa näin:

> ”Se oli hauskaa. Ja mikä on tärkeintä mun mielestä, [draamapedagogit] tekivät sellaisen turvallisen paikan, missä kukaan ei voinut sanoa mitään tyhmää… Ja tahallaan kerrotaan kaikenlaisia tyhmiä asioita, eikä kenellekään tule edes mieleen, että joku on vähän huonompi tai parempi tai jotain semmoista. Kaikki vähän samalla tasolla. Kaikki kerrotaan vitsejä tai jotain semmoista. Se oli erittäin kivaa ja turvallista, ei tuomita.” Osallistuja 14

Oppimisen iloa tuottaa myös rento olotila, joka ryhmätilaisuuksissa koettiin. Osallistuja 13 kuvailee jännityksen lievittyneen juuri rennon meiningin avulla:

> ”…(ryhmätilaisuudessa oli) rentoa ja vaikka etukäteen aina vähän jännittää, sillä tämä asia, mä en vieläkään mitään osaa, niin se oli hyvin semmoista .... Meni ihan kivasti kuitenkin aina ja sillä lailla matalalla kynnyksellä kuitenkin ja autettiin, kun vaan kysyi.” Osallistuja 13

Samoin rento olotila laskee kynnystä puhua ja harjoitella yhdessä toisten kanssa, kuten osallistujan 3 lainauksesta käy ilmi:

”On vähän sellainen rennompi olotila ja sitt vaan höpisee menemään. Se on hyvä, että siinä ei liikaa ajattele ja sitt pääsee vaan harjoittamaan sitä.” Osallistuja 3

5.2.3 Oppimispolulla kiviä ja kantoja

Epämukavuusalueelle heittäytyminen voi olla oppimista parhaillaan ja keino saada voimaantumisen tunteita. Heittäytymistä ei kuitenkaan tulisi olla liikaa, jotta olo ei olisi epämiellyttävä eikä energiaa menisi epämukavuuden hillintään ja hallintaan. Oppijoiden yksilöllisyys tulee tässä esiin aivan olennaisesti.

Kielimentoroitavana oleminen jännittää oli monelle osallistujille tyypillinen tunne. Keskittyminen uuteen tilanteeseen – kielimentorointiin – ja omaan työhön toisen läsnä ollessa lisäsi alkujännitystä. Osallistuja 12 kuvailee tuntemuksiaan yksilöllisen kielimentoroinnin alkaessa näin:

”Niin mua jännitti vähän etukäteen nää henkilökohtaiset (kielimentoroinnit), kun seurataan vastaanottoa. Että miten itse pystyy keskittymään siihen vastaanottoon, ku tietää, että siellä joku kuuntelee nyt… mutt kyllä ne sujui ihan hyvin.” Osallistuja 12

On tärkeää huomata myös, että teknologian mukaan tuominen toimintaan voi aiheuttaa lisäjännitystä. Oppimismenetelmiä ja teknologian soveltamista suunniteltaessa tämä on syytä huomioida. Osallistujan 8 lainaus teknisten välineiden käytön vaikutusta kokemukseen tuo tämän esiin:

”Oon aika semmonen, että jännittää hirveesti ku joku seuraa. Ja ehkä siinä oli vähä sekin, että oli vielä jännittävämpää, kun ei ollu siinä samassa huoneessa vaan on siellä kaukana.” Osallistuja 8

Kielimentori-ohjelmassa huomio oli ruotsin kielessä. Yksilöllisessä kielimentoroinnissa vastaanottotilanteeseen yhdistettynä se kuitenkin toi näkyviin osallistujien toiminnan lääkärinä ja lääkärintaidot, mikä oli osalle uutta ja myös haastavaa. Osallistuja 6 kuvaa kokemuksen merkitystä:

”Olihan se vähän kuumottavaa, ku joku kuuntelee. Ja sitt tulee vähän semmonen olo, ei niinkään se ruotsin kieli, mutt sitt ku joku kuuntelee sitä omaa tapaa tehdä töitä. Ett sitte jos se toinen miettiski, ett se tekis ne asiat eri lailla, niin sitt se tuntuu, ku on kokeneempi kollega vaikka ei luultavasti ollenkaan ajattele sitä lääketieteellistä puolta, ainakaan sillä tavalla niin… Olihan se vähän jännittävää.” Osallistuja 6

Moni reflektoi omaa suhtautumistaan yleisellä tasolla ja korkea vaatimustaso omaa osaamista kohtaan näyttäytyi vastauksista selkeästi. Osallistujan 4 kommentti tuo esiin tämän laajemman näkökulman:

> ”Jotenki ehkä kun mä oon ehkä ihmisenä semmonen, että mä vihaan tehdä semmosia asioita, missä mä en oo niinku tosi hyvä, ja sitt että vielä joku toinen kattois siinä vieressä ja näkee sen…” Osallistuja 4

Epämukavuuden tunnetta aiheutti **huoli oman kielitaidon riittävyydestä**. Osallistujat miettivät, osaavatko sanoa oikein ja voivatko tuoda omia ajatuksiaan esiin. Ryhmätilanteissa erityisesti alkuvaiheessa tätä arviointia tapahtui, kuten osallistujan 4 lainaus kuvastaa:

> ”Toki ehkä siinä oli nyt vähän alkuun semmosta, että kaikki oli vähän, ett no kehtaanko avata suutani…” Osallistuja 4

Osalle kielitaidon riittävyyden epäröinti oli noussut esteeksi hyödyntää kielimentorin tukea vastaanotolla. Osallistuja 10 kertoo ajatuksistaan näin:

> ”Mä alussa ajattelin, että voisin ottaa sen (yksilöllisen kielimentoroinnin ja) robotin mukaan (vastaanotolle). Mutta sitten mä kuitenkin peruin sen, koska … En ehkä vielä niin hyvin puhu ruotsia, että täysin sitten puhuisin vastaanotolla vain ruotsia.” Osallistuja 10

Turvallinen oppimismenetelmien kokeilu oli osallistujien mukaan olennaista - epämukavuuksista huolimatta. Kielimentori-ohjelmaan valittiin perinteisistä oppimismenetelmistä poikkeavia keinoja kielen oppimiseen. Konteksti otettiin huomioon ja harjoittelu kohdennettiin aiheisiin, joista ei osallistujilla välttämättä ollut kokemusta, mutta joista täytyy voida keskustella ja luovasti kommentoida potilaalle päästäkseen hyvään vuorovaikutukseen. Osallistuja 13 kuvailee yllättävästä menetelmävalinnasta näin:

> ”(Draamatyöpaja) ehkä eniten pakotti sinne laatikon ulkopuolelle, … piti keksiä yhtäkkiä joku tarina vähän lennosta jostain kuvasta… Oli semmoista, miten yleensä ei kieltä oo opiskellut… se oli tavallaan ihan uudenlaista ja vähän pakotti olemaan luova …mun mielestä se hyvin tollaisenaan toimi mun mielestä hauskasti. Että oli semmoista erilaista.” Osallistuja 13

Luovuuden ja rohkeuden vahvistamiseksi oppimismenetelmäksi valittiin draamatyöpaja, jossa harjoituksissa ei ollut oikeita tai vääriä vastauksia. Tärkeintä

oli voida heittäytyä ja laittaa itsensä likoon. Oppiminen leikkimielisen tekemisen kautta oli erilaista, kuten osallistuja 12 kuvailee:

> ”Mun mielestä se (draamatyöpaja) oli tosi kivaa. … ku leikkiminen on edelleen… sisäinen lapseni innostuu herkästi kaikesta sellaisesta. Kivaa tehdä tavallaan, mutt tavallaan tehdään samalla… se liittyy se keskustelu sitten siihen.” Osallistuja 12

Osallistuja 13 tuo esiin vapautumisen kokemuksen, mikä kuvastaa rohkeuden lisääntymistä ruotsin kielen käyttöön liittyen:

> ”Draamapuoli oli semmoista, mikä ehkä vapauttaa siihen omaan ulosantiin ja semmoista heittäytymistä niin kuin …heittäytymiseen rohkaisee…”. Osallistuja 13

Kun perinteisiin oppimismenetelmiin yhdistetään tekeminen ja liike, tukee se oppimista, kuten osallistuja 10 kuvailee:

> ”ja eikö se oo parempi, ku vaan istua jossakin ja kuunnella. Oppii tekemisen kautta.” Osallistuja 10

Muun kuin lääketieteellisen ruotsin osaaminen on tärkeää, että pääsee hyvään kontaktiin potilaan kanssa. Vuorovaikutussuhde syvenee ja saa mahdollisuuden rakentua vahvemmaksi, kun lääkärin kielitaito on vankalla pohjalla sekä lääketieteellisen ruotsin kielen että arkikielen osalta. Osallistuja 6 kuvaa tätä muun kuin lääketieteellisen sanaston osaamisen tärkeyttä ja oppimiskeinoja näin:

> ” Pääsi harjoittelemaan puhetta ja puhumista, ja ehkä enemmän just se, että oli semmosta small talkia, ku puhuttiin … Tavallaan se lääketieteellinen sanasto ja ne lääketieteelliset kysymykset on niinku helpompia vastaanotolla, mutta sitten se semmonen, että pysyy kevyenä se vastaanotto ja pystyy sitt puhumaan … Ett se ei oo vaan, ett kysyy kysymyksiä, vaan että vuorovaikutustakin, niin siihen varsinkin, se oli kiva.” Osallistuja 6

Draamatyöpajat olivat osalle tuttuja esimerkiksi opiskeluaikojen teatteriharrastuksista, mutta omassa vakavasti otettavassa työssä draaman käyttö tuntui oudolta, kuten osallistuja 6 toteaa:

> ”… ja työyhteisössä, niin se tuntui tosi oudolta ajatukselta. Mutta ne oli tosi hyviä ne vetäjät. Ne osas pitää sen (draamatyöpajan) haastavana mutta ei liian vaikeena. Ja se tunnelma oli tosi hyvä, ja se oli kyllä kivaa.” Osallistuja 6

Osalle draamatyöpajojen menetelmät tuntuivat kuitenkin liian ahdistavilta ja epämiellyttäviltä. Osallistuja 4 kuvasi kokemustaan näin:

> ”Mä en kauheesti tykkää sellasista, että jos pitää mennä siihen kaikkien eteen puhumaan ja kaikki muut on hiljaa ja kuuntelee.” Osallistuja 4

Kyse ei ollut niinkään ruotsin kieleen liittyvästä teemasta, vaan enemmän yksilöllisistä kokemuksista. Osallistuja 5 tuo esiin asian näin:

> ” Tai mä en varmaan suomeksikaan tykkää tollasesta improvisaatiosta ja sellasesta… Jollekin muulle varmaan sopiva, mutta mä en ehkä mun persoonan takia ollu ehkä sellainen heittäytyjä.” Osallistuja 5

5.2.4 Viitoitetulla polulla

Toimintaympäristön ja olosuhteiden merkitys oppimista tukevina tekijöinä kävi ilmi osallistujien haastatteluissa. Kielimentori-ohjelma oli tärkeää integroida olemassa oleviin organisaation rakenteisiin. On otettava huomioon sekä työolosuhteet että muut koulutustapahtumat.

Infrastruktuurin luominen on olennaista, kun kehitetään uusia oppimismenetelmiä hyödyntävää ohjelmaa. Yksilöllisen kielimentoroinnin toteutumisessa oli haasteita, joihin ei oltu suunnitteluvaiheessa osattu varautua. Yllättävä haaste oli löytää käytössä olevasta tietojärjestelmästä ruotsinkielisiä potilaita pelkästään nimen perusteella, kun kieleen perustuvaa hakutoimintoa ei ollut. Osalla osallistujista oli myös melko vähän kiireetöntä ajanvarausvastaanottoa, kun taas sektoritoimintaa kuten neuvolaa tai kouluterveydenhuoltoa ja päivystystä oli paljon. Osallistujan 6 lainaus kuvastaa tätä käytännön haastetta:

> ”Onhan mulla päivystys, neuvola ja diabeetikkoja ollu, mutta ei näitä (kiireettömiä vastaanottoaikoja), niitä oli tosi vähän. Ja sitt mulla oli pari kertaa potilas ei tullu tai se peruutti…”. Osallistuja 6

Kun Kielimentori-ohjelmassa hyödynnettiin teknologiaa, oli osallistujien ajatukset siihen liittyvien järjestelyiden toimivuudesta tärkeitä. Osallistuja 3 kuvaa järjestelyiden sujuvuutta yksilöllisessä kielimentoroinnissa näin:

> ” Silloin kun mulla oli alkamassa se vastaanotto niin oli jo robotti siinä ja ihmiset tuolla ja sitt sen jälkeen tuli (kielimentori) heti tähän ja … Ei mitään ongelmaa siinä. Ja sitten ne potilaat oli valikoitunut ihan hyvin kans.” Osallistuja 3

Aikaa palautteelle oli ajoittain vaikea järjestää. Vastaanottoajat oli suunniteltu normaalia vastaanottotoimintaa ajatellen jo kauan ennen Kielimentorointi-ohjelmaa. Lisäksi potilaiden ohjautumista vastaanotoille määrittelee lääketieteellinen hoidon tarpeen arvio eikä potilaan kieli. Osallistuja 6 kuvailee näitä haasteita:

> ”Ku ne (kiireettömät vastaanottoajat) ajat on laitettu silleen, että mä ehdin käydä ne potilasajat läpi ja sitten tulee seuraava. Siihen ei voi etukäteen varautua, että mihin sattuu varaamaan ruotsinkielisen, että sitten ehtii käymään sen loppukeskustelun. Se ehkä on vaikeus. Ku sitä ei voi tietää.” Osallistuja 6

Työohjelmaan sovittaminen nousi ratkaisevaksi tekijäksi siinä, miten erikoistuvat lääkärit pystyivät osallistumaan Kielimentori-ohjelmaan ja hyödyntämään kielimentoroinnin tukea. Osallistuja 12 kuvaa arjen todellisuutta ja aikatauluongelmia näin:

> ”Oli itelläki yksittäinen kerta, että oli muuta sitt, ettei vaan niinku päässy.” Osallistuja 12

Jos oma päivystysvuoro osuu juuri samaan aikaan, on valinta selvä, kuten osallistuja 15 sanoo:

> ”Minulla sitten alkoi päivystysvuoro, että …” Osallistuja 15

Erikoistuvat lääkärit toivovat mahdollisuuksia kollegoiden yhteiseen oppimiseen. Ajan haasteet mietityttävät ja ne olisi ratkottava ensin, kuten osallistuja 14 seuraavassa kuvailee:

> ”No siis koko juttua (Kielimentori-ohjelmaa) nimenomaan kannattaisi jatkaa. Mutta harmittaa, että me tavataan niin vähän, mutta mä en oikeastaan osaa sanoa, että miten me voidaan tehdä se paremmin. Kun pitäisi tehdä töitäkin joskus. Aika on siis ongelma.” Osallistuja 14

Kielimentori-ohjelma toteutettiin keskellä COVID-19-pandemiaa. Se vaikutti olosuhteisiin merkittävällä tavalla. Ensimmäinen ryhmä osallistui ohjelman kehittämiseen ja toi omia ideoitaan, joita ei heidän ohjelmassaan pystytty toteuttamaan, kuten osallistuja 7 toteaa:

> ”Ja sitte se oli ehkä vähän harmi, että silloin oli sillä kerralla (ennen COVID-19-sulkua) kaikkea niitä hyviä ideoita siitä, että mitä tehtäis vielä, ja sitte … Kaikki

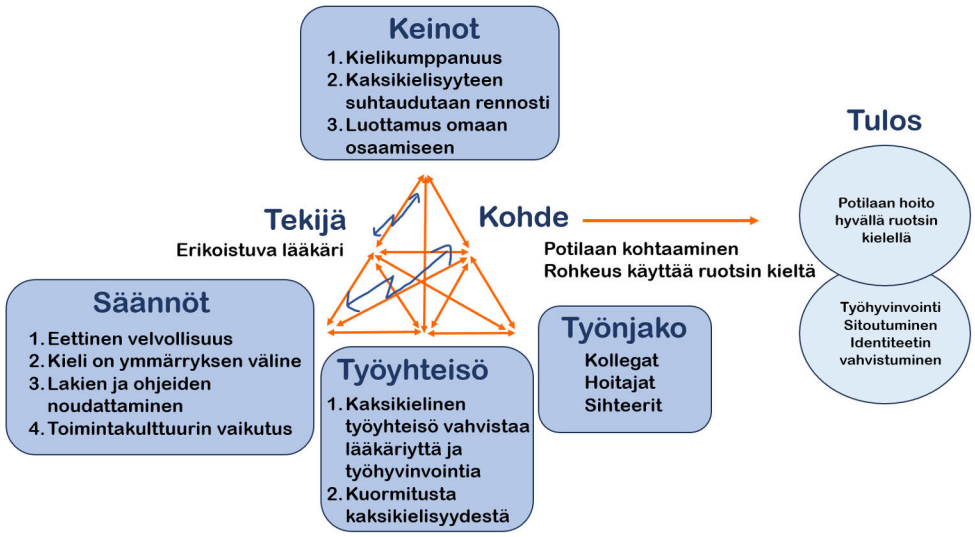
kuulosti niin hyvältä, ja sitt ne kaikki jäi. Mutt sille ei voinu mitään. Että tota, että se jäi silleen, ehkä vähän harmittaan.” Osallistuja 7

Toisaalta suunniteltu infrastruktuuri etätoteutukseen mahdollisti Kielimentori-ohjelman jatkumisen seuraavassa ryhmässä.

5.3 Potilaan kohtaaminen

Kielimentori-ohjelmassa haluttiin vahvistaa lääkärin ruotsin kielen taitoa vastaanotolla ja lisätä valmiuksia potilaan luontevaan ja luottamukselliseen kohtaamiseen. Tutkimuskysymys tässä osiossa oli: Millainen on potilaan kohtaaminen kaksikielisessä terveyskeskuksessa erikoistuvien lääkärien mukaan? Monimutkaisen tapahtuman analysoinnissa sovelsin CHAT-teoriaa, ja esitän tulokset tämän teorian mukaisesti. ”Potilaan kohtaaminen kaksikielisessä terveyskeskuksessa”-analyysin CHAT-teorian mukainen kuva 14 on alla.

Esitän analyysissä esiin tulleet 1. keinot, 2. säännöt sekä 3. työyhteisön roolin ja 4. työnjaon. Analysoitavana toimintajärjestelmänä oli erikoistuva lääkäri ruotsin kielen käyttäjänä. Toiminnan kohteena oli potilaan kohtaaminen ja erikoistuvan lääkärin rohkeus käyttää ruotsin kieltä. Toiminnan tuloksena potilas saa hoitoa hyvällä ruotsin kielellä. Lisäksi toiminnan tuloksena on, että erikoistuvan lääkärin työhyvinvointi ja ammatillinen identiteetti vahvistuvat ja mahdollisuus sitoutua kaksikielisen terveyskeskuksen täysivaltaisena jäsenenä toteutuu.



Kuva 14. Potilaan kohtaaminen- analyysin tulokset.

5.3.1 Keinot

Kaksikielisessä terveyskeskuksessa erikoistuvalla lääkärillä on erilaisia keinoja hoitaa ja kohdata potilaita hyvin sekä suomen että ruotsin kielellä. Luottamuksen rakentaminen potilas-lääkärisuhteessa tapahtuu kommunikaation ja yhteisen kielen avulla. Haastattelu on osa diagnostiikkaa ja hyvää hoitoa, minkä vuoksi motivaatio kielitaidon vahvistamiseen potilastyössä koetaan tärkeäksi.

5.3.1.1 Keinona kielikumppanuus

Erikoistuva lääkäri kokee potilaan kannustavan suhtautumisen lääkärin kielitaitoon ilahduttavana, rohkaisevana ja voimaannuttavana. Lääkäri on kielitaidon suhteen samanvertaisessa asemassa potilaan kanssa. Lääketieteellisen tiedon suhteen lääkärillä on valta-asema, mutta kielitaidon suhteen kielikumppanuus voi olla keino potilaan hyvään kohtaamiseen. Työyhteisössä kielikumppanuus on hyödyntämätön voimavara, jota tulisi tietoisesti vahvistaa.

Kielikumppanuus käy ilmi muun muassa siten, että kieliasioissa lääkäri voi kysyä potilaalta neuvoa. Kaksikielisyyttä hyödynnetään ja suomen kieltä käytetään tukemaan kommunikaatiota. Kielikumppanuuden rajoja haetaan vastaanoton kuluessa.

> ”Mutta se on ollut ihana huomata, että on ollut… Kaikki potilaat on suhtautunut tosi lämpimästi siihen. Siihen, että hakee sanoja ja välillä sanoo suomeksi…. Se on ihan parasta sitten kun mä en tiedä jotain sanaa niin potilas sanoo sen sitten… Tulee semmoinen tsemppaamisen meininki.” Osallistuja 1

> ”Potilaat kuitenkin ymmärtää suomea, niin siksi mä sanon sen suomeksi ja sitten he on monesti kääntänyt sen mulle ruotsiksi ja ehkä mä sitten joskus 10. kerran jälkeen muistan, että mikä se on ruotsiksi.” Osallistuja 11

> ”Ku monesti mä puhun ruotsia silleen, että samalla kysyn sanoja ku en muista kaikkea” Osallistuja 6

Kielikumppanuuteen voi liittyä myös alemmuuden tunnetta ja potilaan halu vaihtaa kieltä voi tuntua nololta.

> ”Mulla oli hassu kokemus, kun mä aloitin ruotsilla, mutta potilas heti… hän halusi varmasti auttaa mua. Sanoi, että no, voit puhua suomea. No, jatketaan suomeksi. Ett se oli ihan noloa. Toisaalta se on ymmärrettävää, että varmasti se (potilas) halus tehdä mulle helpommaksi… kun suomi nopeampi…” Osallistuja 15

Kaksikielisessä terveyskeskuksessa suuri osa potilaista osaa sekä suomea että ruotsia, mikä on ainutlaatuista ja mahdollistaa joustavan kommunikaation. Kielikumppanuus on helposti mahdollista kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Joustaminen kieliasioissa on tärkeä havainto sekä potilaan että lääkärin kannalta ja edesauttaa asioiden sujumista vastaanotolla.

> ”Täällä suurin osa ruotsinkielisistä sitt kuitenkin ymmärtää suomen kieltä ja voi sanoa suomeksi mitä ei osaa tai vaikka koko lauseen. Kyllä välillä potilaiden kanssa puhutaan yks lause suomea ja sitt se vaihtuu ruotsiks ja menee ihan lennosta. Hyvin vähän niitä potilaita, jotka puhuu vaan ruotsia ettei edes ymmärrä suomea.” Osallistuja 5

> ”Täällä mun mielestä kivasti, että ne (potilaat) ymmärtää sitä (suomea*)* että voi olla niinku… Potilaatkin joustaa sen kielen kanssa sitten.” Osallistuja 9

Ajoittain vastaanotolla käytettävän kielen suhteen neuvotellaan ennen varsinaiseen asiaan pääsemistä. Alkuvaiheen potilas-lääkärisuhteen muodostuminen alkaa kaksikielisessä terveyskeskuksessa kieliasioista neuvottelemisesta.

> ”Täällä on aina se, että puhutaanko suomea vai ruotsia ja menee hetki, ett ne silleen, ihan sama, saat päättää…” Osallistuja 8

5.3.1.2 Kaksikielisyyteen suhtaudutaan rennosti

Kaksikielisyyteen suhtaudutaan luonnollisena ja terveyskeskuksen normaaliin toimintaan kuuluvana osana, ja ruotsin kieltä käytetään sen kummempia miettimättä. Kieli voi olla yksinkertaisempaa kuin oma äidinkieli, mutta erikoistuva lääkäri ei anna asian häiritä potilaan kohtaamista ja kommunikaatiota potilaan kanssa.

> ”…uskaltaa puhua ja ei niin välitä niistä ehkä mahdollisista kieliopillista virheistä tai muista mitä tekee. Että ehkä se semmoinen tietynlainen rohkeus puhua olisi niinku se tärkein tai onkin se tärkein.” Osallistuja 11

Potilaan tutkiminen ja hoito vastaanotolla on muutakin kuin sanoja ja kieli, siihen liittyy elekieltä ja sanatonta vuorovaikutusta. Kliininen tutkiminen helpottaa ymmärtämistä ja potilas-lääkärisuhteen muodostamista.

> ”[potilas] tulee vaikka vatsakivun takia tai flunssaoireiden takia niin se on niinku paljon yksinkertaisempaa näyttää, että no tekeekö tänne kipeetä ja mihinkä tekee, ja yskitkö, ja tavallaan sä voit näyttää, että... ja sitten sä näet siitä

potilaasta, että mihinkä siihen sattuu kun sen vatsaa painele vai sattuuko... ja... tai joku ihottuma niin se nyt on sama, että puhuuko se ruotsia vai suomea kun se ihottuma näyttää samalta.” Osallistuja 13

Erikoistuva lääkäri luottaa siihen, että joku yhteinen kieli potilaiden ja työkavereiden kanssa löytyy. Kieli voi olla suomi, ruotsi, englanti tai kaikkia sekaisin.

” [Työyhteisössä] on lääkäreitä, jotka ei puhu kovin hyvin suomea, mutta puhuu hyvin ruotsia. … Että sitten jotenkin löydetään yhteinen kieli. Vaikka englanti.” Osallistuja 10

Tulkkikäytännöt mahdollistavat arjen sujumista. Virallisen tulkin käyttäminen on ruotsin kielen suhteen epätavallista, mutta onnistuu. Välillä tulkki saattaa tulkata ruotsiksi ulkomailta tulleen potilaan vastaanotolla.

”…joskus se sattui näin, että vaikka somaliankielinen tulkki tulkkaa, niin kun ruotsiksi...” Osallistuja 14

Vaihtoehtona voi olla myös työn tekeminen suomen kielellä. Edellytyksenä lääkärillä täytyy olla luottamus siihen, että kaksikielisellä paikkakunnalla pärjää myös yhdellä kielellä. Samoin se edellyttää organisaation johdon tukea ja hyväksyntää järjestää työnkuva suomen kielellä tehtäväksi.

”Halusin ensin sen varmuuden siihen niin kun terveyskeskustyöhön, ennen kuin mä niin kun rupeisin tekemään sitä ruotsiksi... niinku se kulma edellä ...mutta kyllä mä niinku tiesin sen, että jossain kohtaahan tää täälläkin tai niin kun … Tämän terveyskeskuksen alaisuudessa ruotsin kielen kanssa tulee tekemisiin, niin tavallaan niin kun asennoitunut siihen, että niinku jossain kohtaa sitä tarvitsee ja…” Osallistuja 13

5.3.1.3 Luottamus omaan osaamiseen ja oppimisen moniin mahdollisuuksiin

Potilaan kohtaamista edistää luottamus siihen, että kaksikielisessä työssä oppii tarvittavan kielen puhumalla ja kirjoittamalla eli kieltä käyttämällä. Tarvitaan aikaa ja luottamusta, että oma rohkeus vie eteenpäin riippumatta kielitaidon tasosta. Moni osallistuja tuo esiin rohkeuden puhua ja säännöllisen ruotsin kielen käyttämisen merkityksen.

> ”Mutt en tiedä auttaako siihen mikään muu sitten kun aika ja se että sitten vaan puhuu. Ja ehkä sieltä joka vastaanotosta jää sitten joku yks sana taas lisää siihen omaan varastoon, niin…” Osallistuja 12

> ”Mun lähtötilanne oli se, että mä en muistanut miten sanotaan sairaala. Että aika pitkälle tultu siitä. Ja oon tosi tyytyväinen, että oon opetellu kielen uudelleen.” Osallistuja 5

> ”Rohkeus. Se, että on vaan puhunu. Ei se haittaa vaikka ei mee oikein, kyllä ne kaikki ymmärtää. Ei sillä oo mitään väliä, miten taivuttaa kun joskus ne korjaa, potilaat, mutta kun vaan puhuu niin se kehittyy siinä.” Osallistuja 9

Potilaiden suhtautuminen rohkaisee ja vahvistaa luottamusta omaan osaamiseen. Potilaat voivat auttaa löytämään puuttuvia sanoja tai ilmaisuja. Kaksikielinen väestö tukee molempien kielien oppimista. Esimerkiksi erikoistuva lääkäri voi aloittaa kirjallisten taitojen kehittämisen tekemällä lyhyitä tekstejä potilaalle ruotsiksi, vaikkei kaikkea kirjallista dokumentaatiota tekisikään.

> ”…hyvä palaute potilailta, että kun mä monesti sitä alkuun pahoitellut, että mä en ...että mä oon pahoillani, että mä en puhu kovin hyvin ruotsia, mutta että yritetään. Ja sitten, että mä saatan sanoa suomeksi jotain, jos mä en osaa sanoa ruotsiksi niin sitten he on monesti sanonut, että no hyvinhän tää menee että... että eihän tässä ole mitään ongelmaa ja sitten jotenkin kun on saanut ne asiat hoidetuksi ruotsiksi niin sitten se on ollut tosi palkitsevaa.” Osallistuja 11

> ”Reseptit yritän kirjoittaa ruotsiksi, jos on ruotsinkielinen potilas. Se sujuu vähintäänkin sillai, että kysyn potilaalta, että voinko kirjoittaa tähän näin, onko tämä ymmärrettävää ja tämä näin oikein.” Osallistuja 7

Ymmärrys ja armollisuus omaa osaamista kohtaan on tärkeää ja kielitaidon vaihtelun hyväksyminen helpottaa. Tietoisuus siitä, että välillä itsestä riippumatta tai päivästä ja vireystilasta riippuen oma kielitaitokin voi heikentyä ja olla hankalampaa, auttaa eteenpäin.

> ”jotenkin se [kielen osaaminen] on jotenkin päivä kohtaista, tilannekohtaista, vaivakohtaista…” Osallistuja 1

> ”Samoin jos on pitkä päivä ja on väsyny niin sitt se ei niinku vaan lähde.” Osallistuja 6

”se on myöskin vaihtelevaa, se kielitaito. Se voi olla maanantaina sellasta tosi haastavaa puhua ruotsia ja tai jos aamulla oli joku englanninkielinen potilas, niin sitten ruotsi sujuu paremmin.” Osallistuja 15

Osaamista on myös ylläpidettävä. Jos jatkuvasti on pelkästään suomenkielisellä alueella tai ruotsin kieltä tulee vähemmän käytettyä, ymmärrettävästi voi tulla tunne taitojen ruostumisesta.

”Sitten [yliopistosairaala]ssa kun olin, niin siellä ei ollut kuin muutama potilas koko kolmen vuoden aikana, ruotsinkielisiä, että sillon se kyllä rapistui se taito ja piti vähän käynnistää uudestaan.” Osallistuja 9

5.3.2 Säännöt

5.3.2.1 Lääkärillä on eettinen velvollisuus hoitaa potilaita parhaalla mahdollisella tavalla tulosyystä riippumatta

Erilaiset tulosyyt ja aiheet vastaanotolla haastavat lääkäriä kaksikielisessä terveyskeskuksessa monin eri tavoin. Somaattisten sairauksien hoito sujuu useimmiten hyvin ruotsin kielellä. Tunteet ja erilaiset psyykkiset aiheet voivat kuitenkin olla vaativia myös suomeksi. Lisäksi vastaanotolla tarvitaan taitoa keskustella muistakin kuin lääketieteellisistä asioista. On haasteellista käyttää kieltä hienovaraisesti ja sanoittaa abstrakteja teemoja ruotsiksi.

”...perus tämmöiset, diabetekset ja kansantaudit, menee ihan ok, ja tämmöset selkä, polvi, lonkka , niinku kipuasiat ja niinku tämmöset… Mutt siinäkin näkyy vaan se, että mitä potilaita on ollu eniten, että niinku …. Että mitä sanastoa on tottunut käyttämään ja… oppinut ja sillai. Ehkä se korreloi vähän siihenkin, että mitä potilaita on ollu vähemmän, niin tietenkään sitä sanastoa ei oo silleen tarttunut niin.” Osallistuja 4

”Ehkä jotkut vastaanottokäynnit vielä vähän jännittää, ehkä jotkut sellaset mieliala-asiat… Niissä tuntuu, että ne nyanssierot on ehkä tärkeämpiä kuin tavallisessa vastaanotossa. Mutta en mä niitä silleen etukäteen jännitä. Tai huomaa vaan että ne joskus jää mietityttämään. Ilmaisu ei ehkä oo niin luonnollista välttämättä aina.” Osallistuja 8

Odotukset ja vaatimukset itseä kohtaan ja omaan osaamisen ovat suuret. Myös omaa kielitaitoa kohtaan voivat vaatimukset olla todella kovat. Ruotsinkielisen potilaan hoitaminen voi tuntua selviytymisen tavoittelemiselta, etenkin jos pyrkii

täydelliseen suoritukseen. Tässä kohden voi tulla ristiriitaa toiminnan kohteen eli potilaan kohtaamisen ja rohkeuden käyttää kieltä välillä. Suotuisissa olosuhteissa ristiriita voi johtaa laajentuvaan oppimiseen. Tiedostamatta se saattaa vaikuttaa ammatilliseen identiteettiin ja sitoutumisen heikentymiseen.

> ”joka tapauksessa mä haluan, että kielitaito on korkea, että potilaat ymmärtää kaiken täysin ja mä voin puhua ihan …Ihan selkeästi ja selvästi, mutta kauniilla kielellä. Se on tärkeä asia mulle.” Osallistuja 15

> ”Ehkä sitä on tietysti ite vähä semmonen kriittisempi ja tällä tavalla. Haluis jotenkin olla parempi. Tai sujuvampi.” Osallistuja 3

> ”Mä oon vähän perfektionisti. Mä en halua kirjoittaa tai sanella sellasta tekstiä, joka on jollain tavalla sellanen kömpelö.” Osallistuja 5

> ”Ollut enemmän sellaista selviytymistä sitten, kun sen saa sen ihmisen ulos ja tietää että sillä oli tää ...” Osallistuja 13

5.3.2.2 Kieli on ymmärryksen väline

Tärkeintä on erikoistuvalle lääkärille kokemus siitä, että ymmärrän ja tulen ymmärretyksi. Kieli on ymmärryksen väline ja sen puutteita paikataan kiertämällä sopivasti erilaisin sanoituksin.

> ”Mä saan niinkun sen asian välitettyä, ja ymmärrettyä, ja... Ja sitte jos ei löydy sanoja, niin sitte mä puhun vähän niinku siitä ympäriltä, ett mä kierrän ne sanat silleen, ett mä sanon jotakin toisella tavalla sen.” Osallistuja 3

> ”No en mä nyt tiedä, onko se vieläkään … Tai ei siis todellakaan oo niinku kieliopillisesti mitään puhdasta tai muuten, mutta kyllä mä niinku yleensä saan sen asiani toimitettua…” Osallistuja 7

> ”Silloin kun potilaat ymmärtää asian niin se niinku riittää.” Osallistuja 8

Kielen hienovaraisuuden ja sävyjen merkitys korostuu lääkärin vastaanotolla. Tärkeää on ammatillisuus kaikissa kohtaamisissa ja käsiteltävissä aiheissa. Käytetty kieli liittyy ammatillisuuteen, jotta voi sanoittaa potilaan kokemuksia ja tunteita. Tunteiden sanoittaminen voi olla osa hoidon toteuttamista, hyväksymistä ja potilaan voimaannuttamista. Toisaalta lääkäri voi kokea, että sanavalinnoillaan vaikuttaa potilaan tilannetta heikentävästi.

