

**VAASAN YLIOPISTO**  
**FILOSOFINEN TIEDEKUNTA**

Tia-Maria Kirkonpelto

**SAIRAAHOITAJIEN KANSAINVÄLINEN LIIKKUVUUS**

Teoreettis-käsitteellinen tutkimus suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä osana kansainvälistä ilmiötä

Sosiaali- ja terveys-  
hallintotieteen pro  
gradu -tutkielma

**VAASA 2016**

## SISÄLLYSLUETTELO

	<b>sivu</b>
<b>KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO</b>	3
<b>TIIVISTELMÄ</b>	5
<b>1. JOHDANTO</b>	7
1.1. Tutkimuksen tavoitteet	9
1.2. Tutkimuksen rakenne	9
<b>2. SAIRAANHOITAJAT KANSAINVÄLISEN LIKKUVUUDEN TUTKIMUKSESSA</b>	11
2.1. Sairaanhoidajien kansainvälisen liikkuvuuden lähestymistavat	11
2.1.1. Tiivistetty kuvaus aikaisemmasta kirjallisuudesta	15
2.2. Sairaanhoidajien liikkuvuuden kehityskulut	23
2.3. Sairaanhoidajien liikkuvuuden näkökulmat	28
2.3.1. Yhteiskunnanäkökulma	29
2.3.2. Työyhteisönäkökulma	36
2.3.3. Yksilönäkökulma	39
<b>3. LIKKUVUUDEN KÄYTÄNNÖLLISET REUNAEDOT</b>	45
3.1. Muuttopäätökseen vaikuttavat tekijät	45
3.2. Muuttosuunnat ja muuttomäärät	49
3.3. Eettisyys ja muuttoliikkeen hallinta	53
<b>4. SAIRAANHOITAJIEN LIKKUVUUDEN PERIAATTEET SUOMESSA</b>	60
4.1. Valtion rooli	60
4.2. Työelämän rooli	66
4.3. Sairaanhoidajan rooli	69
<b>5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	72

**LÄHDELUETTELO** 84

**LIITTEET**

LIITE 1. Terveysthuollon ammattilaisen liikkuvuuden tyypit 107

## KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Ulkomailla tutkintonsa suorittaneiden sairaanhoitajien % -osuus OECD-maissa vuonna 2013	51
Kuvio 2. Suomalaiset sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeuden omaavat ulkomailla 2000–2014	64
Kuvio 3. Suomessa sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeuden omaavien suomalaisten lähtömuutto 2000–2014	65
Kuvio 4. Suomessa sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeuden omaavien suomalaisten paluumuutto 2000–2014	65
Taulukko 1. Yksittäisiä ulkomaalaistaustaisia hoitajia tukevat strategiat ja esteet	42
Taulukko 2. Yhteenveto sairaanhoitajien liikkuvuuden työntö- ja vetotekijöistä	48
Taulukko 3. Sairaanhoitajien ja kättilöiden määrä per 1000 henkilön väestö, valikoidut maat	54
Taulukko 4. Lähtö- ja kohdemaiden politiikkavaihtoehdot sairaanhoitajien liikkuvuuden hallitsemiseksi	58
Taulukko 5. Yhteenveto sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden syistä ja seurauksista	77



---

**VAASAN YLIOPISTO****Filosofinen tiedekunta****Tekijä:**

Tia-Maria Kirkonpelto

**Pro gradu -tutkielma:**

Sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus: Teoreettis-käsitteellinen tutkimus suomalaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä osana kansainvälistä ilmiötä

**Tutkinto:**

Hallintotieteiden maisteri

**Oppiaine:**

Sosiaali- ja terveyshallintotiede

**Työn ohjaaja:**

Pirkko Vartiainen

**Valmistumisvuosi:**

2016

**Sivumäärä: 108**

---

**TIIVISTELMÄ:**

Työvoiman kansainvälisestä liikkuvuudesta on muodostunut keskeinen yhteiskuntia koskettava kysymys, kun vuosittain miljoonat ihmiset ympäri maailmaa jättävät kotimaansa etsiäkseen töitä. Vaikka sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus ei ole ilmiönä uusi, etenkin viimeisen vuosikymmenen aikana liikkuvuus on kiihtynyt, ja sairaanhoitajat ovat liikkuneet kehitysmaista kehittyneihin maihin. Aihe koskettaa useita toimijoita, koska sairaanhoitajista on runsaasti pulaa, ja liikkuvuuden seuraukset koskettavat hoitotyötä ja terveydenhuoltojärjestelmiä maailmanlaajuisesti.

Pro gradu -tutkielman tutkimuskysymykset ovat: 1. Mitä sairaanhoitajien liikkuvuus on kansainvälisenä ilmiönä? 2. Millaisia vaikutuksia ja haasteita sairaanhoitajien liikkuvuus luo yhteiskunnille, terveydenhuoltojärjestelmille ja sairaanhoitajien ammattiryhmälle? 3. Mitkä ovat sairaanhoitajien liikkuvuuden periaatteet Suomessa? Tutkielma on integroiva kirjallisuuskatsaus, jossa esitellään synteesi sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta koskevasta tutkimuskirjallisuudesta kriittisen tarkastelun otteella. Tutkielman keskeisiä teemoja ovat sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden lähestymistavat, näkökulmat, muutos suunnat, reunaehdot ja liikkuvuuden periaatteet Suomessa.

Teoreettis-käsitteellisen kirjallisuuskatsauksen perusteella sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus on kompleksinen ilmiö ja osa sekä laajempaa kansainvälistä muuttoliikettä että laajempaa terveydenhuoltohenkilöstön liikkuvuutta. Sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta tapahtuu yhdistelemällä sekä erilaisia työntö- ja vetotehtäviä että kustannuksia ja hyötyjä yksilöllisellä ja kollektiivisella tasolla. Sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus on luonteeltaan nopeasti muuttuvaa ja dynaamista. Liikkuvuuden jatkuva muuttuminen on seurausta useiden liikkuvuuteen vaikuttavien tekijöiden moninaisuudesta. Sairaanhoitajat etsivät mahdollisuuksia, jotka vastaavat heidän kykyjään, pätevyksiään, henkilökohtaisia ja yhteiskunnallisia kontekstejaan ja tarvetta ansioihin. Jos tämänkaltaisia mahdollisuuksia ei löydy heidän omista järjestelmistään, alueiltaan tai maistaan, osa hoitajista etsii näitä asioita muualta.

Sairaanhoitajien kansainvälisestä liikkuvuudesta hyötyvät eniten sairaanhoitajat itse sekä heidän lähiomaisensa. Valtiotasolla hyötyjiä ovat kohdemaat, kun taas menettäjiä ovat lähtömaat. Ulkomaalaisesta sairaanhoitajien vahvistaessa terveydenhuollon työvoimaa kohdemaissa yleinen terveydentila näissä maissa oletettavasti kohenee. Sairaanhoitajien maastamuutto puolestaan pahentaa pulaa ammattitaitoisista sairaanhoitajista lähtömaassa samalla heikentäen maiden terveydenhuoltojärjestelmiä.

Suomen kontekstissa tutkielmasta kävi ilmi, että kansainvälisesti pätevoityneet sairaanhoitajat, jotka muuttavat Suomeen kohtaavat vieraan terveydenhuoltojärjestelmän, erilaisen ammattikulttuurin ja uuden sosiaalisen ja yhteiskunnallisen ympäristön. Jokainen sairaanhoitaja käy läpi siirtymävaiheen sekä työssään että henkilökohtaisessa elämässään. Suomen kielen taidon merkitys osoittautui olennaiseksi tässä tutkielmassa monissa eri yhteyksissä. Ammatinharjoittaminen ja pätevoityminen edellyttävät riittävää kielitaitoa, minkä lisäksi hyvä kielitaito edesauttaa myös yhteiskuntaan ja työelämään integroitumista.

---

**AVAINSANAT:** Sairaanhoitaja, kansainvälinen liikkuvuus



## 1. JOHDANTO

Terveydenhuollon ammattilaiset edustavat suurta osaa työmarkkinoiden ja maailmantalouden työvoimasta. Maailman terveysjärjestö WHO:n tilastoraportin (2015: 116–122) mukaan hoitoalan ammattilaiset ovat suurin terveydenhuollon ammattien sektori maailmassa. Globalisoitumisen myötä myös sairaanhoitajat ovat johdonmukaisesti päättäneet liikkua yli rajojen kehittääkseen ammattitaitoaan ja parantaakseen elämänlaatuaan (Kingma 2007: 1282). Kansainvälisellä liikkuvuudella (*mobility*) tarkoitetaan tässä tutkielmassa sairaanhoitajien muuttoliikettä maiden välillä joko pysyvästi tai väliaikaisesti. Kansainvälinen liikkuvuus erotetaan sisäisestä liikkuvuudesta, jossa sairaanhoitajat liikkuvat maan rajojen sisällä tai sektoreiden välillä.

Terveydenhuoltohenkilöstön liikkuvuus on monella tapaa kompleksista sekä tutkijoille että päättäjille, sillä liikkuvuuden vaikutukset ovat muuttuvia, vaihtelevia, epäselviä ja tahattomia. Kansainväliseen liikkuvuuteen liittyy sekä haasteita että hyötyjä, ja se koskettaa maita monilla ja vastakkaisilla tavoilla. (Glinos 2015: 1533.) Sairaanhoitajien liikkuvuus on monimutkainen ilmiö lähtökohtaisesti sen takia, että maailmanlaajuisesti sairaanhoitajista on runsaasti pulaa (Kingma 2007: 1282–1284; Li, H., Nie & Li, J. 2014: 314; Walani 2015: 65–66). Lisäksi osaavan työvoiman menetys koskettaa erityisesti köyhiä maita, kun korkeasti koulutetun terveydenhuoltohenkilöstön maastamuutto vaikeuttaa terveydenhuoltojärjestelmän kykyä vastata väestön palvelutarpeisiin. Vastavasti vastaanottajamaissa erillistä huomiota edellyttää monikulttuurisuuden ja kotoutumisen turvaaminen. Toisaalta maasta muuttaneiden hoitoalan ammattilaisten kotiin lähettämät rahalähetykset ovat monen yhteisön huomattavia tulonlähteitä. Lisäksi sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus avartaa yhteiskuntia, kun kulttuurien ja kansojen välinen keskinäinen vuorovaikutus ja oppiminen lisääntyvät. (Li ym. 2014: 315–317.)

Useat maat ovat pyrkineet ratkaisemaan terveydenhuollon henkilöstövajettaan ulkomalaisella työvoimalla. Niin ikään Suomessa maahanmuuttopoliittisen ohjelman päämääränä on ollut valmistautua työvoiman tarpeeseen työperusteista maahanmuuttoa edistämällä. Suomen terveydenhuollossa ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien osuus on yhä



pieni, mutta osuus on kasvanut toistuvasti 2000-luvun aikana. (Aalto, Elovainio, Hepo-niemi, Hietapakka, Kuusio & Lämsä 2013: 5, 18–20.) Eniten ulkomaalaistaustaisia sairaanhoitajia on muuttanut Suomeen Ruotsista, Venäjältä ja Afrikasta. (Suomen virallinen tilasto 2015: 8, 83).

Suomen näkökulmasta ulkomaalaistaustaisella sairaanhoitajalla tarkoitetaan tässä tutkielmassa ulkomailta Suomeen muuttanutta henkilöä, joka syntyessään ei ole ollut Suomen kansalainen, ja joka täyttää sairaanhoitajien koulutuksesta ja pätevyydestä annetun EU-direktiivin (2005/36/EY) vaatimukset. Suomessa sairaanhoitajien tutkinto on tällä hetkellä alempi akateeminen tutkinto (bachelor-tutkinto), mutta suoran tunnustamisen saamiseksi koulutuksen ei välttämättä pidä olla bachelor-niminen, kunhan se täyttää direktiivin vaatimukset.

Sairaanhoitajien kasvavalla kansainvälisellä muuttoliikkeellä on globaali vaikutus terveydenhuoltojärjestelmiin, eikä mikään maa voi suhtautua piittaamattomasti terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuuteen. Kuten Campell, Dussault, Buchan, Pozo-Martin, Guerra Arias, Leone, Siyam ja Cometto (2013) toteavat terveydenhuollon ammattilaisten poikkeuksellisen merkityksen, terveydenhuoltojärjestelmien suorituskyky pohjautuu laajalti terveydenhuoltohenkilöstön tietoihin, taitoihin ja motivaatioihin. Terveydenhuoltojärjestelmät ovat hyvin haavoittuvaisia työvoiman vaihteluille.

Sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus johtuu historiallisista, taloudellisista, yhteiskunnallisista ja poliittisista tekijöistä. Koska sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus on laajalle levinnyt ja globalisoituva ilmiö, on se herättänyt kiinnostusta useissa tutkimuksissa ympäri maailmaa. Maat, kuten Australia, Kanada, Iso-Britannia ja Yhdysvallat, ovat johtavia isäntämaita kansainvälisesti koulutetuille sairaanhoitajille tänä päivänä (Xu & He 2012: 216–218), ja siksi myös suurin osa aiheesta käsittelevistä tutkimuksista keskittyy sairaanhoitajien muuttoliikkeeseen näissä maissa. Sairaanhoitajien muuttoliike ja kansainvälisten sairaanhoitajien kasvava määrä on viime vuosina herättänyt huomiota suomalaisessa mediassa, ja siitä on muodostumassa myös Suomessa kiinnostava tutkimuskohde (ks. esim. Nieminen 2011). Suomessa sairaanhoitajien kansainväliseen liik-

kuvuuteen keskittyviä tutkimuksia on vielä vähemmän. Muutama pro gradu -tutkielma tutkii ilmiötä hoitotieteen alalta (esim. Baumgartner 2012; Hartikainen 2007).

### 1.1. Tutkimuksen tavoitteet

Pro gradu -tutkielmani tarkoituksena on selvittää ja kuvailla tutkimuskirjallisuuden sekä kriittisen ajattelun avulla sairaanhoitajien liikkuvuutta kansainvälisenä ilmiönä, liikkuvuuteen liittyviä käsitteitä ja myös suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää osana kansainvälistä liikkuvuutta. Minkälaisia sairaanhoitajien kansainvälisestä liikkuvuudesta tehtyjä tutkimuksia on löydettävissä 2000-luvulla? Miten terveydenhuoltojärjestelmät sopeutuvat sairaanhoitajien kansainväliseen muuttoliikkeeseen? Tutkimusta lähestyn teoreettis-käsitteellisen kirjallisuustutkimuksen näkökulmasta, ja tutkielman tarkoituksena ei ole laatia tilastollisia yleistyksiä, vaan muodostaa ymmärrettävä käsitys sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden ilmiöstä.

Pro gradu -tutkielmani tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä sairaanhoitajien liikkuvuus on kansainvälisenä ilmiönä?
2. Millaisia vaikutuksia ja haasteita sairaanhoitajien liikkuvuus luo yhteiskunnille, terveydenhuoltojärjestelmille ja sairaanhoitajien ammattiryhmälle?
3. Mitkä ovat sairaanhoitajien liikkuvuuden periaatteet Suomessa?

### 1.2. Tutkimuksen rakenne

Teoreettis-käsitteellisen tutkimuksen tavoitteena on Rodgersin ja Knaflin (1993: 36–38) mukaan tiedon synteesi. Tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan käsitteellisesti, jolloin voidaan abstraktilla tasolla määritellä ilmiön välttämättömiä ehtoja. Ihmistieteen näkökulma huomioiden tutkielman pyrkimyksenä on löytää sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta kuvaavia malleja, eli yleisiä sääntöjä. Ihmisten ollessa tutkimuksen kohteena on haastavaa löytää mitään stabiileja ilmiötä kuvaavia malleja tai teorioita, kun ihmisten intentiot, pyrkimykset ja motiivit, päämäärät ja tavoitteet sekä mielikuvat ja asenteet, ovat vaihtelevia. Tutkimustyö edellyttää muihin tieteenaloihin perehtymistä, ja keskus-

telu muiden tieteenalojen kanssa on yleensä hedelmällistä ja johtaa parempaan lopputulokseen kuin pelkästään oman tieteenalan hallinta. (Metsämuuronen 2006: 24–25.) Tässä tutkielmassa esitelläänkin synteesi sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta koskevasta tutkimuskirjallisuudesta, ja lähestyn aihetta integroivan kirjallisuuskatsauksen kautta. Salminen (2011: 8) toteaa, että integroiva kirjallisuuskatsaus kuvaa tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman monipuolisesti kriittisen tarkastelun otteella. Integroiva ote mahdollistaa erilaisin metodisin lähtökohdin tehdyt tutkimukset analyysin pohjaksi, mikä on olennainen näkökohta tämän tutkielman kannalta, kun sairaanhoitajien liikkuvuutta tarkastellaan kansainvälisenä ilmiönä.