”Ku puhutaan tunteista ja muusta, kaikesta mitä siihen liittyy. Niin sitte ois kiva, että osais niinku silleen hienovaraisesti puhua ja sanotella asioita oikein.” Osallistuja 3

Osallistujat toivat esiin rohkaisua muille, että kaksikielisessä terveyskeskuksessa pärjää ja ymmärryksen keinoja löytyy. Vaikka itselleen olisi vaativa, voi kannustaa muita, ettei tarvitse olla täydellinen.

”Se on aika pieni asia se kieli. Että jos on pystynyt itsensä lukemaan lääkäriksi niin pystyy oppimaan myös ruotsin kielen hyvin helposti. Sellaisen ruotsin kielen, mitä tarvitaan lääkärin työssä. Eikä tarvi osata täydellisesti ja se on niinku sama asia kun menee uuteen paikkaan töihin niin siinä on paljon uutta niin, siinä on aluksi paljon uutta, mutta … Eikä ne kaikki puhu ruotsia. Suurin osa ymmärtää myös suomea, jos on aluks vaikee, niin sitt voi sekottaa [eri kieliä].” Osallistuja 9

”Kyllä täällä pärjää hyvin. Ei se oo niin pelottavaa. Eikä niin hyvin tarvi osata ku jotku luulee. Työ opettaa.” Osallistuja 6

5.3.2.3 Lakien ja ohjeiden noudattaminen potilaan parhaaksi

Potilaan suhtautuminen kielilain toteutumiseen, esimerkiksi potilaskertomustekstin muodossa, ei välttämättä tule lääkärin tietoon. Lääkäri voi kirjoittaa potilaskertomustekstit joko suomeksi tai ruotsiksi. Käytäntöinä on erilaisia tapoja ja mahdollisuuksia. Erikoistuva lääkäri tekee potilaskertomustekstejä ruotsiksi, joko itse sanelee tai kirjoittaa. Moni saattaa kirjoittaa pieniä lyhyitä tekstejä, joiden avulla potilas saa tietoa esimerkiksi tutkimustuloksista. Moni kirjoittaa potilaskertomustekstit ja vaativat lausunnot suomeksi.

”Suomenkieliset on sanonut että [potilaskertomustekstit] on ruotsiksi ja he ei ymmärrä sitä. Mutta ruotsinkieliset ei oo juurikaan sanonu mitään.” Osallistuja 5

”Se riippuu aika paljon siitä … potilaan asiasta … ja päivästä, että jos on semmoinen kohtuullisen yksinkertainen asia, niin sit mä oon yrittänyt sanella ruotsiksi, mutta jos on monimutkaisempi asia tai jos on kiireisempi päivä niin sit mä oon sanellut suomeksi, koska se on vaan niin paljon nopeampaa ja varmempaa.” Osallistuja 12

Potilasturvallisuuden merkitys korostuu kuitenkin sekä puheeseen että kirjoitettuun tekstiin liittyen.

> ”Sitä kaikkea nyt ei voi siinä google kääntäjäänkään vastaanotolla laittaa, että toki aina pyytää toistamaan ja näin, … se mikä on ehkä se suurin, mihinkä haluaa sitä varmuutta, että tavallaan tietää, ettei niinku tee mitään virhettä sen takia, että ei ymmärrä vaan kieltä.” Osallistuja 13

> ”Toki en mä nyt ehkä ihan joka ikistä sanaa sieltä just ymmärrä välttämättä, mitä se tarkottaa, mutta mä saan sen niinku silleen… potilasturvallisuus ei vaarannu siinä… että mä saan sen niinku kiinni kyllä siitä.” Osallistuja 4

> ” Mulla semmoinen henkilökohtainen periaatehan olisi, että mä en kirjaa mitään ruotsiksi, koska mä en halua ottaa sitä riskiä, että siinä tulee joku sellainen radikaali virhe, jota mä en itse huomaa, mutta joka muuttaisi sitä asian niinkun merkitystä niin, että sen takia mä en mä oon kirjannut mitään. En sanele enkä kirjaa ruotsiksi mitään, vaikka sihteerit mahdollisesti ehkä korjaisi, jos siellä olisi jotakin kummallisia kielioppivirheitä.” Osallistuja 12

Lääkärin oman oikeusturvan vuoksi moni kirjoittaa potilaskertomustekstit suomeksi, vaikka potilaan äidinkieli olisi ruotsi. Erityisesti kirjoitetussa tekstissä virheiden pelko on suuri ja oman oikeusturvan kannalta kirjoitettu teksti koetaan painavammaksi kuin puhuttu.

> ”Periaatteessa se kynnys on jotenkin tosi iso sanella ruotsiksi. Että mä pelkään ehkä niitä asiavirheitä. ...mitä sitt tekis... että kun se ei oo äidinkieli.” Osallistuja 11

> ”Mä en kirjoita niitä [potilaskertomustekstejä] ruotsiksi. Mä koen sen, että mä en … Tullaan just tähän, että ku mä en osaa sitä kielioppia kunnolla ja mä en osaa taivuttaa sanoja kunnolla ja muuta, niin mä koen sen mun oman oikeusturvan kannalta aika ongelmalliseksi , että ku mä en tiedä mitä se tarkoittaa mitä kirjoitan… Tai siis niinku se saattaa tarkoittaa ihan eri asiaa se… Tai ihmiset saattaa ymmärtää sen tekstin ihan eri tavalla, jos mä oon kirjottanut sinne jotakin niinku näin… Mä oon ajatellu, että mä mieluummin kirjoitan ite suomeksi.” Osallistuja 4

> ”Lausunnot mä teen aina suomeksi, koska siinäkin on se, että tavallaan saattaa mennä sitten… Että välttämättä se lausunto ei mee edes läpi sitten sen takia, että mä oon esittänyt ne asiat jotenkin ihan väärin siinä lausunnossa… Ja sitt mä oon

ajatellut sen, että se potilas saa sitten pyytää sen käännettynä, jos niinku haluaa.” Osallistuja 4

5.3.2.4 Toimintakulttuurin vaikutus

Organisaation toimintakulttuurilla on merkitystä sille, millaisia kohtaamisia vastaanotoilla on. Esimerkiksi organisaation hoidon tarpeen arvion toimintamallit ohjaavat, miten kaksikielisyys toteutuu käytännössä. Olennaista on se, miten potilaita ohjataan lääkärin vastaanotolle kielen perusteella. Osalle erikoistuvista lääkäreistä se olisi tärkeää erityisesti alkuvaiheessa.

” Missä mä tein sitt ehkä kuitenkin väärin, ku mä tulin sillä olettamuksella, että mulla ei oo ruotsinkielisiä potilaita ja sitt mä vaan tyydyin siihen kohtalooni, että mulla nyt on ruotsinkielisiä potilaita ja mä en osaa ruotsia tai niinku näin… Ehkä sitt semmonen ett tavallaan saada siellä työpaikalla sovittua sillä tavalla, että voi jotenkin vähän kattoo alkuun ja niinku näin ja siinä pikkuhiljaa sitt opetella.” Osallistuja 4

Organisaation ja ylilääkärin antamat ohjeet ohjaavat erityisesti potilaskertomustekstien laadintaan käytettävää kieltä. Selkeä ero tulee esiin siinä, miten pakko kirjoittaa potilaan äidinkielellä vaikuttaa. Jos on sanottu, ettei tarvitse, se jää myös tekemättä. Organisaation johdon suhtautuminen potilaskertomustekstien kieleen vaikuttaa siihen, millä kielellä lääkäri ne tuottaa. Erityisesti tekstien tuottaminen ruotsiksi on työläämpää ja aikaa vievää, ja jää siksi helposti toissijaiseksi.

”No kun keskussairaalassa on ollut semmoinen periaate, että jos potilas on ruotsinkielinen, on pakko sanella ruotsiksi, koska se on potilaan kieli. Mutta täällä kaikki ottavat vähän rennommin, että...” Osallistuja 14

”Sitten kun tulin ihan ekaa päivää tänne ja puhuin [esihenkilö]n kanssa, niin [esihenkilö] sanoi että missään nimessä ei tarvitse ruotsiksi, täällä saa niinku, se riittää että vastaanotolla puhutaan ja se mikä tuntuu mukavalta niin sillä sitten sanelee. Niin en oo sitten täällä sitä tehnyt.” Osallistuja 3

”No nyt mä en oo tänä vuonna tehny tekstejä ruotsiksi ollenkaan, että ku on huomannu että saa tehdä suomeksi, ja se on nopeempaa niin mä oon tehny kyllä melkein kaikki suomeksi.” Osallistuja 8

”No, kielilisä. Ehkä se motivoi sanelemaankin ruotsiksi.” Osallistuja 9

Työympäristön vaikutuksesta erikoistuvalla lääkärillä voi olla kokemus, että pitäisi osata molempia kieliä. Vaatimuksia ja painettakin tulee ympäristöstä, jossa kaksikielisyys on osalle ihmisistä luonnollinen asia.

> ”[tutkimuspaikkakunnan] suomenkielisillä on jotenkin niin kuin hämärtynyt ehkä kuva siitä, että mikä se oikeesti niinku valtaosa suomenkielisten ruotsin kielen taso on, joka on valtaosalla niinku pyöreä nolla... Ei tarvi mennä ku [paikkakunnalle] ja siitä vähänkään itään päin, niin se on aivan niinku ... ett ku sitä ei vaan yksinkertaisesti kuule missään, ei näe kirjoitettuna missään.” Osallistuja 4

5.3.3 Työyhteisön merkitys

5.3.3.1 Kaksikielinen työyhteisö vahvistaa lääkäriyttä ja työhyvinvointia

Kaksikielisyys koetaan rikkautena. Kaksikielisessä terveyskeskuksessa lääkärin työn tekeminen voi olla hyvä tilaisuus oppia ja vahvistaa omaa osaamista, joko tietoisesti tai sitten muun tärkeän ohella.

> ”Sitt mä oon itse asiassa ajatellut, että toisaalta se on ihan kiva, että oppii sen ruotsin ja se kynnys puhua madaltuu... niin sitten mä ehkä koen sen myös jollain lailla niin kun positiivisena tai semmosena rikkautena, että musta on kivaa opetella uusia kieliä” Osallistuja 11

> ”Mun mielestä se on enemmän rikkaus se kieliasia, ei se , täytyy sanoa että se ei vaikuttanut mun päätökseen [tulla töihin kaksikieliseen terveyskeskukseen].” Osallistuja 3

> ”Se on mun mielestä niin iso rikkaus… oli se kieli nyt sitten ruotsi tai englanti tai mikä tahansa muu, niin niinhän tässä on kuitenkin se kielitaito niin jotenkin hieno asia ja sitten kun jos se työpaikka antaa vielä tämmöisen niinku ilmaisen mahdollisuuden harjoitella sitä käytännössä päivittäin… Niin miksi ei tarttuisi siihen vaihtoehtoon?” Osallistuja 12

Olennaista on vahva luottamus siihen, että apua aina löytyy. Erikoistuva lääkäri saa apua työkavereilta tai tulkilta. Kaksikielisessä työyhteisössä erikoistuva lääkäri voi kuulla ruotsinkieltä ja kuitenkin itse puhua suomea.

5.3.3.2 Kaksikielisyys kuormittaa arkea ja työyhteisöä

Erikoistuva lääkäri voi kokea kaksikielisen työympäristössä toimimisen kuormittavana. Vieras kieli on ylimääräinen tekijä. Kokemus ruotsinkielisestä vastaanotosta koetaan stressaavana ja ylimääräisenä asiana

> ”Kyllä se on aina tuntunut semmoselta niinku haasteelta ja vähän sitten jännittänyt ja jotenki semmonen vaikea asia.” Osallistuja 1

> ”Tai onhan se tavallaan … semmonen ylimääräinen … ei nyt ehkä stressi, mutt vähän semmonen ylimääräinen niinku tekijä, niinku tavallaan siinä vastaanottokäynnillä, että joutuu tsemppaamaan sen asian kanssa vielä niinku muiden tämmösten lääketieteellisten asioiden lisäksi.” Osallistuja 4

> ”Onhan se tosi iso asia. Kyllä se on tosi iso niinku … stressi… tavallaan varsinkin jos alottaa just työuran ja sitt siihen tulee vielä tää kielijuttu lisänä, ett onhan se niinku raskasta. Ett kyllä mä luulen, että mäkin olisin varmaan tavallaan ehkä voinu helpommallakin päästä jossain muuallakin sitte. Mutt ei siihen kuitenkaan niinku kuole, että kyllä siitä selviää.” Osallistuja 4

Kielen vaihtaminen työyhteisössä ei aina suju luontevasti. Osallistuja 9 kuvailee kokemuksia kielen vaihtamisen haasteista työkavereiden kesken.

> ”Ja siellä [toisella työpaikalla] on tapana vaihtaa suomeen tosi herkästi. Siellä ei tehdä niin kuin [tutkimuspaikkakunnalla] tehdään, että voi puhua mitä puhuu ja jos sanoo yhdenkin sanan suomeksi väliin, niin sitt ne on sillai että vaihdetaan sitten suomeen.” Osallistuja 9

Kaksikielisen paikkakunnan ja samalla työyhteisön maine voi olla iso kynnys tulla töihin, minkä erikoistuvat lääkärit myös itse kohtaavat esimerkiksi koulutuksissa kollegoiden kanssa keskustellessa.

5.3.4 Työnjako

5.3.4.1 Hoitajat

Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien apu on tärkeää sekä yhteydenpidossa potilaiden kanssa että vastaanottotilanteissa. Lääkärit oppivat kuuntelemalla hoitajia yhteisissä tilanteissa ja kohtaamisissa. Tiimin yhteinen vastuu potilaasta korostuu.

”Mutta onneks meillä on täällä hoitajia kyllä, joiden äidinkieli on ruotsi, että ne auttaa.” Osallistuja 10

”Joo eli erittäin kiva kun jos siellä pieni vauva, suhteellisen pieni, yleensä terveydenhoitaja on mukana ja hän kertoi näitä sanoja ja pitää keskustella ja mä voisin katsoa tai kuunnella että mitä minkälaisia sanoja hän käyttää ja että siitäkin mä oon oppinut.” Osallistuja 14

5.3.4.2 Kollegat

Kollegoilta saa apua tarvittaessa helposti. Toisaalta esimerkiksi tekstien kirjoittamista ruotsiksi voi ehkäistä se, että kollega, joka potentiaalisesti jatkaa hoitoa, ei välttämättä osaa. Silloin tekemistä ja kielen valintaa ohjaa organisaation rakenne ja osaaminen.

”Mä en jotenkin osannut muotoilla sitä (tekstiviestiä) semmoiseksi napakaksi tekstiksi, niin sitten mä kysyin [kollega]lta apua, että jos hän voisi auttaa kirjoittamaan sen ruotsiksi, mitä mä haluaisin sanoa … sitten [kollega] auttoi mua ja mä sain sen tekstarin lähetettyä.” Osallistuja 11

”Meidänkin asemalla [kollega] ei niin hyvin puhu tai lue ruotsia, niin se on helpompaa että kaikki tekstit on suomeksi.” Osallistuja 6

5.3.4.3 Sihteerit

Sairaskertomusmerkintöjen saneleminen on oma taitonsa ja sihteereillä on saneluiden kirjoittamisessa oma tärkeä roolinsa. Erikoistuvat lääkärit miettivät oman ajankäytön lisäksi myös sihteerin työtä sanelun kirjoittajana. Samoin sihteerien rooli potilaskertomusmerkintöjen laadun varmistajana on tunnistettu. Osa on saanut tai pyytänyt palautetta sihteeriltä omista saneluistaan.

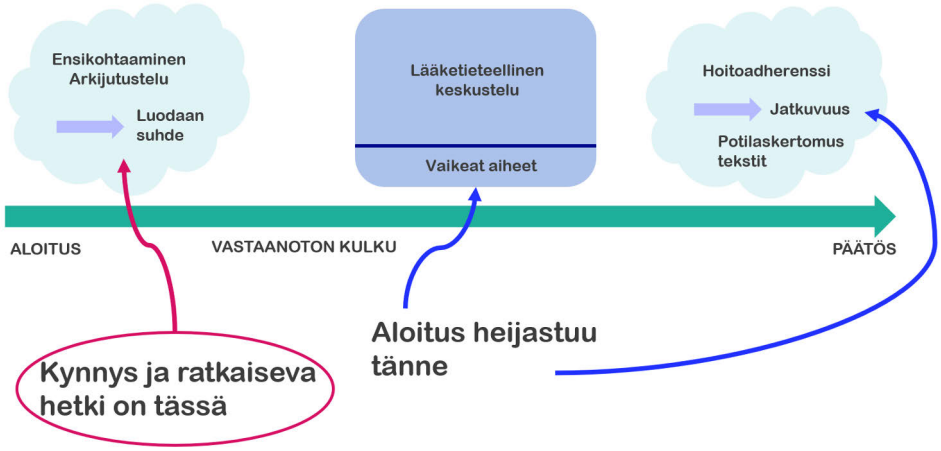
”Sitt pitäis sitä ihan niinku perus grammaria tankata, että sais sanelun purkajallekin miellyttäväksi sen kokemuksen... ja sitte ehkä vähä sitä lausumista sujuvammaksi ett se oo sitt jännittävää sille purkajalle että mitä sieltä tulee.” Osallistuja 1

”Ja ne on semmosia hitaita ne sanelut, ett ei tarvi sihteerien kyllä hidastaa niitä… purkaa, ett tulee kyllä hyvin rauhalliseen tahtiin sitte.” Osallistuja 12

”On tullut jonkin verran korjausta sihteereiltä. Että kuitenkin hän ymmärtää myöskin että se ei ole mun vahvin kieli.” Osallistuja 14

5.3.5 Potilaan kohtaaminen ja vastaanoton vaiheet

Kuva 15 havainnollistaa, miten kaksikielisellä vastaanotolla potilaan kohtaaminen alkaa jo ensimmäisistä lauseista.



Kuva 15. Potilaan kohtaaminen kaksikielisen terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolla.

Ensimmäinen vaihe: Analyysissä nousi esiin vastaanoton aloituksen merkitys kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Ensikohtaamisessa on olennaista lyhyt arkijutustelu, jonka aikana potilaaseen luodaan suhde. Käytetystä kielestä saatetaan hetki neuvotella, mitä kieltä käytetään.

”Tai tosi harva potilas, tulee ja vaikka sanoo, että suomea tai ruotsia, niin kovin moni ei sano silleen, että vaan ruotsia. Suuri osa sanoo, että kumpi vaan ja siinä menee semmonen vänkääminen, että mä kyllä puhun ruotsia, että mitä sä haluat, että päätä sinä. Sitt ne on ihan silleen, että no kai sitten ruotsia.” Osallistuja 8

Toinen vaihe: Lääketieteellinen keskustelu vastaanoton kuluessa tehdään sillä kielellä, johon on alkuvaiheen neuvottelussa päädytty. Kaksikielisessä terveyskeskuksessa erottuu vaikeat aiheet, kuten mielenterveyteen liittyvät teemat, erityisen haastavina.

Kolmas vaihe: Hoitoadherenssin kannalta potilaan kohtaaminen on perustavaa laatua oleva asia. Hoidon jatkuvuus on tärkeää. Jos potilas on kokenut tulleensa

kohdatuksi ja ymmärretyksi omalla kielellään, on omapystyvyys ja oman elämän asiantuntijuus vahvistunut. Tämä saattaa vaikuttaa hoitoadherenssiin myönteisesti.

Vastaanottokäyntien kirjaaminen potilastietojärjestelmään potilaan omalla kielellä oli tämän tutkimuksen tulosten perusteella monitekijäinen asia. Siihen vaikuttivat palkkio, oikeusturva, ylilääkärin suhtautuminen, ajanpuute tai pelko virheistä.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä

Tämän väitöskirjan tavoitteena oli kehittää Kielimentori-ohjelma kaksikieliseen terveyskeskukseen. Tutkimuksen tulosten perusteella kieliympäristöllä ja oppimisympäristöllä on merkittävä vaikutus kaksikielisyyteen liittyvän koulutusintervention ja -tutkimuksen toteutumiseen.

Tämän väitöskirjan teemat perustuvat yleislääketieteen keskeisiin arvoihin, kuten potilas-lääkärisuhteen jatkuvuuteen sekä koulutuksen, tutkimuksen ja laadun kehittämiseen. Hoidon jatkuvuuden toteutuminen on varmistettava ottaen huomioon myös kieliympäristö. Kaksikielisellä alueella terveydenhuollon ammattilaisten kielitaito on olennainen osa potilaskeskeistä hoitoa. Potilaat haluavat usein keskustella asioistaan suoraan ilman välikäsiä (Patriksson, Wigert, et al., 2019). Tutkimukset osoittavat, että potilas-lääkärisuhde vahvistuu, kun lääkäri käyttää potilaan omaa kieltä ja osaa selittää lääketieteelliset termit ja käsitteet selkeästi (Hadden et al., 2018; Ortega & Prada, 2020).

Tässä tutkimuksessa tuli esiin kaksikielisen terveyskeskuksen ominaispiirre, miten vastaanotolla käytettävästä kielestä ensin neuvotellaan ja ajoittain potilas saattaa ehdottaa ruotsin kielen vaihtamista suomeen. Kirjallisuudessa tuodaan esiin, että kaksikielisellä alueella asuvat potilaat voivat kohdata ylimääräisiä esteitä kommunikoidessaan terveydenhuollon ammattilaisten kanssa (Drolet et al., 2014; G. Roberts, 2017). Tässä tutkimuksessa havaittiin, että lääkärit ovat hyvin tietoisia näistä haasteista ja pyrkivät aktiivisesti löytämään yhteisen ymmärryksen potilaiden kanssa. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat myös, että tuki kollegoilta ja muilta ammattilaisilta on keskeistä, jotta molemminpuolinen ymmärrys potilaan kanssa löytyisi. Merkittävä tulos on lisäksi se, että kielikumppanuus potilaan kanssa tukee oppimista ja lisää rohkeutta käyttää kieltä. Kommunikaation merkitys potilasturvallisuudelle korostuu (Im & Aaronson, 2020; Schyve, 2007).

On selvää, että lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kielitaitoon on panostettava ja sitä on tuettava organisaatiotasolla (Irvine et al., 2006), jotta potilaille voidaan tarjota hyvää hoitoa heidän omalla kielellään. Suomessa on useita lakeja, jotka määrittelevät lääkärin kielitaitoon liittyviä asioita ja organisaation vastuuta. Lääkärin on hallittava maan viralliset kielet ja

organisaation on huolehdittava sen osaamisesta (Kielilaki 423/2003, 2003; Kielitaitolaki: Laki julkisyhteisöjen henkilöstöltä vaadittavasta kielitaidosta 424/2003, 2003; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, 1994).

Lain noudattamisen rinnalla tämä tutkimus korostaa kieliympäristön merkityksen ymmärtämisen tärkeyttä. Kaksikielisessä terveyskeskuksessa ammattilaiset toimivat ympäristössä, jossa käytetään päivittäin vähintään kahta kieltä. Tämän tutkimuksen tulokset ovat linjassa aiemman tutkimuksen kanssa siitä, että kaksikielisyys voi olla erityisen vaativaa uran alkuvaiheessa oleville lääkäreille, se herättää ahdistusta ja voimakkaitakin epävarmuuden tunteita. Tutkimukset ovat osoittaneet, että kaksikielinen ympäristö vaikuttaa ammatillisen identiteetin ja osallisuuden kokemukseen työpaikoilla (Gréaux et al., 2024).

Korkea kognitiivinen kuormitus voi heikentää terveydenhuollon ammattilaisten suoritusta ja oppimista (Sewell et al., 2019; Sweller et al., 2019). Erityisesti uransa alussa olevat lääkärit kohtaavat monimutkaisia tehtäviä, jotka altistavat heidät suurelle kognitiiviselle kuormitukselle (Szulewski et al., 2021; J. Q. Young et al., 2014). Työympäristön häiriötekijät lisäävät ylimääräistä kuormitusta, mikä voi heikentää oppimista (Sewell et al., 2019). Tämä asettaa myös koulutusintervention suunnittelulle haasteita – epävarmuutta ja stressiä ei voi välttää, vaan ne on otettava suunnittelussa huomioon (Sweller et al., 2019; Van Merriënboer & Sweller, 2010).

Tässä tutkimuksessa todettiin, että kieliympäristö voi aiheuttaa ylimääräistä kuormitusta ja stressiä. Tämän tutkimuksen tulosten ja kirjallisuuden perusteella voidaan kuitenkin todeta, että psykologisesti turvallisessa oppimisympäristössä kouluttajat ja mentorit voivat tukea stressinhallinnassa (Rudland et al., 2020). Hyvässä oppimisympäristössä on motivoivaa oppia lisää. Van der Gootin ja kumppaneiden (2020) tutkimuksessa tunnistettiin neljän kliinisen oppimisympäristön ominaisuutta, jotka tukevat erikoistuvien lääkärien motivaatiota (van der Goot et al., 2020). Nämä neljä ominaisuutta olivat: 1) sosiaaliset vuorovaikutukset työyhteisössä, 2) toimivat organisaation rakenteet ja prosessit, 3) tekniset työkalut ja välineet, joiden avulla erikoistuva lääkäri sai palautetta, sekä 4) ympäristön fyysiset ominaisuudet, jotka paransivat ilmapiiriä ja keskittymistä. (van der Goot et al., 2020).

Kansainvälinen lääkäreiden liikkuvuus on lisääntynyt, ja terveydenhuollossa työskentelee yhä enemmän eri kieliä puhuvia lääkäreitä. Tämä kehitys on huomioitava lääketieteen koulutuksessa (B. O'Brien et al., 2019). Lääketieteen koulutusympäristö tarjoaa ainutlaatuisia mahdollisuuksia oppia kulttuurien välisestä kommunikaatiosta (Lyon et al., 2019).

Kaksikielisessä terveyskeskuksessa käytettävät kielet ovat keskeinen osa kontekstia, yhteisöä ja kulttuuria. Tämä tutkimus osoittaa, kuinka kliiniseen työhön ja kaksikielisyyteen yhdistetty koulutuksellinen interventio tuo esiin organisaation sitoutumisen kaksikielisyyteen. Oppiminen kaksikielisessä perusterveydenhuollon

toimintaympäristössä pohjautuu vahvaan oppimisen ja opettamisen kulttuuriin (Dick et al., 2019).

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella koulutukseen panostaminen ja kaksikielisyyden tukeminen tulisi aloittaa jo opiskeluvaiheessa. Käsitykset kaksikielisyydestä muotoutuvat vahvasti opintojen eri vaiheissa, kuten harjoitteluiden ja opintojen aikana tehtyjen lääkärin sijaisuuksien myötä. Tämä tutkimus täydentää aiempia tutkimuksia tarjoamalla tietoa siitä, miten koulutusintervention avulla voidaan tukea kaksikielisen lääkärin identiteetin muodostumista ja auttaa erikoistuvaa lääkäriä integroitumaan kaksikieliseen työyhteisöön (R. L. Cruess et al., 2018).

Ramani ym. (2019) korostavat opettajien ja kouluttajien merkittävää roolia turvallisen oppimisympäristön luomisessa (Ramani et al., 2019). Useat tutkimukset painottavat, että organisaatioilla on keskeinen tehtävä kasvun ajattelutapaa edistävän palautekulttuurin kehittämisessä (Ramani et al., 2019; Watling & Ginsburg, 2019; Wolcott et al., 2021).

Oppimisilmapiiri vaikuttaa merkittävästi siihen, miten oppijat kokevat arvioinnin ja palautteen. Turvallinen oppimisympäristö edistää oppimista ja palautteen vastaanottamista (Ramani et al., 2018; Watling & Ginsburg, 2019). Suorituskeskeinen oppimisilmapiiri taas voi altistaa kilpailulle ja kehittämiskohteiden piilottamiselle (Richardson et al., 2021).

Caverzagie ym. (2019) tuovat esiin seitsemän strategiaa, joilla voidaan parantaa kliinisen oppimisympäristön psykologista turvallisuutta: 1) Oppimisen omaksuminen keskeiseksi arvoksi. 2) Kliinisen työympäristön hyödyntäminen oppimisympäristönä 3) Yksilötason taitojen kehittäminen oppimisprosessin optimoimiseksi 4) Hyödynnä rituaaleja ja palkintoja oppimisen tukemiseksi 5) Hyväksyvän kulttuurin luominen, jossa virheistä oppiminen on sallittua 6) Kilpailevien tekijöiden poistaminen 7) Oppimisyhteisöjen rakentaminen, joissa oppijat voivat jakaa tietoa ja kokemuksia. (Caverzagie et al., 2019) Tässä tutkimuksessa kliininen työympäristö ja sen hyödyntäminen oppimisympäristönä, oli yksi Kielimentori-ohjelman tukipilari ja lähtökohta. Kokemusten jakaminen aloitustapaamisessa ja pienryhmissä vahvisti yhteisöllisyyttä ja hyväksyvää kulttuurin luomista.

Tämän tutkimuksen mukaan kaksikielinen työympäristö on oppimisen kannalta alihyödynnetty. Työyhteisön merkitys on tärkeä ja sitä voitaisiin vahvistaa lisää, sekä organisaation muodollisissa että epämuodollisissa kohtaamisissa. Tämä tulos on yhtenevä aiempien tutkimusten kanssa. Mertens ym. (2018) osoittavat, että ammattilaiset voivat sekä oppia että edistää toistensa oppimista, mutta oppiminen jää usein huomaamatta, koska se tapahtuu osana päivittäistä työtä ja vuorovaikutusta (Mertens et al., 2018). Organisaation johtajilla on keskeinen rooli, että oppimiselle varataan riittävästi aikaa (Mertens et al., 2018).

Teunissen ym. (2021) mukaan toimintaympäristöön liittyvän osaamisen kehittyminen tapahtuu viiden vaiheen kautta: käytännön tarpeiden täyttyminen, yhteisöön kuulumisen kokemus, osaamisen uudelleen muotoutuminen ja autonomian saavuttaminen (Teunissen et al., 2021). Tutkijoiden mukaan näiden vaiheiden läpikäyminen ja ohjaajien tuki prosessin aikana edistävät lääkäreiden sopeutumista uusiin ympäristöihin ja parantavat heidän suorituskykyään (Teunissen et al., 2021). Kielimentori-ohjelmassa tätä toimintaympäristöön liittyvää osaamisen kehittymistä tuki vahva oppimisen teoreettinen pohja käytäntöyhteisöteorian avulla. Yksilöllinen kielimentorointi antoi mahdollisuuden erikoistuvan lääkärin omien tarpeiden huomioimiseen, ja pienryhmätilaisuudet taas vahvistivat yhteisöön kuulumisen kokemusta.

6.2 Menetelmät

6.2.1 Kielimentori-ohjelma

Kielimentori-ohjelmassa pyrittiin tuottamaan merkityksellisiä oppimiskokemuksia koko intervention ajan käytäntöyhteisöteorian mukaisesti (McGrath et al., 2020). Tutkimuksessa panostettiin erityisesti psykologisesti turvallisen oppimisympäristön luomiseen (Tsuei et al., 2019). Keskustelut ruotsin kielestä ja rohkaisevat kollegoiden kielitarinat olivat olennaisia Kielimentori-ohjelman aikana (Johnson et al., 2020). Pelko hoitovirheestä, epävarmuuden kieltäminen, huono kohtelu tai haluttomuus pyytää apua voivat tehdä oppimisympäristöstä epäsuotuisan (Benbassat, 2013). Psykologisesti turvallinen ja kannustava ympäristö taas edistää oppimista ja ammatillista kasvua.

Lääketieteen koulutusintervention vaikuttavuus edellyttää huolellista suunnittelua, toteutusta ja arviointia eli linjakkuutta koko prosessin ajan (S. T. T. Li et al., 2020). Kielimentori-ohjelmassa perusteellinen suunnitteluvaihe oli keskeinen, jotta saatiin tietoa osallistujien oppimistarpeista, työolosuhteista ja organisaation mahdollisuuksista tukea koulutusintervention kehittämistä. Käytäntöyhteisöteoria tarjosi vankan lähtökohdan ohjelman suunnittelulle (R. L. Cruess et al., 2018). Lisäksi toimintatutkimuksen periaatteiden seuraaminen suunnitteluvaiheesta lähtien vahvisti Kielimentori-ohjelman oppimisen teorioiden soveltamista. Lääketieteen koulutuksen tutkimuksen vahvistamista onkin peräänkuulutettu sekä kansainvälisesti että Suomessa (Cleland et al., 2021; Eady & Moreau, 2024; Kulmala et al., 2024).

Käytännössä tutkimuksen tekeminen lääketieteen koulutuksen interventioista voi olla haastavaa sekä tutkijan että organisaation näkökulmasta (Beck Dallaghan et al., 2022; Singh & Shipman, 2022; Yong et al., 2020). Riittävä osaaminen ja muu resurssointi sekä organisaation valmiudet ja suhtautuminen lääketieteen koulutuksen

tutkimuksen tekemiseen ovat edellytyksiä tähän (Ahmed et al., 2016; Crites et al., 2014; McGaghie, 2009). Terveyskeskuksissa tehdään Suomessa vähemmän tutkimusta kuin erikoissairaanhoidossa (Sumanen et al., 2021). Kielimentori-ohjelma oli lääketieteen koulutuksen laadullinen tutkimus, joka toteutettiin kaksikielisessä terveyskeskuksessa fyysisesti kaukana lääketieteellisestä tiedekunnasta. Avainasemassa oli hyvä yhteistyö Turun yliopiston kanssa ja monialainen Kielimentori-ohjelman työryhmä, joka mahdollisti monipuolisen keskustelun ja laaja-alaisen osaamisen hyödyntämisen. Grierson ja Vanstone tuovatkin esiin yleislääketieteen laajat mahdollisuudet lääketieteen koulutuksen tutkimukseen (Grierson & Vanstone, 2021).

Koulutuksen oppimismenetelmien suunnittelussa on olennaista huomioida tarpeet ja tavoitteet sekä varmistaa käytännön koordinoinnin toteutuminen (Grant, 2019). Implementaatiotutkimuksen mukaan interventio ja käytetyt menetelmät on sovitettava organisaation prosesseihin ja toimintaedellytyksiin sekä mietittävä soveltaminen käytäntöön (Kirk et al., 2016; D. C. Thomas et al., 2017). Digitaalisten välineiden valinnassa korostuu käyttökokemus, osaaminen ja tietosuojaan liittyvät kysymykset. Kielimentori-ohjelman suunnitteluvaiheessa vuosina 2018–2019 digitaalisten taitojen kehittäminen oli organisaatiossa vielä alkuvaiheessa. Etäosallistuminen oli mahdollista, mutta digialustat olivat vähäisessä käytössä. Vastaanottojen videointi oppimisen tukena herätti vastustusta ja tietosuojaongelmia, joten sitä ei voitu hyödyntää. Tämän takia valittiin online-yhteyden mahdollistava robotti ja Teams- etäyhteys, jotka varmistivat kielimentoroinnin saavutettavuuden ja yllättävässä COVID-19-pandemiassa myös mahdollistivat toiminnan jatkamisen. Kautto kollegoineen (2024) kuvaa katsausartikkelissaan, miten teknologian käyttöön vaikuttavat hyödyllisyys, helppokäyttöisyys, odotettu tehokkuus ja vaivannäkö, sekä sosiaalinen vaikutus ja muut mahdollistavat tekijät (Kautto et al., 2024).

Monipuoliset oppimismenetelmät olivat Kielimentori-ohjelman perusta, mikä mahdollisti yksilöllisten tarpeiden ja tavoitteiden kohdentamisen sekä oppimisen tukemisen erilaisin keinoin. Toisaalta useampi elementti interventiossa asetti haasteita ohjelman koordinoinnille ja aikataulujen sovittamiselle. Uusien ja erilaisten oppimismenetelmien soveltaminen interventiossa, kuten esimerkiksi draamaharjoitukset olivat myös uutta ja erilaista, vaikka pienryhmäopetus oli ollut osa erikoistuvien lääkäreiden suunnitelmallista koulutusohjelmaa jo useamman vuoden ajan ja niistä oli organisaatiossa hyviä kokemuksia.