Pro gradu -tutkielmassani jäsenän sairaanhoitajien kansainvälistä muuttoliikettä, liikkuvuuden käytännöllisiä reunaehtoja sekä liikkuvuutta eri toimijoiden näkökulmasta käsittelevää tutkimuskirjallisuutta kolmen tarkastelutason kautta. Luvussa 2 käsitellään sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta eri lähestymistapojen kautta. Luvussa 3 painottuvat kansainvälisen muuttoliiketutkimuksen käytännölliset reunaehdot. Luku 4 puolestaan tarkastelee sairaanhoitajien liikkuvuuden periaatteita Suomessa eri toimijoiden rooleista määriteltynä. Luku 5, Johtopäätökset ja pohdinta, vastaa tutkimuskysymyksiin edellä esitetyn tutkimuskirjallisuuden analyysin perusteella.

## 2. SAIRAANHOITAJAT KANSAINVÄLISEN LIIKKUVUUDEN TUTKIMUKSESSA

### 2.1. Sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden lähestymistavat

Sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus on sekä maailmanlaajuinen ilmiö että moniulotteinen käsite. Ensisijaisesti käsitettä käytetään kuvaamaan henkilöitä, jotka ylittävät kansallisia rajoja (Schultz & Rijks 2014: 10). Kansainvälisen liikkuvuuden kirjallisuudessa merkittävät kannanotot muuttoliikkeen teoretisoinnista ovat harvinaisempia, mikä taustalla on todennäköisesti muuttoliikkeen lajien monipuolistuminen. Sairaanhoitajat ylittävätkin valtioiden välisiä rajoja usein eri lähtökohdin; muuan muassa työnhakijoina, pakolaisina tai puolisoina (Nieminen 2011: 11).

Sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden suhdanteet ja muuttomäärät ovat muuttuneet huomattavasti viimeisten 50 vuoden aikana (ks. luku 2.2). Castles ja Miller (2009: 10) painottavat, että elämme nyt muuttoliikkeen aikakautta, jolloin kansainvälinen liikkuvuus on kiihtynyt, globalisoitunut, naisistunut, monipuolistunut ja kasvavissa määrin politisoitunut. Länsimaista yhteiskuntaa perinteisesti määritelleet staattiset rakenteet – yhteiskuntaluokka, pysyvä asuinpaikka ja pysyvät työpaikat – on korvattu uudella piirteellä; liikkuvuudella.

Ribeiro (2008: 79) toteaa, että 1970-luvulle asti uusklassiset näkemykset inhimillisestä pääomasta ja työntö- ja vetoteoriat olivat hallitsevia muuttoliikekeskustelussa. Siirtolaiset nähtiin melko homogeenisenä ryhmänä, ja määritteet, kuten etnisyys, sukupuoli ja yhteiskuntaluokka, jäivät suurelta osin huomiotta. Historiallisesti poliittiset konfliktit tai talouden laskusuhdanteet ovat olleet tärkeimpiä syitä kansainvälisille maahanmuuttomalleille. Cerdin ja Selmer (2014: 1281) selvittävät, että vaikka tällaiset syyt ovat yhä olemassa pakolaisille, osaamistalouksissa (*knowledge economy*) lahjakkuuksien rekrytoinnista ja säilyttämisestä on tullut keskeinen kysymys organisaatioille ja valtioille. Bunda, Lall ja Sharma (2014: 128) painottavat, että vuonna 2008 alkanut finanssikriisi on merkittävin taloutta, taloudellista ajattelua ja työmarkkinoita vahingoittanut kriisi 1930-luvun Suuren laman jälkeen. Stephens (2015: 86) jatkaa, että maailman finanssi-

kriisin mukanaan tuoma taloudellinen taantuma on edelleen katalysaattori merkittäväälle muuttoliikkeelle. Nykyinen kansainvälisen talouden kriisi on johtanut työvoiman kysynnän ainakin tilapäiseen hyytymiseen ja protektionistisen ilmapiirin lisääntymiseen myös Suomessa (Mannila 2010: 646).

Kun sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta käsitellään globaalina makrotason ilmiönä, tulee huomioida, etteivät muuttoliike ja yksittäisten siirtolaisten päätökset muuttakaan ole yksittäisiä tapahtumia, vaan ne tulee ymmärtää niiden laajemmissa yhteiskunnallisissa, kulttuurillisissa, taloudellisissa ja historiallisissa yhteyksissä. Castles (2003: 13) korostaakin, että muuttoliikkeen sosiologian tulee käsitellä lokaalia ja globaalia sosiaalista vuorovaikutusta, kuten myös niiden kompleksisia keskinäisiä suhteita. Lisääntynyt ihmisten ja valuutan monikansallinen ja mantereiden ylittävä liike viime vuosikymmenten aikana on teoretisoitu laajempien globalisaation prosessien osoitukseksi. (Trouillot 2003: 47–48.) Sosiologi Zygmunt Bauman (1998: 7, 74–77) on tuonut esiin teoreettisen konseptoinnin tapoja, joilla globalisaation prosessien voidaan nähdä resonoivan yksittäisen siirtolaisten näkökulmille ja kokemuksille. Bauman esittelee mikro- ja makrotasojen näkökulmien välisen synteetin havainnoimalla, että globalisaation aikakaudella vallitsee kaksi radikaalisti erilaista näkökulmaa: lokaali ja globaali.

Baumanin (1998: 2–3, 88–89) mukaan globaali näkökulma edustaa väestön eliitin osaa yksilöistä, jotka voivat liikkua vapaasti maiden ja maanosien välillä. Lokaalia näkökulmaa edustavat vähemmän etuoikeutetut henkilöt, jotka ovat sidoksissa natiiviin ympäristöönsä ja joilla on vähemmän valinnanvaraa elämässään. Vaikka Bauman väittää, että nämä yhteydet esiintyvät keskinäisten arvojen ja sosiaalisten stratifikaatioiden välillä, hän tunnistaa, ettei ainoastaan sosiaalinen eliitti seuraa globaaleja arvoja.

Van Hear (1998: 14–16) tähdentää, että vaikka on olennaista ymmärtää liikkuvuuteen vaikuttavaa makropoliittista taloutta ja sen ulottuvuuksia, on yhtä tärkeää käsittää liikkuvuuden mikronäkökulmia maahanmuuttajan kannalta. Jälkimmäiset tekijät sisältävät yksilön motivaatiotekijät, kotitalouden päätöksentekostrategiat, erot kotipaikan ja määrään välillä sekä liikkuvuusverkostojen kehitysvaiheet. Maahanmuuttajien subjektiiviselta näkökannalta Reynolds (2002: 279) esittää, että tämä voidaan käsitteellistää kult-

tuurilliseksi muuttoliikkeen pääomaksi (*cultural migratory capital*), millä hän viittaa maasta muuttaneiden perehtyneisyyteen elämisestä kohdemaassa, kielitaitoon, perhe-suhteisiin kohdemaassa ja maamiestensä perinteisiin muuttoliikkeessä. Liikkuvuuden makro- ja käytännön näkökohdat käsitteellistetään infrastruktuuriksi, jossa on kysymys maasta muuttaneiden pääsystä kansainvälisille lennoille ja hallitseeko heitä valtiojohto, joka sallii heidän matkustamisensa. Myös Faist (1997: 247) osoittaa muuttoliikkeen tilalla (*migratory space*), ettei muuttoliike koostu pelkästään yhdestä tai useammasta spatiaalisesta sijainnista, mutta myös poliittisista, taloudellisista ja kulttuurillisista siteistä ja instituutioista. Kline (2003: 108, 111) puolestaan kuvaa muuttoliikkeen olevan seurausta muuttoliikkeen akselin molemmissa päissä olevien voimien vuorovaikutuksesta. Jotkut näistä voimista ovat poliittisia, sosiaalisia, taloudellisia, oikeudellisia, historiallisia, kulttuurillisia ja koulutuksellisia.

Makrovaikutteet tulee kuitenkin huomioida myös mikrotason ohjaajien näkökulmasta, joihin liittyvät esimerkiksi henkilökohtaiset motiivit, kielitaidon kehittäminen, suoraviivainen opportunismi, matkustamismahdollisuudet, sosiaaliset verkostot ja ennen kaikkea elämäntilanne. Sairaanhoidajien kansainvälisen muuttoliikkeen historian pohjalta on nähtävissä, että yksilöt ovat aina käyttäneet maantieteellistä liikkuvuutta strategiana etsiäkseen uusia ja parempia mahdollisuuksia ylläpitääkseen tai kasvattaakseen elintasaan (Matiz-Bulla & Hormiga 2011: 448–449). Aboderin (2007: 2239) tuo esille, että käsitteellisesti globaalin ja lokaalin näkökulmien tutkiminen suhteessa sairaanhoidajien liikkuvuuteen on tehnyt vähän systemaattista eroa käytännön elämän strategioiden tai toimintojen ja normatiivisten arvojen välille. Erityisen vähän on tutkimusta sairaanhoidajien normatiivisista arvoista, eli mitkä tekijät liikkuvuudessa ovat ihanteellisesti haluttuja, koskien globaaleja tai lokaaleja näkemyksiä. Lisäksi käytännössä ei ole lainkaan tutkittu missä määrin globaali ja lokaali näkökulma toimivat samanaikaisesti.

Sairaanhoidajien kansainvälisen liikkuvuuden tutkimuksen tekee erityisen mielenkiintoiseksi sen omalaatuisuus ja kompleksisuus. Tjadens kumppaneineen (2012: 158) korostaa, että terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuus noudattaa erilaisia polkuja kuin yleinen työvoiman liikkuvuus. Myös Glinos ja Buchan (2014: 131–132) tuovat esille, että kyky erottaa erilaisia terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuuden muotoja on

tarpeellista tehokkaiden politiikan toimien toteuttamiseksi sen sijaan, että terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuutta käsiteltäisiin yhtenäisenä joukkona. Hyvin erilaiset kannustimet motivoivat esimerkiksi kokenutta sairaanhoitajaa lähtemään ulkomaille löytääkseen parempia työoloja kuin uransa alkupuolella olevaa ammattilaista, joka haluaa erikoistua. Erilaisilla skenaarioilla on erityisiä vaikutuksia lähtömaalle työvoiman menetyksen ja pysyvän tai tilapäisen maastamuuton todennäköisyyden kannalta. Vastaanottajamaalle jokainen uusi ulkomainen tulokas tuo mukanaan tiettyjä mahdollisuuksia ja haasteita, jotka liittyvät siihen, kuinka he soveltuvat työvoimaan ja järjestelmään. Näitä mahdollisuuksia ja haasteita ovat esimerkiksi ammattitaitoisuus, odotukset, kulttuuri ja kieli sekä oleskelun kesto.

Taloustieteen perusnäkemysten mukaan vapaa liikkuvuus edistää taloudellista kasvua ja kilpailukykyä, eli koituu maailmanlaajuisesti kaikkien hyödyksi. Terveydenhuollon työvoiman kohdalla tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei maiden joukossa olisi lainkaan nettöhäviöitä. (Mannila 2010: 639.) Sairaanhoitajien muuttoliikkeen tuloksena ilmenee maailmanlaajuisia valtarakenteita ja eriarvoisuutta heijastaen lähinnä globaalia epätasa-arvoa vallassa ja vauraudessa, kun sairaanhoitajat liikkuvat köyhemmistä maista rikkaampiin. Globaalin hoitotyön ketjun yläosan maiden hoitajapulaa täydennetään alemman ketjun maiden hoitajilla. Esimerkiksi Yhdysvallat vetää hoitajia Kanadasta ja Kanada puolestaan ammentaa hoitajia Iso-Britanniasta korvatakseen hoitajiensa menetyksen Yhdysvalloille. Iso-Britannia vetää sairaanhoitajia Etelä-Afrikasta täyttääkseen omia työpaikkojaan ja Etelä-Afrikka vetää hoitajia Swazimaasta. Sairaanhoitajien kansainvälinen muuttoliike on ilmennyt myös alueellisesti, kun heikommista maista tai periferioista muutetaan vahvempiin maihin ja periferioihin. Muuttoliike on tapahtunut esimerkiksi Itä-Euroopasta Keski- ja Länsi-Eurooppaan. (Yeates 2010: 426–427.)

Glinos ja Buchan (2014: 135) ehdottavat terveydenhuollon ammattilaisen liikkuvuuden (*mobility*) käsitteelle seuraavaa määritelmää, kun huomio on yksittäisessä muuttajassa:

*”Mikä tahansa terveydenhuollon ammattilaisen rajat ylittävä liikkuminen valmistumisen jälkeen, kun ammattilaisen tarkoituksena on tehdä työtä, jossa hän tarjoaa terveyteen liittyviä palveluja kohdemaassa, mukaan lukien koulutusjaksot” (emt).*

Sanavalinta tuo mukanaan sen, että määritelmä koskee myös terveydenhuollon ammattilaisten muuttoliikettä (*migration*). Termit liikkuvuus ja muuttoliike ovat käsitteellisesti päällekkäisiä ja yleisessä käytössä. Niiden välinen ero muodostuu oleelliseksi EU:n sisällä, jossa erilaiset oikeudelliset järjestelmät hallinovat EU:n sisäistä liikkuvuutta vastakohtana EU:n ja kolmannen maailman maiden välillä. Koska määritelmä ei täsmennä, millaisia rajoja ylitetään, se pystyy kattamaan sekä liikkuvuuden että muuttoliikkeen.

Vaikka muuttoliiketeoriat ovat kehittyneet monien vuosien ajan, niiden käytöstä sairaanhoitajien muuttoliikkeen tutkimuksessa on vähänlaisesti esimerkkejä. Muuttoliiketeoriat keskittyvät eri tasoilla analyysiin: mikrotasot keskittyvät yksilöllisiin maahanmuuttopäätöksiin, makrotason teoriat kokonaiskysynnän selityksiin ja meso-tason teoriat puolestaan tutkivat kotitalouksien ja yhteisöjen vaikutteita muuttoliikkeeseen. (Hagen-Zanker 2008: 5–12.) Yleisimmin käytetty teoria kuvaamaan sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta on työntö- ja vetoteoria. Tämä mikrotason kehys tarjoaa selityksen sille, miksi sairaanhoitajat liikkuvat kansainvälisesti, mutta se ei yksinään selitä liikkuvuutta kokonaisvaltaisesti. Choi, Woods ja Murrmann (2000: 64–66) sekä de Haas (2008: 228–229) ilmaisevatkin, että muuttoliikkeen tutkimuksen heikkous on ollut taipumus tutkia liikkuvuuden syitä ja vaikutuksia erikseen. Tämä on valitettavaa, sillä liikkuvuuden päätöksiin vaikuttavat tekijät todennäköisesti myös muotoilevat paluumuuton pitkän aikavälin päätöksiä (Stephens 2015: 87).

### 2.1.1. Tiivistetty kuvaus aikaisemmasta kirjallisuudesta

Tutkimusotteessani olen yhdistänyt sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden ilmiötä luokittelevia teoreettisia lähestymistapoja. Nämä lähestymistavat ovat osa laajempaa tutkimussuuntausta, joka tarkastelee koulutettujen ja ammattitaitoisten maahanmuuttajien kansainvälistä muuttoliikettä. Tässä luvussa tekemäni yhteenvedo on muodostettu sairaanhoitajien kansainvälisen muuttoliiketutkimuksen suuntauksista, joissa kansainvälisiä muuttoliikkeitä lähestytään muun muassa kansainvälisten muuttovirtojen mallien, motivaation ja makrotason ilmiöiden kannalta.



### *Liikkuvuus määräytyy yksilön motivaation ja päätöksenteon kautta*

Motivaatio muuttoliikkeeseen on keskeinen ominaisuus, joka on liitetty sairaanhoitajien liikkuvuuteen. Sitä on kuvattu subjektiiviseksi päätöksenteon prosessiksi (Fawcett 1985: 12–14), joka saa vaikutteita työntö- ja vetotekijöistä (Kingma 2008a: 3–5; McGillis Hall, Pink, Jones, Leatt, Gates & Peterson 2009: 203–204). Motivaatio voi olla sekä sisäistä että ulkoista. Monia teorioita ja malleja on tarjottu selittämään sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta, kuten Maslowin tarvehierarkia, verrannollisen oikeudenmukaisuuden teoria, Victor Vroomin ”odotusteoria” (Winkelmann-Gleed 2006: 42), käyttäytymismallit (Fawcett 1985: 12–14) sekä taloudellisten ja sosiaalisten verkostojen teorit (Tilly 2007: 5–6). Sairaanhoitajien liikkuvuutta ajavat motiivit ovat monitahoisia, ja niihin vaikuttavat useat mikro- ja makrotason tekijät. (Kingma 2008b: 330).

### *Muuttoliikkeeseen vaikuttavat ulkoiset esteet ja fasilitaattorit*

Sairaanhoitajien kansainvälisen muuttoliikkeen esteet ja fasilitaattorit toistuvat aihetta käsittelevässä kirjallisuudessa, ja ne luokitellaan ulkoisiksi silloin, kun ne eivät ole siirtolaisen itsensä kontrolloimia. Esteet ja fasilitaattorit monimutkaisessa globaalissa ympäristössä muuttuvat jatkuvasti sekä kehittyvät. Taloudelliset taantumukset sekä kansainväliset tapahtumat ja ilmiöt voivat nopeasti johtaa uusiin politiikkoihin, jotka rajoittavat maahanmuuttoa tai tekevät siitä entistä vaikeampaa. (Buchan 2007: 1333–1334.) Merkittäviä esteitä muuttoliikkeelle ovat etenkin kielitaidot ja riittämätön koulutuksellinen valmistautuminen (Kingma 2008a: 5). Liikkuvuuden helpottajia on monia muotoja. (ks. tarkemmin luku 3.1.)

### *Valinnanvapaus liikkuvuuteen*

Valinnanvapautta sairaanhoitajien muuttoliikkeessä voidaan kuvata jatkumoksi täysin vapaaehtoisesta vastentahtoiseen ja edelleen pakotettuun muuttoliikkeeseen. Kaikki nämä muodot on kuvattu sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden kirjallisuudessa. Vaikka monet sairaanhoitajat kokevat muuttoliikkeen vapaaehtoiseksi, Kingma (2006: 5) kyseenalaistaa, onko muuttoliikkeessä kyse valinnasta vai onko siitä muodostunut

sairaanhoidajille velvollisuus tai (seurauksena) rajoitus. Hän korostaa, ettei liikkuvuutta ilmene ellei kotimaassa ole vahvoja työntekijöitä. Mejia, Pizurki ja Royston (1979: 102) jatkavat toisin sanoen, että riippumatta vahvoista vetotekijöistä, laajamittaista muuttoliikettä ei tapahdu maista, joissa vahvoja työntekijöitä ei ole olemassa. Esimerkiksi Kanadassa pula kokoaikaisista sairaanhoitajien töistä on toiminut vahvana työntekijänä, jolloin kanadalaiset sairaanhoitajat ovat muuttaneet kokopäivätyöhön Yhdysvaltoihin (McGillis Hall ym. 2009: 203–204). Tällaista liikkuvuutta ei pidetä täysin vapaaehtoisena.

#### *Vapaus muuttoliikkeeseen on ihmisoikeus*

Sairaanhoidajien muuttoliikkeelle on ominaista liikkumisvapaus ihmisoikeutena. Tämä oikeus on esitetty yleismaailmallisen ihmisoikeuksien julistuksen 13. artiklassa, jossa todetaan, että jokaisella on oikeus liikkua vapaasti ja valita asuinpaikkansa kunkin valtion sisällä sekä oikeus lähteä maasta, myös omasta maastaan, ja palata maahansa (Yhdistyneet kansakunnat 1948: 4). Tätä oikeutta tukee myös sairaanhoitajien maailmanjärjestö (2007: 1), joka toteaa, että kaikilla hoitajilla on oikeus siirtolaisuuteen valinnan funktiona riippumatta heidän motivaatiostaan. Vaikka kirjallisuudessa ilmenee huolta sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden aiheuttamista negatiivisista seurauksista joissakin maissa, ei ole suositeltu, että sairaanhoitajien oikeutta muuttoliikkeeseen tulisi evätä. (Buchan, Jobanputra, Gough & Hutt: 2005; Kingma 2008; Thupayagale-Tshweneagae 2007).

#### *Liikkuvuus on dynaamista*

Sairaanhoidajien muuttoliike on dynaamista ja sitä on kuvattu liikehdinnäksi, joka on arvaamatonta ja alati muuttuvaa (Humphries ym. 2008: 12–13). Liikkuvuuteen vaikuttavat sekä maakohtaiset että laajemmat globaalit kysymykset ja myös muuttoliikemallit. Lähtömaiden moninaisuus ja erilaiset demografiset profiilit sekä yksilön motiivit ja uratavoitteet edistävät liikkuvuuden kehityssuuntia. (Buchan ym. 2005: 17–18; Perrin, Hagogopian, Sales & Huang 2007: 224–225.)

*Työntö- ja vetoteoria*

Monet sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden syiden analyyseistä ovat keskittyneet rationaaliseen talouden työntö- ja vetologiikkaan (Chen, Evans, D, Evans, T., Sadana, Stilwell, Travis, Van Lerberghe & Zurn 2006: 75–80; Dovlo 2007:1374–1375; Dywili, Bonner & O’Brien 2011: 514–515; Habermann & Stagge 2010: 47–48). Matalapalkkaisuus, työmahdollisuuksien puute, heikot ja vaaralliset työolosuhteet sekä matala ammatillinen status ovat merkittäviä työntövoimia lähtömaissa (Mejia ym. 1979: 102; Lorenzo, Galvez-Tan, Icamina & Javier 2007: 1412). Poliittinen epävakaus on myös työntötekijä, erityisesti sairaanhoitajille Saharan eteläpuolisessa Afrikassa (Kalipeni, Semu & Mbilizi 2012: 164). Huomattavia vetotekijöitä kehittyneissä maissa ovat aktiivinen sairaanhoitajien kansainvälinen rekrytointi, korkeampi palkka sekä paremmat työolosuhteet (Lorenzo ym. 2007: 1412). Kingma (2006: 45) toteaa, etteivät turvallisuuden liittyvät työntötekijät ole saaneet riittävästi huomiota. Esimerkiksi monet maat ovat raportoineet työperäisistä vaaratekijöistä, jotka johtuvat ylitöistä, loppuun palamisesta ja stressistä.

Uusklassiset muuttoliikkeen työntö- ja vetoteoriat korostavat yksilöllistä päätöksentekoa, joka pohjautuu pitkälti maiden välisiin taloudellisiin eroihin (Bach 2007: 385). Kansainvälinen liikkuvuus on kuitenkin kompleksisempää, ja siihen sisältyy maailmanlaajuinen poliittis-taloudellinen ulottuvuus, siirtomaiden tarinat, kotitalouksien päätöksenteko, strategioiden laadinta ja transnationaaliset verkostot. Tämä ei kuitenkaan viittaa siihen, että käytetyt työntö- ja vetoteoriat olisivat merkityksettömiä. Pikemmin nämä tekijät tulee huomioida paremmin laajemmassa kontekstissa, kuten myös sosiaaliset suhteet. Sairaanhoitajat eivät yhdenmukaisesti vastaa työntö- ja vetotekijöihin ja missä määrin kyseiset voimat motivoivat sairaanhoitajia, edellyttää laajempaa tutkimusta. (Alonso-Garbayo & Maben 2009: 3–4; Buchan & Perfilieva 2006: 3, 15–16.)

Tutkimukset sairaanhoitajien kansainvälisestä liikkuvuudesta tulee sijoittaa ajankohtaiseen poliittis-taloudelliseen kontekstiin, erityisesti globaaleihin uusliberalistisiin politiikoihin. Hoitotyön tutkijat ovat kuvanneet teollisuusmaiden ali-investoivan sairaanhoitajien kouluttamiseen, ja tulevat tutkimukset saattavat luoda kehitysmaiden ali-

investointien (ja työntekijöiden) välisiä yhteyksiä valtioiden uusliberalistisissa uudelleenjärjestelyissä, kun rakennesopeutusohjelmat ovat vähentäneet kansallisia terveydenhuollon budjetteja. (Gaidzanwa 1999: 4–6; Kalipeni ym. 2012: 168–169.) Lisäksi rakennesopeutukseen on liittynyt kansainvälisiä kehityshankkeita, terveysaloitteita ja terveydenhuollon kansalaisjärjestöjä, jotka rekrytoivat sairaanhoitajia paikallisista terveydenhuoltojärjestelmistä (Dovlo 2007: 1379–1380; Pfeiffer & Nichter 2008: 412–413). Työvoiman vienti voi myös olla tärkeä osa maan kehitysjärjestelmää, jossa valtio toivoo hyötyvänsä siirtolaistyöntekijöidensä ulkomailta lähettämistä rahalähetyksistä (Masselink & Lee 2013: 95–97; Xu 2006: 130–131).

Työntö- ja vetologiikka voi myös yksinkertaistaa sekä useita muuttoliikkeiden malleja että yksilöiden ja perheiden tekemiä pitkän aikavälin suunnitelmia lopulta asettua haluttuun maahan. Siirtyminen voidaan toteuttaa vaiheittain julkiselta sektorilta yksityiselle, maaseudulta kaupunkeihin (Gaidzanwa 1999: 22, 27–28) sekä useiden eri maiden läpi monien vuosien ajan. Vaikka taitavimmat sairaanhoitajat saatetaan rekrytoida Yhdysvaltoihin tai Iso-Britanniaan suoraan lähtömaista, vähemmän pätevät sairaanhoitajat voivat siirtyä Lähi-itään saamaan ensin kokemusta, säästämään rahaa ja valmistautumaan ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien kokeisiin ennen yrittämistään muuttaa Yhdysvaltoihin tai Iso-Britanniaan. Täten esimerkiksi nuorille kehitysmaiden sairaanhoitajille muuttoliike voi olla ponnahduslauta ”todelliseen” tulevaisuuteen länsimaissa. (Percot 2006: 163.)

Lisäksi suurin osa kirjallisuudesta osoittaa liikkuvuuden suuntautuvan etelästä pohjoiseen tai kehitysmaista kehittyneisiin maihin, mutta joillakin alueilla esiintyy myös alueiden sisäistä muuttoliikettä (Dovlo 2007: 1379–1380; Kalipeni ym. 2012: 168–169). Siten Kingma (2007: 1284) kuvaa sairaanhoitajien muuttoliikettä ”karuselliksi” pikeminkin kuin pelkäksi etelästä pohjoiseen suuntautuvaksi virraksi. Liikkuvuus julkisen ja yksityisen sektorin välillä, maaseudulta kaupungin alueisiin ja useiden transnationaalisten kohteiden välillä voidaan paremmin ymmärtää globaalin sairaanhoitoketjun avulla sekä huomioida tulevissa pitkittäistutkimuksissa.

Tjadens kollegoinee (2012: 59–65) tuo työntö- ja vetotekijöiden rinnalle maiden sisäiset kiinnittymis- ja jäämistekijät (*stick and stay factors*). Verrattuna työntö- ja vetotekijöihin, joissa pääasiassa ammatilliset kysymykset tai terveydenhuoltojärjestelmien piirteet ovat tärkeässä roolissa, henkilökohtaisilla arvioinneilla vaikuttaa olevan enemmän merkitystä kiinnittymistekijöihin. Näin ollen kuulopuheet tai faktat voivat myötävaikuttaa kiinnittymiseen. Myös kielierot, kulttuurilliset erot, yhteiskunnalliset tekijät ja siirtymisen kustannukset ovat olennaisia kiinnittymiselle ja pysymiselle. Yhtä lailla kiinnittymiseen yhdistyvät taloudellinen ja poliittinen vakaus sekä kohdemaiden sosiodemografiset muutokset väestön kasvun, ikääntymisen ja kasvavan eliniän odotteen myötä. Kiinnittymiseen kytkeytyy myös ammatilliset kysymykset, kuten koulutuksen kustannukset ja laatu, työmarkkinoiden näkymät, työolosuhteet, ansiotulo, ammatillinen status ja työsopimukselliset ehdot. Lisäksi sekä terveydenhuoltojärjestelmien infrastruktuurilla ja organisoinnilla että maahanmuuttopolitiikoilla on tärkeä rooli yksilön kiinnittymiseen.

#### *Aivovuoto lähestymistapana*

Sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden yhdeksi keskeiseksi negatiiviseksi vaikutukseksi on käsitteellistetty termi aivovuoto (*brain drain*). Aivovuodon näkökulmasta olennaisia tarkastelun kohteita ovat erityisesti muuttoliikkeen lähtömaille aiheuttamat sosiaaliset ja taloudelliset seuraukset sekä strategiat, joiden avulla aivovuotoa ja sen negatiivisia seurauksia voidaan ehkäistä. Tutkijat väittävät, että kehitysmaat sekä tukevat kehittyneiden maiden terveydenhuollon kustannuksia että laskevat kohdemaiden maasta muuttavien, koulutuksen saaneiden sairaanhoitajien aiheuttamia taloudellisia menetyksiä (Kalipeni ym. 2012: 156, 168–169; Kirigia, Gbary, Muthuri, Nyoni & Seddoh 2006: 9; Mackey & Liang 2012: 71). Lähtömaat kokevat myös lukuisia muita menetyksiä, jotka haittaavat maiden kehitystä ja terveydenhuollon kapasiteetin rakentamista: terveyspalveluiden määrän vähenemistä, järjestelmien toiminnallisuuden heikkenemistä sekä kansanterveyden tutkijoiden, yrittäjien ja verotulojen menetystä, muutamia mainiten. (Kirigia ym. 2006: 6–10.)

Sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden syitä ja vaikutuksia käsitelleet analyysit, jotka ovat käyttäneet sekä työntö- ja vetologiikkaa että aivovuodon käsitettä, ovat vaikuttaneet paljon maailmanlaajuisen sairaanhoitajien liikkuvuuden ymmärtämiseen. Tällaiset analyysit ovat kuitenkin rajallisia, sillä muut tutkimukset ovat osoittaneet tarvetta tutkimustyölle, joka asettaa sairaanhoitajien liikkuvuuden historialliseen ja poliittis-taloudelliseen kontekstiin, ja joka ottaa osaa tarkemmin paikallisiin vaikutuksiin ja kokemuksiin sairaanhoitajien kansainvälisestä liikkuvuudesta myös maissa, joissa on sairaanhoitajien ylijäämää. Aivovuodon ilmiö on kuitenkin keskustelua herättävä. Kingma (2006: 199) ehdottaa, että aivovuodon käsite korvattaisiin käsitteellä aivokierto (*brain circulation*) kuvaamaan sairaanhoitajien paluumuuttoa lähtömaihin. Esimerkiksi Karibialla terveydenhuollon ammattihenkilöiden siirtolaisuus on vaikuttanut maan kehittymiseen. Koska työntekijät palaavat saatuaan henkilökohtaista ja ammatillista kasvua (Kingma 2006: 199), käsite aivokierrosta on sopivampi kuin aivovuoto kuvaamaan henkilöstön vaikutuksia.