Yksilöllinen kielimentorointi oli keskeinen osa Kielimentori-ohjelmaa. Se soveltui hyvin käytäntöyhteisöteorian mukaisiin tekemällä oppimisen ja yhteisöön kuulumisen periaatteisiin (Buckley et al., 2019; Lave & Wenger, 1991; Wikström et al., 2023). Yksilöllinen kielimentorointi integroitiin osallistujien normaaliin vastaanottotyöhön, mikä mahdollisti ruotsin kielen käytön ja kaksikielisyyden tukemisen käytännön työssä. Tutkimukset osoittavat, että organisaation rooli on olennainen mentoroinnin

onnistumisessa (Wikström et al., 2023). Organisaation prosessien ja käytäntöjen tuntemus oli välttämätöntä Kielimentori-ohjelman tehokkaalle koordinoinnille.

Tutkimukset osoittavat lisäksi, että mentorin valinta on kriittinen mentoroinnin onnistumisen kannalta (Ssemata et al., 2017). Kielimentoreiksi rekrytoitiin vapaaehtoisia kaksikielisiä eläkkeellä olevia lääkäreitä, joiden tehtävänä oli keskittyä osallistujien kielitaidon havainnointiin ja tukemiseen lääkärin työssä. Tämä kieleen liittyvä rajaus oli keskeinen, mutta lääkärin ammatin ja toimintaympäristön tuntemus helpottivat merkittävästi mentorointia. Kielimentori havainnoi erikoistuvan lääkärin vastaanottoa, minkä jälkeen käytiin yhteinen palautekeskustelu. Työssä tapahtuva vastaanoton havainnointi antaa paljon tietoa (Rietmeijer et al., 2018; Toivonen et al., 2018) ja parhaimmillaan se antaa kuvan siitä, miten erikoistuva lääkäri toimii käytännössä (Rietmeijer & Teunissen, 2019). Vastaanoton havainnointiin on tärkeää yhdistää dialoginen keskustelu erikoistuvan ja mentorin välillä (Rietmeijer, Blankenstein, et al., 2021).

On todettu, että potilaat ovat hyvin tietoisia kolmannen, havainnointia tekevän henkilön läsnäolosta vastaanoton aikana (Rietmeijer, Deves, et al., 2021). Potilaiden kannalta oli siksi luontevaa, että kielimentori oli terveydenhuollon ammattilainen. Aiemmissa tutkimuksissa ei ole tietoa eläkkeellä olevien ammattilaisten roolista mentorina. Yleisempiä ovat mentorointiohjelmat, joissa esimerkiksi kokeneempi kollega mentoroi toista lääkäriä tai erikoistuva lääkäri toimii mentorina lääketieteen opiskelijalle ja opiskelija puolestaan mentoroi nuoria yläkoululaisia (Guo et al., 2023). Robotin ja Teamsin hyödyntäminen mahdollistivat kielimentorin läsnäolon vaikuttaen kuitenkin mahdollisimman vähän potilaan ja erikoistuvan lääkärin väliseen vuorovaikutukseen. On mahdollista, että robotti vastaanottohuoneessa saattoi herättää potilaassa pelkoa tai viedä huomion itse vastaanotosta. Tutkimuksen osallistujat kuvasivat kuitenkin etäyhteydellä tapahtuvaa kielimentorointia onnistuneeksi ja potilaiden suhtautumista myönteiseksi.

Kielimentoreiden motivaatio ja sitoutuminen Kielimentori-ohjelman kehittämiseen sekä aito kiinnostus kollegoiden tukemiseen edistivät mentorointisuhdetta (Burgess et al., 2018). Tämän väitöskirjatutkimuksen tulosten mukaan kaksikielisyyteen liittyy monenlaisia tunteita. Pelko nolatuksi tulemisesta ja oman asiantuntijuuden heikentymisestä kielitaidon vuoksi voi olla merkittävä. Nämä pelot huomioiden kielimentoreiden rooli oli toimia neutraalisti ja rakentavasti erikoistuvien lääkäreiden tukena. Organisaation valtasuhteet ja hierarkia voivat vaikuttaa mentorointisuhteeseen ja herättää myös negatiivisia tunteita (Crowe et al., 2017; Vanstone & Grierson, 2022). Tässä tutkimuksessa ei tullut esiin, että hierarkia olisi vaikuttanut mentorointiin.

Pienryhmäopetuksessa Kielimentori-ohjelman integroiminen käytännön lääkärin työhön tarkoitti oppimismenetelmien kiinteää yhteyttä kliiniseen potilastyöhön. Pienryhmätapaamiset sisälsivät sekä draamatyöpajoja että

potilastapauskeskusteluja, jotka oli liitetty kliinisen työn kontekstiin. Rentoon ilmapiiriin ja tapaamisten hyvään aloitukseen kiinnitettiin erityistä huomiota. Ryhmäopetuksen hyvällä aloituksella on todettu olevan suotuisaa vaikutusta ryhmän toimintaan (Kitchen, 2012). Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu lisäksi, että oppimista tukevat ryhmälähtöinen toimintatapa, digitaalisten oppimisvälineiden hyödyntäminen ja pedagogiikan asiantuntijoiden mukanaolo (Rajalingam et al., 2018). Kielimentori-ohjelmassa digitaalisia oppimisvälineitä suunniteltiin erityisesti yksilölliseen kielimentorointiin, mutta COVID-19-pandemian myötä etäyhteyksin toteutettiin myös pienryhmäopetusta. Kirjallisuudessa tuodaan esiin sitä, että ryhmän dynamiikkaan on syytä kiinnittää huomiota, erityisesti jos osallistujat eivät tunne toisiaan tai tulevat eri taustoista (Phua et al., 2024). Kielimentori-ohjelmassa aloitustapaamisella oli tärkeä merkitys tutuksi tulemisen ja ryhmän dynamiikan kannalta.

Potilaan kohtaamisessa ja potilas-lääkärisuhteen muodostamisessa on tärkeää, että lääkäri pystyy keskustelemaan sujuvasti sekä lääketieteellisistä että ei-lääketieteellisistä asioista. Kulttuurien välistä kommunikaatiota potilas-lääkärisuhteessa on tutkittu, ja tutkimuksissa korostuu lääketieteellisten asioiden selittäminen potilaalle (Paternotte et al., 2015, 2016). Kulttuurin huomioiminen edellyttää, että lääkärillä on myös osaamista keskustella ei-lääketieteellisistä teemoista. Erityisesti draamatyöpajoissa osallistujat pääsivät harjoittamaan ei-lääketieteellisistä teemoista keskustelua siten, että ne olivat kuitenkin kytkettyinä potilastyöhön. Sanoilla on merkitystä potilas-lääkärisuhteen muodostamisessa (Ortega & Prada, 2020)

Draamatyöpajoissa ohjaajina toimineet koulutetut draamapedagogit toteuttivat onnistuneesti Hoffman-Longtin ym. (2018) artikkelissa kuvaamia draamaharjoitusten elementtejä (Hoffmann-Longtin et al., 2018). Taideaineiden yhdistäminen lääketieteen koulutukseen voi olla olennainen osa lääketieteen koulutusta, lisäksi se voi täydentää tai korjata lääketieteen koulutuksen puutteita (Dennhardt et al., 2016; Moniz, Golafshani, Gaspar, Adams, Haidet, Sukhera, Volpe, de Boer, et al., 2021).

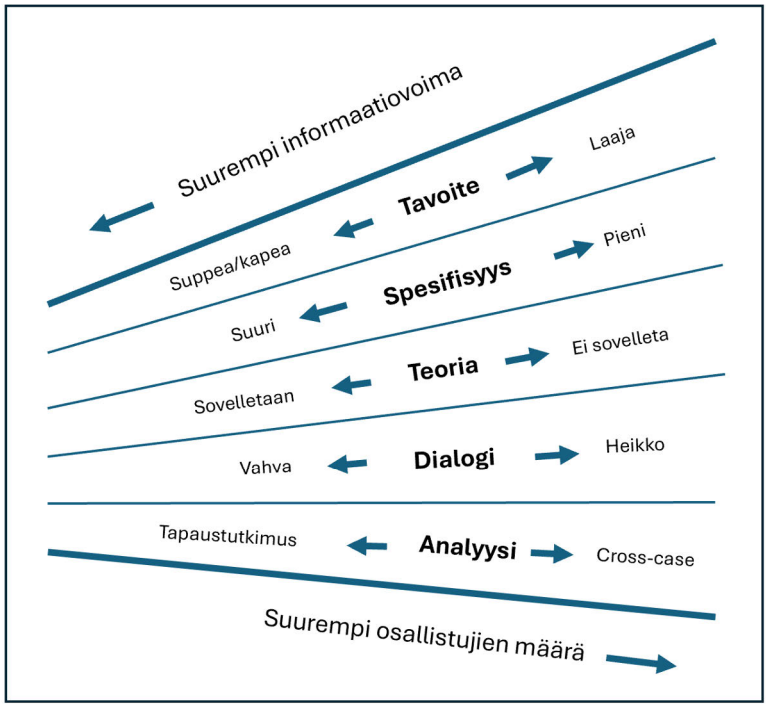
6.2.2 Aineistonkeruu ja analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa osallistujien rekrytointi on merkittävä vaihe aineiston laadun ja kattavuuden kannalta (Bonisteel et al., 2021; A. Valtonen & Viitanen, 2020). Osallistujat rekrytoitiin terveyskeskuksen erikoistuvien ja YEK-lääkärien joukosta. Rekrytointia edisti koulutusylilääkärinä muodostamani suhde erikoistuviin lääkäreihin. COVID-19-pandemia kuitenkin vähensi luontaisia tapaamisia, mikä vaikutti toisen intervention osallistujien rekrytoinnin aikatauluun ja sujuvuuteen.

Aineistonkeruu tehtiin Kielimentori-tutkimuksessa semi-strukturoitujen haastattelujen avulla. Tein semi-strukturoidut haastattelut ennen Kielimentori-ohjelman aloitusta ja sen jälkeen, mikä antoi mahdollisuuden syventää vuorovaikutusta osallistujien kanssa. Semi-strukturoitu haastattelumenetelmä soveltui hyvin Kielimentori-ohjelman tutkimukseen. Haastattelu on joustava vuorovaikutteinen aineistonkeruumenetelmä, ja sen avulla tutkija voi syventää ja tarkentaa strukturoitujakin kysymyksiä (Puusa, 2020b; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 85). Yksilöhaastattelu on nimensä mukaisesti yhden osallistujan henkilökohtainen haastattelu, ja se oli Kielimentori-tutkimuksessa luonteva valinta. Fokusryhmähaastattelussa osallistujia on yleensä yhdessä ryhmässä 4-10 (Mäntyranta & Kaila, 2008; A. Valtonen & Viitanen, 2020), mikä vaikutti tämän tutkimuksen tarkoitukseen liian suurelta.

Haastattelutilanne on aina sosiaalinen vuorovaikutustapahtuma tutkijan ja tutkittavan välillä (Eskola & Suoranta, 1998a; McGrath et al., 2019; Puusa, 2020b). Vuorovaikutus haastateltavien kanssa perustuu luottamukselliseen suhteeseen ja hyvään ilmapiiriin (de la Croix et al., 2018). Luottamus luodaan jo rekrytoinnista lähtien ja haastatteluun valmistautumalla. Omaa tutkimusta aloittaessani minulla oli kokemusta erikoistuvien lääkärien aloitus- ja loppukeskusteluista, joissa erikoistuva ja ohjaaja ovat mukana. Lähes 100 tällaista keskustelua ennen tutkimuksen alkua oli harjoittanut omaa osaamistani siinä, miten semi-strukturoitu haastattelu tehdään kunnioittaen osallistujaa ja miten luodaan turvallinen, luottamuksellinen ilmapiiri. Pyrin pitämään kysymykset mahdollisimman avoimina, jotta en olisi ohjannut vastauksia tiettyyn suuntaan (Puusa, 2020b). Luontevaa haastattelutilannetta tuki myös se, että olin testannut haastattelun ja äänittämisen toimivuuden terveyskeskuksen kouluttajalääkäriä haastatellen. Tätä toimintatapaa suositellaan laadulliselle tutkijalle myös laadun varmistamisen näkökulmasta (Moser & Korstjens, 2018).

Malterud kumppaneineen (2016) on esittänyt informaatiovoimaan (engl. information power) perustuvan mallin, jonka avulla laadullisen aineiston riittävyyttä ja kattavuutta voidaan arvioida (Malterud et al., 2016). Malli koostuu viidestä eri ulottuvuudesta: 1) tutkimuksen tavoite, 2) spesifisyys, 3) teorian soveltaminen, 4) dialogin laatu, 5) analyysin strategia. Mitä vähäisempi viiden elementin avulla arvioitu informaatiovoima on, sitä suurempi määrä aineistoa tutkimuksessa tulisi olla (Malterud et al., 2016). Malli on esitetty kuvassa 16.



Kuva 16. Laadullisen aineiston informaatiovoimaa kuvaava malli. (Malterud et al., 2016). Lupa uudelleen julkaisuun: Sage (2025).

1. **Tavoite:** Tämän tutkimuksen tavoite oli kehittää ja implementoida Kielimentori-ohjelma, tutkia osallistujien käsityksiä kaksikielisyydestä ja selvittää potilaan kohtaamiseen liittyviä erityispiirteitä kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Nämä tavoitteet olivat melko laajoja, vaikka toisaalta tavoitteet olivat selkeästi kohdennettuja tiettyyn tutkimusympäristöön ja rajatulle kohderyhmälle.
2. **Spesifisyys:** Tutkimuksen spesifisyydellä tarkoitetaan, että osallistujilla on tietoa juuri tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Toisaalta kohderyhmän variaatio voi tuoda vahvistusta informaatiovoimaan. Kielimentori-tutkimuksessa kohderyhmänä oli erikoistuvat lääkärit, joilla oli perustaidot ruotsin kielestä. Ulkomailla opiskelleiden osallistujien mukana oleminen toi mukanaan toivottua variaatiota, mikä vahvistaa informaatiovoimaa.
3. **Teorian soveltaminen:** Kielimentori-tutkimuksessa teoriaa on sovellettu koko prosessin ajan, mikä vahvistaa informaatiovoimaa.

4. **Dialogin laatu** Kielimentori-tutkimuksessa oli vahva. Minulla oli tutkijana paljon kokemusta haastatteluiden tekemisestä ja osaamista muodostaa vuorovaikutuksellinen haastattelutilanne.
5. **Analyysin strategia:** Kielimentori-tutkimuksessa analyysistrategiana oli ymmärtää syvällisesti osallistujien käsityksiä kaksikielisyydestä, oppimiskokemuksia Kielimentori-ohjelmasta sekä potilaan kohtaamisen erityispiirteitä kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Informaatiovoiman analyysissä analyysistrategia siirtyy vasemmalle, jossa pienempi osallistujien määrä on riittävä.

Laadullisen aineiston analyysivaihe on jokaisessa tutkimuksessa ainutlaatuinen johtuen itse aineiston luonteesta, käytetyistä menetelmistä, prosesseista ja valitusta tutkimuskysymyksestä. Väitöskirjatutkimukseni ensimmäisen osion ”Käsitykset kaksikielisyydestä” analysoin hyödyntäen aineistolähtöistä reflektiivistä teema-analyysiä. Toisessa osiossa analysoin Kielimentori-ohjelmaa hermeneuttis-fenomenologisen analyysiprosessin avulla. Kolmannen osion ”Potilaan kohtaaminen” analyysi oli deduktiivis-induktiivinen teema-analyysi, jossa teoreettisena lähtökohtana oli CHAT-teoria.

Käytin reflektiivistä teema-analyysiä Kielimentori-ohjelman ensimmäisessä osassa, jonka tavoitteena oli ymmärtää erikoistuvien lääkäreiden ajatuksia ja kokemuksia kaksikielisyydestä sekä kolmannessa osassa liittyen potilaan kohtaamiseen kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Reflektiivisessä teema-analyysissä korostuu reflektoinnin merkitys, jotta analyysi olisi syvällistä. Braun ja Clarke käyttävät teema-analyysissä käsitettä "aiheen yhteenveto" (engl. topic summary), joka kokoaa yhteen kaiken osallistujien sanoman tietystä aiheesta. Reflektiivisessä teema-analyysissä tavoitteena ei kuitenkaan ole aiheen yhteenveto, vaan teemojen avulla pyritään kuvaamaan jaettuja merkityksiä (Braun & Clarke, 2022, s. 77). Reflektoinnin näkyväksi tekeminen ja sen vaikutuksen esiin tuominen on kuitenkin haasteellista. Läpinäkyvyyden ja analyysin uskottavuuden vahvistamiseksi olen kirjannut väitöskirjan menetelmäosioon kysymyksiä, joiden avulla olen reflektoinut sekä yksittäisiä osallistujien haastatteluita että analyysiprosessin kokonaisuutta.

Hyödynsin tutkimuksessani sekä induktiivista että deduktiivista analyysiprosessia. Induktiivisessa analyysissä edetään yksittäisestä yleiseen ja deduktiivisessa yleisestä yksittäiseen (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 107). Aineiston analyysi voidaan aloittaa suoraan aineistosta ja muodostaa vähitellen käsitys kokonaisuudesta (Eskola & Suoranta, 1998b) tai aineistoa analysoidaan jostain teoreettisesta viitekehyksestä käsin. Yhteistä sekä induktiiviselle että deduktiiviselle lähestymiselle on, että analyysivaiheessa perehtymisen jälkeen laadullinen aineisto pilkotaan osiin ja kootaan uudelleen isommiksi kokonaisuuksiksi (Puusa, 2020a).

Teemoittelussa aineistoa järjestellään, tiivistetään ja jäsennellään uudelleen tutkimusaiheen teemojen mukaisesti (Eskola, 2018; Hanson et al., 2011; Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 105). Vaikka induktiivinen lähtökohta tarkoittaa esikäsitysten sivuun laittamista tiettyyn analyysin loppuvaiheeseen saakka, oli minulla kuitenkin suunnitelma kokonaisuudesta ja raameista. Linjakkuuden hallinnassa auttoi tavoitteen ja tutkimuskysymyksen selkeys.

Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan laadullisen aineiston analyysin aikana tutkijan ”pitäisi yllättyä tai oppia. Uuden oppiminen edellyttää kuitenkin, että tutkimuskohteesta muodostetut ennakko-oletukset tiedostetaan ja näin ollen otetaan huomioon tutkimuksen esioletuksina” (Eskola & Suoranta, 1998b). Useissa vaiheissa analyysiä pysähdyin reflektoimaan omia ennakkoajatuksiani. Se aiheutti projektin aikana myös haasteellisia ja epämiellyttäviä tunteita, koska koin ajoittain olevani liian lähellä tutkittavaa aihetta, osallistujia ja kontekstia. Tutkimusprojektista oli tullut monella tapaa läheinen ja merkityksellinen. Koin huolta siitä, että halu onnistua ja vaikuttaa esimerkiksi lääkäripulaan oli niin suuri, että se vaikuttaisi analyysiini ja tuloksiin. Ahdistuksen tunnetta helpotti tieto, että laadullisen tutkimuksen luonteeseen liittyy epävarmuuden ja sotkuisuuden tunne, ja tätä pidetään yhtenä keinona reflektiivisyyden toteutumiseen (Braun & Clarke, 2022, s. 11–12, 92–96). Samoin säännölliset keskustelut väitöskirjaohjaajieni kanssa selkeyttivät suuntaa. CoP-teorian mukaan oppiminen on vuorovaikutuksellista ja sosiaalista, ja identiteetin vahvistuminen on merkityksellistä (Buckley et al., 2019; R. L. Cruess et al., 2018). Keskustelut ohjaajieni kanssa tukivat omaa tutkijan identiteettini kasvua, mikä osaltaan auttoi hyväksymään analyysivaiheen epävarmuuden.

Analyysivaiheessa omien tunteiden tiedostaminen ja sanoittaminen oli merkityksellistä sekä prosessin että tulosten tulkinnan kannalta. Kaksikielisessä toimintaympäristössä kielten osaamisen merkitys on toisaalta luonteva ja arkipäiväinen, mutta toisaalta voi herättää huolta tai ahdistusta. Lääkäri voi kokea kaksikielisen toimintaympäristön itsestään selvänä, esimerkiksi jos on lapsuudessa ja nuoruudessa siihen tottunut asuessaan kaksikielisellä paikkakunnalla. Kaksikieliset potilaat kuuluvat asiaan ja kokemus kieleen liittyen on lähinnä neutraali. Kaksikielinen lääkärintyö voi toisaalta olla pelottava, mutta kliinisen lääkärin identiteetin vahvistuessa pelon kokemuksen merkitys voi hälventyä. Kaksikielinen terveyskeskus on yhteisö, jossa useat kielet ovat arkipäivää. Luonteva suhtautuminen voi tukea yhteisöllisyyden kokemusta ja vahvistaa kaksikielisyyden merkitystä.

Päätös tehdä väitöskirjatutkimuksen toinen osio hyödyntäen analyysissä hermeneuttista fenomenologiaa mahdollisti syvemmän ymmärryksen muodostamisen Kielimentori-ohjelmasta ja erikoistuvien lääkärien oppimisen kokemuksista (W. Bynum & Varpio, 2018; Larkin et al., 2006; Neubauer et al.,

2019). Fenomenologian lähestymistapa liikkuu yleisen ja tietyn kapeamman erityisen välillä ja antaa näin mahdollisuuden siirtyä yksittäisen osallistujan tarinasta yleiseen ymmärrykseen ilmiöstä ja päinvastoin (Hopkins et al., 2017).

Keskeinen osa fenomenologista prosessia on kirjoittaminen, joka alkaa tutkimusprosessin alkuvaiheista lähtien, ohjaa analyysiä sekä asemoi tutkijan ja tutkimuksen lukijalle ja tiedeyhteisölle (Hopkins et al., 2017). Koko väitöskirjatutkimukseni ajan pidin tutkimuspäiväkirjaa ja kirjoitin muistioita, jotka auttoivat systemaattisesti huomioimaan prosessin aikana saadun tiedon ja uuden ymmärryksen (Corbin & Strauss, 1990). Varhaisessa vaiheessa laadin myös monografiaväitöskirjalle rungon. Muistioiden kirjoittamisen ja niiden hyödyntämisen merkitys korostui systemaattisessa tutkimusprosessissa. Usein kirjoittamistani tukivat myös kuvien, taulukoiden ja kaavioiden piirtäminen, jotka auttoivat hahmottamaan sekä kokonaisuutta että konseptien välisiä suhteita. Watling ja Lingard (2021) tuovat esiin artikkelissaan, että kuvia ja taulukoita on hyvä hyödyntää samalla tavoin iteratiivisesti kuin kirjoitettua tekstiä – verraten, kehittäen, ja reflektion tukena (Watling & Lingard, 2012).

Prosessin aikana harjoittelin reflektiivistä kirjoittamista tutkimuspäiväkirjaani ja käytin tukena kysymyksiä, joiden avulla pohdin analyysissä esiin nousseita asioita. Reflektiivisen kirjoittamisen on todettu selkeyttävän ja tarkentavan esiin tulevia asioita sekä auttavan havaitsemaan epäselviä kohtia (Hopkins et al., 2017). Kirjoittaminen syventää tutkijan ymmärrystä ilmiöstä ja auttaa paremmin ymmärtämään osallistujien tarinoita (Hopkins et al., 2017).

Muistioiden kirjoittaminen toi esiin analyysivaiheessa myös järjestysvirheeksi (engl. order-induced error) kutsutun ilmiön (Constantinou et al., 2017). Analyysin alkuvaiheessa ensimmäisten haastatteluiden koodit olivat laajoja ja tarkentuivat analyysin edetessä. Palatessani kirjoitettuihin pohdintoihin pystyin tunnistamaan ajatteluni kulkua ja tarkentamaan koodeja seuraavassa vaiheessa.

Laadullisen analyysin viimeisiin vaiheisiin kuuluu haastateltavien lainauksien valitseminen tulosten raportointiin. Haastateltavien lainauksien käyttö pienessä ja tunnistettavissa olevassa organisaatiossa tehdyssä tutkimuksessa on erityisen tärkeää harkita tarkkaan anonymiteetin säilyttämiseksi (Damianakis & Woodford, 2012). Kirjoitettuna tekstinä lainaukset nousevat esiin voimakkaasti, minkä vuoksi lainauksia valitessani luin tekstiä useampaan kertaan tasapainoisen tarinan saavuttamiseksi. Liian runsas lainauksien määrä voi häivyttää tärkeimmän viestin tuloksista, joten niiden merkityksen reflektointi oli tärkeää.

6.2.3 Oppimisen teorioista käytäntöön

Tutkimuksessani hyödynsin kahta oppimisen teoriaa: käytäntöyhteisöteoriaa (CoP) koko tutkimuksen taustalla (R. L. Cruess et al., 2018; Lave & Wenger, 1991;

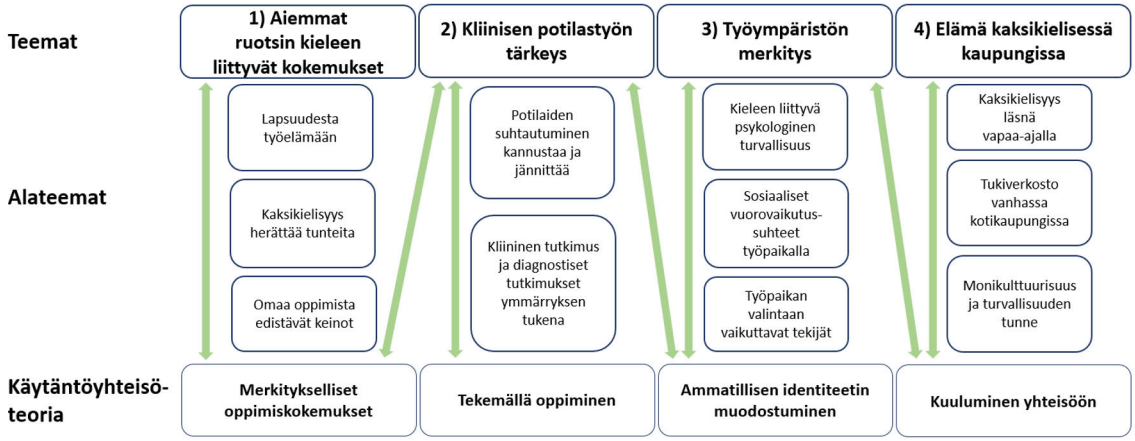
McGrath et al., 2020) ja kulttuurihistoriallista toiminnan teoriaa (CHAT) osan III analyysivaiheessa. Molemmat teoriat perustuvat Vygotskyn sosio-kulttuuriseen teoriaan ja tarjoavat näkökulmia oppimisen ymmärtämiseen sosiaalisessa ja kulttuurisessa kontekstissa. O'Brien ja Battista (2020) suosittelevat, että koulutuksellisten interventioiden suunnittelussa sovelletaan CoP-teoriaa ja yhdistetään se johonkin toiseen samantyyppiseen teoriaan, mikä laajentaa perspektiiviä ja tuo uusia näkökulmia. (O'Brien & Battista, 2020).

Kaksikielisyys on Suomessa keskittynyt historiallisista syistä länsirannikolle ja pääkaupunkiseudulle (Engman, 2016; Heikkilä, 2011). Kaksikielisyys on sosiaalisesti ja kulttuurisesti muokkautunut ilmiö, minkä vuoksi oli luontevaa valita oppimisen teoreettiseksi viitekehykseksi sosio-kulttuurinen teoria.

Lääketieteen koulutuksen tutkimuksessa tuodaan esiin oppimisen teorioiden merkitys ja tutkijan teoreettisen käsityksen selvittäminen lukijalle (Qureshi, 2021). Oppimisen teoriat eivät kuitenkaan aina ole osa lääketieteen koulutusta ja tutkimusta tai niiden merkitys ja rooli on epäselvä (J. Brown et al., 2019). Tutkimusten mukaan terveydenhuollon kouluttajat saavat liian vähän koulutusta oppimisteorioiden käytännön soveltamisesta ja niiden hyödyistä (B. Mukhalalati et al., 2022). Syitä tähän ovat esimerkiksi runsas opetusvelvollisuus ja ajan puute, tutkija- ja kouluttajakoulutuksen vähäisyys, epävarmuus muiden alojen tekemästä työstä, käsitteiden epäselvyys sekä vähäiset resurssit, joiden avulla eri traditioita voitaisiin yhdistää käytännön kouluttajien tueksi (Gibbs et al., 2011).

Tässä väitöskirjatutkimuksessa olen pyrkinyt tuomaan valitsemani oppimisen teoriat käytäntöön integroimalla ne aktiivisesti sekä tutkimuksen menetelmäosioon että analyysiprosessiin. Teoriat eivät saa jäädä liian abstrakteiksi, vaan niiden tulee säilyttää yhteys käytäntöön. Toisaalta teoriat eivät ole valmiita ohjeita, jotka kertovat, mikä on oikein tai miten aina pitäisi toimia. Ne voivat kuitenkin antaa näkökulmia ja suunnata huomiota tärkeisiin seikkoihin tai tarjota lähestymistapoja ongelmien ratkaisemiseksi (Wenger, 1998, s. 9). Oppimisteorioiden integroiminen koko tutkimusprosessiin havainnollistaa, mitä tutkija toivoo tutkimuksellaan käytännössä saavuttavansa (Qureshi, 2021). Lääketieteen koulutuksessa teoria tarvitsee käytäntöä ja käytäntö teoriaa (Gibbs et al., 2011).

Tutkimuksen ensimmäisessä osassa "Käsitykset kaksikielisyydestä" CoP-teorian yhdistäminen analyysin tuloksiin toi esiin kaksikielisyyden ilmiön monitahoisuutta sekä yksilö- että yhteisölähtöisesti. Kuvassa 17. on havainnollistettu, miten CoP-teoria on analyysin viimeisessä vaiheessa integroitu tuloksiin.



Kuva 17. Käytäntöyhteisöteorian integrointi ensimmäisen osan ”Käsitykset kaksikielisyydestä” analyysiin. Tutkijan oma piirros.

(1) Aiemmat ruotsin kieleen liittyvät kokemukset ja (2) kliininen potilastyö luovat **merkityksellisiä oppimiskokemuksia**, jotka edelleen muokkaavat käsitystä kaksikielisyydestä.

(2) Kliininen potilastyö on **tekemällä oppimista**. Potilaiden hyvä kohtaaminen on erityisen tärkeää. Potilaiden suhtautuminen kannustaa jatkamaan oppimista. Ymmärtää ja tulla ymmärretyksi on kielitaidon ja kielen käyttämisen perusta.

(2) Kliininen potilastyö on merkityksellistä myös **ammatillisen identiteetin muodostuessa** yksilö- ja yhteisönäkökulmasta. (3) Työympäristön merkitys ammatillisen identiteetin muodostumiseen tulee sosiaalisten suhteiden kautta ja kieleen liittyvän psykologisen turvallisuuden tukemana.

Tärkeää on myös sosialisaatio kaksikielisessä toimintaympäristössä ja identiteetin muodostuminen kaksikieliseksi lääkäriksi, joka ymmärtää potilaitaan ja kokee pystyvänsä hoitamaan potilaita molemmilla kotimaisilla kielillä. Ennen vastaanoton alkua erikoistuva lääkäri miettii, millä kielellä vastaanotto käydään - osaanko ja ymmärränkö riittävästi. Tiedänkö potilaan nimen perusteella, millä kielellä vastaanotto käydään. Vastaanoton alussa neuvotellaan potilaan kanssa, puhutaanko ruotsia vai suomea. Potilas saattaa vaihtaa kieltä kesken kaiken, vaikka lääkäri yrittäisi puhua ruotsia. Toisaalta potilaiden suhtautuminen vahvistaa identiteetin kasvua kaksikieliseksi, molemmat kielet hallitsevaksi lääkäriksi. Tunnistetut oppimismenetelmät ovat osa identiteetin kasvua, sen tiedostamista, miten voi kehittyä.

(3) Työympäristö ja (4) muu elämä kaksikielisessä kaupungissa vaikuttavat kokemukseen siitä, että **kuuluu yhteisöön**. Työympäristössä sosiaaliset vuorovaikutussuhteet ovat tärkeitä sekä muodollisissa että epämuodollisissa kohtaamisissa. (4) Työn ulkopuolinen elämä kaksikielisessä kaupungissa ja

monikulttuurisuus vaikuttavat turvallisuuden tunteeseen. Olemassa oleva tukiverkosto helpottaa työn ja arjen tasapainoilussa.

Sosiokulttuuriset oppimisen teoriat korostavat vuorovaikutuksen merkitystä oppimisessa. Potilaan kohtaamisessa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisellä vuorovaikutuksella on keskeinen rooli tiedon jakamisessa, ymmärryksen luomisessa ja hoidon suunnittelussa. Sosiokulttuuriset teoriat korostavat myös kielen ja kulttuurin merkitystä oppimisessa (Buckley et al., 2019; J. Johnston & Dornan, 2015, s. 94–95; Lave & Wenger, 1991, s. 19, 22–23, 85, 105–109). Potilaan kohtaamisessa tämä tarkoittaa, että terveydenhuollon ammattilaisen on otettava huomioon potilaan kulttuuriset taustat, arvot ja uskomukset kommunikaatiossa ja hoidon suunnittelussa (Lo & Stacey, 2008; Shepherd et al., 2019; Wachtler et al., 2005). Tämä auttaa luomaan luottamuksellisen ja hyvän vuorovaikutuksen (Kagawa-Singer & Kassim-Lakha, 2003). Kaksikielisessä toimintaympäristössä yksilö ja konteksti ovat kietoutuneet toisiinsa. Tässä tutkimuksessa osallistujat toivat esiin epävarmuutta ja kokemusta oman kielitaidon heikentymisestä, jos tietyllä alueella ei luonnollisia kohtaamisia molemmilla kielillä tule.

Sosiokulttuuriset teoriat kuvaavat, miten tieto ja ymmärrys rakentuvat yhteisöllisesti ja sosiaalisissa konteksteissa (Engeström, 2018, s. 6; J. Johnston & Dornan, 2015). Potilaan kohtaamisessa tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa ja yhteistyössä luodaan yhteinen ymmärrys potilaan terveysongelmasta ja hoidon tarpeista (Lo & Stacey, 2008; Pilnick et al., 2009). Tässä tutkimuksessa ”Potilaan kohtaaminen” -osion analyysissä ”ymmärrän ja tulen ymmärretyksi” toistui kaikissa haastatteluissa. Se on fundamentaalinen ajatus kielen tehtävästä; ymmärtää ja tulla ymmärretyksi. Kieli välittää ymmärrystä. On kiinnitettävä huomiota siihen toimintoon, joka välittää ymmärrystä eli kieleen.

Sosiokulttuuriset oppimisen teoriat painottavat myös osallisuuden merkitystä (Engeström & Pyörälä, 2021; Wenger, 1998, s. 55–57, 164–172)**.** Potilaan kohtaamisessa tämä tarkoittaa sitä, että potilasta kannustetaan osallistumaan päätöksentekoon omasta terveydestään ja hoidostaan, ja että terveydenhuollon ammattilainen tukee potilaan omien voimavarojen ja kokemusten hyödyntämistä hoidon suunnittelussa (D’Agostino et al., 2017; Halabi et al., 2020). Tämä tutkimuksen tulokset tuovat esiin sen, että potilaan osallisuuden tukemiseen lääkäri tarvitsee kielen tai ympärilleen tiimin, jolla on yhteinen kieli potilaan kanssa. Samalla lääkäri itse on osallinen kaksikielisissä kohtaamisissa ja saa mahdollisuuden oppia autenttisissa tilanteissa. Kielen ja kulttuurin merkityksen ymmärtäminen potilaan kohtaamisessa auttaa terveydenhuollon ammattilaisia luomaan luottamuksellisen ilmapiirin, jossa potilas tuntee olonsa arvostetuksi ja ymmärretyksi (E. A. Brown et al., 2016).

6.3 Tulokset

Tutkimuksessani havaitsin, että erikoistuvien lääkärien käsitys kaksikielisyydestä muotoutuu moninaisista kokemuksista koulu- ja opiskeluaikana sekä lääkärin työssä. Työympäristön ja vapaa-ajan kieliympäristön merkitys on olennainen. Kielimentori-ohjelmassa tärkeää oli potilastyöhön integroitu koulutus sekä oppimisen ilo ja psykologisesti turvallinen oppimisilmapiiri. Tutkimustulosten mukaan kaksikielisessä terveyskeskuksessa potilaan kohtaamista tukee kielikumppanuus sekä luottamus yhteisen ymmärryksen löytymiseen vastaanotolla ja työyhteisössä.

6.3.1 Tunteita herättäviä kokemuksia erilaisissa kieliympäristöissä

Aiemmilla kokemuksilla on vaikutusta siihen, mihin lääkäri hakeutuu valmistumisen jälkeen töihin. Kaksikielisellä alueella tärkeää on identiteetin muodostuminen kaksikieliseksi lääkäriksi, joka ymmärtää potilaitaan ja kokee pystyvänsä hoitamaan potilaita molemmilla kotimaisilla kielillä. Organisaatioiden kulttuuri vaikuttaa identiteetin muodostumiseen (Watling et al., 2020). Yksilötasolla kaksikielinen henkilö on Grosjean (2010) mukaan henkilö, joka ”käyttää kahta tai useampaa kieltä jokapäiväisessä elämässään” (Grosjean, 2010, s. 4).

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että erikoistuvaa lääkäriä on kaksikielisessä terveyskeskuksessa tuettava erityisesti lääkäriksi kasvamisen ja identiteetin vahvistumisessa. Vahva lääkärin identiteetti ja kokemus omasta osaamisesta vahvistaa kokonaisvaltaisesti pärjäämisen tunnetta myös tilanteissa, joissa oma kielitaito ei ole niin vahva. Nykytutkimuksen mukaan kieleen ja kielen oppimiseen liittyvä identiteetti on liukuva ja kontekstisidonnainen eikä yksilön persoonaan tai oppimistyyliin tai edes motivaatioon kiinteästi sidoksissa oleva asia (Norton & Toohey, 2011). Monimutkaiset lääketieteelliset aiheet vastaanotolla on haasteellisia niin omalla äidinkielellä kuin toisellakin kielellä. Tuki nuorelle lääkärille on kohdistettava erityisesti näihin vaativiin tilanteisiin.

Kieliympäristö ja mahdollisuus käyttää kieltä potilastyössä, työyhteisössä ja myös arkielämässä vahvistavat kaksikielisen lääkärin identiteetin muodostumista. Haastatteluissa en suoraan kysynyt osallistujilta, mitä kaksikielisyys heidän mielestään tarkoittaa. Ensimmäisen osion tuloksissa käsitys kaksikielisyydestä muodostui kuitenkin tunnepitoisista aiemmista kokemuksista ja kieliympäristöstä. Tutkimuksissa on todettu kaksikielisyyden määrittelyiden olevan hyvin vaihtelevia (Grosjean, 2010, s. 18-27). Määrittelyissä tuodaan esiin kielten käyttöä lapsuudessa tai viimeistään tietyssä iässä opittuja kieliä sekä toisaalta kokemusta siitä, miten sujuvasti kutakin kieltä käyttää (Grosjean, 2010, s. 18-27).

Kaksikielisessä toimintaympäristössä kielitaidon merkitys on usein myös arkipäiväinen. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella lääkäri voi suhtautua

kaksikielisyyteen luonnollisesti, erityisesti jos hän on kasvanut kaksikielisellä alueella. Tällöin kaksikieliset potilaat ovat osa päivittäistä työtä, ja kieleen liittyvä kokemus on lähinnä neutraali. Vastaanottotilanteissa lääkäri saa soveltaa ja käyttää koko osaamistaan, mikä lisää työn merkityksellisyyden kokemusta ja vahvistaa ammatillista identiteettiä (Toubassi et al., 2023). Positiiviset kokemukset potilastyössä myös pienentävät ristiriitaa suoriutumisen ja omien odotusten välillä, ja näin vaikuttavat ammatillisen identiteetin kehittymiseen (Sawatsky et al., 2023).

Kaksikielisessä toimintaympäristössä voi olla myös tilanne, että ruotsinkielisiä potilaita on niin harvoin, ettei lääkäri pääse varmuuteen kielitaidostaan tai oppimaan lisää. Hilden ym. (2022) mukaan kielitaidon kehittymisen ja sen käyttöön ottamiseen liittyykin paljon epävarmuutta. Jos viikossa on vain kaksi ruotsinkielistä potilasta, määrä ei ole riittävä. Tällöin toistuvasti joudutaan arvioimaan tilannetta ja omaa osaamista uudelleen, ja vieraan kielen aiheuttama ahdistus voi jatkua pidempään. Arkitilanteissa saavutettu taito esimerkiksi puhua sujuvasti ei välttämättä siirry sellaisenaan muihin osataitoihin kuten kirjoittamiseen, vaan automatisoitumisprosessi saattaa jäädä puutteelliseksi (Hilden et al., 2022).

Kielitutkimuksissa on havaittu monikielisten oppijoiden usein kokevan, että hiljaisuus ja puhumattomuus suojelevat heitä haavoittumiselta ja nöyryytykseltä heikomman kielitaidon vuoksi (Norton & Toohey, 2011). Analyysin tulokset kuitenkin vahvistavat ajatusta siitä, että toimintaympäristössä voidaan tietoisesti tukea kielen oppimista mahdollisimman sujuvaksi. Kaksikielisessä terveyskeskuksessa suomen tai muun kielisen lääkärin ei kannata vältellä ruotsinkielisten potilaiden tutkimista, koska se vain siirtää oppimista ja mahdollisuutta kielikumppanuuteen ja pahimmassa tapauksessa lisää kynnystä käyttää kieltä entisestään.

Kansallisesti ja kansainvälisesti lääkäreiden liikkuvuus lisääntyy ja terveydenhuollossa työskentelee erikielisiä lääkäreitä. Kielimentori-ohjelmassa saadut kokemukset viittaavat siihen, että eri kulttuureista tulevat lääkärit tukevat toisiaan kielimentoroinnin aikana. Lääketieteellinen koulutus on ympäristö, jossa on ainutlaatuiset mahdollisuudet oppia eri kulttuurien välistä kommunikaatiota (Lyon et al., 2019; B. O'Brien et al., 2019). Lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kielitaitoon tulisi panostaa ja sitä tulisi tukea organisaatiotasolla (Irvine et al., 2006), jotta potilaille voidaan tarjota hoitoa heidän omalla kielellään. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että koulutusympäristö (Lillevang et al., 2019), opetus (Le Floch et al., 2019) ja erikoistumiskoulutus (Ahnfeldt-Mollerup et al., 2016) ovat yksi lääkäreiden työtyytyväisyyden ja sitoutumisen avaimista. Kielimentori-tutkimus kaksikielisen perusterveydenhuollon kontekstissa antaa meille ymmärrystä vastata näihin haasteisiin ja tukea lääkäreiden kuulumista yhteisöön.

Ulkomailla koulutuksen saaneen lääkärin siirtyminen toisen maan terveydenhuoltojärjestelmään on haastavaa (Meghani & Rajput, 2011; Sandbu et al., 2015). Kielen oppimisen (Sandbu et al., 2015) lisäksi koulutuksellisten ja sosiaalisten suhteiden rakentuminen on merkityksellistä ja tärkeää ulkomailla opiskelleelle lääkärille (Meghani & Rajput, 2011). Erityisesti olisi vaikutettava saapumisen alkuvaiheessa ja huolehdittava yhteisöön pääsemisestä (Al-Haddad et al., 2022). Tässä tutkimuksessa ulkomailta tulleet erikoistuvat lääkärit olivat mukana samassa ryhmässä Suomessa koulutuksen saaneiden lääkäreiden kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tukea kaikkien nuorten lääkäreiden ruotsin kielen käyttöä riippumatta siitä, missä he olivat saaneet koulutuksensa. Käytäntöä tukee myös käytäntöyhteisöteoria, jonka mukaan normaaliin toimintaan mukaan tuleminen vahvistaa yhteisöön kuulumisen tunnetta ja sitä kautta oppimista. Terveydenhuollossa toimivat ammattilaiset, jotka käyttävät muita kieliä ja tulevat muista kulttuureista, kokevat diskriminaatiota ja voivat helposti jäädä yhteisön ulkopuolelle, mikäli esimerkiksi hierarkiat estävät täysimääräisen osallistumisen (Harris et al., 2024).

Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että kaksikielisyys ja monikulttuurisuus voivat edistää psykologista turvallisuutta. Monikieliset ja -kulttuuriset tiimit voivat hyödyntää laajempaa kokemusten ja näkemysten kirjoa, mikä parhaimmillaan lisää luovuutta ja innovatiivisuutta. Altistuminen eri kielille ja kulttuureille voi lisätä empatiaa, ymmärrystä ja yhteistyökykyä tiimin jäsenten välillä.

Tutkimuksen tulokset potilaan kohtaamisen erityispiirteistä kaksikielisessä terveyskeskuksessa herättävät pohtimaan, hyödynnetäänkö kieliympäristön vahvistavaa vaikutusta ja potentiaalia riittävästi. Työssä oppiminen ja kielen käyttäminen työyhteisössä on voimavara, jolla on hyödyllisiä vaikutuksia kielitaidon vahvistumisen lisäksi sosiaaliseen ja ammatilliseen identiteettiin, työhyvinvointiin ja sitoutumiseen.

6.3.2 Oppimisen iloa potilastyössä

Tutkimuksessani tuli esiin, että kliininen potilastyö potilaan kielellä- suomeksi tai ruotsiksi- on tärkeää ja tarvittavan kielen oppimista voidaan tukea työhön integroidulla koulutusinterventiolla. Oppimisen iloa määrittävät positiiviset tunteet, tarkoituksenmukaisuuden tunne ja aktiivista oppimista tukeva ympäristö.

Tekemällä oppiminen oli Kielimentori-ohjelman perusperiaate. Joissakin kaksikielisissä organisaatioissa tarjotaan perinteistä vieraiden kielten luokkahuoneopetusta. On kuitenkin näyttöä siitä, että lääkärit pyytävät enemmän työhön liittyviä kielikursseja (Skjeggestad et al., 2017). Aiempien tutkimusten mukaan lääkäreiden tarpeisiin mukautetun ja tarkoitukseen sopivan kieltenoppimisen tukeminen monimutkaisessa terveydenhuollon kontekstissa on ratkaisevan tärkeää (G.

Roberts, 2017). Walesissa tehty tutkimus osoittaa ”tarpeen integroida kielitietoisuus ja kaksikielisyyden teoriat terveydenhuollon kommunikaation opetussuunnitelmiin, ja samalla tukea tarkoituksenmukaista kielten oppimista ja vastata paikallisiin väestöprofiileihin” (G. Roberts, 2017). Kielen aktiivinen ja itsenäinen käyttö on keskeistä (Hilden et al., 2022). Aidoissa vastaanottotilanteissa tapahtuva oppimista onkin vaikea korvata.

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että oppimisen ilo ja erityisesti kielikumppanuus potilaiden ja työyhteisön jäsenten kanssa vahvisti pärjäämisen kokemusta. Näiden tulosten ja aiemman kirjallisuuden välillä on selkeä yhteys. Esimerkiksi Ruotsissa perusterveydenhuollossa tehdyssä tutkimuksessa korostettiin positiivisen sosiaalisen ilmapiirin, työnilon ja yhteisöllisyyden merkitystä työympäristössä. Tutkimus osoitti, että terveyskeskuksen työntekijät tunsivat onnistumisen iloa selviydyttyään haastavista tehtävistä ja saadessaan tukea kollegoiltaan. Potilastyö koettiin erityisen merkitykselliseksi. (Josefsson et al., 2018).

Oppimispolulla kontekstin merkitys tuli esiin toimintaympäristön ja olosuhteiden rakentamisen teemassa. CHAT-teorian mukaan oppiminen ja käytäntö ovat erottamattomasti yhteydessä toisiinsa (Qureshi, 2021). Organisaatiot, jotka arvostavat ja tukevat kaksikielisyyttä, voivat parantaa työntekijöiden sitoutumista ja luoda positiivisemman työilmapiirin. Oppimisilmapiirin luomiseen tulee kuitenkin kiinnittää huomiota ja antaa ohjaajille ja mentoreille aikaa siihen (Terry et al., 2020).

Iskostuminen (engl. entrechment) on käsite, jota kielen oppimista selittävä tutkimus viime aikoina on tuonut esiin (Hilden et al., 2022). Iskostuminen tarkoittaa, että kieli jää paremmin mieleen kielen käytön myötä (Hilden et al., 2022). Tässä tutkimuksessa erikoistuvat lääkärit toivat toistuvasti esiin kielen käyttämistä. Jos organisaatio rakentaa kaksikielisessä toimintaympäristössä liian ”suojelevan” työyhteisön, jossa lääkärille ei varata ruotsinkielisiä potilaita tai aina kahvipöydässä vaihdetaan suomen kieleen, on se vastoin tätä iskostumisen elinikäistä prosessia. Iskostuminen vaatii vieraan kielen rutinoitumista ja automatisoitumista (Hilden et al., 2022). Kaksikieliset ihmiset aktivoivat molemmat kielet mielessään, vaikka olisivat yksikielisessä ympäristössä (Bialystok et al., 2012).

Kielimentori-ohjelmassa panostettiin erityisesti psykologisen turvallisuuden varmistamiseen (Tsuei et al., 2019). Pelko hoitovirheestä, epävarmuuden kieltämisestä tai huonosta kohtelusta voi tehdä oppimisympäristöstä epäsuotuisan (Benbassat, 2013). Johnson ym. korostavat, että opettajat voivat edistää psykologista turvallisuutta keskittymällä oppimiseen ja osoittamalla kunnioitusta ja tukea oppijoille (Johnson et al., 2020). Kielimentori-ohjelman aikana keskusteltiin ruotsin kielestä ja osallistujat kuulivat kollegoiden kannustavia kielitarinoita. Oppimismenetelmät, jotka tehostavat oppimista toistensa kanssa ja toisiltaan, edistivät psykologista turvallisuutta mahdollistaen mielekkäät oppimiskokemukset.

Palautteen saaminen turvallisessa oppimisympäristössä oli olennainen osa Kielimentori-ohjelmaa. On tärkeää, että oppija uskaltaa heittäytyä ja tuoda esille oman epävarmuutensa, puutteensa ja heikkoutensa. Toisaalta oppijan vahvuuksien on saatava tulla esiin rauhassa, ilman pelkoa negatiivisesta arvostelusta tai kateellisista kommenteista. On todettu, että erikoistuvien lääkärien tukeminen epävarmuuden käsittelyssä voi parantaa heidän hyvinvointiaan (George & Lowe, 2019). Siihen valitut menetelmät Kielimentori-ohjelmassa antoivat mahdollisuuden.

6.3.3 Kielikumppanuus ja yhteinen ymmärrys

Kielikumppanuus tuo esiin potilaan ja lääkärin tai toisaalta työyhteisössä kollegoiden ja ammattiryhmien välisen valta- tai hierarkiasuhteiden madaltumisen. Kielikumppaneina ruotsin kielen käyttö vastaanotolla muokkautuu potilaan ja lääkärin mukaan. Tunteiden ilmaisu, erityisesti tämän tutkimuksen tulosten mukainen positiivinen kannustus, on todettu olevan keino vaikuttaa kommunikaatioon (Farzadnia & Giles, 2015; Watson et al., 2016). Tutkimukseni tulosten mukaan yhteisen ymmärryksen löytyminen oli ratkaiseva tekijä, joka ohjasi osallistujien roolia ruotsin kielen käyttäjänä. Kommunikaation mukauttaminen CAT-teorian strategioiden mukaisesti näkyi tuloksissa (Farzadnia & Giles, 2015). Sekä potilas että lääkäri pyrkivät kumpikin selkeään ja vastaanottajalle ymmärrettävään kommunikaation, ja ajoittain kieltä vaihdettiin ymmärryksen saavuttamiseksi.

Vuorovaikutus ja potilas-lääkärisuhde syvenevät, kun lääkärin kielitaito on vakaalla pohjalla sekä lääketieteellisessä kielessä että arkikielessä. Tutkimukseni osoittaa, miten Kielimentori-ohjelma tukee nuorten lääkäreiden oppimista sekä lääketieteellisessä että ei-lääketieteellisessä vuoropuhelussa potilaiden kanssa. Potilaan ja lääkärin välinen suhde vahvistuu, kun lääkäri käyttää potilaan äidinkieltä ja osaa selittää lääketieteelliset termit potilaalle tutulla kielellä (Hadden et al., 2018; Ortega & Prada, 2020). Lääketieteellisen ja ei-lääketieteellisen kielen oppiminen voi parantaa vuoropuhelua potilaan kanssa ja vahvistaa näin myös ammatillisen identiteetin muodostumista lääkärinä kaksikielisessä terveydenhuollossa (Skjeggestad et al., 2017).

Kaksikielisyyteen liittyvää tutkimusta lääketieteen ja lääketieteen koulutuksen aloilla on vähän. Useimmat tutkimukset keskittyvät kieleen liittyvien esteiden näkökulmaan (Landmark et al., 2017; Schwei et al., 2017). Tässä tutkimuksessa kävi kuitenkin ilmi, että myös arkinen jutustelu ei-lääketieteellisistä asioista potilaan kanssa on tärkeää. Kielimentori-ohjelmassa käytettiin erilaisia ja osin perinteisistä oppimismenetelmistä poikkeavia keinoja kielen oppimiseen ja rohkeuden vahvistamiseksi. Ohjelmassa otettiin konteksti huomioon ja harjoittelu kohdennettiin aiheisiin, joista osallistujilla ei välttämättä ollut kokemusta. Potilaan kanssa on voitava

keskustella monenlaisista asioista, jotta pääsee hänen kanssaan samalle aallonpituudelle. Kulttuuria hyödyntävissä menetelmissä ei ole oikeita tai vääriä vastauksia - tärkeintä on rohkeus heittäytyä myös epämukavuusalueelle (Kumagai, 2022; Kumagai & Wear, 2014).

Yleislääketieteen pohjoismaisten ydinarvojen ”Edistämme potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta” -arvon mukaan luottamus on olennainen osa potilas-lääkärisuhdetta (Nordic Federation of General Practice (NFGP), 2020; Suomen yleislääkärit ry & Suomen yleislääketieteen yhdistys, 2020). Lääkärin kielitaito on osa tätä luottamuksen rakentamista. Lääkäri ymmärtää ja tulee ymmärretyksi, potilas ymmärtää ja tulee ymmärretyksi. Luottamuksen vahvistuminen potilas-lääkärisuhteessa tarvitsee molempiin suuntiin tapahtuvaa ymmärrystä (Wilk & Platt, 2016). Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että lääketieteellisen sanaston osaamisen rinnalle lääkäri tarvitsee myös ei-lääketieteellisen kielen osaamista laajan ymmärryksen varmistamiseksi.

Potilaan kohtaamisessa korostuvat kuuntelu ja potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen. Potilaan huolien, oireiden ja toiveiden huomioiminen sekä avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin luominen ovat keskeisiä (Wilk & Platt, 2016). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan erikoistuva lääkäri voi kokea kuitenkin ristiriitaa oman asiantuntijuuden ja hallinnan tunteen välillä, jos oma kielitaito on heikompi. Kielikumppanuus voi lievittää tätä ristiriidan kokemusta. CHAT-teoriaan pohjautuva laajentuva oppiminen (engl. expansive learning) tarkoittaa, että toimintajärjestelmässä on jännitteitä eli ristiriitoja (engl. contradictions) sen eri osien – tekijä, kohde, keinot, säännöt, työyhteisö, työnjako – välillä, ja nämä ristiriidat voivat johtaa muutokseen ja oppimiseen (Engeström, 2018; Engeström & Pyörälä, 2021; J. Johnston & Dornan, 2015, s. 97–98). Engeström (2018) kuvaa kirjassaan, että tietoisuus näistä ristiriidoista antaa mahdollisuuden kehittyä ja laajentaa oppimistaan sen sijaan, että niiden edessä lannistuisi (Engeström, 2018, s. 171). Tämän tutkimuksen mukaan erikoistuvat lääkärit olivat kielitaitoon liittyvistä ahdistuksen tunteista huolimatta kohdistaneet huomion potilaaseen, jonka positiivinen suhtautuminen auttoi erikoistuvaa lääkäriä kielitaidon kehittymisessä.

Kielikumppanuus-ajattelu voi tuoda myös lisää ymmärrystä tilanteissa, joissa oma kielitaito on eri tasolla kuin potilaan tai kollegan. Paternotten ym. (2015) laajan kirjallisuuskatsauksen tuloksissa on konkreettisia suuntaviivoja siitä, mihin kommunikaatiotaitojen kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota. Tärkeää on potilaskeskeisen kommunikaation vahvistaminen siten, että kieleen liittyvät mahdolliset väärinymmärrykset huomioidaan (Paternotte et al., 2015). Huomionarvoista on myös lääkärin omien asenteiden ja oletusten tiedostaminen kieliryhmiin liittyen (Paternotte et al., 2015). Koska kulttuurien välinen kommunikaatio on yhteneväistä potilas-keskeisen kommunikaation kanssa, olisi

niiden harjoittelukin hyvä yhdistää opintojen ja lääkärin uran aikana eikä pelkästään luottaa roolimallioppimiseen työpaikoilla (Paternotte et al., 2015, 2016).

Mentoroinnin rakenne ja organisaation kulttuuri vaikuttavat toisiinsa monilla tasoilla (Hee et al., 2019). Mentorointisuhde mentoroitavan ja mentorin välillä on keskeinen. Molemmat osapuolet voivat oppia toisiltaan, mikä luo mahdollisuuden tasavertaisempaan suhteeseen. Kielimentori-ohjelmassa tätä voidaan kutsua kielikumppanuudeksi, ja dialogi on keskeinen toimintamalli (Bleakley, 2021). Lääketieteen koulutuksen muutokset ja kohtaamisten vähentyminen opintojen aikana herättävät huolta (Halava & Halila, 2024). Siksi palvelujärjestelmässä on tärkeää olla kohtaamisia mahdollistavia Kielimentori-ohjelman kaltaisia koulutusrakenteita. Näin voidaan vahvistaa myös luottamusta organisaation sitoutumiseen lääkärikoulutuksen kehittämiseen (Damodaran et al., 2017).

Teknologian rooli on lisääntynyt voimakkaasti Kielimentori-ohjelman aloituksen jälkeen niin terveydenhuollossa kuin muilla elämänaloilla. Kielimentorointia toteutettiin digitaalisin välinein ja etäyhteyksin. Tulevaisuudessa tekoälysovellukset ja muut digitaaliset työkalut tulevat todennäköisesti helpottamaan kommunikaatiota ja yhteisen ymmärryksen muodostumista kaksikielisissä ympäristöissä. Käännösohjelmien tai monikielisten viestintäalustojen tietosuoja, käytön helppous ja saatavuus ovat avainasemassa.

Tulevaisuuden terveydenhuollossamme ei todennäköisesti ole enää vain yksikielisiä toimintaympäristöjä. Sekä henkilökunta että väestö ovat usein monikielisiä, mikä tuo erilaisia vaatimuksia ja haasteita kohtaamisiin terveydenhuollossa (Harris et al., 2024). Henkilöstön saatavuus ja riittävyys on monin paikoin ongelma jo nyt. Ammattilaisten liikkuvuus on yksi mahdollisuus. Kielitaitoon ja kulttuuriosaamiseen on siksi kiinnitettävä huomiota laajasti. Kielikumppanuus-ajattelu voi tuoda tähän yhden näkökulman.

6.4 Tutkimuksen laatu

Laadullisen tutkimuksen neljä laadun ulottuvuutta Lincoln ja Guban vuonna 1985 tekemän määrittelyn mukaan ovat uskottavuus, siirrettävyys, luotettavuus ja vahvistettavuus (Lincoln & Guba, 1985). Tärkeintä ei ole laadullisen aineiston määrä, vaan sen laatu (Eskola & Suoranta, 1998b) eli miten analyysissä ja tulkinnassa saadaan esiin aineiston sisältämä tieto (Hakala, 2018).

Laadullisen tutkimuksen hyvän laadun kriteeristöjä on tuotettu useita (Tracy, 2010). SRQR (Standards for reporting qualitative research) on 21 eri osa-alueesta koostuva tarkistuslista, joka on tarkoitettu laadullisen tutkimuksen läpinäkyvään ja laadukkaaseen raportointiin. (B. C. O'Brien et al., 2014). Olen tässä väitöskirjassa seurannut SRQR-suosituksia ja erityisesti menetelmäkappale on otsikoitu SRQR-periaatteita noudattaen. Tong ym. (2007) taas kuvaavat COREQ-listan (COREQ =

Consolidated criteria for reporting qualitative research), jossa on 32 eri osa-aluetta laadullisen tutkimuksen laadun arvioimiseksi (Tong et al., 2007). Väitöskirjan liitteessä 3. on COREQ-tarkistuslistan mukainen laadun arviointi.

6.4.1 Uskottavuus

Uskottavuudella (engl. credibility) tarkoitetaan, että tutkimusten tulosten on resonoitava todellisuuteen ja sen saavuttaakseen tutkijan on kuvattava tutkittava ilmiö perusteellisesti (Constantinou et al., 2017). Uskottavuus vastaa määrällisen tutkimuksen sisäistä pätevyyttä ja vastaa kysymykseen, onko tutkimus totta. Aineiston lukeminen ja analysoiminen uudelleen ja uudelleen ovat osa tutkimusprosessia ja uskottavuuden vahvistamista. Olen kuvannut tutkimuksen aineiston ja analyysin vaiheet mahdollisimman tarkasti ja systemaattisesti hyödyntäen aiemmin kirjallisuudessa kuvattuja metodeja (Ajjawi & Higgs, 2007, 2008; Braun & Clarke, 2006, 2022).

Osallistujien rekrytointi on merkittävä vaihe aineiston laadun ja kattavuuden kannalta (A. Valtonen & Viitanen, 2020). Laadullisessa tutkimuksessa halutaan ymmärtää ilmiöitä, joten osallistujiksi valitaan mahdollisimman laajan tietämyksen omaavia henkilöitä (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s.98) Kielimentori-tutkimuksessa tavoitteena oli toimintatutkimuksen keinoin kehittää ja implementoida Kielimentori-ohjelma, jonka kohderyhmänä oli terveyskeskuksen erikoistuvat lääkärit. Koulutusintervention tarve ja kohderyhmän määrittäminen ohjasivat osallistujien rekrytointia. Alkuvaiheessa suunnitelmana oli kohdentaa Kielimentori-ohjelma myös terveyskeskukseen kliiniseen harjoitteluun tuleviin lääketieteen kandidaatteihin. Koska käytännössä myös tutkimuksen resurssit määrittävät osallistujien määrää (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 97), osallistujat rajattiin erikoistuviin lääkäreihin.

Aineiston saturaatiota eli kyllääntymisasteesta puhutaan, kun uusia asioita ei enää ilmaannu (Eskola & Suoranta, 1998c). Aineiston saturaation määrittäminen ei ole helppo tehtävä. On epäeettistä ja epätaloudellista kerätä liian isoa aineistoa, jos samaan kysymyksenasetteluun voisi vastata pienemmällä määrällä esimerkiksi haastatteluita. Pientä osallistujamäärä ei tarvitse selitellä, vaan tutkimuksen uskottavuutta on pohdittava ja perusteltava (Malterud, 2016). Olen pohdintaosiossa tuonut esiin Malterud ym. (2016) kehittämän informaatiovoimamallin, jonka avulla arvioin Kielimentori-tutkimuksen aineiston riittävyyttä ja kattavuutta.

Member check eli litteroidun aineiston tai tutkimustulosten palauttaminen osallistujille on yksi keino vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta (Damianakis & Woodford, 2012; Hanson et al., 2011). Kielimentori-ohjelmassa osallistujien litteroituja haastatteluita ei lähetetty osallistujille. Syy tähän oli resurssipula, sillä

ainoana tutkijana tein kaikki litteroinnit itse eikä aikaa palauttamiseen ollut riittävästi. Myöhemmin lähetettyinä ne eivät olisi enää palvelleet tarkoitustaan.

Member check-tilaisuutena voidaan kuitenkin pitää sitä, että esittelin tutkimusta useita kertoja kaksikieliselle yleisölle Pohjanmaalla erilaisissa tilaisuuksissa; kuten Turun yliopiston järjestämässä kliinisille opettajille tarkoitetussa opetuksen illassa, Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden päivillä ja Vaasan Lääkäriyhdistyksen koulutuksessa. Näissä tilaisuuksissa oli mukana kaksikielisellä alueella toimivia erikoistuvia lääkäreitä, erikoislääkäreitä, ylilääkäreitä sekä muita terveydenhuollon ammattilaisia, joiden arvokkaat kommentit ja ajatukset Kielimentori-ohjelmasta pystyin huomioimaan toteutuksen ja analyysin eri vaiheissa.

Triangulaation avulla halutaan saavuttaa mahdollisimman rikas ja monipuolinen aineisto (Varpio et al., 2017), ja siten lisätä laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja uskottavuutta. *Aineistotriangulaatiossa* yhdistetään erityyppisiä aineistoja keskenään (Kennedy & Lingard, 2006). *Tutkijatriangualaatiossa* useampi tutkija tuo omia käsityksiään ja oman kokemusmaailmansa mukaan tutkimusprosessiin ja analyysiin (Gioia et al., 2013). *Menetelmätriangulaatiossa* taas lähestytään samaa ilmiötä erilaisilla aineistonkeräämis- ja analyysimenetelmillä (Eskola & Suoranta, 1998e).

Tässä tutkimuksessa triangulaation keinoista hyödynsin erityisesti tutkijatriangulaatiota. Kielimentori-ohjelman työryhmän asiantuntijajäsenillä oli merkittävä vaikutus suunnitteluun ja kehittämiseen. Analyysivaiheessa väitöskirjani ohjaajien kokemus ja lukuisat keskustelut kaksikielisyyteen liittyvistä teemoista rikastuttivat prosessia sekä selkeyttivät analyysin suuntaa.

6.4.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus (engl. reliability) tarkoittaa tutkimuksen uudelleen toistettavuutta, ja sen varmistamiseksi tutkijan on kuvattava tutkimusasetelma, aineisto ja analyysiprosessi mahdollisimman kattavasti (Constantinou et al., 2017). Johdonmukaisuus tutkimuksen lähestymistavasta tutkimuskysymykseen ja edelleen metodologiaan ja metodeihin on osa laadullisen tutkimuksen laatua (Ng et al., 2019, s. 429). Olen koko tutkimusprosessin ajan pyrkinyt pitämään tämän linjakkuuden selkeänä mielessä. Tutkimuskysymys on laadullisessa tutkimuksessa tyypillisesti avoin ja joustava (Tavakol et al., 2006). Tutkimuskysymys voi – Gioia ym. (2012) mukaan jopa pitää – muuttua tutkimusprosessin aikana kerääntyvän tiedon johdattamaan suuntaan (Gioia et al., 2013).

Olen tässä väitöskirjassa kuvannut laadullisen aineiston keräämisen ja analyysin erikseen. Ne eivät kuitenkaan ole erillisiä, vaan laadullinen tutkimus on kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi, 2018, s. 75–76). Laadun kriteerit voivat täyttyä ja kokonaisuus

muodostua erilaisia polkuja pitkin riippuen tutkijasta, kontekstista, teoreettisesta taustasta ja itse projektista (Tracy, 2010). Luotettavuus tulee esiin siinä, mitä ja miten tutkija muotoilee raporttiinsa aineiston ja analyysin yhdeksi kokonaisuudeksi.

Aineiston sisäinen luotettavuus tarkoittaa, kuinka hyvin aineisto ja tehty analyysi vastaavat tutkittavaan aiheeseen ja kysymykseen (Hakala, 2018). Lisäksi teorian liittäminen laadulliseen analyysiin auttaa tutkijaa nostamaan tutkimuksen laatua selvityksestä tieteelliseksi raportiksi (Eskola & Suoranta, 1998d). Olen väitöskirjatutkimuksessani kuvannut oppimisen teoriat sekä perustelut valituille teorioille. Käytäntöyhteisöteoria ja kulttuuri-historiallinen toiminnan teoria valikoituivat tutkimusprosessin suunnittelun ja toteutuksen aikana. Erityisesti CHAT-teorian löytyminen ohjaamaan kolmannen osion ”Potilaan kohtaaminen” analyysiä oli merkittävä vaihe. Monimutkainen ilmiö, jossa on moneen suuntaan vaikuttavia tekijöitä, sai tukea ja viitekehyksen CHAT-teoriasta. Monimutkaisten ilmiöiden yksinkertaistaminen johonkin tiettyyn malliin voi kuitenkin olla riskialtista ja liiankin suoraviivaista, ja siitä pyrin analyysin aikana olemaan tietoinen.

Luotettavuus näkyy myös siitä, miten tutkija kykenee olemaan itsekriittinen tulkinnoissaan ja antaa tutkittavien kokemusten merkityksille tilan omien ennakko-odotusten sijaan (Laine, 2018). Olen väitöskirjassani kirjoittanut kattavasti Palenius ja Nyman esittämän mallin mukaisesti tutkijan reflektiosta, jotta lukija saisi käsityksen tutkimukseen ja tulkintaani vaikuttaneista tekijöistä. Ohjaajien kanssa käyty dialogi analyysiprosessin aikana tuki luotettavuuden vahvistumista.

6.4.3 Siirrettävyys

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään yleistettävyyden sijaan käsitettä siirrettävyys (engl. transferability), mikä tarkoittaa lukijan mahdollisuutta siirtää tuloksia omaan kontekstiinsa (Korstjens & Moser, 2018; Renée E. Stalmeijer et al., 2024). Tutkijan on kuvattava sekä tutkittava ilmiö että konteksti tarkasti, jotta lukija voi arvioida tutkimuksen siirrettävyyttä (Constantinou et al., 2017). Stalmeijer ym. (2024) kuvaa siirrettävyyden kolme dimensiota: soveltuvuus, resonanssi ja teoreettinen sitoutuminen (Renée E. Stalmeijer et al., 2024).

Pitkäaikainen sitoutuminen yhteisöön, kontekstiin ja ihmisiin, jotka ovat tutkimuksen kohteena ja tutkimusympäristönä, on osa laadun varmistamista. Olin terveyskeskuksen lääkärinä ja koulutusylilääkärinä jo pitkään perehtynyt ja havainnoinut kontekstia, mikä prosessin aikana edisti tulkintojen tekemistä rauhallisesti ilman hätäilyä.

Kielimentori-ohjelman siirtäminen toiseen kontekstiin voi olla haastavaa, kuten lääketieteen koulutuksen tutkimuksissa voi olla. Olen kuvannut tutkimuksen kontekstin kuitenkin mahdollisimman tarkasti, jotta lukija voi arvioida soveltuvuutta

ja siirrettävyyttä omaan kontekstiinsa. Organisaatiokuvaus on hetkeen ja aikaan sidottu, ja tutkimusympäristönä olleessa terveyskeskuksessa on tutkimuksen jälkeenkin tapahtunut muutoksia. Hyvinvointialueiden aloittaminen on muuttanut organisaatiorakenteita merkittävästi, vaikka kaksikielisyys on edelleen sama kuin aiemmin.