#### *Globaalit sairaanhoivaketjut (Global nurse care chains)*

Globaalit sairaanhoivaketjut kuvaavat tapaa, jolla hoito on epäoikeudenmukaisesti jakautunut maailmanlaajuisella tasolla, jolloin emotionaalinen ylijäämä jakautuu perheille kehittyneissä maissa (Hochschild 2000: 134). Tämän maailmanlaajuisen hoivaketjun käsitteen teoretisoinnissa Arlie Hochschild (2000: 133) löyhästi mukailee Hopkinsin ja Wallersteinin (1986: 157–170) käsitettä kulutushyödykeketjuista, joissa tavarat kulkevat eri prosessien läpi niiden tuotannossa ja jakelussa maailmanjärjestelmän sisällä. Myös Salazar Parreñas (2005: 14) viittaa hoitovarojen hyödyntämiseen tai järjestelmälliseen hoidon poisvetämiseen köyhistä maista rikkaisiin maihin globaalissa taloudessa. Globaali sairaanhoivaketju voidaan käsitteellistää hierarkiaksi, jossa sairaanhoitajat liikkuvat Connellin ja Stilwellin (2006: 240) mukaan köyhimmistä Afrikan ja Aasian valtioista sekä suhteellisen pienistä ja köyhistä Karibian ja Tyynenmeren saarivaltioista kehittyneeseen maailmaan, joka kulminoituu Yhdysvaltoihin.

Nicole Yeates (2004a: 80–85, 2004b: 372–391) on tarjonnut feminististä revisiota Hochschildin (2000: 13) globaalien sairaanhoivaketjun konseptille. Yeatesin näkökulma

laajentaa globaalien hoivaketjujen käsitettä kouluttamattomista hoivatyöntekijöistä koulutettujen hoitoalan ammattilaisten suuntaan. Globaalit hoivaketjut valottavat näkökulmaa globalisaation, hoivan ja muuttoliikkeen välisiin yhteyksiin ja samanaikaisesti nostavat esille globalisaation sukupuolittuneet ulottuvuudet. Yeates erityisesti huomioi näkökulmassaan hoivatyöntekijöiden moninaiset koulutustasot, perhestatuksen, tuotetun hoivan tyypin, työympäristön ja historiallisen ajanjakson.

Raghuram (2012: 148–149) on kuitenkin kyseenalaistanut, ovatko globaalit sairaanhoivaketjut liian yksisuuntaisia kuvaamalla sairaanhoitajien kouluttamista ja muuttoliikettä yksinkertaisiksi ja siisteiksi prosesseiksi. Kuten Kingma (2008b: 330–332) toteaa, sairaanhoitajien kouluttaminen ja muuttoliike sisältävät joskus kiertävää liikettä eri solmu-kohtien välillä. Sairaanhoitajat, jotka liikkuvat ylikansallisesti useita kertoja saadakseen koulutusta, suosituksia ja taloudellisia resursseja edetäkseen haluamaansa kohdemaan osoittavat, että sairaanhoitajuus ja muuttoliike eivät ole yksisuuntaisia prosesseja. Etnografista tutkimusta tarvitaan valaisemaan paremmin erilaisia sairaanhoitajien läpikäymiä kokemuksia muuttoliikkeen yhteydessä, jotta voidaan tarkentaa globaalien sairaanhoivaketjujen käsitettä. Tämä on tarpeellista etenkin kun liikkuvuus on epäsuoraa ja kiertoiteitse etenevää.

Kustannusten ja hyötyjen epätasainen jakautuminen niin yksilöllisellä, valtiollisella kuin yhteiskunnallisellakin tasolla on johtanut vaatimuksiin maailmanlaajuisen sairaanhoitajien muuttoliikkeen hallinnon uudistamisesta. Sairaanhoitajien kansainvälisen muuttoliikkeen ollessa montaa toimijaa ja useita alueita koskettava prosessi tarvitaan monitahtoista ja kansainvälistä vastausta, joka koskettaa erilaisia osapuolia. Vaikka erilaiset intressit sairaanhoitajien kansainvälisessä liikkuvuudessa paitsi sulautuvat, ne myös joutuvat ristiriitaan. Herää kysymys siitä, miten kilpailevat intressit voidaan tasapainottaa ja voidaanko niitä sovittaa yhteen. Onko mahdollista esimerkiksi sovittaa yhteen matalan tulotason maiden yksittäisiä sairaanhoitajia koskevia strategioita ja keski- ja korkean tulotason maiden avoimia työpaikkoja sekä liikkuvuuden laajempaa sosiaalista kehitystä? Toisin sanoen tarve saada hoitajia huolehtimaan ikääntyneistä kehittyneissä maissa on punnittava suhteessa sairaanhoitajien tarpeeseen kehitysmaissa huolehtimaan HIV/AIDS-potilaista. (Yeates 2010: 429.) Tämä menee ongelman ytimeen, kun joudu-

taan pohtimaan, miten säädellään sairaanhoitajien muuttoliikettä kun kiinnostuksen kohteena on maailmanlaajuinen kansanterveys, hyvinvointi, hoito ja sosiaalinen kehitys?

## 2.2. Sairaanhoitajien liikkuvuuden kehityskulut

Liikkuvuuden motivaatioeroista huolimatta sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta hoitotyön harjoittamiseksi voidaan jäljittää historian läpi (Smith & Mackintosh 2007: 2214–2215). Korea ja Kiina saivat sairaanhoidon perinteensä eurooppalaisilta ja amerikkalaisilta lähetysaarnajilta 1800-luvun loppupuolella (Shin, S., Shin, K. & Li 2002: 950–951). Iso-Britannia puolestaan sijoitti sairaanhoitajiaan ympäri siirtomaitaan 1800- ja 1900-lukujen taitteessa (Solano & Rafferty 2007: 1056–1057). Ajan myötä Iso-Britannia myös rekrytoi sairaanhoitajia sen entisestä siirtomaista käsitelläkseen omaa hoitajapulaansa. Yhdysvaltain läsnäolo Aasian ja Tyynenmeren alueella toisen maailmansodan aikana esitteli länsimaisen terveydenhuollon Filippiineille. 1970-luvun alussa Filippiineillä hyväksyttiin kehitysstrategia kouluttaa sairaanhoitajia vientituotteena. Filippiinit on edelleen maailman johtavassa asemassa luomassa sairaanhoitajia kansainvälisille markkinoille. (Yeates 2009: 178–179.)

Sairaanhoitajien ja lääkärien muuttoliike oli Maailman terveysjärjestö WHO:n huolenaihe 1970-luvulla. WHO:n jäsenmaat (kuten Saksa, Haiti, Intia ja Australia) suosittelivat tutkimaan terveydenhuollon ammattihenkilöstön muuttoliikkeen taustoja ja suunnittelemaan, kuinka asia ratkaistaan. (Mejia ym. 1979: ix.) Huolehtimisen taustalla oli puute inhimillisten resurssien suunnittelusta, joka lopulta vaikutti monien valtioiden terveydenhuollon infrastruktuuriin. WHO:n tutkimuksen tavoitteena oli määritellä siirtolaisten ominaisuuksia sekä arvioida muuttosuuntia ja niihin vaikuttavia tekijöitä ja seurauksia. Arviolta noin 14 000 sairaanhoitajaa liikkui vuodessa saavuttaakseen ammatillisia ja taloudellisia mahdollisuuksia. Sairaanhoitajista 91 prosenttia liikkui Eurooppaan, Pohjois-Amerikkaan ja Länsi-Tyynenmeren kehittyneille alueille. Muut sairaanhoitajat muuttivat kehittyneihin maihin Aasiaan ja Afrikkaan sekä Saudi-Arabiaan. (Mejia 2004: 626–627.)



Syväänalyysi paljasti, että terveydenhuollon ammattihenkilöiden muuttoliike oli ainoastaan osa kompleksisempaa aihetta. Muuttoliikkeen haasteellisuuden perustana olivat jokaisen valtion terveydenhuoltojärjestelmän yhteiskunnalliset ja taloudelliset tekijät. Selvityksen mukaan terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuutta ei voitaisi selvittää yksinään. Jäsenmaiden tulisi sitoutua ratkaisemaan terveydenhuoltojärjestelmien suurempia yhteiskunnallisia ja taloudellisia kompleksisia ongelmia. (Mejia ym. 1979: ix–xi.)

Mejian ja hänen kollegoidensa raportin (1979) jälkeen terveydenhuollon järjestelmän suunnittelua ei ole tapahtunut joissakin maissa, mikä osaltaan on johtanut pahentuneeseen terveydenhuollon työntekijäpulaan. Muita valtioiden kohtaamia haasteita ovat olleet lisääntyneet väestön terveydelliset tarpeet (kuten väestönkehitys, sairauksien esiintyvyys ja epidemiologiset rasitteet), terveydenhuollon järjestelmät (esimerkiksi talous, tekniikka ja kuluttajien mieltymykset) sekä valtioiden politiikkojen taustat (esimerkiksi globalisaatio, työvoima ja koulutus sekä julkisen sektorin uudistukset). (WHO 2006: xvi.) Mejian ja kollegoiden (1979: 423) keskeinen huomio jatkaa yhä vaikuttamistaan: terveydenhuollon ammattilaisten muuttoliikkeen ongelmallisuus on oire taustalla vaikuttavista kansallisista ongelmista, joita ei ole ratkaistu.

Kansainväliset järjestöt ovatkin kehottaneet valtiojohtoja tekemään yhteistyötä ja kehittämään politiikkoja haasteisiin vastaamiseksi. ICN (Maailman sairaanhoitajajärjestö) ja FNIF (Florence Nightingale International Foundation) (2006: 5) tunnistivat viisi keskeistä huomioonoton aluetta: makrotaloudelliset ja terveydenhuollon rahoituksen politiikat, työvoiman politiikka ja suunnittelu (mukaan lukien sääntely), positiiviset käytännön työympäristöt ja organisaatioiden suorituskyky, rekrytointi ja retentio sekä hoitotyön johtaminen.

Nykyisen terveydenhuoltohenkilöstön kansainvälisen liikkuvuuden taustalla on vaje terveydenhuollon henkilöstöstä sekä kehittyneissä että kehitysmaissa (Clark, P., Stewart & Clark, D. 2006: 38). Vuonna 2006 Maailman terveysjärjestö WHO totesi, että 57 maassa on kriittinen pula terveydenhuollon työntekijöistä. Suurin osa näistä maista on kehitysmaita ja 36 maata sijaitsee maailman köyhimmällä alueella Saharan eteläpuolella Afrikassa. (WHO 2006: 12.) Kehittyneissä maissa liikkuvuuden tekijöiksi nähdään epä-

tasapaino väestön vanhenemisen ja kroonisten sairauksien yleistymisen mukanaan tuoman palvelujen tarpeen kasvun ja myös vanhenevan henkilöstön mukana pienenevän työvoiman välillä. Kehitysmaissa sen sijaan koulutetun henkilöstön määrä väestöön suhteutettuna on monesti palvelujen tarpeeseen nähden niukka, koska mailla ei ole riittävästi resursseja kouluttaa kylliksi työvoimaa. (Aalto ym. 2013: 18; Haour-Knipe & Davies 2008: 38.)

Useat maat ovat koettaneet paikata terveydenhuollon henkilöstövajettaan edistämällä terveydenhuollon ammattilaisten työperäistä maahanmuuttoa (Clark ym. 2006: 41; Glinos, Wismar, Maier, Palm & Figueras 2011: 76–77). Muuttoliike on kehittynyt lähinnä kehitysmaista kehittyneisiin maihin ja muuttoa edistäviä tekijöitä ovat olleet muun muassa kehittyneiden maiden korkeampi palkkataso, paremmat työolosuhteet ja ammatilliset kehittymismahdollisuudet, paremmat terveydenhuollon resurssit ja vakaampi poliittinen tilanne (Clark ym. 2006: 42–43; Glinos ym. 2011: 74–75). Terveydenhuoltohenkilöstö liikkuu joka tapauksessa myös rajatumilla alueilla ja esimerkiksi Euroopan unioni pyrkii edistämään työvoiman vapaata. Euroopan unionissa muuttoliike suuntautuu pääasiassa idästä länteen ja ulkomaalainen työvoima on monesti sijoittunut ennen kaikkea julkiselle sektorille ja syrjäseuduille, joissa väestön sosioekonominen tausta on huono ja jonne on myös hankala saada koulutettua työvoimaa. (Glinos ym. 2011: 74–75, 79–80.)

OECD:n (2008: 31) tilastoraportin mukaan kaikkien OECD-maiden sairaanhoitajista 11 prosenttia oli syntynyt ulkomailla. Ulkomailla syntyneiden osuus kaikista sairaanhoitajista oli huomattava Euroopan maista Luxemburgissa (26 %), Itävallassa (15 %), Iso-Britanniassa (15 %), Irlannissa (14 %), Portugalissa (14 %) ja Saksassa (10 %). Luvut viittaavat aiemmin esille tuodun nojalla siihen, että muutamien EU-maiden välillä hoitajien liikkuvuus pohjautuu yhteiseen kieleen ja kulttuuriin. Yhdysvalloissa oli määrällisesti eniten ulkomailla koulutettuja sairaanhoitajia, mutta heidän suhteellinen osuutensa kaikista sairaanhoitajista oli joka tapauksessa alle neljä prosenttia. Globaali taantuma ja uudistukset maahanmuuttosäännöksissä traditionaalisissa kohdemaissa, kuten Yhdysvalloissa ja Euroopan valtioissa, ovat voineet rajoittaa kansainvälisesti koulutettujen sai-

raanhoitajien (IEN) muuttoliikettä viime vuosina, mutta halu liikkua kansainvälisesti jatkuu (Shaffer 2013: 11).

Muuttoliikkeen mallit ovat nykyään yhä enemmissä määrin kiertäviä ja/tai valtioiden rajat ylittäviä ihmisten muuttaessa edestakaisin lähtö-, kauttakulku- ja kohdemaiden välillä. Siirtolaiset palaavat kotiin ja usein liikkuvat kansainvälisesti uudelleen. Haour-Knipe ja Davies (2008: 34–35) tuovat esille, että yhä useammat siirtolaiset ylläpitävät työelämäänsä ja perhettään kahdessa tai useammassa maassa. Varsinaisen paluumuuttopäätöksen taustalla on yhdistelmä tekijöitä kahdesta joukosta. Toinen sarja pitää sisälleen yksilön, hänen kotimaansa tai perheensä olosuhteet, joita ovat etenkin ikä, uran vaihe ja kotitalouksien elinkaari. Toiseen joukkoon kuuluvat kotimaassa koetut olosuhteet, joihin liittyvät poliittinen vakaus, ympäristön laatu, elinkustannukset, rikosten määrä, ammatilliset mahdollisuudet ja suhtautuminen paluumuuttajiin.

On tärkeää huomioida, että monissa maissa sairaanhoitajien liikkuvuus on ollut tärkeä edistysaskel sairaanhoidon ammatin kehittymiselle (Habermann & Stagge 2010: 49). Esimerkiksi Intiassa sairaanhoito oli täysin epäedullinen ammatti korkean kastin henkilöille, kuten brahmalaisille, sillä sairaanhoitajuus merkitsi työskentelyä myös ulosteiden parissa. Ulosteiden käsittely jätettiin niin sanotuille kastittomille. Englantilaiset siirtolaiset kouluttivat ensimmäiset sairaanhoitajat Intiassa kastittomista. Vasta kun Euroopassa ja Yhdysvalloissa alkoi laaja intialaisten sairaanhoitajien kansainvälinen rekrytointi 1950-luvulla, sairaanhoitajista tuli kelvollisia korkean kastin avioliittomarkkinoille ja ammatin stigma haalistui. Sairaanhoitaja perheessä turvasi pääsyn suurempiin tuloihin ja osaksi länsimaita. Tämän seurauksena sairaanhoitajuudesta muodostui hyväksytty ammatti myös brahmalaisille. (Somjee 1991: 34–35.) Kun otetaan huomioon sekä Intian yhteiskunnan vahvat perinteet että sen aikaiset vahvat rajat kastien välillä, sairaanhoitajien kansainvälisellä rekrytoinnilla ja liikkuvuudella oli merkittäviä vaikutuksia yhteiskuntaan. Habermann ja Stagge (2010: 49) tuovat esille, että nykyään Intia on edelleen yksi niistä maista, joissa sairaanhoitajia koulutetaan enemmän kuin mitä alueelliset työmarkkinat hyödyntävät, ja sairaanhoitajia rekrytoidaan korkean tulotason maihin. Sairaanhoitaja on ammatti, joka avaa mahdollisuuksia kulttuurissa, joka ei helposti tunnusta naisten arvoa.

*Sairaanhoidtajien liikkuvuuden kehitys Suomessa*

Toisen maailmansodan jälkeen 1990-luvun alkuun asti Suomi oli maahanmuuton suhteen melko eristäytynyt ja homogeeninen maa, mikä johtui Suomen poliittis-maantieteellisestä asemasta (Aalto ym. 2013: 21). Muuttoliike kohdistui etupäässä Suomesta pois päin, lähinnä Ruotsiin, jonne 1960-luvun työttömyydestä ja yhteiskunnallisesta rakennemuutoksesta johtuen muutti työtä ja parempaa elintasoja hakien satoja tuhansia ihmisiä (Korkiasaari & Tarkiainen 2000: 139–140).

Olosuhteet muuttuivat 1990-luvun alkupuolella Neuvostoliiton hajoamisen ja Suomen ulkopoliittisen avautumisen myötä. Inkerinsuomalaiset paluumuuttajat liikkuivat Suomeen nopeassa tahdissa. (Salmio 2000: 5.) Lisäksi Suomen mahdollistavampi pakolaispolitiikka 1990-luvulla kasvatti maahanmuuttajien määrää ja Suomen liittyminen Euroopan unioniin vuonna 1995 tarjosi uusia mahdollisuuksia rajat ylittävälle työvoiman liikkuvuudelle. Amsterdamin sopimuksen nojalla Euroopan unionissa ovat muodostuneet unionin yhteiset työmarkkinat, ja unionin kansalaisten on mahdollista hakeutua työhön mihin EU-maahan tahansa. Liikkuvuutta edistämään on laadittu vahvoja rakenteita, kuten jo aiemmin eri maiden väliset, EU-tasolla vahvistetut sosiaaliturvasopimukset että unionin yhteinen työnvälitysjärjestelmä EURES. (Mannila 2010: 642.)

Väestön ikääntymisen takia uhkaava työpula on aktivoinut myös Suomen 2000-luvulla työvoiman rekrytoimiseen rajojen ulkopuolelta. Matti Vanhasen I hallituksen (2003–2007) maahanmuuttopoliittisessa ohjelmassa linjattiin, että Suomen tulee varautua tulevaan työvoiman tarpeeseen työperusteista maahanmuuttoa edistämällä (Valtioneuvoston kanslia 2003: 22). Samoin Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa linjattiin, että työperäistä maahanmuuttoa tulee edistää kestävyysvajeen estämiseksi (Valtioneuvoston kanslia 2011: 7). Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelman (Valtioneuvoston kanslia 2015: 37–38) maahanmuuttopoliittisen linjauksen mukaan hallitus edistää suvaitsevaista ja ihmisarvoa kunnioittavaa kansallista keskustelukulttuuria ja näkee työperäisen maahanmuuton myönteisenä asiana. Maahanmuuttajat vahvistavat Suomen innovaatiokykyä ja osaamista tuomalla oman kulttuurinsa vahvuuksia osaksi suomalaista yhteiskuntaa.

Muuhun Eurooppaan verrattuna ulkomaalaistaustaisen työvoiman osuus Suomen terveydenhuollossa on pieni (Maier, Glinos, Wismar, Bremner, Dussault & Figueros 2011: 27–28; Mannila 2010: 644–645), mutta ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden osuus on kasvanut koko ajan 2000-luvun aikana. Sairaanhoidajan tai vastaavan tutkinnon suorittaneista syntyperältään muista kuin suomalaisista oli työllisiä vuonna 2012 yhteensä 2 637, joista ulkomaiden kansalaisia oli 1 128 henkilöä. ETA-alueen ulkopuolelta tulevista sairaanhoidajista suurin osa tulee Venäjältä, Afrikasta ja Aasiasta, ja Euroopan unionin maista eniten sairaanhoidajia saapuu Suomeen Virosta. Lisäksi valtaosa ulkomaanpassin omaavasta sosiaali- ja terveystalouden henkilöstöstä työskentelee Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella. (Ailasmaa 2015a: 1, 4, 9–10, 33.) Ulkomaalaisten Suomeen muuton taustalla on etnisperusteisia ja paluumuuton syitä, pakolaisuutta, turvapaikan hakemista sekä perhesyitä, työtä ja opiskelua. (Aalto ym. 2013: 21.)

Tuomaalan ja Torven (2008: 8) työ- ja elinkeinoministeriön raportin mukaan kolme ammattia, joissa oli eniten työvoiman hankintaan liittyviä ongelmia Suomessa, olivat sairaanhoitaja, lääkäri ja lähihoitaja, mikä ilmentää terveydenhuollon haavoittuvuutta. Iso osa terveydenhoitoalan rekrytointihankaluuksista johtuu työntekijän osaamiseen liittyvistä syistä (Mannila 2010: 646). Raunio ja Forsander (2009: 196) korostavat, että Suomessa tarvitaan innovatiivisuutta globaalien osaajien markkinoilla toimimiseen, uudenlaista asennetta maahanmuuttoon sekä sellaista integroitua päätöksentekoa että yhteiskunta ja organisaatiot saadaan muuttumaan nykytilanteen vaatimalla tavalla.

### 2.3. Sairaanhoidajien liikkuvuuden näkökulmat

Kuten aiemmin todettu, sairaanhoidajien kansainväliseen muuttoliikkeeseen yhdistyy huomattava taloudellisten, poliittisten, sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden verkosto. Niin ikään liikkuvuudella on vaikutuksia valtioihin, yhteisöihin, sairaanhoidajia palkkaaviin organisaatioihin, ammattialaan että sairaanhoidajiin yksilöinä. Koska työvoima on tekijä, joka vaikuttaa terveydenhoidon tuottamiseen ja tarjontaan, voi sairaanhoidajien maantieteellinen liikkuvuus synnyttää paikallisia tai alueellisia kysynnän ja tarjonnan epätasapainoja sekä vaikuttaa myös paikallistalouksien kasvuun.

Maahanmuuttoa ja maahanmuuttajia on tutkittu sekä Suomessa että kansainvälisesti paljon. Sopeutuminen on maahanmuuttokeskustelussa huomattavasti käytetty käsite, mutta kuten Sam (2006: 11–13) esittää, sen määrittelemisen ja merkityksen tavoittaminen on yhä hankalaa. Yksinkertaisimmillaan sopeutumisen eli akkulturaation nähdään merkitsevän kaikkea sitä muutosta mitä tapahtuu eri kulttuureja edustavien yksilöiden ja ryhmien kohdatessa toisensa.

### 2.3.1. Yhteiskuntanäkökulma

Valtioiden, markkinoiden ja erilaisten ammatillisten sidosryhmien välisellä kanssakäymisellä on huomattava asema sairaanhoitajien kansainvälisessä mobilisoimisessa, muuttoliikkeen mallien ja laajuuden ohjaamisessa sekä muuttajien yksilöllisten kokemusten muokkaajina. Vaikka sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden työntö- ja vetoteoriat korostavat rationaalista ja yksilöllistä päätöksentekoa, valtio sekä eksplisiittisesti että hienovaraisesti stimuloi ja hallinnoi työperäistä maahanmuuttoa (Bach 2007: 385; Maselink & Lee 2013: 91; Xu 2006: 130–131; Yeates 2009: 176–178). Poliitikot tuottavatkin edellytyksiä siirtolaisille (Bach 2007: 398–399; Kaelin 2011: 491–492) ja muotoilevat muuttoliikkeen kokemuksia. Valtioiden terveydenhuoltojärjestelmät, kuten Iso-Britannian NHS, voi olla suora ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien rekrytoija, ja muutokset sen rekrytointipolitiikoissa puolestaan vaikuttavat potentiaalisten sairaanhoitajien maahanmuuttomahdollisuuksiin. Valtion politiikat, jotka tarjoavat korvausta tietynlaisista terveydenhuollon tehtävistä voivat luoda uusia vaatimuksia hoitotyön maahanmuuttajille (Kaelin 2011: 491–493). Siirtotyöläisten ohjelmat ja maahanmuuttopolitiikat luovat marginaalisia ja laillisesti vaarallisia luokkia ulkomaan kansalaisista, mitkä strukturoivat heidän (usein kohtuuttomia ja hyväksikäytettäviä) työoloja, ja antavat vastaanottajamaille eniten joustavuutta vastata työmarkkinoiden vaihteluihin (Ball & Piper 2002: 1030–1031; Kaelin 2011: 492–494).

Koska ulkomaisten sairaanhoitajien rekrytointistrategiat kartoittavat sairaanhoitajien liikkuvuuden institutionaalisia muotoutumisia niin voimakkaasti, on Yeatesin (2010: 426) mukaan mahdollista puhua maailmanlaajuisesta ”hoitotyön työvoiman maahanmuuttoteollisesta kompleksista” (*nursing labour migration-industrial complex*). Tämä

matriisi muodostuu valtion, liiketalouden, asiantuntijoiden ja työn eduista, ja se häiritsee kansallisia työmarkkinoita jakautumalla alueellisiin ja maailmanlaajuisiin yhteisöihin, mobilisoimalla hoitoalan työvoiman vientiä varten ja kanavoimalla sen ulkomaiden ammatillisille alueille.

Valtiot harjoittavat sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden edistämistä monista syistä, joihin liittyvät niiden maine ja terveysdiplomatia (Feldbaum & Michaud 2010: 1–2; Xu 2006: 121), kotimaan työttömyyden helpottaminen ja rahalähetyksistä hyötyminen. Sairaanhoitajien tekemät rahalähetykset kannustavat kuluttamiseen ja ylläpitävät monien perheiden perustarpeita (mukaan lukien terveys ja koulutuskulut) laajalle levinneen työttömyyden edessä. Rahalähetykset peittävät valtioiden epäonnistumiset luoda työllistymismahdollisuuksia sen väestölle, ja perheiden vastuulla on strategioita maastamuuttoa. (Prescott & Nichter 2014: 118.) Tässä yhteydessä ilmiöön liittyy Maseyn, Arangon, Higon, Kouaoucin, Pellegrinon ja Taylorin (1993: 452–453) esiin tuoma muuttoliikkeen kulttuuri, jossa pitkäaikaiset muuttoliikkeen mallit normalisoidaan oikeutetuksi kulkuväyläksi nuorille tai poluksi täyttää joko lapsen tai vanhemman rooleja. Siten esimerkiksi noin 8,5 miljoonaa ulkomailla työskentelevää filippiiniläistä työntekijää ja kaksi miljoonaa filippiiniläistä siirtolaista lähetti 20 miljardia USA:n dollaria (10 prosenttia Filippiinien BKT:stä) vuonna 2011. Intiassa Keralan osavaltio on vahvistanut sen heikkoa paikallista taloutta osavaltion ulkopuolelta tulleilla rahalähetyksillä, joiden määrä on 10 prosenttia osavaltion bruttokansantuotteesta. Vaikka suurin osa siirtotyöläisistä on miehiä, Keralan sairaanhoitajat ovat tärkeää siirtolaistyövoimaa sairaaloissa kaikkialla Intiassa, Persianlahden maissa sekä kasvavissa määrin Pohjois-Amerikassa. Keralan hoitotyön opiskelijoita käsitelleessä tutkimuksessa ainoastaan 25–36 prosenttia aikoi jäädä Intiaan työskentelemään valmistumisen jälkeen. (Walton-Roberts 2010: 211–213.)

Vuonna 2009 tiedossa olevat eri alojen työntekijöiden lähettämät rahavirrat olivat 414 miljardia dollaria, ja tästä määrästä 316 miljardia dollaria kohdistui kehitysmaihin. Eniten rahavirroista hyötyi EU-maista Puola, jonne maastaan muuttaneet lähettivät rahaa yli yhdeksän miljardia dollaria. Koska Puola on suuri maa, summa ei ollut yhtä merkittävä valtion bruttokansantulolle kuin esimerkiksi Moldovalle, jolle rahallisesti laskettu-

na pienemmät virrat vuonna 2008 kattoivat peräti 31 prosenttia maan bruttokansantulosta. Globaalisti kuitenkin Intia, Kiina, Meksiko, Filippiinit ja Bangladesh hyötyivät vuonna 2009 rahamääräisesti eniten maasta muuttaneiden lähtömaahan lähettämästä valuutasta. (Mannila 2010: 640.) Eriteltyä tietoa kansainvälisesti liikkuvan terveydenhuoltoalan henkilöstön rahavirroista lähtömaihinsa ei ole.

Kahden- tai monenväliset sopimukset lähde- ja kohdemaiden välillä luovat polkuja muuttoliikkeelle. Samoin kansainvälinen kauppa terveyspalveluiden sopimuksissa vaikuttaa myös muuttoliikkeen malleihin ja sillä on todennäköisesti myös suurempi vaikutus tulevaisuudessa, kun uusia politiikkoja ja suunnitelmia koulutuksen standardoimiseksi ja vastavuoroiseksi tunnustamiseksi toteutetaan. (Kanchanachitra, Lindelow, Johnston, Hanvoravongchai, Lorenzo, Huong, Wilopo & dela Rosa 2011: 777–781.)

Integraatio näyttäytyy tyypillisesti toivottavana vaihtoehtona sopeutumisprosessin lopputulokseksi. Sopeutuminen uuteen yhteiskuntaan on monimuotoinen prosessi, joka toteutuakseen vaatii runsaasti aikaa ja mahdollisuuksia sekä maahanmuuttajalta itseltään että muilta yhteiskunnan jäseniltä. Sopeutumiselle ei ole olemassa erityistä parhaaksi todettua ratkaisua, vaikkakin usein yhteiskunnallisessa keskustelussa viitataan integraatioon sopeutumisen onnistuneimpana ilmauksena. Berry (1997: 10–11) kuvaa integraatiota molemminpuoliseksi sopeutumiseksi, jonka onnistuminen vaatii yhtäältä vähemmistön hyväksyvän valtaväestön perusarvot, ja toisaalta valtaväestön hyväksyvän vähemmistöjen edustajat osaksi yhteiskuntaansa. Integraatio ei voi kokonaan toteutua ilman molemminpuolista hyväksyntää. Huomattavaa on myös se, että integraatio vaatii valtaväestöltä avointa ja mukaan ottavaa asennetta suhteessa vähemmistöihin, tässä tapauksessa ulkomaalaistaustaisiin sairaanhoitajiin. Vastaanottavalta yhteiskunnalta vaaditaan edelleen tietäntyyppistä monikulttuurisuutta korostavaa asenneilmapiiriä, syrjimättömyyttä mahdollisimman laajasti, positiivisia asenteita suhteessa vähemmistöihin sekä yhtenäisyyttä yhteiskunnan sisällä.

Heikkilä ja Pikkarainen (2008: 28) kirjoittavat maahanmuuttajien tyydyttävästä integraatiosta, jolla tarkoitetaan maahanmuuttajien täyttä osallistumista yhteiskuntaan sosiaalisista, laillisista, taloudellisista ja kulttuurisista näkökulmista. Näiden mahdollisuuksien



saavuttamisen jälkeen maahanmuuttaja näyttäytyy tasavertaisena yhteiskunnan jäsenenä, jolla on yhtäläiset oikeudet kuin kantaväestölläkin. Näin ollen integraatio näyttäytyy vaativan paljon kaikilta osapuolilta, mutta samanaikaisesti se tuo mukanaan myös paljon hyvää ja tavoittelemisen arvoista.