Lääketieteen koulutuksen tutkimuksessa olennaista on organisaation koulutustoiminnan kuvaus. Tämä tutkimus tehtiin terveyskeskuksessa ja yliopistopaikkakunnan ulkopuolella, mikä toisaalta oli yksi tarpeeseen vaikuttaneista tekijöistä. Koulutustoimintaa oli kuitenkin systemaattisesti kehitetty jo useamman vuoden ajan, mikä oli olennaista Kielimentori-ohjelman ja tutkimuksen aloittamisen kannalta. Mentorointiin liittyvissä tutkimuksissa kävi ilmi, että organisaation rooli on merkittävässä asemassa onnistuneen toteutuksen kannalta (Wikström et al., 2023). Kielimentori-ohjelma upotettiin muun koulutustoiminnan sisään, mikä oli edellytys onnistumiselle ja jatkuvuudelle.

6.4.4 Vahvistettavuus

Laadun ulottuvuuksista neljäs eli vahvistettavuus (engl. confirmability) tarkoittaa, että tutkijan on osoitettava tulosten perustuvan aineistoon eikä tutkijan omiin ajatuksiin (Constantinou et al., 2017). Laadullisessa tutkimuksessa objektiivisuus syntyy oman subjektiivisuuden tunnistamisesta (Eskola & Suoranta, 1998b).

Lääketieteen koulutuksen tutkimuksessa tutkija voi olla itse opettajana tai kouluttajana. Tutkimuksen tavoitteet ja menetelmä vaikuttavat tutkijan osallistumiseen ja toisaalta tutkimusympäristössä tutkijalla voi olla erilaisia rooleja (Vilkka, 2018). Kielimentori-tutkimuksessa olin aktiivisesti mukana suunnittelussa ja toteutuksessa. Olen tutkijan reflektio-osuudessa tuonut esiin systemaattisesti, miten taustani ja asemani terveyskeskuksen koulutusylilääkärinä on prosessin aikana vaikuttanut (Aaltola, 2018).

On pohdittava omaa suhtautumista ja käsitystä tutkittavaan ilmiöön, tutkimusympäristöön ja tutkittaviin. Kun on tietoinen tutkimuksen lähtökohdista, voi niihin kiinnittää huomiota (Laine, 2018). Hermeneuttis-fenomenologiseen suuntaukseen liitetään tutkijan esiymmärrys tutkittavasta aiheesta ja kontekstista. Laineen (2018) mukaan ”merkitysten ymmärtämisen lähtökohta on siinä, mikä on tuttua ja yhteistä tulkitsijalle ja tulkittavalle.” (Laine, 2018). Mikäli fenomenologinen suuntauksen mukaan esiymmärrys halutaan sivuuttaa *(reduction)*, on se ikään kuin yritys lisätä tutkimuksen objektiivisuutta (Hopkins et al., 2017).

Kielimentori-ohjelman pitkä kesto on voinut vaikuttaa sekä omiin ajatuksiini että tulkintoihini. Kun olen erilaisissa yhteyksissä ja tilaisuuksissa kertonut Kielimentori-ohjelmasta ja siihen liittyvästä laadullisesta tutkimuksesta, on se virittänyt usein keskustelun erilaisista kielitarinoista. On mahdollista, että nämä

kuulemani kielitarinat ovat vaikuttaneet pitkän tutkimusprosessin aikana tulkintoihini ilman, että olen niitä kyennyt tässä väitöskirjassa erittelemään. Säännöllisesti kirjoittamani tutkimuspäiväkirja on toisaalta auttanut sekä reflektoinnissa että selkeyden säilyttämisessä.

6.5 Vahvuudet ja rajoitukset

Euroopan yleislääketieteen tutkimusverkosto (European General Practice Research Network, EGPRN) nostaa 2021 strategiassaan yhdeksi päätavoitteeksi tutkimuskapasiteetin vahvistamisen yksilö-, organisaatio ja ympäristötasoilla. Strategiassa on tunnistettu, että perusterveydenhuollon tutkimukseen liittyvää asenneilmapiiriä on vahvistettava. Strategiassa korostetaan sekä kansallisen että kansainvälisen verkostoitumisen merkitystä laadukkaiden tutkimusten onnistumisen edellytyksenä. (Collins et al., 2021)

Tutkimuksen vahvuus on, että tutkimusympäristönä on kaksikielinen terveyskeskus ja kontekstina lääketieteen koulutuksen tutkimus. Tutkimuksessa on monitasoinen näkökulma kaksikielisyyteen ja koulutusinterventioon terveydenhuollossa. Ensinnäkin se auttaa potilaita saamaan turvallista hoitoa. Toiseksi se tukee erikoistuvia lääkäreitä heidän työssään. Kolmanneksi se antaa terveyskeskukselle mahdollisuuden edistää hoidon jatkuvuutta ja luotettavuutta väestön keskuudessa.

Tutkimuksen vahvuutena on monipuolinen näkökulma kaksikielisyyteen suomalaisessa terveydenhuollossa. Aiempi tutkimus kaksikielisyydestä terveydenhuollossa on keskittynyt lähinnä englanninkielisiin maihin. Tämä tutkimus tuo uutta tietoa siitä, miten kaksikielinen konteksti vaikuttaa erikoistuvien lääkäreiden sitoutumiseen. Se tarjoaa tietoa siitä, millaisia interventioita tulisi toteuttaa, jotta erikoistuvia lääkäreitä voidaan tukea heidän kehittymisessään kaksikielisiksi ammattilaisiksi ja kaksikielisen terveydenhuollon täysivaltaisiksi jäseniksi. Lisäksi tutkimuksen vahvuutena on, että koulutusinterventio suunniteltiin kaksikielisen terveyskeskuksen kontekstiin perusteellisen analyysin ja kokemuksen perusteella.

Tutkimuksessa on rajoituksia. Ensinnäkin tutkimus toteutettiin yhdessä organisaatiossa Suomessa. Tämän rajoituksen minimoimiseksi olen kuvannut osallistujat ja kontekstin huolellisesti. Samoin olen reflektoinut omaa tutkijan asemaani monelta eri suunnalta strukturoidun mallin mukaisesti kappaleessa 4.3. Analyysivaiheessa olen tuonut mukaan valitut oppimisen teoriat, mikä vahvistaa tutkimuksen siirrettävyyttä (Varpio et al., 2021).

Toinen rajoitus on, että COVID-19-pandemia pakotti meidät peruuttamaan joitain tapahtumia, siirtämään aloitusta ja järjestämään pienryhmätilaisuuksia etänä toiselle interventioryhmälle. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että erilaisia

digitaalisia menetelmiä otettiin nopeasti käyttöön COVID-19-pandemian aikana lääketieteellisessä koulutuksessa kaikkialla maailmassa (Silva et al., 2022; van der Keylen et al., 2022). Osallistujien haastattelut intervention jälkeen ja laadulliset analyysimenetelmät antoivat kuitenkin mahdollisuuden analysoida näitä suunnittelemattomia muutoksia.

6.6 Soveltaminen käytäntöön ja tulevaisuuden tutkimuskohteet

Terveydenhuollon organisaatioiden johtajille tämä väitöskirjatutkimus lisää ymmärrystä siitä, miten erikoistuvien lääkärien työtä on hyvä organisoida ja tukea kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää lääkäreille ja muille terveydenhuollon ammattilaisille kohdennettujen koulutusinterventioiden suunnittelussa (Chen & Reeves, 2020).

Kielimentori-ohjelma on helposti muunneltavissa muille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille sopivaksi. Tämä on tärkeää, koska myös sairaanhoitajista ja sosiaalityöntekijöistä on suuri pula (Drennan & Ross, 2019). Väitöskirjatutkimuksen tuloksia voidaan soveltaa myös muihin kieliin terveydenhuollossa. Esimerkiksi Suomessa toimivien lääkäreiden suomenkielen vahvistamiseen on tarvetta (Tervola, 2019) ja erityisesti kaksikielisissä kunnissa, joissa suomi on vähemmistökieli (Lindell, 2021).

On tärkeää vahvistaa lääketieteen koulutuksen tutkimuksen osaamista ja kapasiteettia perusterveydenhuollossa. Resurssit on suunnattava vaikuttaviin menetelmiin, kun koulutamme lääkäreitä terveyskeskuksissa. Lääketieteen koulutuksen tutkimuksen ja käytännön välistä kuilua on aktiivisesti kavennettava (Chen & Reeves, 2020).

Koulutusta ja tutkimusta tukeva ympäristö voi houkutella ja sitouttaa terveydenhuollon ammattilaisia. Laadukkaan koulutuksen ja tutkimuksen mahdollistaminen osoittaa terveyskeskuksen panostuksen lääkäreiden osaamisen kehittämiseen. Prosessien kehittäminen ja infrastruktuurin rakentaminen ovat keskeisiä asioita. Hyvä yhteistyö yliopiston kanssa on tärkeää. Lääketieteen koulutuksen menetelmiä terveyskeskuksissa on arvioitava kriittisesti. Oma tutkimusaktiivisuus terveyskeskuksessa tarjoaa tähän hyvän lähtökohdan. Mahdollisuus tutkimustyöhön voi edistää lääkärin työhyvinvointia ja jaksamista.

Kielimentori-ohjelma ja -tutkimuksen toteutuminen antaa toivoa tulevaisuuteen tehdä yliopistopaikkakunnan ulkopuolellakin koulutusinterventioita ja -tutkimusta läpi lääkärin uran. Monitasoinen oppiminen tarkoittaa sitä, että huomioon otetaan kaikki koulutusvaiheet lääketieteen kandidaatista erikoistuvaan lääkäriin ja edelleen erikoislääkäristä kouluttajaksi. Monitasoinen oppiminen on mahdollista, kun kulttuurissa on vahva oppimisen ja opettamisen kulttuuri (Dick et al., 2019). Muita

vaikuttavia asioita on todettu olevan oppijakeskeisyys (learner-centred teaching), useiden opettajien ja oppijoiden joukko, jotka käyttävät erilaisia opetus- ja oppimismenetelmiä, opettamisen kuorman jakaminen, ja itsearviointi liittyen opetusmenetelmiin. Monitasoisessa oppimisessa on yhteneviä piirteitä organisaation oppimisen tai oppivan organisaation teorioihin verrattuna (Dick et al., 2019). Kielenoppimisen tutkimuksessa pitkäaikaista oppimisen prosessien seurantaa on varsin vähän (Hilden et al., 2022). Kielimentori-ohjelma antaisi mahdollisuuden tukea ja tutkia kaksikielisyyttä lääketieteen perusopinnoista erikoistumisvaiheeseen sekä tarjota sitä myös erikoislääkäreille ja ohjaajille.

Maailmassa puhutaan yli 7000 eri kieltä (Ethnologue: Languages of the World). Euroopassa kielten määrä on vähäinen (noin 250) verrattuna Aasiaan (yli 2000). Suomen kielilaki määrittelee viralliset kielet ja kansalliskielistrategia linjaa, miten tasavertaisuus kieliasioissa toteutetaan. Terveydenhuollossa käytännön ja arjen tasolla organisaation toiminta ja kieliympäristö joko tukee tai pahimmillaan karkottaa ammattilaisia. Parhaimmillaan kaksikielisyys voi houkutella lääkäreitä oppimaan. Kaksikielisillä alueilla on lähtökohtaisesti hyvät edellytykset sopeutua ja mukautua monikulttuurisuuteen ja monikielisyyteen.

Tutkimukset lääkäreille suunnatuista kaksikielisyyttä tukevista koulutusohjelmista kaksikielisillä alueilla ovat harvinaisia, mikä on yllättävää kaksikielisyyden yleisyyden huomioiden. Grosjean (2010) mukaan vähintään jopa puolet maailman väestöstä on kaksikielisiä (Grosjean, 2010, s. 13). Tämä tutkimus tuottaa uutta tietoa siitä, miten kaksikielisyys voidaan lääkäreille toteutetussa koulutuksessa huomioida.

Turun yliopisto on aloittanut kaksikielisen lääketieteen opinnot syksyllä 2022. Jo perusopinnoista lähtien lääketieteen opiskelija tottuu kaksikielisyyteen, ja siitä tulee osa omaa lääkärinidentiteettiä. Potilaiden kohtaaminen on luontevaa millä kielellä tahansa. Kliinisessä vaiheessa Kielimentori-ohjelma voisi olla osa kliinisiä opintoja ja erityisesti hajautetussa opetuksessa kaksikielisillä alueilla harjoitteluiden tekeminen olisi luontevaa. Potilaita ei kaksikielisillä alueilla valita kielen mukaan esimerkiksi opetusterveyskeskuksen potilaaksi, vaan ohjautuminen lähtee potilaan tarpeista.

Kielimentori-ohjelman kehittämisen ja tutkimuksen empiirisen vaiheen jälkeen on maailmassa ja yhteiskunnassamme tapahtunut isoja muutoksia digitaalisuuden suhteen. Tekoäly tulee muuttamaan terveydenhuoltoa ja myös vieraiden kielien käyttöön liittyviä asioita. Potilaan kohtaamiseen ja inhimilliseen vuorovaikutukseen on kuitenkin edelleen tarve.

Monimuotoisuus, osallistaminen, oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuuden edistäminen on tulevaisuudessa entistä tärkeämpää. Kielimuurien sijaan on rakennettava siltoja. Terveydenhuollon henkilöstöpula on merkittävä haaste. Meidän on huolehdittava siitä, että myös ulkomailta tulevat ja ulkomailla opiskelleet

terveydenhuollon ammattilaiset voivat integroitua kulttuuriin ja saavat vahvan osaamisen kohdata potilaita - ymmärtää ja tulla ymmärretyksi.

Lääkäripula johtaa hoidon jatkuvuuden heikkenemiseen (Raivio, Holmberg-Marttila, et al., 2014; Raivio, Jääskeläinen, et al., 2014). Tutkimuksissa on todettu, että työolot sekä työn ja vapaa-ajan tasapaino (Heponiemi, Kouvonen, et al., 2013; Kuusio et al., 2010; Lillevang et al., 2019), organisatorinen oikeudenmukaisuus (Heponiemi, Manderbacka, et al., 2013), kyky vaikuttaa ja kehittyä työssä, koulutusympäristö (Lillevang et al., 2019), opetus (Le Floch et al., 2019) ja erikoistumiskoulutus (Ahnfeldt-Mollerup et al., 2016) ovat avaimia lääkäreiden työtyytyväisyyteen ja sitoutumiseen. Lisäksi positiiviset roolimallit (Kuikka et al., 2012) ja hyvät suhteet ohjaavaan lääkäriin (Cuncic et al., 2018; Wiener-Ogilvie et al., 2014) voivat vaikuttaa hakeutumiseen yleislääketieteen erikoisalalle.

Koulutusintervention avulla erikoistuvan lääkärin ruotsin kieleen liittyvä mahdollinen ahdistus voi vähentyä ja kielen käytön kynnys madaltua. Tulevaisuudessa sillä voi olla positiivista vaikutusta myös sairaanhoitajien työn kuormitukseen. Lääkäreiden rekrytointi ja sitoutuminen helpottuvat. Potilaiden luottamus terveydenhuoltoon vahvistuu.

7 Johtopäätökset

Tutkimuksen tavoite oli luoda Kielimentori-ohjelma, joka tukee erikoistuvan lääkärin ruotsin kielen käyttöä kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Tavoitteena oli tutkia erikoistuvien lääkärien käsityksiä kaksikielisyydestä sekä selvittää potilaan kohtaamiseen liittyviä erityispiirteitä kaksikielisessä terveyskeskuksessa.

Väitöskirjan johtopäätökset ovat seuraavat:

1. Lääkärin käsitys kaksikielisyydestä on ajan kuluessa muokkautuva ja siihen vaikuttavat aiemmat kokemukset, potilaat ja työyhteisö. Luonteva suhtautuminen kaksikielisyyteen voi tukea yhteisöllisyyden kokemusta ja vahvistaa kaksikielisyyden merkitystä myös lääkärin identiteetin kehittyessä.
2. Luottamus yhteisen ymmärryksen saavuttamiseen niin vastaanotolla kuin työyhteisössäkin on tärkeää kaksikielisessä terveyskeskuksessa.
3. On tärkeää, että organisaatio sitoutuu ja mahdollistaa lääkäreiden osallistumisen kaksikielisyyttä tukeviin koulutusinterventioihin.
4. Kielimentori-ohjelma on koulutusmenetelmä, joka tukee lääkäriä kaksikielisessä terveyskeskuksessa. Yksilölliset tarpeet ja konteksti ovat olennaisia, ja ne on analysoitava etukäteen sekä otettava huomioon suunnittelussa, koordinoinnissa ja toteutuksessa.
5. Yksilöllinen kielimentorointi ja pienryhmäkoulutukset voidaan toteuttaa myös etäyhteyksin. Psykologiseen turvallisuuteen on kiinnitettävä huomiota.

Kiitokset

Kielimentori-projekti ja tutkimuksen tekeminen on ollut valtavan hieno matka, jonka olen saanut tehdä yhdessä upeiden ihmisten kanssa. Auringonpaistetta ja myötätuulta, myös myrskyä ja karikoita. On rakennettu yhdessä siltoja ja kaadettu kielimuureja.

Suuri kiitos kaikille tukijoilleni, jotka olette mahdollistaneet tutkimukseni toteutumisen: Svenska Kulturfonden, Vaasan lääketieteellinen säätiö, Jussi Lalli ja Eeva Mariapori-Lallin säätiö, Pohjanmaan hyvinvointialue/VTR rahoitus sekä Suomen yleislääketieteen säätiö.

Lämmin suuri kiitos ohjaajilleni Päivi Korhoselle ja Pia Nymanille. Ilman teidän kannustustanne en olisi tässä, valmistaumassa puolustamaan julkisesti väitöskirjaani Kielimentori-ohjelmasta. Päivi, sait minut rohkaistumaan ja sanomaan ääneen, että voisin tehdä tutkimusta. Pia, sinun ehtymätön positiivinen innostuksesi tarttui ja sai uskomaan, että karikot ja välillä myrskytkin kuuluvat tutkimustyöhön, matka on se tärkein. Lukuisat ohjaustapaamiset kanssanne ovat antaneet minulle uutta energiaa ja luottamusta jatkaa eteenpäin, kerta toisensa jälkeen. Huomaavainen ja lämmin suhtautumisenne epävarmuuden puuskiini ja väsymätön kannustus voimisti ajoittain niin pieneltä tuntuvaa tutkijaminääni. Olen teille kaikesta syvästi kiitollinen!

Lämpimät kiitokset väitöskirjani esitarkastajille Kaija Collanille, Kadri Suijalle ja Lena Sjöbergille. Olen kovin otettu siitä, miten tarkasti olitte perehtyneet väitöskirjaani ja annoitte palautetta ja rakentavia parannusehdotuksia. Ne tarkensivat sekä väitöskirjan rakennetta että yksityiskohtia merkittävästi. Tutkijan identiteettini sai tukea ja vahvistusta antamistanne lausunnoista. Lämmin kiitos professori Minna Kailalle, että suostuit toimimaan väitöskirjani vastaväittäjänä. On kunnia saada puolustaa tutkimustani sinun johdollasi.

Lämmin kiitos Turun yliopiston emeritusdekaani Pentti Huoviselle ja emeritus TUTKEn johtaja Outi Kortekangas-Savolaiselle mahdollisuudesta osallistua käynnistämäänne sähköpostikeskusteluun kaksikielisyyden tukemisesta keväällä 2018. Kielimentori-ohjelma rakentui sen keskustelun innoittamana. Outi, erityiskiitos sinulle siitä, että juuri sinun ideastasi syntyi nimi "Kielimentori".

Suuri kiitos Vaasan terveyskeskuksen johtaville ylilääkäreille Markku Sirviölle ja Heikki Kaukorannalle. Kiitos Markku, annoit vilpittömän tukesi koulutus- ja

tutkimustoiminnalle, näit niiden merkityksen laajasti. Kiitos Heikki, koronan keskellä luotsasit organisaatiota, ja samalla annoit tukesi sitkeästi jatkaa koulutus- ja tutkimustoimintaa, myös Kielimentori-projektia, kaiken myllerryksen keskellä.

Opetushoitajat Emilia Ylirintala ja Ann-Sofi Vestman, sanat eivät riitä kiittämään. Lämmin kiitos teille molemmille ihan parhaasta yhteistyöstä, sitoutumisestanne ja arvokkaasta työstä. Ann-Sofin kanssa aloitettiin Kielimentori-projekti, Emilian kanssa vietiin interventiot päätökseen. Kaikki käytännön asiat sujuvat teiltä mutkattomasti ja niin tehokkaasti. Lukemattomat pohdinnat ja pyörittelyt aiheen parissa, on ihmetelty ja iloittu, innostuttu yhdessä.

Suuri kiitos kielimentoreille Sten, Ture ja Seppo. llman teitä ei olisi tullut kielimentorointia. Aito kiinnostuksenne monikielisyyteen ja kollegoiden kielimentorointiin välittyi jokaisessa kohtaamisessa. Aivan huikeaa! Koronan keskellä saitte nostettua tunnelman taas uuteen vauhtiin, niin että pääsimme jatkamaan projektia haasteista huolimatta. Kiitos Anna ja Lotta, tarjositte draamaa ja myös paljon naurua, psykologisesti turvallisen tilan heittäytyä tuntemattomiin oppimismenetelmiin.

Kielimentorityöryhmälle suuri lämmin kiitos. Kaikki alkoi nopeasti keväällä 2018 ja te lähditte ennakkoluulottomasti mukaan uuden luomiseen. Marja-Sisko Paloneva Datero ry:stä annoit paljon ideoita, erityispedagogiikan osaamistasi ja lisäsit ymmärrystä, miten uusi kieliympäristö vaikuttaa meihin. Ann-Sofie Smeds-Nylund ja Charlotta Hilli Åbo Akademista, toitte arvokasta keskustelua ja kriittistä pohdintaa työryhmän kokouksissa sekä uusia raikkaita tuulia pedagogisen johtamisen alalta. Oppimismenetelmiä pohtiessa ideoista ei tullut pulaa! Kiitos professori Michael Uljens, kohtaaminen Pedaforum-päivien lounaalla johti hienoon yhteistyöhön Åbo Akademin kanssa. Kiitos Maria Byholm ja Sanna West, teidän kanssanne oli ilo startata uutta ideaa. Lämmin kiitos Birgitta Majorsille tuestasi Kielimentori-projektin talousasioissa. Lämmin kiitos Tatu Karppiselle IT-tuesta matkan varrella. Erityisesti suunnitelmat tekoälyn hyödyntämisestä projektissa vuonna 2019 olivat jo hyvin lähellä toteutumista – aika ei silloin vielä ollut täysin kypsä, mutta arvostan suuresti panostasi ja näkemyksiäsi kehitystyön edistämisessä.

Kiitos kaikki Kielimentori-ohjelmaan osallistuneet kollegat. Ilo ja heittäytyminen kaksikielisyyden maailmaan, sitä on ollut upea teidän kanssanne tehdä. Kiitos kaikki erikoistuvat lääkärit, YEK-lääkärit, AT-lääkärit, amanuenssit ja lääketieteen kandidaatit opetusterveyskeskuksessa ja Vaasan terveyskeskuksessa. Lukemattomat keskustelut lääkärin työstä, lääkärikoulutuksesta ja kaksikielisyydestä ovat rohkaisseet minua pinnistelemään lääkärikoulutuksen ja tämän tutkimuksen parissa, jotta saisimme entistä vaikuttavampaa toimintaa ammattilaisten osaamisen ja hyvinvoinnin sekä potilaidemme parhaaksi.

Kiitos kollegat, ohjaajat ja kouluttajat sekä henkilökunta Vaasan terveyskeskuksessa ja Pohjanmaalla sekä Turun PTH-yksikössä. Onko mitään niin

ihanaa kuin kollegiaaliset keskustelut meetingeissä, seminaareissa ja lounastauoilla, teatterissa ja viimeksi kuntosalillakin. WONCA-puuta välillä vähän harvennettiin, ja yhdessä parannettiin maailmaa. Vaikka urapolut menevät ajoittain eri suuntiin, kollegiaalisuus ja ystävyys säilyy.

Kiitos Pohjanmaan hyvinvointialueen ylilääkäri Peter Nieminen, tuki tutkimuksen tekemiseen on ollut todella tärkeää, kiitos ymmärryksestä ja kannustuksesta. Kiitos AProPoo! tiimi: kyllä yhdessä pohtiminen ja tutkimuksen oppiminen on mahtavaa! Kiitos Merja, pitkät keskustelut kanssasi tutkimuksen iloista ja karikoista ovat olleet voimaannuttavia.

Lämpimät kiitokset Lääkäriseura Duodecimin hallituksen, koulutusvaliokunnan ja koulutusyksikön kollegoille ja ystäville, sekä myös LKY:n kollegoille. Lääketieteen koulutus ja sen tutkimuksen edistäminen on saanut kanssanne uuden merkityksellisen ulottuvuuden ja suunnan. Kollegiaalisuus ja yhteisistä koulutusasioista innostuminen on tuonut arkeen luksusta. Psykologinen turvallisuus on tullut todeksi teidän kanssanne, sydämellinen kiitos siitä. Kiitos Panu ja koko koulutusyksikön tiimi, olen saanut kokea vahvan yhteisöllisyyden, arvostuksen ja oppimisen ilon kanssanne.

Kiitos rakkaille vanhemmilleni Helenalle ja Karille, että olette aina kannustaneet kaikessa; opiskelemaan ja tekemään minkä tahansa työn hyvin, perusteellisesti ja periksi antamatta. Onneksi isä ehdin kertoa sinulle ilouutisia, kun esitarkastajat olivat antaneet puoltavat lausuntonsa. Lääkäriyteni oli koetuksella, vänta bara lite, niin olisin halunnut sinulle väitöskirjani viimeistelyvaiheessa sanoa ennen lähtöäsi taivaan golfkentille. Kiitos rakkaalle siskolleni Teijalle ja perheellesi. Lukemattomat keskustelut elämän iloihin ja suruihin, palautumiseen, liikuntaan ja työhön liittyen ovat kannustaneet ja rohkaisseet jatkamaan. Sinä olet näyttänyt minulle mallia, että uusia kieliä ja kulttuureita oppii, kun vaan reippaasti ja rohkeasti lähtee kokeilemaan. Tack alla härliga släktingar i Sverige.

Kiitos rakas kaksikielinen perheeni. Tack Henrik, utan ditt stöd och kloka frågor hade jag så många gånger gått vilse utan att se skogen från träden. Fika på terrassen och i trädgården, några Excel tabeller kanske, då hittar man till rätt spår igen. Kiitos rakkaat lapset Matilda, Andreas ja Daniel. Piditte minut pinnalla ja arjessa mukana, silloinkin kun meinasin täysin upota tietokone sylissä tutkimuksen maailmaan. Tämä on ollut kuin futisturnaus, salibandyreissu tai tanssin kevätnäytös, jossa olen ollut mukana useamman vuoden - tärkeintä on ollut matka ja seurata niitä unelmia. Ja nyt, kohti uusia unelmia, myötätuulessa ja auringonpaisteessa.

Vaasassa, aurinkoisena lokakuun päivänä 2025
Tanja Eriksson

Tanja Eriksson

Tanja on valmistunut lääkäriksi (LL) vuonna 2002. Hän on yleislääketieteen erikoislääkäri Turun yliopistosta 2013 ja terveydenhuollon erikoislääkäri Itä-Suomen yliopistosta 2023. Hänellä on lääkärikouluttajan sekä terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden erityispätevyydet. Hänen erityisenä kiinnostuksen kohteena on lääketieteen koulutus ja sen tutkimus.

Lähdeluettelo

Aaltola, J. (2018). Filosofia, tiede, ymmärtäminen. Kirjassa R. Valli (Toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2* (5. painos.). PS-kustannus.

Aelbrecht, K., Hanssens, L., Detollenaere, J., Willems, S., Deveugele, M., & Pype, P. (2018). Determinants of physician-patient communication: The role of language, education and ethnicity. *Patient Education and Counseling*, *102*. https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.006

Af Hällström-Reijonen, C., Pettersson, T., & Sjöberg, L. (2020). Finländska särdrag i den medicinska svenskan. *Finska Läkaresällskapets Handlingar*, *180*(2), 68–71. http://hdl.handle.net/10138/324987

Afzal, K. I., Khan, F. M., Mulla, Z., Akins, R., Ledger, E., & Giordano, F. L. (2010). Primary language and cultural background as factors in resident burnout in medical specialties: A study in a bilingual US city. *Southern Medical Journal*, *103*(7), 607–615. https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3181e20cad

Aggarwal, M., Hutchison, B., Wong, S. T., Katz, A., Slade, S., & Snelgrove, D. (2024). What factors are associated with the research productivity of primary care researchers in Canada? A qualitative study. *BMC Health Services Research*, *24*(263). https://doi.org/10.1186/s12913-024-10644-6

Ahmed, R., Farooq, A., Storie, D., Hartling, L., & Oswald, A. (2016). Building capacity for education research among clinical educators in the health professions: A BEME (Best Evidence Medical Education) Systematic Review of the outcomes of interventions: BEME Guide No. 34. *Medical Teacher*, *38*(2), 123–136. https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1112893

Ahnfeldt-Mollerup, P., DePont Christensen, R., Halling, A., Kristensen, T., Lykkegaard, J., Nexøe, J., Barwell, F., Spurgeon, P., & Søndergaard, J. (2016). Medical engagement and organizational characteristics in general practice. *Family Practice*, *33*(1), 69–74. https://doi.org/10.1093/fampra/cmv085

Aira, M. (2005). Laadullisen tutkimuksen arviointi. *Duodecim*, *121*, 1073–1077.

Ajjawi, R., & Higgs, J. (2007). Using Hermeneutic Phenomenology to Investigate How Experienced Practitioners Learn to Communicate Clinical Reasoning. *The Qualitative Report*, *12*(4), 612–638.

Ajjawi, R., & Higgs, J. (2008). Learning to Reason: A Journey of Professional Socialisation. *Advances in Health Sciences Education*, *13*, 133–150. https://doi.org/10.1007/s10459-006-9032-4

Al-Haddad, M., Jamieson, S., & Germeni, E. (2022). International medical graduates' experiences before and after migration: A meta-ethnography of qualitative studies. *Medical Education*, *56*(5), 504–515. https://doi.org/10.1111/medu.14708

Andres, E., Wynia, M., Regenstein, M., & Maul, L. (2013). Should I call an interpreter?-how do physicians with second language skills decide? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *24*(2), 525–539. https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0060

Appelbaum, N. P., Dow, A., Mazmanian, P. E., Jundt, D. K., & Appelbaum, E. N. (2016). The effects of power, leadership and psychological safety on resident event reporting. *Medical Education*, *50*(3), 343–350. https://doi.org/10.1111/medu.12947

Baker, L., Phelan, S., Woods, N. N., Boyd, V. A., Rowland, P., & Ng, S. L. (2021). Re-envisioning paradigms of education: towards awareness, alignment, and pluralism. *Advances in Health Sciences Education*, *26*(3), 1045–1058. https://doi.org/10.1007/s10459-021-10036-z

Baker, S. C., Watson, B. M., Jamieson, B., & Jamieson, R. (2021). How Do Patients Define Satisfaction? The Role of Patient Perceptions of Their Participation and Health Provider Emotional Expression. *Health Communication*, *36*(14), 1970–1979. https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1808409

Balmer, D. F., Varpio, L., Bennett, D., & Teunissen, P. W. (2021). Longitudinal qualitative research in medical education: Time to conceptualise time. *Medical Education*, *55*, 1253–1260. https://doi.org/10.1111/MEDU.14542

Barlow, M., Watson, B., Jones, E., Maccallum, F., & Morse, K. J. (2023). The influence of professional identity on how the receiver receives and responds to a speaking up message: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, *22*(26). https://doi.org/10.1186/s12912-023-01178-z

Barlow, M., Watson, B., Jones, E., Morse, C., & Maccallum, F. (2024). The application of communication accommodation theory to understand receiver reactions in healthcare speaking up interactions. *Journal of Interprofessional Care*, *38*(1), 42–51. https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2249939

Barnhoorn, P. C., Nierkens, V., Numans, M. E., Steinert, Y., & van Mook, W. N. K. A. (2023). "What kind of doctor do you want to become?": Clinical supervisors' perceptions of their roles in the professional identity formation of General Practice residents. *Medical Teacher*, *45*(5), 485–491. https://doi.org/10.1080/0142159X.2022.2137395

Battaglia, T. A., Megrath, K., Spencer, N., Pamphile, J., Crossno, C., Maschke, A., Bak, S., O'Connor, G. T., Clark, C. R., & Sarfaty, S. (2021). Communicating to Engage: An Improvisational Theater-Based Communication Training Designed to Support Community-Academic Partnership Development. *Academic Medicine*, *96*(11), 1564–1568. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004367

Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *60*(10), 854–857. https://doi.org/10.1136/jech.2004.028662

Beck Dallaghan, G. L., Coe, C. L., Wright, S. T., & Jordan, S. G. (2022). Mentoring Medical Education Research: Guidelines from a Narrative Review. *Medical Science Educator*, *32*(3), 723–731. https://doi.org/10.1007/s40670-022-01565-2

Benbassat, J. (2013). Undesirable features of the medical learning environment: A narrative review of the literature. *Advances in Health Sciences Education*, *18*(3), 527–536. https://doi.org/10.1007/s10459-012-9389-5

Bennett, D., Barrett, A., & Helmich, E. (2019). How to…analyse qualitative data in different ways. *Clinical Teacher*, *16*(1), 7–12. https://doi.org/10.1111/tct.12973

Bergman, E., de Feijter, J., Frambach, J., Godefrooij, M., Slootweg, I., Stalmeijer, R., & van der Zwet, J. (2012). Am last page: A guide to research paradigms relevant to medical education. *Academic Medicine*, *87*(4), 545. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31824fbc8a

Bialystok, E., Craik, F. I. M., & Luk, G. (2012). Bilingualism: Consequences for mind and brain. *Trends in Cognitive Sciences*, *16*(4), 240–250. https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.03.001

Birkelund, L., Dieperink, K. B., Sodemann, M., Lindell, J. F., Steffensen, K. D., & Nielsen, D. S. (2024). Communicating without a Shared Language: A Qualitative Study of Language Barriers in Language-Discordant Cancer Communication. *Journal of Health Communication*, *29*(3), 187–199. https://doi.org/10.1080/10810730.2024.2309357

Bleakley, A. (2021). Embracing ambiguity: Curriculum design and activity theory. *Medical Teacher*, *43*(1), 14–18. https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1795099

Bobb, S. C., Mello, K., Turco, E., Lemes, L., Fernandez, E., & Rothermich, K. (2019). Second language learners' listener impressions of foreigner-directed speech. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *62*(9), 3135–3148. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-18-0392

Boet, S., Sharma, S., Goldman, J., & Reeves, S. (2012). Review article: Medical education research: An overview of methods. *Canadian Journal of Anesthesia*, *59*(2), 159–170. https://doi.org/10.1007/s12630-011-9635-y

Bonisteel, I., Shulman, R., Newhook, L. A., Guttmann, A., Smith, S., & Chafe, R. (2021). Reconceptualizing Recruitment in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, *20*. https://doi.org/10.1177/16094069211042493

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, *18*(3), 328–352. https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238

Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis - a Practical Guide*. SAGE Publications.