Bürgelt, Morgan ja Pernice (2008: 282–283, 296–297) tuovat esille, että työperäisen maahanmuuton onnistuminen on lopulta kaksivaiheinen prosessi: ensin on saatava asianmukaista työvoimaa maahan, minkä jälkeen tämä työvoima on saatava pysymään maassa. Tutkimuskirjallisuuden mukaan terveydenhuollon osaajat eivät kuitenkaan sitoudu tulomaahan heti ja sopeutumisessa on monia eri vaiheita, mikä täytyy huomioida. Varsinkin Suomen ollessa Euroopan unionin jäsenmaa uhkana on, että eurokansalaiset muuttavat sopeutumisen epäonnistuessa toiseen maahan. (Jasinskaja-Lahti & Laine 2009: 97–98.)

Käsitteellisellä tasolla muuttovirtojen vaihtelevuus tarkoittaa, että myös erilaisten työkalujen ja ajattelutapojen tulee sopeutua yhtä nopeasti kuin itse sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus tekee. Vakiintuneita tapoja ajatella ilmiötä haastetaan. Kategoriat, kuten ”lähtömaa” ja ”kohdema” hämärtyvät tai vanhentuvat ei vain siksi, että muuttovirrat muuttuvat, vaan myös siksi että liikkuvuus vaikuttaa eri ammatteihin eri tavalla. (Glinos, Buchan & Wismar 2014: 19.)

#### *Vaikutukset lähtömaihin*

Yksi ilmeisimmistä ja suotuisimmista sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden mukanaan tuomista vaikutuksista lähtömaille, etenkin kehitysmaalle, on aiemmin esiin tuodut sairaanhoitajien huomattavat rahalähetykset kotiin vuosittain (Clark ym. 2006: 50–51). Valitettavasti suurinta osaa rahasta ei kuitenkaan sijoiteta takaisin terveydenhuoltojärjestelmään (McElmurry, Solheim, Kishi, Coffia, Woith & Janepanish 2006: 231).

Vaikka liikkuvat sairaanhoitajat lähettävät suuria summia rahaa takaisin kotimaihinsa, lähettäjämaat menettävät liikkuvuuden myötä ammattitaitoisia hoitoalan työntekijöitä. Sairaanhoitajat liikkeessaan kehitysmaista kehittyneihin maihin jättävät yleensä jäl-

keensä jo epäedullisessa asemassa olevan järjestelmän. (Kingma 2007: 1286.) Packer kollegoineen (2007: 27–28) tuo esille, että terveydenhuoltohenkilöstön puutteen vuoksi potilailta voidaan evätä hoitoa, hoito voi viivästyä tai potilaat voidaan määrätä poistumaan sairaaloista aiemmin kuin mitä hoitoajaksi on määrätty. Työvoiman puuttuminen on yhdistetty myös supistetun ympärivuorokautisen ensiavun saamiseen sekä siihen, että sairaanhoitajat työskentelevät mieluiten parempipalkkaisella ja paremmin varustetulla yksityisellä sektorilla. Riittämätön työvoima asettaa kuormitusta nykyiselle henkilöstölle, mikä lisää poissaoloja ja/tai loppuun palamista. Stressi, väsymys ja emotionaalinen uupumus lisäksi vaarantavat sekä hoidon laatua että turvallisuutta.

Pula asianmukaisesti koulutetusta henkilöstöstä tarkoittaa, että vähemmän koulutettu hoitohenkilöstö ottaa taitojaan ylittäviä tehtäviä, mikä merkitsee hoidon laadun alenemista. Riittämätön hoitohenkilöstö aiheuttaa myös potilaille pidempiä odotusaikoja, lyhentää potilaiden kanssa vietettyä aikaa sekä heikkolaatuisempaa infektioiden hallintaa (Packer ym. 2007: 28).

Sairaanhoitajien liikkuminen köyhemmistä maista luokien noidankehän näiden maiden terveydenhuoltojärjestelmille. Epämieluisat työolosuhteet ja alhainen korvaus sairaanhoitajan työstä kannustavat terveydenhuollon ammattilaisia liikkumaan kehittyneempiin maihin. Tämä puolestaan johtaa lisääntyneeseen työmäärään ja vahingollisiin työolosuhteisiin lähtömaassa, minkä takia yhä useampi sairaanhoitaja liikkuu pois kotimaastaan. (Buchan 2006: 56–57.) Näin ollen sairaanhoitajapula koskettaa vakavammin ja voimakkaammin lähtömaita. Sairaanhoitajien kansainvälinen muuttoliike ammentaa tyhjiin lähtömaiden kipeästi tarvitseman ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan. (Li ym. 2014: 316.)

Sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus voi kuitenkin olla myös edullista lähtömaille. Sairaanhoitajien työskentely ulkomailla voi tukea valtioiden rajat ylittäviä yhteyksiä ja kumppanuuksia. Lisäksi jos sairaanhoitajat palaavat takaisin kotimaahansa, he tuovat mukanaan paranneltuja taitoja ja uusia ideoita. (Dwyer 2007: 40–41; Haour-Knipe & Davies 2008: 4.) Erytisesti kehitysmaissa sairaanhoitajien kehittyneissä maissa työskentelyn mukanaan tuomat taidot voivat lisätä lähtömaiden terveydenhuollon käytäntö-

jen tietoja ja taitoja. Näiden mahdollisten hyötyjen takia sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus voidaan nähdä kaksiteräisenä miekkana lähtömaalle. Tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että kielteiset vaikutukset ylittävät liikkuvuuden hyödyt lähtömaille. (Habermann & Stagge 2010: 48–49 ; Inoue 2010: 17–19; Yeates 2010: 428–429.)

Lisäksi lähtömaiden kokema kielteinen vaikutus sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden myötä liittyy koulutusmenoihin. Kehitysmaat usein julkisesti rahoittavat tai tukevat sairaanhoitajakoulutusta. Kun julkisesti rahoitetut sairaanhoitajat siirtyvät uuteen maahan, lähtömaa menettää sekä terveydenhuollon ammattilaisen että koulutukseen sijoitetun rahan. (Auerbach, Buerhaus & Staigler 2007: 183–184; Drăgoi 2015: 593.)

Haour-Knipe ja Davies (2008: 36) korostavat, että valtiojohtojen, yksityisten työnantajien, kansainvälisten elinten, kehitysvirastojen ja ammatti- ja maahanmuuttajajärjestöjen tulisi edistää ja tukea sairaanhoitajien paluumuuttoa. Kun paluumuuttoa tuetaan terveydenhuoltojärjestelmien kehittämiseksi ja paluumuutot on toteutettu onnistuneesti, toteutuvat positiiviset paluumuutot todennäköisemmin yksittäisille sairaanhoitajille.

#### *Vaikutukset kohdemaihin*

Packer kollegoineen (2007: 29) kirjoittaa, että sairaanhoitajia vastaanottavat maat pystyvät vapaita toimiaan täyttäessään pienentämään potilaiden hoidon odotusaikoja ja vähentämään yleisesti ottaen menoja, varsinkin koulutuskustannuksia. Kun sairaanhoitajat lisäksi täyttävät virkoja etenkin syrjäisillä alueilla, se voi merkitä myös sitä, että potilaille on parempi pääsy terveydenhuollon palveluihin. Lisäksi ulkomailla tutkintonsa suorittaneet sairaanhoitajat ovat nopea ja edullinen tapa ratkaista kotimaan heikosti suunniteltua ja ali-investoitua henkilöstöhallintoa. Sairanhoitajien kansainvälisyys lisäksi takaa kielellisen ja kulttuurisen monimuotoisuuden, mikä mahdollistaa muiden maahanmuuttajien pääsyn hoitopalveluihin heidän omalla äidinkielellään ja kulttuurisesti asianmukaisella tavalla.

Vaikka sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus tasoittaa hoitohenkilöstöpulaa vastaanottajamaissa, prosessi tuo esille myös useita huolenaiheita. Yksi olennaisimmista

huolenaiheista vastaanottajamailla on potilasturvallisuus. Ulkomailla tutkintonsa suorittaneilla sairaanhoitajilla voi olla erilainen koulutus- tai kielitaso, joka voi vaikuttaa potilasturvallisuuteen tai potilaiden hoidon laatuun. (Habermann & Stagge 2010: 49–50.) Sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus johtaa vastaanottajamaissa monikulttuuriseen hoitotyövoimaan terveydenhuoltojärjestelmässä. Terveydenhuollon standardit kuitenkin vaihtelevat maittain. Vaikka monilla vastaanottajamailla on monikansallista terveydenhuollon työvoimaa, äärimmäinen monikulttuurisuuden monimuotoisuus voi rajoittaa hoitotyöryhmän tuottavuutta. Työryhmiltä vie myös paljon aikaa omaksua ja ymmärtää uusia kulttuureja. (Hunt 2007: 2255–2258.) Toisaalta monikulttuurinen työvoima voi olla suotuisaa tarjoamaan parempaa ihmiseen keskittyvää hoitoa monikulttuurisille potilaille sekä potilaille yleensä (Li ym. 2014: 316).

Jotkin vastaanottajamaat saavat välillistä taloudellista hyötyä ulkomaisista sairaanhoitajista. Esimerkiksi Iso-Britanniassa ja Australiassa ulkomailla tutkintonsa suorittaneilta sairaanhoitajilta edellytetään yhden tai kahden vuoden kestävä esirekisteröintikurssia ja kieliopintojen suorittamista ennen työllistymistä. Australiassa yksittäiset sairaanhoitajat maksavat jopa 20 000 \$ vuodessa näistä kursseista. Näiden lukuvuosimaksujen lisäksi sairaanhoitajat maksavat myös peruselinkustannuksistaan. Näin ollen ulkomaisten sairaanhoitajien koulutus on vastaanottajamaissa kannattava ala, joka edistää myös maan taloutta. (Li ym 2014: 316.) Kuitenkin vaikka vastaanottajamaa hyötyy sairaanhoitajien muuttoliikkeestä, joutuu se myös investoimaan ulkomaalaistaustaisen henkilöstön täydennyskoulukseen (Clark, P., Stewart & Clark, D. 2006: 52–53).

Useita eettisiä kysymyksiä on esitetty myös vastaanottajamaille. On erittäin kiistanalaista, tulisiko vastaanottajamaiden rekrytoida sairaanhoitajia ulkomailta, etenkin jos sairaanhoitajat ovat lähtöisin kehitysmaista tai maista, jotka kärsivät jo valmiiksi hoitajapulasta. (Omeri 2006: 50–51.) Voidaan nähdä epäeettisenä hyödyntää ulkomaista työvoimaa lieventämään omaa hoitajapulaa, kun lähtömaiden terveydenhuoltojärjestelmät ovat huomattavassa epätasapainossa tai kun lähtömaat ovat investoineet sairaanhoitajien terveydenhuollon koulutukseen. (McElmurry ym. 2006: 234.)

### 2.3.2. Työyhteisönäkökulma

Ulkomailta muuttaneiden sairaanhoitajien asemaa ja integroitumista työyhteisötasolla tarkasteleva sosiologinen tutkimuskirjallisuus on yhä verrattain pientä. Nieminen (2011: 18) käsittelee, että terveydenhuollon työyhteisötason näkökulmaan on etenkin perehtynyt kansainvälinen hoitotieteellinen tutkimus. Aihepiiriä on tarkasteltu monesti erilaisien hoitokulttuurien kohtaamisen ja työyhteisöjen vuorovaikutussuhteissa ilmenevien konfliktien näkökulmasta. Kansainvälisissä tutkimuksissa on tuotu esiin, että kaikki ulkomaalaistaustaiset terveysalan ammattilaiset maailmalla eivät työllisty ja osa ammattilaisista ei työskentele koulutustaan vastaavissa tehtävissä. Sairaanhoitajat ovat saattaneet työskennellä muun muassa avustavissa tehtävissä eikä heidän osaamistaan ole hyödynnetty täysivaltaisesti. (Blythe, Baumann, Rhéaume & McIntosh 2009: 207–209; Humphries, Brugha & McGee 2009: 7; Palese, Cristea, Mesaglio & Stempovscaia 2010: 67.) Tregunno, Peters, Campbell ja Gordon (2009: 188) ehdottavat Bennerin mallin ”aloittelijasta asiantuntijaksi” soveltamista ulkomaisten sairaanhoitajien osaamiseen uudessa maassa. Sairaanhoitajat tekevät tällöin tietynlaisen siirtymisen kliinisestä asiantuntijasta kulttuuriseksi noviisiksi. Vaikka sairaanhoitajilla on pitkä työkokemus, he monesti kuvaavat taitojaan ainoastaan ”riittävän hyväksi” uudessa roolissaan.

Kun työvoimaa rekrytoidaan kansainvälisesti Suomen rajojen yli, täytyy samanaikaisesti luoda riittävät edellytykset tulijoille integroitua yhteiskuntaan ja kielenhallintaan. Työperusteiden maahanmuuton kohdalla sopeutumisprosessi tarkoittaa lähtökohtaisesti myös työyhteisöön sopeutumista. Lilja (2010: 19) kirjoittaa, että työn takia maahan muuttavilla olennaista sopeutumisen kannalta on, miten sopeutumisprosessi työyhteisöön etenee, sillä työ on näiden yksilöiden sidoksissa uuteen yhteiskuntaan ja peruste heidän maassa oleskelulle. Työn merkitys sopeutumista edesauttavana tekijänä painottuu entisestään, kun työ on ainoa peruste maahan tulolle ja maassa oleskelulle. Sellaiset ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajat, joilla on Suomessa valmiiksi sosiaalista verkostoa, tuttavuuksia, ystäviä tai perhettä ovat aivan eri asemassa kuin sairaanhoitajat, jotka tulevat Suomeen suoraan työnantajan rekrytoimana ilman minkäänlaisia aiempia kontakteja suomalaisen yhteiskuntaan. Etenkin näiden ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien kohdalla työpaikan ja työyhteisön muuhun yhteiskuntaan integroiva vaikutus korostuu.

Myös työ- ja elinkeinoministeriö (2011: 8) korostaa, että työyhteisöillä on merkittävä rooli monikulttuurisuuden edistämässä ja integroitumisen onnistumisessa. Moninaisuus työyhteisöissä voi kuitenkin aiheuttaa yhtäaikaaisesti sekä mielenkiintoa että myös pelkoa ja ennakkoluuloja. Mannila (2010: 647) korostaa, että työyhteisöissä tarvitaan johtamista, joka ottaa huomioon paitsi työntekijöiden yksilölliset ominaisuudet myös erilaiset kansalliset ja kulttuuriset taustat. Muutosvalmiutta edellytetään koko henkilöstöltä. Dobrowolska, Wronska, Fidecki ja Wysokinski (2007: 178–179) painottavat, että sairaanhoitajien kohdalla monimuotoisuuden johtamista helpottaa se, että hoitoalan etiikka on kieli- ja koulutuseroista riippumatta melko samanlaista Euroopan eri maissa. Kansalaisuutta huomioitaessa täytyy kuitenkin muistaa, etteivät samaa kansalaisuutta edustavat henkilöt aina kuulu samaan ryhmään, sillä kulttuurista identiteettiä ei määrittele ainoastaan kansallisuus. Jokaisessa valtiossa on lukuisia kansallisia ja paikallisia kulttuureita sekä näiden alakulttuureja. (Seppälä 2010: 7–8.)

Monimuotoisuus työpaikoilla ja monimuotoisuuden johtaminen ovat jokseenkin uutta Suomessa, ja eri työnantajien kiinnostukset aiheeseen vaihtelevat. Aihe on moniulotteisempi kuin pelkästään syrjinnän vastustaminen eikä se liity ainoastaan työllisyyden hoitoon. Joissakin maissa (kuten Kanadassa ja Australiassa) monimuotoisuus työpaikoilla mielletään myös markkinaeduksi, jota täytyy kehittää ja hyödyntää. (Mannila 2010: 647.) Suomessa Työterveyslaitos (2014) on laatinut välineitä, joita hyödyntämällä työpaikat pystyvät arvioimaan monikulttuurisuuteen liittyviä vahvuuksiaan ja kehittämistarpeitaan. Välineillä pystytään arvioimaan, kuinka työpaikoilla kiinnitetään huomiota monikulttuurisuuteen muun muassa perehdytyksessä, esimiestyössä ja työterveyshuollossa. Välineiden kautta kyetään lisäksi selvittämään yhdenvertaista kohtelua, yhtäläisiä osallistumismahdollisuuksia sekä johdon roolia monikulttuurisella työpaikalla.

Työ- ja elinkeinoministeriön (2010: 6–7, 20–21, 25) mukaan maahanmuuttajia pystytään auttamaan kiinnittymään suomalaiseen työelämään tukemalla monikulttuurisia työpaikkoja, mahdollistamalla maahanmuuttajille erilaisia kouluttautumisteitä sekä edistämällä riittävän kielitaidon saavuttamista. Lisäksi työhyvinvoinnin ja -kyvyn edistäminen sekä työntekijöiden osallistaminen lisäävät yhdenvertaisuuden toteutumista työyhteisöissä. Onnistuneesti toteutettu perehdytys ja työhön opastaminen palvelevat sekä uutta

työntekijää että koko yhteisöä. Oman kulttuurin ja uuden maan kulttuurin välisiin eroavaisuuksiin sopeutuminen ja työyhteisön pelisääntöjen oppiminen ovat olennaisia teki-  
jöitä maahanmuuttajien työelämään integroitumisessa uudessa maassa (Väänänen ym. 2009: 14.)

Myös Aalto kollegoineen (2013: 6) painottaa, että ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien sopeutumisen edistämiseksi riittävään perehdytykseen ja alkuvaiheen tukeen täytyy työyhteisöissä suunnata voimavaroja. Kilpeläinen (2010: 20) jatkaa, että hyvin suunniteltu ja toteutettu toimipaikkakohtainen perehdyttäminen on tarpeellista työtään opettelevalle, vaikka tavalliset ammattitaitovaatimukset ovatkin jo hallussa. Laadukkaasti suunnitellulla perehdytyksellä turvataan lisäksi potilaiden turvallisuus ja oikeuksien toteutuminen. Hyvin toteutettu työpaikkakohtainen perehdytys sisältää toimintayksiköön, työyhteisöön ja työturvallisuuteen perehtymisen sekä työhön opastamisen.

Sairaanhoitajien työtehtävien toiminta-alue on suuri ja työtehtävien sisältö ja vaatimukset vaihtelevat riippuen siitä, minkälaisessa toimintayksikössä työskentelyn aloittaa. Työ vuodeosastolla poikkeaa paljon terveystieteiden päivystystyöstä tai esimerkiksi erikoissairaanhoidon poliklinikkatyöstä. Perehdyttäminen tapahtuu joka tapauksessa aina työpaikkakohtaisesti ja juuri siinä toimintayksikössä, jossa sairaanhoitaja työskentelyn aloittaa. (Kilpeläinen 2010: 19.) Suomessa työturvallisuuslain (738/2002) mukaan työnantajan tulee erityisesti huolehtia työntekijän perehdyttämisestä työhön ja työpaikan olosuhteisiin, työsuojelutoimenpiteisiin sekä tarvittaessa työsuojelun työterveyshuoltoa koskeviin järjestelyihin.

Työyhteisöstä saadun sosiaalisen tuen tärkeys ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien työssä selviämässä on huomattava varsinkin työuran alkuvaiheessa Suomessa. Ongelmalliseksi voi kuitenkin muodostua kantasuomalaisten kollegojen kuormittuminen, kun jo oman kiireisen ja kuormittavan työn ohessa aikaa kuluu muiden opastamiseen ja perehdyttämiseen. (Aalto ym. 2013: 100.) Myös Heponiemi, Sinervo ja Elovainio (2009: 191–193) kirjoittavat, että terveydenhuollossa kuormittumisvaarassa ovat varsinkin vakituiset työntekijät, joiden velvollisuutena kokemattomien työntekijöiden ohjaaminen luultavimmin on.

Työnantajan näkökulmasta onnistunut kotoutuminen on kannattavan rekrytoinnin edellytys: ammattitaitoisen työvoiman hankkiminen saa aikaan työnantajalle kustannuksia, joten on suotavaa, että työntekijä saadaan työsuhteeseen mahdollisimman pitkäksi aikaa. Mannila (2010: 647) tuo esille, että nykyään määräaikaiset työsuhteet ovat yleistyneet ja elinikäisiä sitoumuksia sekä odotetaan että tehdään entistä harvemmin. Silti työsuhteen halutaan kestävän minimissään muutamia vuosia.

### 2.3.3. Yksilönäkökulma

Tarkasteltaessa liikkuvuuden vaikutuksia yksilöön on nähtävissä sekä positiivisia että negatiivisia Aspekteja. Yleisin ja merkittävin liikkuvuuden tarjoama hyöty sairaanhoitajille ja heidän perheilleen on parantunut taloudellinen tilanne. Suurimmalle osalle sairaanhoitajista taloudelliset näkökohdat ovat todennäköisesti ensisijainen tekijä, joka vaikuttaa heidän päätökseensä liikkua. Myös paremmat työolosuhteet ja urakehitysmahdollisuudet ovat liikkuvuuden myönteisiä seurauksia (Aalto ym. 2013: 19). Vaikka kasvanut palkka on suuri etu sairaanhoitajille, on olemassa myös useita epäsuotuisia kokemuksia, joita sairaanhoitajat kohtaavat vastaanottajamaissa. Ensinnäkin sopeutumisaika uuteen työympäristöön voi osoittautua haastavaksi. Monet sairaanhoitajat jättävät perheensä taakseen työskennelläkseen uudessa maassa, ja on hankalaa elää vieraassa maassa ilman tukiverkosta. (Omeri 2006: 54–55.) Kieli- ja kulttuurierot ovatkin useimmiten raportoitu ongelmien lähteeksi ulkomaalaistaustaisilla sairaanhoitajilla. Aksenttierojen takia ulkomaalaistaustaisilla sairaanhoitajilla on usein kielivaikeuksia, vaikka heidän äidinkiellensä olisikin sama kuin vastaanottajamaassa. (Kawi & Xu 2009: 176, 180–181.) Sopeutuminen tiukkoihin ammatillisiin standardeihin vastaanottajamaassa voi olla myös haaste (Ma ym. 2010: 445).

Haasteita uudessa maassa työskenteleville sairaanhoitajille aiheuttavat lisäksi suhteet työtovereihin ja esimiehiin sekä työtovereiden asenteet ja työn ulkopuolinen elämä. Monet sairaanhoitajat kokevat ulkopuolisuuden tunnetta ja etteivät työtoverit luota heidän ammattitaitoonsa. (Alexis, Vydelingum & Robbins 2007: 2225; Laurén & Wrede 2008: 28–29; Tregunno ym. 2009: 188–189; Takeno 2010: 218–220.) Hoitajat ovat kokeneet myös suoranaista syrjintää ja rasismia sekä potilailta että työtovereilta (Larsen



2007: 2193–2194; Tregunno ym. 2009: 187–188), vaikka osa ulkomaalaistaustaisista sairaanhoitajista otetaan myös myönteisesti vastaan (Takeno 2010: 220). Kun ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajat pystyvät muodostamaan hyviä ihmissuhteita kollegojensa kanssa, he ovat motivoituneita pysymään työssään ja hoidon laatu ja turvallisuus paranevat (Xu, Gutierrez & Kim 2008: E43–E45). Vaihtoehtoisesti heikentyneet työpaikan ihmissuhteet johtavat turhautumiseen työssä (Omeri 2006: 55–56). Sopeutumista käsitelleissä tutkimuksissa on tullut esille myös niin kutsuttu institutionaalinen rasismi, jolla käsitetään organisaation käytännöissä ja rakenteissa ilmenevä rasismi. Institutionaalinen rasismi ilmenee esimerkiksi epäoikeudenmukaisena työnjakona. (Laurén & Wrede 2008: 27–28.)

Työyhteisöihin kiinnittymisen huomattavimpina resursseina ovat aikaisempaan työkokemukseen perustuva vahva ammatti-identiteetti ja ammatillinen osaaminen. Nieminen (2011: 81–82, 87) kuitenkin tuo esille, ettei kysymys ole pelkästään maahanmuuttotilastaan tai etnisyyteen pohjautuvista hierarkkisista rakenteista ja eriarvoisuudesta. Ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien kokemat ammattiin sisäänpääsyn ja siinä toimimisen ehdot ja ilmiöt ovat osa sairaanhoitajien ammattikunnassa vallitsevia suurempia sosiaalisia ja kulttuurisia hierarkioita, jotka koskevat maahanmuuttajien ohella myös kansuomalaisia sairaanhoitajia.

Sairaanhoitajien, jotka ovat suorittaneet tutkintonsa ja työskennelleet ympäristöissä, jotka ovat kielellisesti ja kulttuurillisesti poikkeavia länsimaisesta terveydenhuollosta, voi olla tarpeellista muokata omaa kulttuurillista ja ammatillista identiteettiään siirtyäkseen tehokkaasti uuteen terveydenhuollon miljööhön (Cummins 2009: 1614–1615). Esimerkiksi kohdemaan hoitotyön resurssit poikkeavat useasti sairaanhoitajien kotimaan resursseista. Tregunno kollegoineen (2009: 186) tuo esille, että hoitajien saattaa olla vaikeaa tottua esimerkiksi kertakäyttötuotteisiin ja tuotteiden ”tuhlaamiseen”. Samoin potilas-hoitaja -suhde on monesti erilaisempi kuin mihin ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajat ovat tottuneet. Potilaat voivat esimerkiksi osallistua enemmän päätöksentekoon kuin hoitajien kotimaassa (Blythe ym. 2009: 207; Tregunno 2009: 187; Takeno 2010: 220). Työnkuvaan, vastuun määrään ja hierarkiaan liittyvät tekijät saattavat olla myös erilaiset kotimaahan verrattuna, minkä osa sairaanhoitajista mieltää tosin myös positiivisena

(Tregunno ym. 2009: 186; Takeno 2010: 220). Sairaanhoidajat näkevät riittävän perehdytyksen erityisen merkittäväksi tekijäksi työssä onnistumiselle (Blythe ym. 2009: 207–208). Laurénin ja Wreden (2008: 26–27) mukaan hoitajat eivät kuitenkaan saa aina riittävää perehdytystä esimerkiksi suomalaisilla hoitoalan työpaikoilla. Sairaanhoidajien on lisäksi todettu kokevan ambivalenssia uudessa maassa. Ambivalenssi syntyy muun muassa odotusten ja todellisuuden ristiriitaisuudesta, ristiriitaisista sosiaalisista ja kulttuurisista normeista ja perheeseen liittyvistä tekijöistä (Zhou, Windsor, Coyer & Theobald 2010: 194).

Sopeutuminen uuteen maahan on monivaiheinen prosessi ja haasteita esiintyy muutto- ja sopeutumisprosessin kaikissa vaiheissa (Blythe ym. 2009: 207). Sairaanhoidajat kohtaavat eroja historiassa, kielessä, uskonnossa, kulttuurillisissa uskomuksissa ja sosiaalisissa tavoissa liikkua kansainvälisesti löytääkseen töitä. Näiden haasteiden yhdistelmä muodostaa kansainvälisen liikkuvuuden muutokset hoitajien sosiaalisessa ja ammatillisessa asemassa. (Matsuno 2009: 17–20; Nichols & Campbell 2010: 2817–2819.) Sairaanhoidajat ovat tyypillisesti koulutustaan vastaavassa työssä kotimaassaan ja yleneet ajan myötä. Ulkomaalaistaustaisten sairaanhoidajien työnkuvan on kuitenkin raportoitu rajoittuvan usein lähtötason tehtäviin ja heiltä voidaan jättää pois työmahdollisuuksia, jotka johtaisivat ylöspäin uraliikkuvuudessa (Aboderin 2007: 2243–2244; Cummins 2009: 1614–1615). Äkillinen ammatillisen aseman lasku liikkuvuuden myötä kokeneesta sairaanhoidajasta lähtötason sairaanhoidajaksi voi olla haastavaa. Moni sairaanhoidaja kokee itsensä aliarvostetuksi ja alikäytetyksi. (Lin 2009: 239–241.)

Ulkomaalaistaustaisten hoitajien kotoutumista ja sopeutumista käsittelevät tutkimukset pohjautuvat pitkälti laadullisiin haastattelututkimuksiin. Tutkimukset ovat tuoneet esiin monia haasteita uudessa maassa ja kulttuurissa työskentelemisessä. Vaikeudet alkuvaiheessa keskittyvät uuteen kulttuuriin sopeutumiseen ja psyykkiseen rasitukseen. Koska kielitaito on olennaisessa roolissa hoitotyössä, niukka kielitaito hankaloittaa työskentelyä ja työyhteisöön sopeutumista. (Drăgoi 2015: 593; Kawi & Xu 2009: 176, 180–181.) Adams ja Kennedy (2006: 35) esittävät, että hoitajilta vie 10 vuotta sopeutua täysin uuteen työympäristöönsä. Berryn (2005: 704–706) akkulturaationäkemyksen mukaan maahanmuuttajan integroitumisen näkökulmasta otollisinta on, jos hän pystyy yhdistä-

mään identiteettiinsä sekä oman että uuden kulttuurin piirteitä. Ulkomaalaistaustaisia sairaanhoitajia tukevat ja strategiat ja esteet (taulukko 1) koostuvat kieleen ja kommunikaatioon, tiedonsaantiin, arvostukseen, verkostoihin, asenteisiin ja johtamiseen pohjautuvista tekijöistä.

Taulukko 1. Yksittäisiä ulkomaalaistaustaisia hoitajia tukevat strategiat ja esteet (Adams & Kennedy 2006: 25–32, 39, 51–57).

Sairaanhoitajien sopeutumista kohdemaaan estäviä tekijöitä	Sairaanhoitajia tukevia strategioita
Kieli- ja kommunikaatio-ongelmat	Lääketieteelliseen kieleen ja paikallisiin erityispiirteisiin keskittyvät kielikurssit  Kulttuurienvälisen viestinnän koulutus  Oivallusten saaminen kohdemaan monikulttuurisissa yhteyksissä
Puute saada asianmukaista tietoa	Perusteellinen ja toistuva tiedonsaanti työpaikan eri aspekteista ja alueellisista elämäntavoista
Arvostuksen puute ja tietotaidon hyödyntämättömyys	Useita vuosia kattava integraatiosuunnitelma
Kulttuurillisten ja uskonnollisten palveluiden puute	Tiedon rakentaminen kulttuurillisista ja uskonnollisista verkostoista
Instituutionaalinen rasismi	Monimuotoisuusstrategiat toimintajärjestelmänä  Toistuvat rotua ja kulttuuriasioita käsittelevät palautekeskustelut sairaanhoitajien kanssa.
Terveystenhoitohenkilöstön ja potilaiden negatiiviset asenteet	Monimuotoisuusjohtaminen: avoin eteenpäin suuntaava käytäntö rekrytoida ulkomaisia sairaanhoitajia
Puuttuva yhteisön ja perheen tuki	Tiedon rakentaminen kulttuurillisista ja uskonnollisista yhteisöistä  Perheen ja kulttuurikontaktien tuki

Liikkuvuus on kuitenkin käsite, joka sisältää paljon enemmän kuin yksilön tarkoituksen vakiinnuttaa itsensä vastaanottavaan maahan. Schultz ja Rijks (2014: 11) korostavat, että vaikka tällainen liikkuvuuden muoto voi kattaa suurimman osan sairaanhoitajien muuttoliikkeestä, se ei suinkaan ole liikkuvuuden ainoa muoto. Etenkin vuoden 2004 jälkeisessä Euroopan unionin kontekstissa liikkuvuuden uusia muotoja syntyi halvempien liikennevaihtoehtojen myötä. Vähentyneet liikkuvuuden esteet mahdollistivat terveydenhuollon ammattilaisten löytää uusia tai täydentäviä työnteon malleja muualla Euroopan unionin sisällä. Rajojen lähellä asuvat ovat löytäneet uusia työmatkaliikenteen tapoja ylittämällä valtioiden rajoja enemmän tai vähemmän säännöllisesti, ja etenkin EU:n asiayhteydessä, tilapäisestä maahanmuutosta on tullut melko yleinen ilmiö. Osa sairaanhoitajista puolestaan palaa takaisin entiseen kotimaahansa tai muuttaa edelleen toiseen maahan. Eteenpäin muuttoon liittyy monesti muita kuin hoitotyöhön liittyviä syitä, esimerkiksi vaikeus saada perheenjäsenille kansalaisuus (Humphries ym. 2009: 8–9).