Brindley, P. G., Smith, K. E., Cardinal, P., & LeBlanc, F. (2014). Improving medical communication with patients and families: Skills for a complex (and multilingual) clinical world. *Canadian Respiratory Journal*, *21*(2), 89–91. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24724147%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4128525

Brown, E. A., Bekker, H. L., Davison, S. N., Koffman, J., & Schell, J. O. (2016). Supportive care: Communication strategies to improve cultural competence in shared decision making. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, *11*(10), 1902–1908. https://doi.org/10.2215/CJN.13661215

Brown, J., Bearman, M., Kirby, C., Molloy, E., Colville, D., & Nestel, D. (2019). Theory, a lost character? As presented in general practice education research papers. *Medical Education*, *53*(5), 443–457. https://doi.org/10.1111/medu.13793

Brown, M., Proudfoot, A., Mayat, N., & Finn, G. (2021). A phenomenological study of new doctors' transition to practice, utilising participant-voiced poetry. *Advances in Health Sciences Education*, *26*, 1229–1253. https://doi.org/10.1007/s10459-021-10046-x

Buckley, H., Steinert, Y., Regehr, G., & Nimmon, L. (2019). When I say … community of practice. *Medical Education*, *53*(8), 763–765. https://doi.org/10.1111/medu.13823

Bunniss, S., & Kelly, D. R. (2010). Research paradigms in medical education research. *Medical Education*, *44*, 358–366. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03611.x

Burgener, A. M. (2020). Enhancing Communication to Improve Patient Safety and to Increase Patient Satisfaction. *The Health Care Manager*, *39*(3), 128–132. https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000165

Burgers, J. S., van der Weijden, T., & Bischoff, E. W. M. A. (2021). Challenges of Research on Person-Centered Care in General Practice: A Scoping Review. *Frontiers in Medicine*, *8*, 669491. https://doi.org/10.3389/fmed.2021.669491

Burgess, A., Van Diggele, C., & Mellis, C. (2018). Mentorship in the health professions: a review. *The Clinical Teacher*, *15*, 197–202.

Burns, M. I., Baylor, C., Dudgeon, B. J., Starks, H., & Yorkston, K. (2017). Health Care Provider Accommodations for Patients with Communication Disorders. *Topics in Language Disorders*, *37*(4), 311–333. https://doi.org/10.1097/TLD.0000000000000134

Bynum, W. E., Artino, A. R., Uijtdehaage, S., Webb, A. M. B., & Varpio, L. (2019). Sentinel Emotional Events: The Nature, Triggers, and Effects of Shame Experiences in Medical Residents. *Academic Medicine*, *94*(1), 85–93. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002479

Bynum, W. E., & Haque, T. M. (2016). Risky Business: Psychological Safety and the Risks of Learning Medicine. *Journal of Graduate Medical Education*, *8*(5), 780–782. https://doi.org/10.4300/JGME-D-16-00549.1

Bynum, W. E., Varpio, L., Lagoo, J., & Teunissen, P. W. (2021). 'I'm unworthy of being in this space': The origins of shame in medical students. *Medical Education*, *55*(2), 185–197. https://doi.org/10.1111/medu.14354

Bynum, W., & Varpio, L. (2018). When I say … hermeneutic phenomenology. *Medical Education*, *52*(3), 252–253. https://doi.org/10.1111/medu.13414

Campbell, K. A., Orr, E., Durepos, P., Nguyen, L., Li, L., Whitmore, C., Gehrke, P., Graham, L., & Jack, S. M. (2021). Reflexive thematic analysis for applied qualitative health research. *Qualitative Report*, *26*(6), 2011–2028. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2021.5010

Caverzagie, K. J., Goldenberg, M. G., & Hall, J. M. (2019). Psychology and learning: The role of the clinical learning environment. *Medical Teacher*, *41*(4), 375–379. https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1567910

Champion, C., Bennett, S., Carver, D., El Tawil, K., Fabbro, S., Howatt, N., Noei, F., Rae, R., Haggar, F., & Arnaout, A. (2015). Providing mentorship support to general surgery residents: A model for structured group facilitation. *Canadian Journal of Surgery*, *58*(6), 372–373. https://doi.org/10.1503/cjs.004315

Chan, C. A., Windish, D. M., Spak, J. M., & Makansi, N. (2024). State-of-the-art review of medical improvisation curricula to teach health professional learners communication. *Advances in Health Sciences Education*, *29*(3), 1025–1046. https://doi.org/10.1007/s10459-023-10296-x

Chen, W., & Reeves, T. C. (2020). Twelve tips for conducting educational design research in medical education. *Medical Teacher*, *42*(9), 980–986. https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1657231

Cheong, C. W. S., Chia, E. W. Y., Tay, K. T., Chua, W. J., Lee, F. Q. H., Koh, E. Y. H., Chin, A. M. C., Toh, Y. P., Mason, S., & Krishna, L. K. R. (2020). A systematic scoping review of ethical issues in mentoring in internal medicine, family medicine and academic medicine. *Advances in Health Sciences Education*, *25*(2), 415–439. https://doi.org/10.1007/s10459-019-09934-0

Chia, E. W. Y., Tay, K. T., Xiao, S., Teo, Y. H., Ong, Y. T., Chiam, M., Toh, Y. P., Mason, S., Chin, A. M. C., & Krishna, L. K. R. (2020). The Pivotal Role of Host Organizations in Enhancing Mentoring in Internal Medicine: A Scoping Review. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, *7*(1–10). https://doi.org/10.1177/2382120520956647

Chong, J. Y., Ching, A. H., Renganathan, Y., Lim, W. Q., Toh, Y. P., Mason, S., & Krishna, L. K. R. (2020). Enhancing mentoring experiences through e-mentoring: a systematic scoping review of e-mentoring programs between 2000 and 2017. *Advances in Health Sciences Education*, *25*(1), 195–226. https://doi.org/10.1007/s10459-019-09883-8

Cleland, J. A., Jamieson, S., Kusurkar, R. A., Ramani, S., Wilkinson, T. J., & van Schalkwyk, S. (2021). Redefining scholarship for health professions education: AMEE Guide No. 142. *Medical Teacher*, *43*(7), 824–838. https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1900555

Coghlan, D., & Shani, A. B. (2015). Developing the Practice of Leading Change Through Insider Action Research: A Dynamic Capability Perspective. Kirjassa H. Bradbury (Toim.), *The SAGE Handbook of Action Research* (3. painos, s. 47–54). SAGE Publications Ltd.

Cohee, B. M., Koplin, S. A., Shimeall, W. T., Quast, T. M., & Hartzell, J. D. (2015). Results of a Formal Mentorship Program for Internal Medicine Residents: Can We Facilitate Genuine Mentorship? *Journal of Graduate Medical Education*, *7*(1), 105–108. https://doi.org/10.4300/JGME-D-14-00315.1

Collins, C., Diaz, E., Petek, D., Angel Muñoz, M., Violán Fors, C., Tatsioni, A., Eliat-Tsanani, S., Lingner, H., Assenova, R., Lionis, C., Dobbs, F., Ungan, M., & Tkachenko, V. (2021). *Research Strategy for General Practice in Europe 2021* (C. Collins (Toim.)). EGPRN Executive Board. www.egprn.org

Committee of Experts of the European Charter for Regional or Minority Languages. (2024a). *Sixth Evaluation Report on Spain*. https://rm.coe.int/spainecrml6-en/1680b1b32d

Committee of Experts of the European Charter for Regional or Minority Languages. (2024b). *Sixth Evaluation Report on the United Kingdom and the Isle of Man*. https://rm.coe.int/united-kingdomecrml6-en/1680b1a73f

Cong-Lem, N. (2022). Vygotsky's, Leontiev's and Engeström's Cultural-Historical (Activity) Theories: Overview, Clarifications and Implications. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, *56*(4), 1091–1112. https://doi.org/10.1007/s12124-022-09703-6

Constand, M. K., MacDermid, J. C., Dal Bello-Haas, V., & Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*, *14*(271). https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-271

Constantinou, C. S., Georgiou, M., & Perdikogianni, M. (2017). A comparative method for themes saturation (CoMeTS) in qualitative interviews. *Qualitative Research*, *17*(5), 571–588. https://doi.org/10.1177/1468794116686650

Corbin, J., & Strauss, A. (1990). *Grounded Theory Research:Procedures, Canons, and Evaluative Criteria*. *13*(1).

Cowden, J. D., Martinez, F. J., Dickmeyer, J. J., & Bratcher, D. (2022). Culture and language coaching for bilingual residents: the first 10 years of the CHiCoS model. *Teaching and Learning in Medicine*. https://doi.org/10.1080/10401334.2022.2092113

Crites, G. E., Gaines, J. K., Cottrell, S., Kalishman, S., Gusic, M., Mavis, B., & Durning, S. J. (2014). Medical education scholarship: An introductory guide: AMEE Guide No. 89. *Medical Teacher*, *36*(8), 657–674. https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.916791

Croke, J., Milne, E., Bezjak, A., Millar, B. A., Giuliani, M., & Heeneman, S. (2020). Mentorship Needs for Radiation Oncology Residents: Implications for Programme Design. *Clinical Oncology*, *32*(4), e119–e125. https://doi.org/10.1016/j.clon.2019.09.050

Crowe, S., Clarke, N., & Brugha, R. (2017). 'You do not cross them': Hierarchy and emotion in doctors' narratives of power relations in specialist training. *Social Science and Medicine*, *186*, 70–77. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.048

Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2014). Reframing medical education to support professional identity formation. *Academic Medicine*, *89*(11), 1446–1451. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000427

Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2015). A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: A guide for medical educators. *Academic Medicine*, *90*(6), 718–725. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000700

Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. (2018). Medicine as a Community of Practice: Implications for Medical Education. *Academic Medicine*, *93*(2), 185–191. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001826

Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2019). Supporting the development of a professional identity: General principles. *Medical Teacher*, *41*(6), 641–649. https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1536260

Cullison, S. (2014). Why Mentorship Is Important to You and to Family Medicine. *Family Medicine*, *46*(8), 645–646.

Cuncic, C., Regehr, G., Frost, H., & Bates, J. (2018). It's all about relationships. *Perspectives on Medical Education*, *7*(2), 100–109. https://doi.org/10.1007/s40037-018-0416-y

D'Agostino, T. A., Atkinson, T. M., Latella, L. E., Rogers, M., Morrissey, D., DeRosa, A. P., & Parker, P. A. (2017). Promoting patient participation in healthcare interactions through communication skills training: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *100*(7), 1247–1257. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.016

Damianakis, T., & Woodford, M. R. (2012). Qualitative research with small connected communities: Generating new knowledge while upholding research ethics. *Qualitative Health Research*, *22*(5), 708–718.

Damodaran, A., Shulruf, B., & Jones, P. (2017). Trust and risk: a model for medical education. *Medical Education*, *51*(9), 892–902. https://doi.org/10.1111/medu.13339

de Brún, T., Brún, R., O, C. A., & MacFarlane, A. (2016). Learning from doing: the case for combining normalisation process theory and participatory learning and action research methodology for primary healthcare implementation research. *BMC Health Services Research*, *16*(346). https://doi.org/10.1186/s12913-016-1587-z

de Carvalho-Filho, M. A., Tio, R. A., & Steinert, Y. (2019). Twelve tips for implementing a community of practice for faculty development. *Medical Teacher*, *42*(2), 143–149. https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1552782

De Carvalho Filho, M. A., Ledubino, A., Frutuoso, L., Da Silva Wanderlei, J., Jaarsma, D., Helmich, E., & Strazzacappa, M. (2020). Medical education empowered by theater (MEET). *Academic Medicine*, *95*(8), 1191–1200. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003271

de la Croix, A., Barrett, A., & Stenfors, T. (2018). How to…do research interviews in different ways. *Clinical Teacher*, *15*(6), 451–456. https://doi.org/10.1111/TCT.12953/FORMAT/PDF

Dellenborg, L., Wikström, E., & Andersson Erichsen, A. (2019). Factors that may promote the learning of person-centred care: an ethnographic study of an implementation programme for healthcare professionals in a medical emergency ward in Sweden. *Advances in Health Sciences Education*, *24*(2), 353–381. https://doi.org/10.1007/s10459-018-09869-y

Dennhardt, S., Apramian, T., Lingard, L., Torabi, N., & Arntfield, S. (2016). Rethinking research in the medical humanities: A scoping review and narrative synthesis of quantitative outcome studies. *Medical Education*, *50*(3), 285–299. https://doi.org/10.1111/medu.12812

Diamond, L. C., & Jacobs, E. A. (2010). Let's not contribute to disparities: the best methods for teaching clinicians how to overcome language barriers to health care. *Journal of General Internal Medicine*, *25 Suppl 2*, 189–193. https://doi.org/10.1007/s11606-009-1201-8

Diamond, L. C., Tuot, D. S., & Karliner, L. S. (2012). The use of spanish language skills by physicians and nurses: Policy implications for teaching and testing. *Journal of General Internal Medicine*, *27*(1), 117–123. https://doi.org/10.1007/s11606-011-1779-5

Dick, M. L., Henderson, M., Wei, Y., King, D., Anderson, K., & Thistlethwaite, J. (2019). A systematic review of the approaches to multi-level learning in the general practice context, using a realist synthesis approach: BEME Guide No. 55. *Medical Teacher*, *41*(8), 862–876. https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1595554

Dornan, T., & Kelly, M. (2017). What use is qualitative research? *Medical Education*, *51*(1), 7–9. https://doi.org/10.1111/medu.13229

Dorner, H., Misic, G., & Rymarenko, M. (2021). Online mentoring for academic practice: strategies, implications, and innovations. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1483*(1), 98–111. https://doi.org/10.1111/nyas.14301

Drennan, V. M., & Ross, F. (2019). Global nurse shortages - The facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*, *130*(1), 25–37. https://doi.org/10.1093/bmb/ldz014

Drolet, M., Savard, J., Benoît, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J., Lauzon, S., & Dubouloz, C. J. (2014). Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: Challenges for bilingual professionals. *Qualitative Health Research*, *24*(3), 295–305. https://doi.org/10.1177/1049732314523503

Droz, M., Senn, N., & Cohidon, C. (2019). Communication, continuity and coordination of care are the most important patients' values for family medicine in a fee-for-services health system. *BMC Family Practice*, *20*(19). https://doi.org/10.1186/s12875-018-0895-2

Eady, K., & Moreau, K. A. (2024). A Medical Education Research Library: key research topics and associated experts. *Medical Education Online*, *29*(1). https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2302233

Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, *44*(2), 350–383. https://doi.org/10.2307/2666999

Edmondson, A. C., Higgins, M., Singer, S., & Weiner, J. (2016). Understanding Psychological Safety in Health Care and Education Organizations: A Comparative Perspective. *Research in Human Development*, *13*(1), 65–83. https://doi.org/10.1080/15427609.2016.1141280

Edmunds, S., & Brown, G. (2010). Effective small group learning: AMEE Guide No. 48. *Medical Teacher*, *32*(9), 715–726. https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.505454

Eide, T. B., Straand, J., & Braend, A. M. (2021). Good communication was valued as more important than accessibility according to 707 Nordic primary care patients: a report from the QUALICOPC

study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *39*(3). https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1928837

Eisenberg, A., Rosenthal, S., & Schlussel, Y. R. (2015). Medicine as a performing art: What we can learn about empathic communication from theater arts. *Academic Medicine*, *90*(3), 272–276. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000626

Ellahham, S. (2021). Communication in Health Care: Impact of Language and Accent on Health Care Safety, Quality, and Patient Experience. *American Journal of Medical Quality*, *36*(5), 355–364. https://doi.org/10.1097/01.JMQ.0000735476.37189.90

Ellis, C. (2007). Telling Secrets, Revealing Lives Relational Ethics in Research With Intimate Others. *Qualitative Inquiry*, *13*(1), 3–29. https://doi.org/10.1177/1077800406294947

Engeström, Y. (2015). *Learning by Expanding: An Activity-Theoretical Approach to Developmental Research* (2. painos). Cambridge University Press.

Engeström, Y. (2018). *Expertise in Transition - Expansive Learning in Medical Work*. Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781139023009

Engeström, Y., & Pyörälä, E. (2021). Using activity theory to transform medical work and learning. *Medical Teacher*, *43*(1), 7–13. https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1795105

Engeström, Y., & Virkkunen, J. (2023). Kulttuurihistoriallisen toiminnan teorian tarjoamat haasteet ja mahdollisuudet Suomen kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. *Kasvatus*, *54*(3), 191–205.

Engman, M. (2016). *Språkfrågan. Finlandssvenskhetens uppkomst 1812 - 1922*. Svenska litteratursällskapet i Finland; Bokförlaget Atlantis.

Erlich, M. (2020). Life coaching for doctors. *Canadian Journal of Ophthalmology*, *55*(3), 4–6. https://doi.org/10.1016/j.jcjo.2020.04.016

Errasti-Ibarrondo, B., Jordán, J. A., Díez-Del-Corral, M. P., & Arantzamendi, M. (2018). Conducting phenomenological research: Rationalizing the methods and rigour of the phenomenology of practice. *Journal of Advanced Nursing*, *74*(7), 1723–1734. https://doi.org/10.1111/jan.13569

Eskola, J. (2018). Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat: laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Kirjassa R. Valli (Toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2* (5. painos). PS-kustannus.

Eskola, J., & Suoranta, J. (1998a). Aineiston hankinta; Haastattelu ja ryhmähaastattelu. Kirjassa *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.

Eskola, J., & Suoranta, J. (1998b). Laadullisen tutkimuksen jäljillä; Tutkittavien näkökulma. Kirjassa *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.

Eskola, J., & Suoranta, J. (1998c). Suunnitelmista sitoumuksiin; Aineiston kattavuus. Kirjassa *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.

Eskola, J., & Suoranta, J. (1998d). Suunnitelmista sitoumuksiin; Teoria ja laadullinen tutkimus. Kirjassa *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.

Eskola, J., & Suoranta, J. (1998e). Suunnitelmista sitoumuksiin; Triangulaatio. Kirjassa *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Vastapaino.

Ethnologue: Languages of the World . Luettu 16.1.2025, https://www.ethnologue.com/

European Charter for Regional or Minority Languages. (2025). https://www.coe.int/en/web/european-charter-regional-or-minority-languages/reports-and-recommendations#%7B%2228993157%22:[24]%7D

European Commission. (2023). *Monikielisyyspolitiikka [Multilingualism policy]*. https://education.ec.europa.eu/fi/focus-topics/improving-quality/multilingualism/about-multilingualism-policy

European Commission. (2024). *Kielellinen monimuotoisuus [Linguistic diversity]*. https://education.ec.europa.eu/fi/focus-topics/improving-quality/multilingualism/linguistic-diversity

Faktatietoja Euroopan unionista. (2025). https://www.europarl.europa.eu/factsheets/fi/sheet/142/kielipolitiikka

Farzadnia, S., & Giles, H. (2015). Patient-Provider Health Interactions: A Communication Accommodation Theory Perspective. *International Journal of Society, Culture and Language*, *3*, 17–34. https://www.researchgate.net/publication/283148020

Ferguson, W. J., & Candib, L. M. (2002). Culture , Language , and the Doctor-Patient Relationship. *Family Medicine*, *34*(5).

Forsey, J., Ng, S., Rowland, P., Freeman, R., Li, C., & Woods, N. N. (2021). The Basic Science of Patient-Physician Communication: A Critical Scoping Review. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, *96*(11S), S109–S118. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004323

Gao, L., Peranson, J., Nyhof-Young, J., Kapoor, E., & Rezmovitz, J. (2019). The role of "improv" in health professional learning: A scoping review. *Medical Teacher*, *41*(5), 561–568. https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1505033

Gauthier, A. P., Timony, P. E., & Wenghofer, E. F. (2012). Examining the geographic distribution of French-speaking physicians in Ontario. *Canadian Family Physician*, *58*(12), 717–724.

George, R. E., & Lowe, W. A. (2019). Well-being and uncertainty in health care practice. *Clinical Teacher*, *16*(4), 298–305. https://doi.org/10.1111/tct.13051

Gibbs, T., Durning, S., & Van Der Vleuten, C. (2011). Theories in medical education: Towards creating a union between educational practice and research traditions. *Medical Teacher*, *33*(3), 183–187. https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.551680

Gifford, H., & Varatharaj, A. (2010). The ELEPHANT criteria in medical education: Can medical education be fun. *Medical Teacher*, *32*(3), 195–197. https://doi.org/10.3109/01421591003614866

Gin, B. C., Tsoi, S., Sheu, L., & Hauer, K. E. (2021). How supervisor trust affects early residents' learning and patient care: A qualitative study. *Perspectives on Medical Education*. https://doi.org/10.1007/s40037-021-00674-9

Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, *16*(1), 15–31. https://doi.org/10.1177/1094428112452151

Granhagen Jungner, J., Tiselius, E., & Pergert, P. (2021). Reasons for not using interpreters to secure patient-safe communication – A national cross-sectional study in paediatric oncology. *Patient Education and Counseling*, *104*(8), 1985–1992. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.01.017

Grant, J. (2019). Principles of Curriculum Design. Kirjassa T. Swanwick, K. Forrest, & B. C. O'Brien (Toim.), *Understanding Medical Education* (3. painos, s. 71–88). Wiley Blackwell.

Gréaux, M., Gibson, J. L., & Katsos, N. (2024). `It's not just linguistically, there's much more going on': The experiences and practices of bilingual paediatric speech and language therapists in the UK. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 1–19. https://doi.org/10.1111/1460-6984.13027

Greenhalgh, T., Annandale, E., Ashcroft, R., Barlow, J., Black, N., Bleakley, A., Boaden, R., Braithwaite, J., Britten, N., Carnevale, F., Checkland, K., Cheek, J., Clark, A., Cohn, S., Coulehan, J., Crabtree, B., Cummins, S., Davidoff, F., Davies, H., … Ziebland, S. (2016). An open letter to the BMJ editors on qualitative research. *BMJ (Online)*, *352*(i563). https://doi.org/10.1136/bmj.i563

Grierson, L., & Vanstone, M. (2021). The rich potential for education research in family medicine and general practice. *Advances in Health Sciences Education*, *26*(2), 753–763. https://doi.org/10.1007/s10459-020-09994-7

Grosjean, F. (2010). *Bilingual: Life and Reality*. Harvard University Press. https://doi.org/10.4159/9780674056459

Guo, T., Chowdhury, M., Rasouli, R., & Patel, M. (2023). Exploring the effectiveness of a cascading mentorship model in developing CanMEDS competencies in postgraduate medical education: a qualitative interview study among resident mentors at a medical school in Canada. *BMJ Open*, *13*(1). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061338

Hadden, K., Coleman, C., & Scott, A. (2018). The Bilingual Physician: Seamless Switching From Medicalese to Plain Language. *Journal of Graduate Medical Education*, *10*(2), 130–133. https://doi.org/10.4300/JGME-D-17-00473.1

Hakala, J. T. (2018). Toimivan tutkimusmenetelmän löytäminen. Kirjassa R. Valli (Toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1* (5. painos). PS-kustannus.

Halabi, I. O., Scholtes, B., Voz, B., Gillain, N., Durieux, N., Odero, A., Baumann, M., Ziegler, O., Gagnayre, R., Guillaume, M., Bragard, I., & Pétré, B. (2020). "Patient participation" and related concepts: A scoping review on their dimensional composition. *Patient Education and Counseling*, *103*(1), 5–14. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.001

Halava, H., & Halila, H. (2024). *Kasvokkain kohtaamiset ovat tärkeä osalääkärikoulutusta*. *140*, 1669–1671. https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo18457.pdf

Hammer, R. R., Rian, J. D., Gregory, J. K., Bostwick, J. M., Birk, C. B., Chalfant, L., Scanlon, P. D., & Hall-Flavin, D. K. (2011). Telling the Patient's Story: Using theatre training to improve case presentation skills. *Medical Humanities*, *37*(1), 18–22. https://doi.org/10.1136/jmh.2010.006429

Hanson, J. L., Balmer, D. F., & Giardino, A. P. (2011). Qualitative Research Methods for Medical Educators. *Academic Pediatrics*, *11*(5), 375–386.

Harmsen, H., Bernsen, R., Bruijnzeels, M., & Meeuwesen, L. (2008). Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? *Patient Education and Counseling*, *72*, 155–162. https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.018

Harmsen, H., Bernsen, R., Meeuwesen, L., Thomas, S., Dorrenboom, G., Pinto, D., & Bruijnzeels, M. (2005). The effect of educational intervention on intercultural communication: Results of a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, *55*(514), 343–350.

Harris, M., Lau-Bogaardt, T., Shifaza, F., & Attrill, S. (2024). The experiences of culturally and linguistically diverse health practitioners in dominant culture practice: a scoping review. *Advances in Health Sciences Education*. https://doi.org/10.1007/s10459-024-10359-7

Harvey Bluemel, A., Burton, O. E., Burford, B., Ellis, J., Finn, G., Bala, L., Byrne, M. H. V., Vance, G., & Alao, A. (2024). Barriers and facilitators to establishing a clinical academic career in clinical education research in the UK: A focus group study. *Medical Teacher*, *46*(10). https://doi.org/10.1080/0142159X.2024.2308783

Hee, J. M., Yap, H. W., Ong, Z. X., Quek, S. Q. M., Toh, Y. P., Mason, S., & Krishna, L. K. R. (2019). Understanding the Mentoring Environment Through Thematic Analysis of the Learning Environment in Medical Education: a Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, *34*(10), 2190–2199. https://doi.org/10.1007/s11606-019-05000-y

Heikkilä, R. (2011). *Bättre folk, bättre smak? Suomenruotsalaisten maku ja kulttuuripääoma* [Helsingin yliopisto]. https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/95d5ab4d-c7ba-4a61-a004-8ecceb4c0a8d/content

Heikkinen, H. L. T. (2018). Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Kirjassa R. Valli (Toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1* (5. painos). PS-kustannus.

Helin-Salmivaara, A., Laine, M. K., Eriksson, T., Karjalainen, M., Mäkinen, S., Riekki, M., Timonen, M., Toivonen, M., Tusa, N., Veromaa, V., & Peura, A. (2021). Erikoislääkärikouluttajien valmennuksen ABC - yleislääketieteen malli. *Duodecim*, *137*, 977–984. https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16206.pdf

Helmich, E., Yeh, H. M., Kalet, A., & Al-Eraky, M. (2017). Becoming a Doctor in Different Cultures: Toward a Cross-Cultural Approach to Supporting Professional Identity Formation in Medicine. *Academic Medicine*, *92*(1), 58–62. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001432

Heponiemi, T., Kouvonen, A., Aalto, A. M., & Elovainio, M. (2013). Psychosocial factors in GP work: The effects of taking a GP position or leaving GP work. *European Journal of Public Health*, *23*(3), 361–366. https://doi.org/10.1093/eurpub/cks112

Heponiemi, T., Manderbacka, K., Vänskä, J., & Elovainio, M. (2013). Can organizational justice help the retention of general practitioners? *Health Policy*, *110*(1), 22–28. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.02.001

Heslop, C., Burns, S., & Lobo, R. (2018). Managing qualitative research as insider-research in small rural communities. *Rural and Remote Health*, *18*(3). https://doi.org/10.22605/RRH4576

Hilden, R., Ylinen, S., & Huotilainen, M. (2022). Kielididaktiikan, kognitiivisen psykologian ja aivotutkimuksen yhteyksiä etsimässä. *Kasvatus*, *53*(3), 273. https://doi.org/https://doi.org/10.33348/kvt.120237

Hindi, A. M. K., Willis, S. C., & Schafheutle, E. I. (2022). Using communities of practice as a lens for exploring experiential pharmacy learning in general practice: Are communities of practice the way forward in changing the training culture in pharmacy? *BMC Medical Education*, *22*(12). https://doi.org/10.1186/s12909-021-03079-8

Hobson, W. L., Hoffmann-Longtin, K., Loue, S., Love, L. M., Liu, H. Y., Power, C. M., & Pollart, S. M. (2019). Active Learning on Center Stage: Theater as a Tool for Medical Education. *MedEdPORTAL*, *15*(10801). https://doi.org/10.15766/mep_2374

Hoffmann-Longtin, K., Rossing, J. P., & Weinstein, E. (2018). Twelve tips for using applied improvisation in medical education. *Medical Teacher*, *40*(4), 351–356. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1387239

Hopkins, R. M., Regehr, G., & Pratt, D. D. (2017). A framework for negotiating positionality in phenomenological research. *Medical Teacher*, *39*(1), 20–25. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1245854

Hsieh, E. (2017). Conceptualizing bilingual health communication: A theory-based approach to interpreter-mediated medical encounters. Kirjassa E. A. Jacobs & L. C. Diamond (Toim.), *Providing Health Care in the Context of Language Barriers: International Perspectives* (1. painos, s. 35–55). Multilingual Matters. https://doi.org/10.21832/JACOBS7760

Hu, C. Y., Nisbet, G., & Chang, Y. C. (2022). Responding to change in a medical student rural community service: Insights from activity theory. *Medical Education*, *56*(11), 1086–1095. https://doi.org/10.1111/medu.14869

Huhtinen, A.-M., & Tuominen, J. (2020). Laadullisen tutkimuksen lähestymistavat: Fenomenologia. Ihmisten kokemukset tutkimuksen kohteena. Kirjassa A. Puusa & P. Juuti (Toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus Oy.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa - Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. (2019). https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot

Im, D., & Aaronson, E. (2020). Best Practices in Patient Safety and Communication. *Emergency Medicine Clinics of North America*, *38*(3), 693–703. https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.04.007

Irvine, F. E., Roberts, G. W., Jones, P., Spencer, L. H., Baker, C. R., & Williams, C. (2006). Communicative sensitivity in the bilingual healthcare setting: A qualitative study of language awareness. *Journal of Advanced Nursing*, *53*(4), 422–434. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03733.x

Jarvis-Selinger, S., Pratt, D. D., & Regehr, G. (2012). Competency is not enough: Integrating identity formation into the medical education discourse. *Academic Medicine*, *87*(9), 1185–1190. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182604968

Johnson, C. E., Keating, J. L., & Molloy, E. K. (2020). Psychological safety in feedback: What does it look like and how can educators work with learners to foster it? *Medical Education*, *54*(6), 559–570. https://doi.org/10.1111/medu.14154

Johnston, J., & Dornan, T. (2015). Activity theory: Mediating research in medical education. Kirjassa J. Cleland & S. J. Durning (Toim.), *Researching Medical Education* (1. painos, s. 93–103). WILEY Blackwell. https://doi.org/10.1002/9781118838983.ch9

Johnston, K. (2010). Grafting Orchids and Ugly: Theatre, Disability and Arts-Based Health Research. *Journal of Medical Humanities*, *31*(4), 279–294. https://doi.org/10.1007/s10912-010-9119-z

Jones, K., & Reis, S. (2010). Learning through vulnerability: A mentor-mentee experience. *Annals of Family Medicine*, *8*(6), 552–555. https://doi.org/10.1370/afm.1165

Josefsson, K. A., Avby, G., Bäck, M. A., & Kjellström, S. (2018). Workers' experiences of healthy work environment indicators at well-functioning primary care units in Sweden: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *36*(4), 406–414. https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1523987

Juuti, P., & Puusa, A. (2020). Laadullisen tutkimuksen lähestymistavat: Toimintatutkimus. Sekä toimintaa että tutkimusta. Kirjassa A. Puusa & P. Juuti (Toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus.

Kagawa-Singer, M., & Kassim-Lakha, S. (2003). A Strategy to Reduce Cross-cultural Miscommunication and Increase the Likelihood of Improving Health Outcomes. *Academic Medicine*, *78*(6), 577–587.

Kahlke, R. (2017). The qualitative quality conversation. *Medical Education*, *51*(1), 3–10. https://doi.org/10.1111/medu.13224

Kajamaa, A., de la Croix, A., & Mattick, K. (2019). How to … use qualitative research to change practice. *Clinical Teacher*, *16*(5), 437–441. https://doi.org/10.1111/tct.13085

Kale, E., & Syed, H. R. (2010). Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. *Patient Education and Counseling*, *81*(2), 187–191. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.05.002

Karliner, L. S. (2017). Three critical steps to enhance delivery of language services in health care. Kirjassa E. A. Jacobs & L. C. Diamond (Toim.), *Providing Health Care in the Context of Language Barriers: International Perspectives* (1. painos, s. 20–34). Multilingual Matters. https://doi.org/10.21832/JACOBS7760

Kautto, M., Koskela, T., Kulmala, P., Tuovinen, T., & Reponen, J. (2024). Digi- ja etälääketieteen osaaminen– tietoa, taitoa ja soveltavaa osaamista. *Duodecim*, *140*(23), 1984–1989.

Kennedy, T. J. T., & Lingard, L. A. (2006). Making sense of grounded theory in medical education. *Medical Education*, *40*, 101–108. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02378.x

Keune, J. D., Brunsvold, M. E., Hohmann, E., Korndorffer, J. R., Weinstein, D. F., & Smink, D. S. (2013). The ethics of conducting graduate medical education research on residents. *Academic Medicine*, *88*(4), 449–453. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182854bef

Kielilaki 423/2003. (2003). https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030423

Kielitaitolaki: Laki julkisyhteisöjen henkilöstöltä vaadittavasta kielitaidosta 424/2003. (2003). Oikeusministeriö, Suomi. https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030424

Kiger, M. E., & Varpio, L. (2020). Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Medical Teacher*, *42*(8), 846–854. https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1755030

Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J., & Jolly, B. (2007). AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher*, *29*(1), 2–19. https://doi.org/10.1080/01421590701210907

Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., & Damschroder, L. (2016). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, *11*(72). https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z

Kitchen, M. (2012). Facilitating small groups: How to encourage student learning. *Clinical Teacher*, *9*(1), 3–8. https://doi.org/10.1111/j.1743-498X.2011.00493.x

Kohn, M. (2011). Performing medicine: The role of theatre in medical education. *Medical Humanities*, *37*(1), 3–4. https://doi.org/10.1136/jmh.2011.007690

Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. part 2: Context, research questions and designs. *European Journal of General Practice*, *23*(1), 274–279. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090

Korstjens, I., & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, *24*(1), 120–124. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092

Kremin, L. V., & Byers-Heinlein, K. (2021). Why not both? Rethinking categorical and continuous approaches to bilingualism. *International Journal of Bilingualism*, *25*(6), 1560–1575. https://doi.org/10.1177/13670069211031986

Krishna, L. K. R., Pisupati, A., Ong, Y. T., Teo, K. J. H., Teo, M. Y. K., Venktaramana, V., Quek, C. W. N., Chua, K. Z. Y., Raveendran, V., Singh, H., Wong, S. L. C. H., Ng, V. W. W., Loh, E. K. Y., Yeoh, T. T., Owyong, J. L. J., Chiam, M., Ong, E. K., Phua, G. L. G., Hill, R., … Ong, S. Y. K. (2023). Assessing the effects of a mentoring program on professional identity formation. *BMC Medical Education*, *23*(799). https://doi.org/10.1186/s12909-023-04748-6

Krystallidou, D., Langewitz, W., & van den Muijsenbergh, M. (2021). Multilingual healthcare communication: Stumbling blocks, solutions, recommendations. *Patient Education and Counseling*, *104*, 512–516. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.015

Kua, J., Teo, W., & Lim, W. S. (2022). Learning experiences of adaptive experts: a reflexive thematic analysis. *Advances in Health Sciences Education*, *27*(5), 1345–1359. https://doi.org/10.1007/s10459-022-10166-y

Kuikka, L., Nevalainen, M. K., Sjöberg, L., Salokekkilä, P., Karppinen, H., Torppa, M., Liira, H., Eriksson, J., & Pitkälä, K. H. (2012). The perceptions of a GP's work among fifth-year medical students in Helsinki, Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *30*(2), 121–126. https://doi.org/10.3109/02813432.2012.654194

Kulmala, P., Eriksson, T., Ylönen, M., & Antikainen, T. (2024). Lääketieteen koulutuksen tutkimus – näyttöön perustuva koulutus on lääkärin osaamisen ja terveydenhuollon vaikuttavuuden kulmakivi. *Duodecim*, *140*(23), 1990–1998.

Kumagai, A. K. (2012). Perspective: Acts of interpretation: A philosophical approach to using creative arts in medical education. *Academic Medicine*, *87*(8), 1138–1144. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31825d0fd7

Kumagai, A. K. (2014). From competencies to human interests: Ways of knowing and understanding in medical education. *Academic Medicine*, *89*(7), 978–983. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000234

Kumagai, A. K. (2022). Discomfort, Doubt, and the Edge of Learning. *Academic Medicine*, *97*(5), 649–654. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004588

Kumagai, A. K., & Lypson, M. L. (2009). Beyond Cultural Competence: Critical Consciousness, Social Justice, and Multicultural Education. *Academic Medicine*, *84*(6), 782–787.

Kumagai, A. K., & Wear, D. (2014). 'Making strange': A role for the humanities in medical education. *Academic Medicine*, *89*(7), 973–977. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000269

Kumagai, A. K., White, C. B., Ross, P. T., Purkiss, J. A., O'Neal, C. M., & Steiger, J. A. (2007). Use of interactive theater for faculty development in multicultural medical education. *Medical Teacher*, *29*(4), 335–340. https://doi.org/10.1080/01421590701378662

Kuusio, H., Heponiemi, T., Sinervo, T., & Elovainio, M. (2010). Organizational commitment among general practitioners: A cross-sectional study of the role of psychosocial factors. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *28*(2), 108–114. https://doi.org/10.3109/02813431003779647

Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, *20*(158). https://doi.org/10.1186/s12912-021-00684-2

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K., & Lähdevirta, J. (2003). Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim*, *119*(7), 609–615.

Lääkäriliitto. (2019). *Terveyskeskusten lääkäritilanne 2019*. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/x_terveyskeskusten_laakaritilanne_2019_final.pdf

Laine, T. (2018). Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Kirjassa R. Valli (Toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2* (5. painos). PS-kustannus.

Laki hyvinvointialueesta 611/2021. (2021). https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210611

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. (2021). https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210612#Pidm46111192123792

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. (1994). https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3P18a

Landmark, A. M. D., Svennevig, J., Gerwing, J., & Gulbrandsen, P. (2017). Patient involvement and language barriers: Problems of agreement or understanding? *Patient Education and Counseling*, *100*(6), 1092–1102. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.006

Landry-Wegener, B. A., Kaniecki, T., Gips, J., Lebo, R., & Levine, R. B. (2023). Drama Training as a Tool to Teach Medical Trainees Communication Skills: A Scoping Review. *Academic Medicine*, *98*(7), 851–860. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005121

Langberg, E. M., Dyhr, L., & Davidsen, A. S. (2019). Development of the concept of patient-centredness – A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *102*(7), 1228–1236. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.023

Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 102–120. https://doi.org/10.1191/1478088706qp062oa

Larsen, D. P., Nimmon, L., & Varpio, L. (2019). Cultural Historical Activity Theory: The Role of Tools and Tensions in Medical Education. *Academic Medicine*, *94*(8), 1255. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002736

Larsen, D. P., Wesevich, A., Lichtenfeld, J., Artino, A. R., Brydges, R., & Varpio, L. (2017). Tying knots: an activity theory analysis of student learning goals in clinical education. *Medical Education*, *51*(7), 687–698. https://doi.org/10.1111/medu.13295

Launer, J. (2019). Supervision, Mentoring, and Coaching. Kirjassa T. Swanwick, K. Forrest, & B. C. O'Brien (Toim.), *Understanding Medical Education. Evidence, Theory, and Practice.* (3. painos, s. 179–190). Wiley Blackwell.

Lave, J., & Wenger, E. (1991). *Situated learning - Legitimate periferal participation*.

Le Floch, B., Bastiaens, H., Le Reste, J. Y., Lingner, H., Hoffman, R., Czachowski, S., Assenova, R., Koskela, T. H., Klemenc-Ketis, Z., Nabbe, P., Sowinska, A., Montier, T., & Peremans, L. (2019). Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. *BMC Family Practice*, *20*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12875-019-0985-9

Lemmetty, S., & Collin, K. (Eds.). (2022). *Jatkuva oppiminen ja aikuispedagogiikka työssä*. SoPhi 150. http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-9443-3

Leung, J., Som, A., McMorrow, L., Zickuhr, L., Wolbers, J., Bain, K., Flood, J., & Baker, E. A. (2023). Rethinking the Difficult Patient: Formative Qualitative Study Using Participatory Theater to Improve Physician-Patient Communication in Rheumatology. *JMIR Formative Research*, *7*(e40573). https://doi.org/10.2196/40573

Li, L. C., Grimshaw, J. M., Nielsen, C., Judd, M., Coyte, P. C., & Graham, I. D. (2009). Evolution of Wenger's concept of community of practice. *Implementation Science*, *4*(11). https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-11

Li, S., Miles, K., George, R. E., Ertubey, C., Pype, P., & Liu, J. (2023). A critical review of cultural competence frameworks and models in medical and health professional education: A meta-ethnographic synthesis: BEME Guide No. 79. *Medical Teacher*, *45*(10), 1085–1107. https://doi.org/10.1080/0142159X.2023.2174419

Li, S., Pearson, D., & Escott, S. (2010). Language barriers within primary care consultations: An increasing challenge needing new solutions. *Education for Primary Care*, *21*(6), 385–391. https://doi.org/10.1080/14739879.2010.11493944

Li, S. T. T., Klein, M. D., Balmer, D. F., & Gusic, M. E. (2020). Scholarly Evaluation of Curricula and Educational Programs: Using a Systematic Approach to Produce Publishable Scholarship. *Academic Pediatrics*, *20*(8), 1083–1093. https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.07.005

Liao, D., Yan, J., & Wilson, S. R. (2023). How Does Physician (Non)accommodation Affect Patient Behavioral Intention? Using a Web-Based Experiment to Examine Indirect Effects of Language Type on Behavioral Intention Through Goal Inferences and Source Appraisals. *Journal of Health Communication*, *28*(9), 585–594. https://doi.org/10.1080/10810730.2023.2237435

Lillevang, G., Henriksen, M., Brodersen, J., Lewandowska, K., & Kjær, N. K. (2019). Why do Danish junior doctors choose general practice as their future specialty? Results of a mixed-methods survey. *European Journal of General Practice*, *25*(3), 149–156. https://doi.org/10.1080/13814788.2019.1639668

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.

Lindell, M. (2021). Kielibarometri 2020 (Language Barometer 2020). Julkaisussa *Publications of the Ministry of Justice, Reports and guidelines (Abstract in English)* (Vol. 2). https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162837/OM_2021_2_SO.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Lo, M.-C. M., & Stacey, C. L. (2008). Beyond cultural competency: Bourdieu, patients and clinical encounters. *Sociology of Health and Illness*, *30*(5), 741–755. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01091.x

Loder, E., Groves, T., Schroter, S., Merino, J. G., & Weber, W. (2016). Qualitative research and the BMJ. *BMJ (Online)*, *352*(i641). https://doi.org/10.1136/bmj.i641

Lovell, B. (2018). What do we know about coaching in medical education? A literature review. *Medical Education*, *52*(4), 376–390. https://doi.org/10.1111/medu.13482

Lovell, B. (2019). Bringing meaning to coaching in medical education. *Medical Education*, *53*(5), 426–427. https://doi.org/10.1111/medu.13833

Lyon, A., Tan, L., Abbott, P., Hu, W., & Reath, J. (2019). Linguistically diverse general practice teaching. *Clinical Teacher*, *16*(5), 468–473. https://doi.org/10.1111/tct.12951

Maggio, L. A., Artino, A. R., Picho, K., & Driessen, E. W. (2018). Are You Sure You Want to Do That? Fostering the responsible conduct of medical education research. *Academic Medicine*, *93*(4), 544–549. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001805

Malterud, K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scandinavian Journal of Public Health*, *44*(2), 120–129. https://doi.org/10.1177/1403494815621181

Malterud, K. (2022). Developing and promoting qualitative methods in general practice research: Lessons learnt and strategies convened. *Scandinavian Journal of Public Health*, *50*(7), 1024–1033. https://doi.org/10.1177/14034948221093558

Malterud, K., Hamberg, K., & Reventlow, S. (2017). Qualitative methods in PhD theses from general practice in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *35*(4), 309–312. https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1397257

Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, *26*(13), 1753–1760. https://doi.org/10.1177/1049732315617444

Mann, K., & MacLeod, A. (2015). Constructivism: learning theories and approaches to research. Kirjassa J. Cleland & S. J. Durning (Toim.), *Researching Medical Education* (s. 51–65). John Wiley & Sons, Ltd.

Mäntyranta, T., & Kaila, M. (2008). Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. *Duodecim*, *124*, 1507–1513. http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf

McClintock, A. H., & Fainstad, T. (2022). Growth, Engagement, and Belonging in the Clinical Learning Environment: the Role of Psychological Safety and the Work Ahead. *Journal of General Internal Medicine*, *37*(9), 2291–2296. https://doi.org/10.1007/s11606-022-07493-6

McConville, K. (2023). Professional identity formation in becoming a GP trainer: barriers and enablers. *Education for Primary Care*, *34*(1), 16–25. https://doi.org/10.1080/14739879.2022.2161072

McCrorie, P. (2019). Learning in Small Groups. Kirjassa T. Swanwick, K. Forrest, & B. C. O'Brien (Toim.), *Understanding Medical Education. Evidence, Theory, and Practice* (3. painos, s. 123–137). Wiley Blackwell.

McElroy, C., Skegg, E., Mudgway, M., Murray, N., Holmes, L., Weller, J., & Hamill, J. (2024). Psychological Safety and Hierarchy in Operating Room Debriefing: Reflexive Thematic Analysis. *Journal of Surgical Research*, *295*, 567–573. https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.11.054

McGaghie, W. C. (2009). Scholarship, publication, and career advancement in health professions education: AMEE Guide No. 43. *Medical Teacher*, *31*(7), 574–590. https://doi.org/10.1080/01421590903050366

McGrath, C., Liljedahl, M., & Palmgren, P. J. (2020). You say it, we say it, but how do we use it? Communities of practice: A critical analysis. *Medical Education*, *54*(3), 188–195. https://doi.org/10.1111/medu.14021

McGrath, C., Palmgren, P. J., & Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical Teacher*, *41*(9), 1002–1006. https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497149

Meghani, S. H., & Rajput, V. (2011). Perspective: The need for practice socialization of international medical graduates-an exemplar from pain medicine. *Academic Medicine*, *86*(5), 571–574. https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318212e08b

Mertens, F., de Groot, E., Meijer, L., Wens, J., Gemma Cherry, M., Deveugele, M., Damoiseaux, R., Stes, A., & Pype, P. (2018). Workplace learning through collaboration in primary healthcare: A BEME realist review of what works, for whom and in what circumstances: BEME Guide No. 46. *Medical Teacher*, *40*(2), 117–134. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1390216

Metsämuuronen, J. (2006). Laadullisen tutkimuksen perusteet; Laadullisen tutkimuksen tiedonhankinnan strategioita. Kirjassa J. Metsämuuronen (Toim.), *Laadullisen tutkimuksen käsikirja* (1. painos). Gummerus Kirjapaino Oy.

Meuter, R. F. I., Gallois, C., Segalowitz, N. S., Ryder, A. G., & Hocking, J. (2015). Overcoming language barriers in healthcare: A protocol for investigating safe and effective communication when patients or clinicians use a second language. *BMC Health Services Research*, *15*(371). https://doi.org/10.1186/s12913-015-1024-8

Meyer, J. (2000). Qualitative research in health care. Using qualitative methods in health related action research. *BMJ*, *320*(7228), 178–181.

Michels, N. R. M., Maagaard, R., Švab, I., & Scherpbier, N. (2021). Teaching and Learning Core Values in General Practice/Family Medicine: A Narrative Review. *Frontiers in Medicine*, *8*(647223). https://doi.org/10.3389/fmed.2021.647223

Moniz, T., Golafshani, M., Gaspar, C. M., Adams, N. E., Haidet, P., Sukhera, J., Volpe, R. L., de Boer, C., & Lingard, L. (2021). The prism model: advancing a theory of practice for arts and humanities in medical education. *Perspectives on Medical Education*, *10*(4), 207–214. https://doi.org/10.1007/s40037-021-00661-0

Moniz, T., Golafshani, M., Gaspar, C. M., Adams, N. E., Haidet, P., Sukhera, J., Volpe, R. L., De Boer, C., & Lingard, L. (2021). How Are the Arts and Humanities Used in Medical Education? Results of a Scoping Review. *Academic Medicine*, *96*(8), 1213–1222. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004118

Montgomery, A., Doulougeri, K., & Panagopoulou, E. (2015). Implementing action research in hospital settings: a systematic review. *Journal of Health Organization and Management*, *29*(6), 729–749. https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2013-0203

Morris, C., Reid, A.-M., Ledger, A., & Teodorczuk, A. (2021). Expansive learning in medical education: Putting Change Laboratory to work. *Medical Teacher*, *43*(1), 38–43. https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1796948

Moser, A., & Korstjens, I. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. part 1: Introduction. *European Journal of General Practice*, *23*(1), 271–273. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375093

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, *24*(1), 9–18. https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091

Mount, G. R., Kahlke, R., Melton, J., & Varpio, L. (2022). A Critical Review of Professional Identity Formation Interventions in Medical Education. *Academic Medicine*, *97*(11), S96–S106. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004904

Mukhalalati, B. A., & Taylor, A. (2019). Adult Learning Theories in Context: A Quick Guide for Healthcare Professional Educators. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, *6*. https://doi.org/10.1177/2382120519840332

Mukhalalati, B., Elshami, S., Eljaam, M., Hussain, F. N., & Bishawi, A. H. (2022). Applications of social theories of learning in health professions education programs: A scoping review. *Frontiers in Medicine*, *9*(912751).

Mustajoki, M. (2020). *Language matters: a study about language communication with bilingual Swedish speakers in Finnish healthcare* [University of Helsinki]. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/318303/Language.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mustajoki, M., Forsén, T., & Kauppila, T. (2015). The Association between Patient-Reported Pain and Doctors' Language Proficiency in Clinical Practice. *Pain Resarch and Treatment*, *September*. https://doi.org/10.1155/2015/263904

Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2023). A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, *22*. https://doi.org/10.1177/16094069231205789

Neel, N., Maury, J. M., Heskett, K. M., Iglewicz, A., & Lander, L. (2021). The impact of a medical improv curriculum on wellbeing and professional development among pre-clinical medical students. *Medical Education Online*, *26*(1). https://doi.org/10.1080/10872981.2021.1961565

Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, *8*(2), 90–97. https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2

Ng, S. L., Baker, L., Cristancho, S., Kennedy, T. J., & Lingard, L. (2019). Qualitative research in medical education: Methodologies and Methods. Kirjassa T. Swanwick, K. Forrest, & B. C. O'Brien (Toim.), *Understanding Medical Education* (3. painos, s. 427–441). Wiley Blacwell.

Niemi-Murola, L. (2017). Luotettavasti osoitettu pätevyys (EPA) uudistaa erikoislääkärikoulutuksen käytäntöä. *Duodecim*, *133*, 77–83.

Niemi-Murola, L., & Martikainen, M. H. (2019). Osaamisen arviointi erikoistuvan tukena. *Duodecim*, *135*(22), 2184–2188. https://www.duodecimlehti.fi/duo15207

Nordic Federation of General Practice (NFGP). (2020). Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *38*(4), 367–368. https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1842674

Norman, G. (2011). Fifty years of medical education research: Waves of migration. *Medical Education*, *45*(8), 785–791. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03921.x

Norton, B., & Toohey, K. (2011). Identity, language learning, and social change. *Language Teaching*, *44*(4), 412–446. https://doi.org/10.1017/S0261444811000309

O'Brien, B. C., & Battista, A. (2020). Situated learning theory in health professions education research: a scoping review. *Advances in Health Sciences Education*, *25*, 483–509. https://doi.org/10.1007/s10459-019-09900-w

O'Brien, B. C., Harris, I. B., Beckman, T. J., Reed, D. A., & Cook, D. A. (2014). Standards for reporting qualitative research: A synthesis of recommendations. *Academic Medicine*, *89*(9), 1245–1251. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388

O'Brien, B., Forrest, K., Wijnen-Meijer, M., & Ten Cate, O. (2019). A Global View of Structures and Trends in Medical Education. Kirjassa T Swanwick, K. Forrest, & B. O'Brien (Toim.), *Understanding Medical Education* (p. 13).

O'Donovan, R., De Brún, A., & McAuliffe, E. (2021). Healthcare Professionals Experience of Psychological Safety, Voice, and Silence. *Frontiers in Psychology*, *12*(626689). https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.626689

O'Donovan, R., & McAuliffe, E. (2020). A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams. *International Journal for Quality in Health Care*, *32*(4), 240–250. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa025

O'Sullivan, P. S., Stoddard, H. A., & Kalishman, S. (2010). Collaborative research in medical education: A discussion of theory and practice. *Medical Education*, *44*(12), 1175–1184. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03768.x

Obura, T., Brant, W. E., Miller, F., & Parboosingh, I. J. (2011). Participating in a community of learners enhances resident perceptions of learning in an e-mentoring program: Proof of concept. *BMC Medical Education*, *11*(1). https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-3

Ohtani, A., Suzuki, T., Takeuchi, H., & Uchida, H. (2015). Language barriers and access to psychiatric care: A systematic review. *Psychiatric Services*, *66*(8), 798–805. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400351

Ortega, P., & Prada, J. (2020). Words matter: Translanguaging in medical communication skills training. *Perspectives on Medical Education*, *9*(4), 251–255. https://doi.org/10.1007/s40037-020-00595-z

Palenius, K., & Nyman, P. (2023). Complementary strategies to improve the qualitative analysis: exemplified by our studies of physiotherapy in shoulder problems. *European Journal of Physiotherapy*. https://doi.org/10.1080/21679169.2023.2298410

Park, M., Giap, T. T. T., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient- and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, *87*, 69–83. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006

Park, Y. S., Konge, L., & Artino, A. R. (2020). The Positivism Paradigm of Research. *Academic Medicine*, *95*(5), 690–694. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003093

Parsons, A. S., Kon, R. H., Plews-Ogan, M., & Gusic, M. E. (2021). You can have both: Coaching to promote clinical competency and professional identity formation. *Perspectives on Medical Education*, *10*, 57–63. https://doi.org/10.1007/s40037-020-00612-1

Passi, V., Johnson, S., Peile, E., Wright, S., Hafferty, F., & Johnson, N. (2013). Doctor role modelling in medical education: BEME Guide No. 27. *Medical Teacher*, *35*, e1422–e1436. https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.806982

Patel, D., Windish, D., & Hay, S. (2020). A Mentor, Advisor, and Coach (MAC) Program to Enhance the Resident and Mentor Experience. *MedEdPORTAL : The Journal of Teaching and Learning Resources*, *16*, 11005. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11005

Patel, P. (2016). An evaluation of the current patterns and practices of educational supervision in postgraduate medical education in the UK. *Perspectives on Medical Education*, *5*(4), 205–214. https://doi.org/10.1007/s40037-016-0280-6

Paternotte, E., Scheele, F., Seeleman, C. M., Bank, L., Scherpbier, A. J. J. A., & van Dulmen, S. (2016). Intercultural doctor-patient communication in daily outpatient care: relevant communication skills. *Perspectives on Medical Education*, *5*, 268–275. https://doi.org/10.1007/s40037-016-0288-y

Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A. J. J. A., & Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realist review. *Patient Education and Counseling*, *98*(4), 420–445. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.11.018

Patriksson, K., Nilsson, S., & Wigert, H. (2019). Conditions for communication between health care professionals and parents on a neonatal ward in the presence of language barriers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *14*(1652060). https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1652060

Patriksson, K., Wigert, H., Berg, M., & Nilsson, S. (2019). Health care professional's communication through an interpreter where language barriers exist in neonatal care: a national study. *BMC Health Services Research*, *19*(586). https://doi.org/10.1186/s12913-019-4428-z

Peura, A., Kaila, M., & Helin-Salmivaara, A. (2020). Ammatillinen reflektio kehittää lääkärin osaamista. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, *136*(5), 530–535.

Phillips, A. C., Lewis, L. K., McEvoy, M. P., Galipeau, J., Glasziou, P., Moher, D., Tilson, J. K., & Williams, M. T. (2016). Development and validation of the guideline for reporting evidence-based practice educational interventions and teaching (GREET). *BMC Medical Education*, *16*(237). https://doi.org/10.1186/s12909-016-0759-1

Phillips, A., Lewis, L., McEvoy, M., Galipeau, J., Glasziou, P., Hammick, M., Moher, D., Tilson, J., & Williams, M. (2016). *Explanation and elaboration paper (E&E) for the Guideline for Reporting Evidence-based practice Educational interventions and Teaching (GREET)*. http://www.equator-network.org/

Phua, G. L. G., Owyong, J. L. J., Leong, I. T. Y., Goh, S., Somasundaram, N., Poon, E. Y. L., Chowdhury, A. R., Ong, S. Y. K., Lim, C., Murugam, V., Ong, E. K., Mason, S., Hill, R., & Krishna, L. K. R. (2024). A systematic scoping review of group reflection in medical education. *BMC Medical Education*, *24*(398). https://doi.org/10.1186/s12909-024-05203-w

Pilnick, A., Hindmarsh, J., & Gill, V. T. (2009). Beyond 'doctor and patient': Developments in the study of healthcare interactions. *Sociology of Health and Illness*, *31*(6), 787–802. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01194.x

Puusa, A. (2020a). Laadullisen aineiston analysointi: Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Kirjassa A. Puusa & P. Juuti (Toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus Oy.

Puusa, A. (2020b). Laadullisen aineiston hankintamenetelmiä: Haastattelutyypit ja niiden metodiset ominaisuudet. Kirjassa A. Puusa & P. Juuti (Toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus Oy.

Qureshi, S. P. (2021). Cultural historical activity theory for studying practice-based learning and change in medical education. *Advances in Medical Education and Practice*, *12*, 923–935. https://doi.org/10.2147/AMEP.S313250

Raivio, R., Holmberg-Marttila, D., & Mattila, K. J. (2014). Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: A 15-year follow-up questionnaire survey. *British Journal of General Practice*, *64*(627), e657–e663. https://doi.org/10.3399/BJGP14X681841

Raivio, R., Jääskeläinen, J., Holmberg-Marttila, D., & Mattila, K. J. (2014). Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care - A 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Family Practice*, *15*(98). https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-98

Rajalingam, P., Rotgans, J. I., Zary, N., Ferenczi, M. A., Gagnon, P., & Low-Beer, N. (2018). Implementation of team-based learning on a large scale: Three factors to keep in mind*. *Medical Teacher*, *40*(6), 582–588. https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1451630

Ramani, S., Könings, K. D., Ginsburg, S., & van der Vleuten, C. P. M. (2018). Twelve tips to promote a feedback culture with a growth mind-set: Swinging the feedback pendulum from recipes to relationships. *Medical Teacher*, *41*(6), 625–631. https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1432850

Ramani, S., Könings, K. D., Ginsburg, S., & van der Vleuten, C. P. M. (2019). Meaningful feedback through a sociocultural lens. *Medical Teacher*, *41*(12), 1342–1352. https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1656804

Ranmuthugala, G., Plumb, J. J., Cunningham, F. C., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2011). How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, *11*(273). https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-273

Rees, C. E., Crampton, P. E. S., & Monrouxe, L. V. (2020). Re-visioning Academic Medicine through a Constructionist Lens. *Academic Medicine*, *95*(6), 846–850. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003109

Reid, A.-M., Brown, J. M., Smith, J. M., Cope, A. C., & Jamieson, S. (2018). Ethical dilemmas and reflexivity in qualitative research. *Perspectives on Medical Education 2018 7:2*, *7*(2), 69–75. https://doi.org/10.1007/S40037-018-0412-2

Reiners, G. M. (2012). Understanding the Differences between Husserl's (Descriptive) and Heidegger's (Interpretive) Phenomenological Research. *Journal of Nursing & Care*, *01*(05). https://doi.org/10.4172/2167-1168.1000119

Richardson, D., Kinnear, B., Hauer, K. E., Turner, T. L., Warm, E. J., Hall, A. K., Ross, S., Thoma, B., & Van Melle, E. (2021). Growth mindset in competency-based medical education. *Medical Teacher*, *43*(7), 751–757. https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1928036

Rietmeijer, C. B. T., Blankenstein, A. H., Huisman, D., van der Horst, H. E., Kramer, A. W. M., de Vries, H., Scheele, F., & Teunissen, P. W. (2021). What happens under the flag of direct observation, and how that matters: A qualitative study in general practice residency. *Medical Teacher*, *43*(8), 937–944. https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1898572

Rietmeijer, C. B. T., Deves, M., van Esch, S. C. M., van der Horst, H. E., Blankenstein, A. H., Veen, M., Scheele, F., & Teunissen, P. W. (2021). A phenomenological investigation of patients' experiences during direct observation in residency: busting the myth of the fly on the wall. *Advances in Health Sciences Education*, *26*(4), 1191–1206. https://doi.org/10.1007/s10459-021-10044-z

Rietmeijer, C. B. T., Huisman, D., Blankenstein, A. H., de Vries, H., Scheele, F., Kramer, A. W. M., & Teunissen, P. W. (2018). Patterns of direct observation and their impact during residency: general practice supervisors' views. *Medical Education*, *52*(9), 981–991. https://doi.org/10.1111/medu.13631

Rietmeijer, C. B. T., & Teunissen, P. W. (2019). Good educators and orphans: the case of direct observation and feedback. *Medical Education*, *53*(5), 421–423. https://doi.org/10.1111/medu.13835

Ringsted, C., Hodges, B., & Scherpbier, A. (2011). "The research compass": An introduction to research in medical education: AMEE Guide No.56. *Medical Teacher*, *33*, 695–709. https://doi.org/10.3109/0142159X.2011.595436

Roberts, C., Moss, B., Wass, V., Sarangi, S., & Jones, R. (2005). Misunderstandings: A qualitative study of primary care consultations in multilingual settings, and educational implications. *Medical Education*, *39*, 465–475. https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02121.x

Roberts, G. (2017). Breaking the silence: Identifying the needs of bilingual speakers in health care. Kirjassa E. A. Jacobs & L. C. Diamond (Toim.), *Providing Health Care in the Context of Language Barriers: International Perspectives* (1. painos, s. 116–148). Multilingual Matters. https://doi.org/10.21832/JACOBS7760

Röing, M., Holmström, I. K., & Larsson, J. (2018). A Metasynthesis of Phenomenographic Articles on Understandings of Work Among Healthcare Professionals. *Qualitative Health Research*, *28*(2), 273–291. https://doi.org/10.1177/1049732317719433

Rosenberg, E., Leanza, Y., & Seller, R. (2007). Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: Physician perceptions of professional and family interpreters. *Patient Education and Counseling*, *67*, 286–292. https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.011

Roter, D. L., Gregorich, S. E., Diamond, L., Livaudais-Toman, J., Kaplan, C., Pathak, S., & Karliner, L. (2020). Loss of patient centeredness in interpreter-mediated primary care visits. *Patient Education and Counseling*, *103*(11), 2244–2251. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.07.028

Rothermich, K., Baker, R., Falkins, S. M., Kum, J., Capps, M. R., & Bobb, S. C. (2023). Reported Use of Second-Language Speech Accommodation in Everyday Interactions: The Role of Individual Differences. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, *66*(9), 3307–3327. https://doi.org/10.1044/2023_JSLHR-23-00167

Roze des Ordons, A. L., Gaudet, J., Grant, V., Harrison, A., Millar, K., & Lord, J. (2019). Clinical feedback and coaching – BE-SMART. *Clinical Teacher*, *16*, 1–6. https://doi.org/10.1111/tct.13084

Rudland, J. R., Golding, C., & Wilkinson, T. J. (2020). The stress paradox: how stress can be good for learning. *Medical Education*, *54*(1), 40–45. https://doi.org/10.1111/medu.13830

Rusiecki, J. M., Orlov, N. M., Dolan, J. A., Smith, M. P., Zhu, M., & Chin, M. H. (2023). Exploring the Value of Improvisational Theater in Medical Education for Advancing the Doctor-Patient Relationship and Health Equity. *Academic Medicine*, *98*(6), S46–S53. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005183

Saad, S. L., Richmond, C. E., Jones, K., & Malau-Aduli, B. S. (2021). Developing a community of practice for quality assurance within healthcare assessment. *Medical Teacher*, *43*(2), 174–181. https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1830959

Sahlstein, A. (2013). Skärgårdsmedicin och kultur – ”pakkoruotsia” Turun yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa. Julkaisussa M. Maijala, M. Nelson, & T. Hulkko (Toim.), *Kielikeskus tutkii. Vuosikirja nro. 1* (s. 103–114). https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309055634

Sahlstein, A. (2015). ”Ruotsia saisi olla enemmänkin” – lääketieteellisen tiedekunnan ruotsin opetuksen nykynäkymiä. Julkaisussa M. Nelson & T. Hulkko (Toim.), *Kielikeskus tutkii. Vuosikirja nro. 2* (s. 84–96). Turun yliopistollinen kielikeskus. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015091611675

Sandbu, M., Kamps, A., Preljevic, V., & Javo, C. (2015). Foreign doctors in Norwegian psychiatry - is there a need for a mentoring scheme?. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening : Tidsskrift for Praktisk Medicin, Ny Raekke*, *135*(12–13), 1133–1137.

Saunders, C. H., Sierpe, A., Von Plessen, C., Kennedy, A. M., Leviton, L. C., Bernstein, S. L., Goldwag, J., King, J. R., Marx, C. M., Pogue, J. A., Saunders, R. K., Van Citters, A., Yen, R. W., Elwyn, G., & Leyenaar, J. A. K. (2023). Practical thematic analysis: a guide for multidisciplinary health services research teams engaging in qualitative analysis. *BMJ*, *381*(e074256). https://doi.org/10.1136/bmj-2022-074256

Sawatsky, A. P., Huffman, B. M., & Hafferty, F. W. (2020). Coaching Versus Competency to Facilitate Professional Identity Formation. *Academic Medicine*, *95*, 1511–1514. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003144

Sawatsky, A. P., Matchett, C. L., Hafferty, F. W., Cristancho, S., Ilgen, J. S., Bynum, W. E., & Varpio, L. (2023). Professional identity struggle and ideology: A qualitative study of residents' experiences. *Medical Education*, *57*, 1092–1101. https://doi.org/10.1111/medu.15142

Sawatsky, A. P., Ratelle, J. T., & Beckman, T. J. (2019). Qualitative Research Methods in Medical Education. *Anesthesiology*, *131*(1), 14–22. https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002728

Schaepkens, S. P. C., Veen, M., & de la Croix, A. (2022). Is reflection like soap? a critical narrative umbrella review of approaches to reflection in medical education research. *Advances in Health Sciences Education* 27(2), 537–551. https://doi.org/10.1007/s10459-021-10082-7

Schouten, B. (2017). Toward a theoretical framework of informal interpreting in health care: Explaining the effects of role conflict on control, power and trust in interpreter-mediated encounters. Kirjassa E. A. Jacobs & L. C. Diamond (Toim.), *Providing Health Care in the Context of Language Barriers: International Perspectives* (1. painos, s. 71–92). Multilingual Matters. https://doi.org/10.21832/JACOBS7760

Schouten, B. C., Manthey, L., & Scarvaglieri, C. (2023). Teaching intercultural communication skills in healthcare to improve care for culturally and linguistically diverse patients. *Patient Education and Counseling*, *115*(107890). https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107890

Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: A review of the literature. *Patient Education and Counseling*, *64*(1–3), 21–34. https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014

Schwei, R., Rhodes, M., & Jacobs, E. A. (2017). Understanding the advantages and disadvantages of the diversity of approaches to overcoming language barriers in medical encounters. Kirjassa E. A. Jacobs & L. C. Diamond (Toim.), *Providing Health Care in the Context of Language Barriers: International Perspectives* (1. painos, s. 93–101). Multilingual Matters. https://doi.org/10.21832/JACOBS7760

Schyve, P. M. (2007). Language differences as a barrier to quality and safety in health care: The joint commission perspective. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(SUPPL. 2), 360–361. https://doi.org/10.1007/s11606-007-0365-3

Seehusen, D. A., Mainous, A. G., & Chessman, A. W. (2018). Creating a centralized infrastructure to facilitate medical education research. *Annals of Family Medicine*, *16*(3), 257–260. https://doi.org/10.1370/afm.2228

Sendall, M. C., McCosker, L. K., Brodie, A., Hill, M., & Crane, P. (2018). Participatory action research, mixed methods, and research teams: learning from philosophically juxtaposed methodologies for optimal research outcomes. *BMC Medical Research Methodology*, *18*(167). https://doi.org/10.1186/s12874-018-0636-1

Sewell, J. L., Maggio, L. A., ten Cate, O., van Gog, T., Young, J. Q., & O'Sullivan, P. S. (2019). Cognitive load theory for training health professionals in the workplace: A BEME review of studies among diverse professions: BEME Guide No. 53. *Medical Teacher*, *41*(3), 256–270. https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1505034/FORMAT/EPUB

Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Newton, D., Sivasubramaniam, D., & Paradies, Y. (2019). The challenge of cultural competence in the workplace: Perspectives of healthcare providers. *BMC Health Services Research*, *19*(135). https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7

Sheri, K., Too, J. Y. J., Chuah, S. E. L., Toh, Y. P., Mason, S., & Radha Krishna, L. K. (2019). A scoping review of mentor training programs in medicine between 1990 and 2017. *Medical Education Online*, *24*(1). https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1555435

Sigurdsson, J. A., Beich, A., & Stavdal, A. (2020). Our core values will endure. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *38*(4), 363–366. https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1842676

Silkens, M. E. W. M., Arah, O. A., Wagner, C., Scherpbier, A. J. J. A., Heineman, M. J., & Lombarts, K. M. J. M. H. (2018). The relationship between the learning and patient safety climates of clinical departments and residents' patient safety behaviors. *Academic Medicine*, *93*(9), 1374–1380. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002286

Silva, C. R. D. V., Lopes, R. H., de Goes Bay Jr, O., Santos Martiniano, C., Fuentealba-Torres, M., Arcêncio, R. A., Lapão, L. V., Dias, S., & da Costa Uchoa, S. A. (2022). Digital Health Opportunities to Improve Primary Health Care in the Context of COVID-19: Scoping Review. *JMIR Human Factors*, *9*(2). https://doi.org/10.2196/35380

Singh, M., & Shipman, A. R. (2022). Embracing medical education research: gaps, needs and opportunities. *Clinical and Experimental Dermatology*, *47*(12), 2077–2080. https://doi.org/10.1111/CED.15399

Skjeggestad, E., Gerwing, J., & Gulbrandsen, P. (2017). Language barriers and professional identity: A qualitative interview study of newly employed international medical doctors and Norwegian colleagues. *Patient Education and Counseling*, *100*(8), 1466–1472. https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.007

Skye, E. P., Wagenschutz, H., Steiger, J. A., & Kumagai, A. K. (2014). Use of Interactive Theater and Role Play to Develop Medical Students' Skills in Breaking Bad News. *Journal of Cancer Education*, *29*(4), 704–708. https://doi.org/10.1007/s13187-014-0641-y

Smydra, R., May, M., Taranikanti, V., & Mi, M. (2022). Integration of Arts and Humanities in Medical Education: a Narrative Review. *Journal of Cancer Education*, *37*(5), 1267–1274. https://doi.org/10.1007/s13187-021-02058-3

Sng, J. H., Pei, Y., Toh, Y. P., Peh, T. Y., Neo, S. H., & Krishna, L. K. R. (2017). Mentoring relationships between senior physicians and junior doctors and/or medical students: A thematic review. *Medical Teacher*, *39*(8), 866–875. https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1332360

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. (2009). https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298#Pidm46111190572496

Ssemata, A. S., Gladding, S., John, C. C., & Kiguli, S. (2017). Developing mentorship in a resource-limited context: A qualitative research study of the experiences and perceptions of the makerere

university student and faculty mentorship programme. *BMC Medical Education*, *17*(1). https://doi.org/10.1186/s12909-017-0962-8

Stalmeijer, Renée E., Brown, M. E. L., & O'Brien, B. C. (2024). How to discuss transferability of qualitative research in health professions education. *The Clinical Teacher*, *e13762*. https://doi.org/10.1111/tct.13762

Stalmeijer, Reneé E., McNaughton, N., & Van Mook, W. N. K. A. (2014). Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Medical Teacher*, *36*(11), 923–939. https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.917165

Stenfors-Hayes, T., Hult, H., & Dahlgren, M. A. (2013). A phenomenographic approach to research in medical education. *Medical Education*, *47*(3), 261–270. https://doi.org/10.1111/medu.12101

Stokes, P., Fatien Diochon, P., & Otter, K. (2020). "Two sides of the same coin?" Coaching and mentoring and the agentic role of context. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1*. https://doi.org/10.1111/nyas.14316

Sumanen, M., Reho, T., Heikkilä, T., Mäntyselkä, P., Halila, H., & Mattila, K. (2021). Research orientation among general practitioners compared to other specialties. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, *39*(1), 10–16. https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1880072

Suomen perustuslaki 731/1999. (1999). https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/1999/731

Suomen yleislääkärit ry, & Suomen yleislääketieteen yhdistys. (2020). *Yleislääketieteen ydinarvot ja periaatteet*. https://bin.yhdistysavain.fi/1600780/7taM3xQ91Xkz7Ww6uguv0XS0jD/Yleislääketieteen ydinarvot ja periaatteet.pdf

Surrain, S., & Luk, G. (2019). Describing bilinguals: A systematic review of labels and descriptions used in the literature between 2005-2015. *Bilingualism: Language and Cognition*, *22*(2), 401–415. https://doi.org/10.1017/S1366728917000682

Sweller, J., van Merriënboer, J. J. G., & Paas, F. (2019). Cognitive Architecture and Instructional Design: 20 Years Later. *Educational Psychology Review*, *31*(2), 261–292. https://doi.org/10.1007/s10648-019-09465-5

Szulewski, A., Howes, D., Van Merriënboer, J. J. G., & Sweller, J. (2021). From Theory to Practice: The Application of Cognitive Load Theory to the Practice of Medicine. *Academic Medicine*, *96*(1), 24–30. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003524

Tallroth, P. (2012). Strategy for the national languages of Finland Government resolution. *Prime Minister's Office Publications*, *7*, 1–36.

Tavakol, M., & Sandars, J. (2014). Quantitative and qualitative methods in medical education research: AMEE Guide No 90: Part I. *Medical Teacher*, *36*(9), 746–756. https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.915298

Tavakol, M., Torabi, S., & Zeinaloo, A. A. (2006). Grounded Theory in Medical Education Research. *Medical Education Online*, *11*(1), 4607. https://doi.org/10.3402/meo.v11i.4607

Tavares, W., Eppich, W., Cheng, A., Miller, S., Teunissen, P. W., Watling, C. J., & Sargeant, J. (2020). Learning Conversations: An Analysis of the Theoretical Roots and Their Manifestations of Feedback and Debriefing in Medical Education. *Academic Medicine*, *95*(7), 1020–1025. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002932

Tay, K. T., Tan, X. H., Tan, L. H. E., Vythilingam, D., Chin, A. M. C., Loh, V., Toh, Y. P., & Krishna, L. K. R. (2021). A systematic scoping review and thematic analysis of interprofessional mentoring in medicine from 2000 to 2019. *Journal of Interprofessional Care*, *35*(6), 927–939. https://doi.org/10.1080/13561820.2020.1818700

Taylor, D. C. M., & Hamdy, H. (2013). Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Medical Teacher*, *35*(11). https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.828153

Teherani, A., Martimianakis, T., Stenfors-Hayes, T., Wadhwa, A., & Varpio, L. (2015). Choosing a Qualitative Research Approach. *Journal of Graduate Medical Education*, *7*(4), 669–670. https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00414.1

Teo, M. Y. K., Ibrahim, H., Lin, C. K. R., Hamid, N. A. B. A., Govindasamy, R., Somasundaram, N., Lim, C., Goh, J. L., Zhou, Y., Tay, K. T., Ong, R. R. S., Tan, V., Toh, Y., Pisupati, A., Raveendran, V., Chua, K. Z. Y., Quah, E. L. Y., Sivakumar, J., Senthilkumar, S. D., … Krishna, L. K. R. (2024). Mentoring as a complex adaptive system – a systematic scoping review of prevailing mentoring theories in medical education. *BMC Medical Education*, *24*(726). https://doi.org/10.1186/s12909-024-05707-5

Terry, D. R., Nguyen, H., Peck, B., Smith, A., & Phan, H. (2020). Communities of practice: A systematic review and meta-synthesis of what it means and how it really works among nursing students and novices. *Journal of Clinical Nursing*, *29*, 370–380. https://doi.org/10.1111/jocn.15100

Tervola, M. (2019). *Maahanmuuttajalääkärien suomen kielen taito ja kielitaitotarpeet* [University of Tampere]. https://doi.org/10.23982/vir.85295

Teunissen, P., Watling, C., Schrewe, B., Asgarova, S., Ellaway, R., Myers, K., Topps, M., & Bates, J. (2021). Contextual Competence: How residents develop competent performance in new settings. *Medical Education*, *55*(9), 1100–1109. https://doi.org/10.1111/MEDU.14517

Thomas, A., Menon, A., Boruff, J., Rodriguez, A. M., & Ahmed, S. (2014). Applications of social constructivist learning theories in knowledge translation for healthcare professionals: A scoping review. *Implementation Science*, *9*(1). https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-54

Thomas, D. C., Berry, A., Djuricich, A. M., Kitto, S., Kreutzer, K. O., Van Hoof, T. J., Carney, P. A., Kalishman, S., & Davis, D. (2017). What Is Implementation Science and What Forces Are Driving a Change in Medical Education? *American Journal of Medical Quality*, *32*(4), 438–444. https://doi.org/10.1177/1062860616662523

Tienari, J. (2019). One flew over the duck pond: Autoethnography, academic identity, and language. *Management Learning*, *50*(5), 576–590. https://doi.org/10.1177/1350507619875887/FORMAT/EPUB

Tilastokeskus; Kuntien avainluvut. (2019). https://stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?year=2023&active1=SSS

Timony, P. E., Gauthier, A. P., Hogenbirk, J. C., & Wenghofer, E. F. (2013). Promising quantities, disappointing distribution. Investigating the presence of French-speaking physicians in Ontario's rural Francophone communities. *Rural and Remote Health*, *13*(4), 1–11. https://doi.org/10.22605/rrh2543

Titlestad, S. B., Marcussen, M., Rasmussen, M. S., & Nørgaard, B. (2022). Patient involvement in the encounter between general practice and patients with a chronic disease. Results of a scoping review focusing on type 2 diabetes and obstructive pulmonary disease. *European Journal of General Practice*, *28*(1), 260–269. https://doi.org/10.1080/13814788.2022.2153827

Toh, R. Q. E., Koh, K. K., Lua, J. K., Wong, R. S. M., Quah, E. L. Y., Panda, A., Ho, C. Y., Lim, N. A., Ong, Y. T., Chua, K. Z. Y., Ng, V. W. W., Wong, S. L. C. H., Yeo, L. Y. X., See, S. Y., Teo, J. J. Y., Renganathan, Y., Chin, A. M. C., & Krishna, L. K. R. (2022). The role of mentoring, supervision, coaching, teaching and instruction on professional identity formation: a systematic scoping review. *BMC Medical Education*, *22*(531). https://doi.org/10.1186/s12909-022-03589-z

Toikkanen, U. (2019). Lääketieteen koulutuksen professori haluaa aktivoida tutkimusta. *Lääkärilehti*, *10*(74), 584–586.

Toivonen, A., Peura, A., Helin-Salmivaara, A., & Kaila, M. (2018). Rakentavia keskusteluja erikoistujan arkeen. *Lääkärilehti*, *73*(22), 1440–1441.

Toklu, H. Z., & Fuller, J. C. (2017). Mentor-mentee Relationship: A Win-Win Contract In Graduate Medical Education. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.1908

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349–357. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042

Torralba, K. D., Jose, D., & Byrne, J. (2020). Psychological safety, the hidden curriculum, and ambiguity in medicine. *Clinical Rheumatology*, *39*(3), 667–671. https://doi.org/10.1007/s10067-019-04889-4

Torralba, K. D., Loo, L. K., Byrne, J. M., Baz, S., Cannon, G. W., Keitz, S. A., Wicker, A. B., Henley, S. S., & Kashner, T. M. (2016). Does Psychological Safety Impact the Clinical Learning Environment for Resident Physicians? Results From the VA's Learners' Perceptions Survey. *Journal of Graduate Medical Education*, *8*(5), 699–707. https://doi.org/10.4300/JGME-D-15-00719.1

Toubassi, D., Schenker, C., Roberts, M., & Forte, M. (2023). Professional identity formation: linking meaning to well-being. *Advances in Health Sciences Education*, *28*, 305–318. https://doi.org/10.1007/s10459-022-10146-2

Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight a"big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, *16*(10), 837–851. https://doi.org/10.1177/1077800410383121

Tsuei, S. H. Te, Lee, D., Ho, C., Regehr, G., & Nimmon, L. (2019). Exploring the Construct of Psychological Safety in Medical Education. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, *94*(11S Association of American Medical Colleges Learn Serve Lead), S28–S35. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002897

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (2. painos). Tammi.

University of Ottawa. Official Languages and Bilingualism Institute (OLBI). (2024a). *Finland: A balance between individual and territorial rights*. https://www.uottawa.ca/about-us/official-languages-bilingualism-institute/clmc/international-perspective/finland. Luettu 10.10.2024.

University of Ottawa. Official Languages and Bilingualism Institute (OLBI). (2024b). *International Perspective*. https://www.uottawa.ca/about-us/official-languages-bilingualism-institute/clmc/international-perspective. Luettu 10.10.2024.

University of Ottawa. Official Languages and Bilingualism Institute (OLBI). (2024c). *The 55 bilingual countries in the world*. https://www.uottawa.ca/about-us/official-languages-bilingualism-institute/clmc/international-perspective/bilingual-countries. Luettu 10.10.2024.

Valestrand, E. A., Whelan, B., Eliassen, K. E. R., & Schei, E. (2024). Alienation in the Teaching Hospital: How Physician Non-Greeting Behaviour Impacts Medical Students' Learning and Professional Identity Formation. *Perspectives on Medical Education*, *13*(1), 239–249. https://doi.org/10.5334/pme.1185

Valtioneuvosto. (2021a). *Hallituksen kertomus kielilainsäädännön soveltamisesta 2021 - Valtioneuvoston julkaisuja 2021:88* (L. Lindholm (Toim.)). https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-963-2

Valtioneuvosto. (2021b). Kansalliskielistrategia; Valtioneuvoston julkaisuja 2021:87. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-967-0

Valtioneuvoston kanslia. (2012). *Kansalliskielistrategia: Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2012*. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79375/J0412_Kansalliskielistrategia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Valtioneuvoston kanslia. (2017). *Hallituksen kertomus kielilainsäädännön soveltamisesta 2017: Hallituksen julkaisusarja 8/2017*. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-463-4

Valtonen, A., & Viitanen, M. (2020). Laadullisen aineiston hankintamenetelmiä: Ryhmäkeskustelut laadullisena tutkimusmetodina. Kirjassa A. Puusa & P. Juuti (Toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Gaudeamus Oy.

Valtonen, J., & Sulkava, S. (2023). Narratiivinen lääketiede ja potilaskeskeinen terveydenhuolto. *Duodecim*, *139*, 1141–1143. https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo17769.pdf

van der Goot, W. E., Cristancho, S. M., de Carvalho Filho, M. A., Jaarsma, A. D. C., & Helmich, E. (2020). Trainee-environment interactions that stimulate motivation: A rich pictures study. *Medical Education*, *54*(3), 242–253. https://doi.org/10.1111/medu.14019

van der Keylen, P., Zeschick, N., Langer, A.-L., Kühlein, T., & Roos, M. (2022). One year of general practice during the COVID-19 pandemic-presentation and evaluation of digital medical education. *GMS Journal for Medical Education*, *39*(3). https://doi.org/10.3205/zma001550

van der Vleuten, C. P. M. (2014). Medical education research: A vibrant community of research and education practice. *Medical Education*, *48*(8), 761–767. https://doi.org/10.1111/medu.12508

Van Manen, Max. (2017). But Is It Phenomenology? *Qualitative Health Research*, *27*(6), 775–779. https://doi.org/10.1177/1049732317699570

van Manen, Michael, & van Manen, M. (2021). Doing Phenomenological Research and Writing. *Qualitative Health Research*, *31*(6), 1069–1082. https://doi.org/10.1177/10497323211003058

Van Merriënboer, J. J. G., & Sweller, J. (2010). Cognitive load theory in health professional education: Design principles and strategies. *Medical Education*, *44*(1), 85–93. https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03498.x

Vanstone, M., & Grierson, L. (2022). Thinking about social power and hierarchy in medical education. *Medical Education*, *56*(1), 91–97. https://doi.org/10.1111/medu.14659

Varpio, L. (2021). Reflections on the loss of mentors. *Advances in Health Sciences Education*, *26*, 329–333. https://doi.org/10.1007/S10459-019-09943-Z

Varpio, L., Ajjawi, R., Monrouxe, L. V., O'Brien, B. C., & Rees, C. E. (2017). Shedding the cobra effect: Problematising thematic emergence, triangulation, saturation and member checking. *Medical Education*, *51*(1), 40–50. https://doi.org/10.1111/medu.13124

Varpio, L., & MacLeod, A. (2020). Philosophy of Science Series: Harnessing the Multidisciplinary Edge Effect by Exploring Paradigms, Ontologies, Epistemologies, Axiologies, and Methodologies. *Academic Medicine*, *95*(5), 686–689. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003142

Varpio, L., Martimianakis, M. A. (Tina), & Mylopoulos, M. (2015). Qualitative research methodologies: embracing methodological borrowing, shifting and importing. Kirjassa J. Cleland & S. J. Durning (Toim.), *Researching Medical Education* (s. 245–255). Johm Wiley & Son, Ltd.

Varpio, L., & Meyer, H. (2017). A Lesson From the Qualitative Rip Out Series: Let Go of Expectations for Universally Applicable 'Gold Standards' for Qualitative Research. *Journal of Graduate Medical Education*, *9*(2), 154–156. https://doi.org/10.4300/JGME-D-17-00014.1

Varpio, L., O'Brien, B., Rees, C. E., Monrouxe, L., Ajjawi, R., & Paradis, E. (2021). The applicability of generalisability and bias to health professions education's research. *Medical Education*, *55*(2), 167–173. https://doi.org/10.1111/medu.14348

Varpio, L., Paradis, E., Uijtdehaage, S., & Young, M. (2020). The Distinctions between Theory, Theoretical Framework, and Conceptual Framework. *Academic Medicine*, *95*(2019), 989–994. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003075

Varpio, L., & Sherbino, J. (2024). Demonstrating causality, bestowing honours, and contributing to the arms race: Threats to the sustainability of HPE research. *Medical Education*, *58*(1), 157–163. https://doi.org/10.1111/medu.15148

Vilkka, H. (2018). Havainnot ja havainnointimenetelmät tutkimuksessa. Kirjassa R. Valli (Toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1* (5. painos). PS-kustannus.

Vizeshfar, F., Momennasab, M., Yektatalab, S., & Iman, M. T. (2021). Empowering health volunteer's through participatory action research in a comprehensive healthcare center. *BMC Public Health*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/s12889-021-10878-7

Wachtler, C., Brorsson, A., & Troein, M. (2005). Meeting and treating cultural difference in primary care: A qualitative interview study. *Family Practice*, *23*, 111–115. https://doi.org/10.1093/fampra/cmi086

Walsh, R. (2003). The Methods of Reflexivity. *The Humanistic Psychologist*, *31*.

Watling, C. J., Ajjawi, R., & Bearman, M. (2020). Approaching culture in medical education: Three perspectives. *Medical Education*, *54*(4), 289–295. https://doi.org/10.1111/medu.14037

Watling, C. J., & Ginsburg, S. (2019). Assessment, feedback and the alchemy of learning. *Medical Education*, *53*(1), 76–85. https://doi.org/10.1111/medu.13645

Watling, C. J., & Lingard, L. (2012). Grounded theory in medical education research: AMEE Guide No. 70. *Medical Teacher*, *34*(10), 850–861. https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.704439

Watson, B. M., Jones, L., & Hewett, D. G. (2016). Accommodating Health. Kirjassa H. Giles (Toim.), *Communication Accommodation Theory* (s. 152–168). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781316226537.008

Webster, F., Krueger, P., MacDonald, H., Archibald, D., Telner, D., Bytautas, J., & Whitehead, C. (2015). A scoping review of medical education research in family medicine. *BMC Medical Education*, *15*(1). https://doi.org/10.1186/s12909-015-0350-1

Wenger, E. (1998). *Communities of Practice - Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press. www.cambridge.org/9780521663632

Wiener-Ogilvie, S., Bennison, J., & Smith, V. (2014). General practice training environment and its impact on preparedness. *Education for Primary Care*, *25*(1), 8–17. https://doi.org/10.1080/14739879.2014.11494236

Wiese, A., Kilty, C., & Bennett, D. (2018). Supervised workplace learning in postgraduate training: a realist synthesis. *Medical Education*, *52*, 951–969. https://doi.org/10.1111/medu.13655

Wikström, E., Arman, R., Dellve, L., & Gillberg, N. (2023). Mentoring programmes – building capacity for learning and retaining workers in the workplace. *Journal of Workplace Learning*, *35*(8), 732–751. https://doi.org/10.1108/JWL-01-2023-0003

Wilk, A. S., & Platt, J. E. (2016). Measuring physicians' trust: A scoping review with implications for public policy. *Social Science and Medicine*, *165*, 75–81. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.039

Wilson, C. C. (2013). Patient safety and healthcare quality: The case for language access. *International Journal of Health Policy and Management*, *1*(4), 251–253. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.53

Winderbaum, J., & Coventry, L. L. (2024). The benefits, barriers and facilitators of mentoring programs for first-year doctors: A systematic review. *Medical Education*, *58*(6), 687–696. https://doi.org/10.1111/medu.15299

Wolcott, M. D., McLaughlin, J. E., Hann, A., Miklavec, A., Beck Dallaghan, G. L., Rhoney, D. H., & Zomorodi, M. (2021). A review to characterise and map the growth mindset theory in health professions education. *Medical Education*, *55*(4), 430–440. https://doi.org/10.1111/medu.14381

Wonca EUROPE. (2023). *Core Values and Principles of General Practice/Family Medicine*. https://www.woncaeurope.org/page/our-core-values

Wong, W. Y. A., Thistlethwaite, J., Moni, K., & Roberts, C. (2023). Using cultural historical activity theory to reflect on the sociocultural complexities in OSCE examiners' judgements. *Advances in Health Sciences Education*, *28*(1), 27–46. https://doi.org/10.1007/s10459-022-10139-1

Woods, S. K., Burgess, L., Kaminetzky, C., McNeill, D., Pinheiro, S., & Heflin, M. T. (2010). Defining the Roles of Advisors and Mentors in Postgraduate Medical Education: Faculty Perceptions, Roles, Responsibilities, and Resource Needs. *Journal of Graduate Medical Education*, *2*(2), 195–200. https://doi.org/10.4300/jgme-d-09-00089.1

Yong, C., Brown, J. A., & Takacs, E. B. (2020). Performing Medical Education Research in Urology: Challenges and Opportunities. *Current Urology Reports*, *21*(11). https://doi.org/10.1007/s11934-020-00997-w

Young, J. Q., Van Merrienboer, J., Durning, S., & Ten Cate, O. (2014). Cognitive Load Theory: Implications for medical education: AMEE Guide No. 86. *Medical Teacher*, *36*(5), 371–384. https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.889290

Young, M. E., & Ryan, A. (2020). Postpositivism in Health Professions Education Scholarship. *Academic Medicine*, *95*(5), 695–699. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003089

Zelenski, A. B., Saldivar, N., Park, L. S., Schoenleber, V., Osman, F., & Kraemer, S. (2020). Interprofessional improv: Using theater techniques to teach health professions students empathy in teams. *Academic Medicine*, *95*(8), 1210–1214. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003420

Luettelo kuvista, taulukoista ja liitteistä

Kuvat

Kuva 1. Mukavuusalueelta poistuminen edesauttaa oppimista, kun sen voi tehdä turvallisesti esimerkiksi yhdessä mentorin kanssa. 24
Kuva 2. Organisaation rooli lääketieteen tutkimuksessa Seehusen ym. (2018) mukaan....40
Kuva 3. Kielimentori-ohjelma sijoittuu mallintamisen ja kartoittavien tutkimusten alueelle lääketieteen koulutuksen tutkimuskompassissa (Ringsted et al., 2011)....43
Kuva 4. Toimintatutkimuksen spiraali (Heikkinen, 2018)....45
Kuva 5. Kielimentori-ohjelmaan osallistuminen ja aikataulu 2019–2021 51
Kuva 6. Oma tutkijan asemani reflektion osa-alueet Paleniuksen ja Nymanin kuvaaman mallin mukaisesti (Palenius & Nyman, 2023)....53
Kuva 7. Kielimentori-ohjelman oppimismenetelmät....57
Kuva 8. Käytäntöyhteisöteoria Kielimentori-ohjelman suunnittelun tukena 59
Kuva 9. Kielimentori-ohjelman toteutus ja haastatteluiden ajoittuminen....67
Kuva 10. Analyysiprosessi osiossa I (Braun & Clarke, 2006, 2021)....68
Kuva 11. Hermeneuttis-fenomenologinen analyysiprosessi osiossa II Ajjawin ja Higgsin mukaan (Ajjawi & Higgs, 2007, 2008)....70
Kuva 12. Induktiivisen teema-analyysin pääteemat ja alateemat sekä niiden suhde käytäntöyhteisöteoriaan (CoP)....75
Kuva 13. Kielimentori-ohjelma tukena oppimispolulla 90
Kuva 14. Potilaan kohtaaminen- analyysin tulokset....100
Kuva 15. Potilaan kohtaaminen kaksikielisen terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolla....113
Kuva 16. Laadullisen aineiston informaatiovoimaa kuvaava malli. (Malterud et al., 2016) 123
Kuva 17. Käytäntöyhteisöteorian integrointi ensimmäisen osan ”Käsitykset kaksikielisyydestä” analyysiin 128

Taulukot

Taulukko 1. CAT-teorian mukaisia strategioita kommunikaation mukauttamiseen 18
Taulukko 2. Tutkimuksen metodologia 65
Taulukko 3. Osan 3 deduktiivisen analyysin runko CHAT-teorian mukaisesti..... 73

Liitteet

Liite 1. Haastattelumanuaali semi-strukturoituun haastatteluun ennen Kielimentori-ohjelmaa 178
Liite 2. Haastattelumanuaali semi-strukturoituun haastatteluun Kielimentori-ohjelman jälkeen 179
Liite 3. COREQ-tarkistuslistan mukainen laadullisen tutkimuksen laadun arviointi (Tong et al., 2007). 180

Liitteet

Liite 1. Haastattelumanuaali semi-strukturoituun haastatteluun ennen Kielimentori-ohjelmaa.

Ikä?
Sukupuoli?
Äidinkieli?
LL vuosi? Erikoistumisala?

Kuinka kauan olet ollut töissä Vaasan terveyskeskuksessa?

Kuinka kauan olet käyttänyt lääkärin työssä ruotsin kieltä?
Millaisia kokemuksia sinulla on ruotsin kieleen liittyen?
Millaisia kokemuksia sinulla on kaksikielisyyteen liittyen lääkärin työssä?

Mikä mielestäsi on tärkeintä oman kielitaitosi vahvistumisessa?
Miten työpaikka tai organisaatio voisi sitä tukea?

Miten kuvailet ruotsin kielen taitojasi tällä hetkellä?
Kerro, miten arvioit 0–10 asteikolla seuraavat: puheen ymmärtäminen, puhuminen, tekstin ymmärtäminen ja tuottaminen?

Miten koet ruotsinkielisten potilaiden tutkimisen ja hoitamisen tällä hetkellä? Millaisia haasteita koet siinä olevan?

Millä kielellä sanelet potilaskertomustekstit? Voisitko ajatella, että sanelisit myös ruotsiksi?
Onko potilaiden kanssa sairaskertomustekstit ja niiden kieli tulleet puheeksi jotenkin?

Mikä/mitkä olivat tärkeimmät tekijät, jotka saivat sinut valitsemaan työskentelyn kaksikielisessä terveyskeskuksessa?

Digitaaliset menetelmät ohjauksen välineenä: Mitä välineitä käytät tällä hetkellä kommunikaation välineenä (terveyskeskuksen) ohjaajasi kanssa?
Miten digitaalisuutta voisi ohjauksessa lisätä?

Mitä ajattelet vastaanottojen videoinnista yhtenä oppimisen keinona, esimerkiksi palautteen saamisen keinona?

Liite 2. Haastattelumanuaali semi-strukturoituun haastatteluun Kielimentori-ohjelman jälkeen.

Kokemus omasta kielitaidosta:
Miten koet ruotsinkielisten potilaiden tutkimisen ja hoitamisen tällä hetkellä? Mitä hyvää? Millaisia haasteita koet siinä olevan?
Miten kuvailet ruotsin kielen taitojasi tällä hetkellä?
Kerro, miten arvioit 0–10 asteikolla seuraavat: puheen ymmärtäminen, puhuminen, tekstin ymmärtäminen ja tuottaminen?

Millä kielellä sanelet potilaskertomustekstit? Entä muut kirjalliset työt, lausunnot, kirjeet potilaille?
Miksi et sanele?

Kielimentori-ohjelma:
Ryhmätilaisuudet:
Mitä hyvää?
Mitä kehitettävää?
Miten koet draaman käytön kielen oppimisen keinona?
Miten koet kielimentoriryhmän merkityksen kielen oppimiselle?

Yksilöllinen kielimentorointi:
Miten koet, että järjestelyt toteutuivat?
Miten toteutui kielimentoroinnin järjestäminen omaan aikatauluun?
Miten koit robotin/Teamsin käytön?
Millaista palautetta sait? Miten se toteutui?

Kielimentori-ohjelma kokonaisuutena:
Mitä hyvää?
Mitä kehitettävää?
Mitä muutoksia ehdottaisit toimintamalliin?

Digitaaliset menetelmät ohjauksen välineenä:
Mitä välineitä käytät tällä hetkellä kommunikaation välineenä (terveyskeskuksen) ohjaajasi kanssa?

Lopuksi:
Mitä haluaisit sanoa lääkärille, joka miettii kaksikieliseen terveyskeskukseen töihin tulemista?

Liite 3. COREQ-tarkistuslistan mukainen laadullisen tutkimuksen laadun arviointi (Tong et al., 2007).

1.TUTKIJATIIMI JA REFLEKTIIVISYYS	**KYSYMYS**	**TÄSSÄ VÄITÖSKIRJASSA**	**VÄITÖSKIRJAN LUKU**
Henkilökohtaiset ominaisuudet			
1.Haastattelija	Kuka teki haastattelut?	Väitöskirjatutkija	4.7 Tutkimuksen aineisto
2.Oppiarvot	Mikä oli tutkijan oppiarvo?	LL, Yleislääketieteen ja terveydenhuollon erikoislääkäri	4.4 Tutkijan aseman reflektio
3.Työpaikka	Mikä oli tutkijan työpaikka tutkimuksen tekemisen aikana?	Vaasan terveyskeskus, Pohjanmaan hyvinvointialue	4.4 Tutkijan aseman reflektio
4.Sukupuoli	Tutkijoiden sukupuoli	nainen	
5.Kokemus ja koulutus	Mitä kokemusta tai koulutusta tutkijalla oli?	Yleislääketieteen ja terveydehuollon erikoislääkäri, lääkärikouluttajan erityispätevyys. Väitöskirjatutkija.	4.4 Tutkijan aseman reflektio
Suhde osallistujiin			
6.Suhteen muodostaminen	Oliko suhde osallistujiin muodostettu ennen tutkimuksen aloitusta?	Kyllä	4.5 Tutkimuksen eettisyys
7.Osallistujien haastattelijan tuntemus	Mitä osallistujat tiesivät tutkijasta?	Osallistujat olivat tutustuneet tutkijaan organisaation koulutusylilääkärinä. Kielimentori-ohjelmaa esiteltiin ennen aloitusta laajasti organisaation lääkärikokouksissa ja osastotunneilla.	4.5 Tutkimuksen eettisyys
8.Haastattelijan ominaisuudet	Mitä ominaisuuksia raportoitiin haastattelijasta?	Tutkijan aseman reflektointi on tehty perustuen julkaistuihin viitekehyksiin.	4.4 Tutkijan aseman reflektio

2.TUTKIMUKSEN DESIGN	KYSYMYS	TÄSSÄ VÄITÖSKIRJASSA	VÄITÖSKIRJAN LUKU
Teoreettinen viitekehys			
9.Metodologinen orientaatio ja teoria	Mikä metodologinen orientaatio kerrottiin tutkimuksen perustaksi?	Konsturuktionismi, toimintatutkimus, hermeneuttinen fenomenologia	4.1 Tieteellinen lähestymistapa, 2.4 Oppimisen teoriat, 4.6.3 Oppimisen teoreettinen viitekehys
Osallistujien valinta			
10.Osallistujien rekrytointi	Miten osallistujat valittiin?	Rekrytoitiin vapaaehtoisia erikoistuvia lääkäreitä, joiden äidinkieli oli muu kuin ruotsi	4.3 Tutkimuksen osallistujat
11.Yhteydenotto-menetelmä	Miten osallistujiin otettiin yhteyttä?	Osallistujiin otettiin yhteyttä sähköpostitse	4.3 Tutkimuksen osallistujat
12.Osallistujien määrä	Kuinka monta osallistujaa tutkimuksessa oli?	Osallistujia oli 14.	4.3 Tutkimuksen osallistujat
13.Ei-osallistujien määrä	Kuinka moni kieltäytyi osallistumasta tai lopetti? Syyt?	Rekrytointiviesti lähetettiin 17 erikoistuvalle lääkärille. Kaksi ei osallistunut ja yksi lähti sairaalaan erikoistumisjaksolle aloitushaastattelun jälkeen.	4.3 Tutkmuksen osallistujat
Tutkimusasetelma			
14.Aineiston keruun paikka	Missä aineisto kerättiin? (esim. kotona, klinikalla, työpaikalla)	Haastattelut tehtiin ennalta sovitusti osallistujan työhuoneessa.	4.7 Tutkimuksen aineisto
15.Muiden henkilöiden mukanaolo	Oliko joku muu paikalla osallistujien ja tutkijan lisäksi?	Muita henkilöitä ei ollut haastattelu-tilanteessa paikalla.	4.7 Tutkimuksen aineisto
16.Osallistujien kuvaus	Mitkä ovat osallistujien tärkeät ominaisuudet	14 erikoistuvaa lääkäriä, joista suuri osa oli toiminut lääkärin työssä alle vuoden ajan.	4.7 Tutkimuksen aineisto

Aineiston keräys			
17.Haastattelu-manuaali	Kuka teki haastattelu-kysymykset? Tehtiinkö pilotti, jossa haastattelut testattiin?	Väitöskirjatutkija teki haastattelu-kysymykset. Testasin haastattelemalla yhtä ohjaajaa, jonka haastattelua ei otettu analyysiin mukaan.	4.7 Tutkimuksen aineisto
18.Toistetut haastattelut	Toistettiinko haastatteluita? Jos kyllä, kuinka monta?	Osallistujille tehtiin haastattelut ennen ja jälkeen intervention. Haastattelu-kysymykset olivat erilaiset.	4.7 Tutkimuksen aineisto
19. Äänitys	Käytettiinkö audio tai videoäänitystä aineiston keräyksessä?	Haastattelut äänitettiin audiolaitetta käyttäen.	4.7 Tutkimuksen aineisto
20.Muistiinpanot	Tehtiinkö haastatteluiden jälkeen muistiinpanoja?	Jokaisen haastattelun jälkeen tutkija teki reflektoivia muistiinpanoja.	4.7 Tutkimuksen aineisto
21.Kesto	Mikä oli haastatteluiden kesto?	Haastattelut kestivät 20 – 45 minuuttia.	4.7 Tutkimuksen aineisto
22.Aineiston saturaatio	Keskusteltiinko aineiston saturaatiosta?	Aineiston saturaatiota ja informaatiovoimaa analysoitiin analyysivaiheessa.	4.7 Tutkimuksen aineisto, 6.4 Tutkimuksen laatu
23.Litterointien palautus	Palautettiinko litteroidut haastattelut osallistujille kommentteja tai korjauksia varten?	Litteroituja haastatteluita ei palautettu osallistujille.	6.4 Tutkimuksen laatu
3. ANALYYSI JA TULOKSET	**KYSYMYS**	**TÄSSÄ VÄITÖSKIRJASSA**	**VÄITÖSKIRJAN LUKU**
Aineiston analyysi			
24. Aineiston koodaajien lukumäärä	Kuinka moni koodasi aineistoa?	Väitöskirjatutkija koodasi aineiston.	4.7 Tutkimuksen aineisto

25. Aineiston koodaus	Kuvattiinko koodaus?	Kyllä	4.7 Tutkimuksen aineisto
26.Teemojen muodostuminen	Tunnistettiinko teemat etukäteen vai aineistolähtöisesti?	Osissa I ja II teemat muodostuivat aineistolähtöisesti. Osassa III tein hybridimuotoinen deduktiivis-induktiivisen analyysin.	4.7 Tutkimuksen aineisto
27. Ohjelmisto	Mitä ohjelmistoa käytettiin?	NVivo20 (versio 1.5.1)	4.7 Tutkimuksen aineisto
28.Osallistujien kommentit	Antoivatko osallistujat palautetta tuloksista?	Ei	6.4 Tutkimuksen laatu
Raportointi			
29.Lainauksien esittäminen	Esitettiinkö osallistujien lainauksia kuvaamaan teemoja/tuloksia? Oliko jokainen lainaus merkitty osallistujan numerolla?	Lainauksia on esitetty tulososioissa. Jokaiseen lainaukseen on merkitty osallistujan numero.	5 Tulokset
30. Aineisto ja tulokset johdonmukaisia	Oliko aineiston ja tulosten välillä johdonmukaisuus?	Kyllä	6 Pohdinta
31.Pääteemojen selkeys	Oliko pääteemat selkeästi esitetty tuloksissa?	Kyllä. Lisäksi tulokset esitetty kuvina.	5 Tulokset
32.Alateemojen selkeys	Onko kuvaus erilaisuuksista tai keskustelua alateemoista	Kyllä. Lisäksi tulokset esitetty kuvina.	5 Tulokset, 6 Pohdinta

TURUN
YLIOPISTO
UNIVERSITY
OF TURKU

Painosalama, Turku, Finland 2025

ISBN 978-952-02-0408-2 (Painettu)
ISBN 978-952-02-0409-9 (Sähköinen)
ISSN 0355-9483 (Painettu)
ISSN 2343-3213 (Sähköinen)