Kirjallisuudessa on eroja paluumuuttajien statukselle. Stephens (2015: 87) korostaa, että uusklassinen muuttoliiketeoria ei ennusta paluumuuttoa. Uusklassisessa teoriassa paluumuuttoa tapahtuu vain, kun yksilöt ovat virheellisesti arvioineet muuttoliikkeet kustannukset ja hyödyt. Näin ollen paluumuutot ovat epäonnistumisen osia. Vaihtoehtoisesti ”New Economics of Labour” teoria näkee paluumuuttajat menestyjinä. Paluumuuttajat ovat yksilöitä, jotka ovat saavuttaneet tavoitteensa siirtolaisuudessa, minkä jälkeen he palaavat kotimaahansa. (Cassarino 2004: 255–256.) de Haas (2008: 234) toteaa, että ihmiset reagoivat erin tavoin työntö- ja vetotekijöihin sekä kotimaissaan että kohde- maissaan, ja heillä on erilaisia kykyjä selviytyä väliin tulevista muuttujista. Haour-Knipe ja Davies (2008: 36) tuovat esiin, että sairaanhoitajien paluumuutto voi olla vaikeampaa kuin on oletettu, kun sekä kotimaa että yhteisö ovat muuttuneet. Taloudelliset ja yhteiskunnalliset olosuhteet ja jopa sosiokulttuuriset normit ovat muotoutuneet erilaisiksi kuin lähdettäessä. Ihmissuhteet ovat erilaisia ja sairaanhoitajan asenteet ovat muuttuneet. Mitä kauemmin sairaanhoitajat pysyvät ulkomailla, sitä epätodennäköisempää on heidän paluumuuttonsa lähtömaahan.

Yksittäisen sairaanhoitajan pysyvyystekijät liittyvät siihen, miksi hoitaja ei päätä palata lähtömaahan maahanmuuton jälkeen. Tjadensin ja kollegoiden (2012: 53, 65–66) mukaan useissa tapauksissa on osoittautunut hankalaksi erottaa näkökantoja, jotka viittaavat joko yhteiskuntaan yleisesti, lähinnä elinoloihin tai yleisiin henkilökohtaisiin tekijöihin. Usein mikä houkuttelee ihmisiä tiettyyn maahan, on myös syy mikä pitää heidät siellä. Sairaanhoitajat tekevät jatkuvia vertailuja lähtömaan ja kohdemaan välillä. Näkökohdat liittyvät henkilökohtaisiin ja yhteiskunnallisiin aspekteihin, talouteen, politiikkaan, elämiseen ja terveydenhuollon ammattilaisuuden kysymyksiin, kuten työmarkkinoihin ja terveydenhuoltojärjestelmiin. Integraation tai akkulturaation toteutuminen muuttoliikkeen jälkeen riippuu monista eri tekijöistä, joiden joukossa on maahanmuuttajan näkökulmasta oleskelun kesto. Kun maahanmuutto on suunnitellusti väliaikaista esimerkiksi määräaikaisen työsuhteen takia, maahanmuuttaja ei yleensä panosta akkulturaatioon.

### 3. LIKKUVUUDEN KÄYTÄNNÖLLISET REUNAEDOT

Etenkin Euroopan unionin alueella sairaanhoitajien kuten muidenkin ammattiryhmien liikkuvuutta on pyritty edistämään ja helpottamaan. EU- ja ETA-alueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneet sairaanhoitajat kohtaavat Euroopan unionin eri maissa erilaisia laillistamiseen koskevia säännöksiä. Kun tarkastellaankin ”sairaanhoitajia” tulee huomioida, missä yksilöä käsitellään sairaanhoitajana. Yksilö voi olla sairaanhoitaja maassa, jossa hänen pätevyytensä tunnustetaan ja missä hän voi myös jatkossa harjoittaa ammattiaan. Sairaanhoitajan ammatin harjoittaminen vastaanottavassa maassa ei ole itsestään selvää, ellei kyseinen maa tunnusta, ja usein pätevöitä, yksilöä sairaanhoidon ammattilaiseksi. Sairaanhoitaja voi kuitenkin työskennellä hoitotyössä alemman tason tehtävissä kuin mitä alkuperäisellä ammattinimikkeellä olisi syytä.

#### 3.1. Muuttopäätökseen vaikuttavat tekijät

Hauor-Knipen ja Daviesin (2008: 35) mukaan sairaanhoitajat liikkuvat kansainvälisesti yleensä sekalaisista syistä, mutta henkilökohtaisten ja ammatillisten työntö- ja vetotekijöiden ohessa taloudelliset tekijät yleensä hallitsevat alkuperäistä päätöstä työskennellä ulkomailla. Palumuuton taustalla kuitenkin perhe- ja vanhat ystävyysuhteet ovat vahvempia tekijöitä kuin taloudelliset syyt työskennellä ulkomailla.

Työpaikkojen puute, kehnot palkat, taloudellinen epävakaus, AIDS:n riskit ja rasitteet, korruptio, väkivalta ja muut turvallisuuteen liittyvät huolenaiheet ovat joitakin tekijöitä, jotka työntävät sairaanhoitajia lähtemään pois maista, joissa he saivat sairaanhoitajan koulutuksensa. Työpaikkojen saatavuus, palkkojen nousu, paremmat elin- ja työolot sekä mahdollisuudet koulutukseen, uralla etenemiseen ja rahalähetysten tekoon kotona oleville perheille ovat vetovoimatekijöitä ajaa sairaanhoitajia kohdemaihin. Yleinen suunta työvoiman virtauksessa on liikkuminen alhaisemman tulotason kehitysmaista suurituloisiin kehittyneisiin maihin. (Shaffer 2013: 12.)

Maailmanlaajuinen hoitajapula ei ole ainoa määräävä tekijä, miksi sairaanhoitajat liikkuvat kansainvälisesti ja syyt ovat monimutkaisia. Vastaanottajamaat edustavat vetotekijöitä, jotka houkuttelevat ja helpottavat sairaanhoitajia liikkumaan kohti kyseistä maata. Lähtömaan olosuhteet puolestaan rohkaisevat sairaanhoitajien lähtemään kotimaastaan ja edustavat siten työntekijöitä. (Ma, Griffin, Capitulo & Fitzpatrick 2010: 444–446.)

Useiden tutkimusten mukaan sairaanhoitajat liikkuvat kansainvälisesti myös työhön itseensä liittyvien motivaattorien takia (Perrin ym. 2007: 223–224; Troy, Wyness & McAuliffe 2007: 17; Beaton & Walsh 2010: 178–180). Myös sairaanhoitajille, joiden päämotiivi on ollut taloudellinen hyöty, ammatillinen kehittyminen on ollut lisäkannuste (Aboderin 2007: 2242). Sairaanhoitajien liikkuvuuden taustalla on ollut odotukset hyvistä työympäristöistä (El-Jardali, Dumit, Jadal & Mouro 2008: 1495–1496) ja sairaanhoitajien yhteiskunnallisesta kunnioituksesta ja tunnustamisesta (Thomas 2006: 280; Aboderin 2007: 2242–2243). Sairaanhoitajat ovat myös odottaneet parempaa työturvallisuutta ja vähempää työn kuormittavuutta (Aboderin 2007: 2238, 2240), kuten myös sairaanhoitajien autonomiaa (El-Jardali ym. 2008: 1496–1497). Sairaanhoitajiin on lisäksi vaikuttanut muut jo ulkomaille muuttaneet kollegat (Palese, Barba, Borghi, Mesaglio & Brusafferro 2007: 2264–2265) ja rekrytointiyritysten mainostamat kannustimet (Palese ym. 2007: 2264–2265; Beaton & Walsh 2010: 178–179). Sairaanhoitajien liikkuvuutta helpottamaan onkin syntynyt yrittäjiä, joita nyt kuvataan suuryrityksiksi (Kingma 2006: 111). Suuryritykset sisältävät sairaanhoitajien kansainvälisen rekrytointin yrityksiä, jotka yhdistävät sairaanhoitajia työpaikkoihin tuottoa vastaan (Perrin ym. 2007: 224–225).

Huolimatta taloudellisista ja/tai ammatillisista paineista liikkuvuuden motivaattoreina useat tutkimukset tuovat esiin, että sairaanhoitajat etsivät parempaa elämänlaatua (Thomas 2006: 279; Aboderin 2007: 2241–2242; Perrin ym. 2007: 223–224; El-Jardali ym. 2008: 1496–1497; Tregunno ym. 2009: 185–187; Beaton & Walsh 2010: 178–182). Vaikka taloudelliset tekijät usein yhdistetään parempaan elämänlaatuun, sisältää se myös lukuisia sosiaalisia ja yhteiskunnallisia tekijöitä. Tällainen tekijä on esimerkiksi turvallisempi elinympäristö, jos nykyiset elinolosuhteet ovat vaikeasti hallittavissa tai

uhkaavia sairaanhoitajien lapsille (Thomas 2006: 280–281). Useiden tutkimusten mukaan sairaanhoitajien muuttopäätöksen taustalla on ollut kuitenkin pääasiassa yksilölliset tarpeet ja halut, kuten mahdollisuus matkustaa ja saada kokemuksia muista maista työskentelyn ohessa (Troy ym. 2007: 17, 19; Beaton & Walsh 2010: 179).

Tilly (2007: 5–6) esittää, että ihmiset eivät liiku kansainvälisesti, vaan verkostot liikkuvat. Muuttoliikkeen verkostojen tärkeyttä ei voi liioitella. Verkostot ovat osa henkilösuhteita, jotka yhdistävät siirtolaisia, ei-siirtolaisia ja entisiä siirtolaisia sukulaisuus- ja ystävyysuhteissa sekä yhteisen alkuperän kautta. Verkostoja voidaan pitää eräänlaisena sosiaalisena pääomana. Siksi verkostot helpottavat kansainvälisen liikkuvuuden todennäköisyyttä, koska ne tarjoavat tietoa, mikä puolestaan alentaa liikkuvuuden kustannuksia ja riskejä. (Massey, Arango, Hugo, Kouaouci, Pellegrino & Taylor 1993: 442.) Siirtolaiset eivät kuitenkaan ole välttämättä ainoastaan tienraivaajia, jotka helpottavat myöhempiä muuttoliikettä, mutta he voivat olla myös rajoittavia portinvartijoita, jotka ovat epävarmoja tai haluttomia auttamaan mahdollisia siirtolaisia (de Haas 2008: 238).

Täten hyödyllinen tapa tarkastella terveydenhuollon ammattilaisten, kuten muidenkin ryhmien, liikkuvuuteen johtavia tekijöitä on vertailevien makrotason ominaisuuksien kautta, eli vertailemalla erityisesti lähtömaiden ja potentiaalisten kohdemaiden yksilölliseen päätöksentekoon vaikuttavia työntö- ja vetotekijöitä. Tähän sisältyy kansallisten taloudellisten, poliittisten ja yhteiskunnallisten olosuhteiden vertailu, sillä ne vaikuttavat kansainvälisiin työmarkkinoihin. Vertailua tulisi myös tehdä ammatti- ja työmarkkinatason tekijöistä, jotka kehystävät oleellisia työllistymisen ja urakehityksen mahdollisuuksia sairaanhoitajien ammattisektorilla. Taulukko 2 kokoaa sairaanhoitajien liikkuvuutta käsittelevän tutkimuskirjallisuuden esiin tuomat keskeiset liikkuvuuden työntö- ja vetotekijät.



Taulukko 2. Yhteenveto sairaanhoitajien liikkuvuuden työntö- ja vetotekijöistä (mukailen Packer, Labonté & Spitzer 2007: 24).

<b>Työntötekijät</b>	<b>Vetotekijät</b>
<i>Työsuhdeturva</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei avoimia työpaikkoja</li> <li>• Mahdollisuuksien puute</li> <li>• Riski menettää työpaikka varojen puuttumisen takia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työpaikkoja tarjolla</li> <li>• Tietoa mahdollisuuksista kollegoilta, ystäviltä ja rekrytoijilta</li> <li>• Oikeudenmukaisuus ylennyksissä</li> </ul>
<i>Työolosuhteet</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heikkenevä työympäristö/työtilat</li> <li>• Lääkkeiden ja välineiden riittämättömyys</li> <li>• Kyvyttömyys hoitaa potilaita asianmukaisesti</li> <li>• Vallitseva tyytymättömyys sairaanhoitajan ammattia kohtaan</li> <li>• Ylityöt ja heikot palveluehdot</li> <li>• Heikko hoidon laatu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työtyytyväisyys hoitotyön ja lääketieteen käytäntöihin</li> <li>• Kohtuullinen työmäärä ja paremmat työskentelyolosuhteet</li> </ul>
<i>Taloudelliset syyt</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epäjärjestys taloudellisessa taantumisessa olevissa maissa</li> <li>• Matalapalkkaisuus</li> <li>• Kyvyttömyys kerryttää säästöjä</li> <li>• Palkan, asumistuen ja eläkkeen maksamatta jättäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Korkeampi palkka (ja mahdollisuus rahälähteyksiin)</li> <li>• Kohtuullinen korvaus – mahdollisuus säästöihin</li> <li>• Työntekijöitä aktiivisesti etsivät rekrytoijat</li> </ul>
<i>Poliittiset syyt</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotuun, etnisyyteen tai politiikkaan liittyvät mullistukset</li> <li>• Sukupuolisyrijintä</li> <li>• Valtio kouluttaa työntekijöitä ulkomaista vientiä varten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OECD-maat ovat varakkaita, vakaita ja demokraattisia</li> <li>• Korruption puute</li> </ul>
<i>Fyysinen turvallisuus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rikollisuus</li> <li>• Sukupuoleen pohjautuva väkivalta</li> <li>• Alttius HIV:lle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Turvallinen maa</li> <li>• Turvallinen työympäristö</li> <li>• Asianmukaiset lääketieteelliset välineet HIV:n välttämiseksi</li> </ul>
<i>Elämänlaatu</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huonot asumisolot</li> <li>• Kulkuvälineiden puute töihin</li> <li>• Kyvyttömyys elää ihmisarvoista elämää</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monikansallisuus ja monimuotoisuuden salliminen</li> <li>• Hyvä elämänlaatu</li> </ul>
<i>Koulutus</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aleneva koulutuksen laatu lapsille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paremmat mahdollisuudet, hyvä koulutus ja parantunut elintaso lapsille</li> </ul>

Glinos ja Buchan (2014: 136–137) käsittelevät, että typologia tunnistaa kuusi terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuuden tyyppiä, joissa huomioidaan liikkuvan yksilön tilanne. Jokainen tyyppi edustaa liikkuvan terveydenhuollon ammattilaisen arkkityyppiä, joka perustuu liikkuvuuden motiiveihin ja tarkoitukseen, kohdemaan olosuhteisiin, henkilökohtaiseen profiiliin sekä liikkuvuuden suunnan ja keston todennäköisyyksiin. Pohjimmiltaan kaikki siirtolaiset pyrkivät löytämään ”jotakin parempaa” ulkomailta, mutta heidän vaihtoehtonsa tämän toteuttamiseksi riippuvat muun muassa heidän taitotasostaan, muuttoliikettä hallinnoivista oikeudellisista puitteista ja kohdemaan työmarkkinoista. Kokonaisvaltaisen lähestymistavan lisäarvo on, että jokainen arkkityyppi merkitsee erityisiä etuja ja hankaluuksia tietojen kerääjille ja päättäjille.

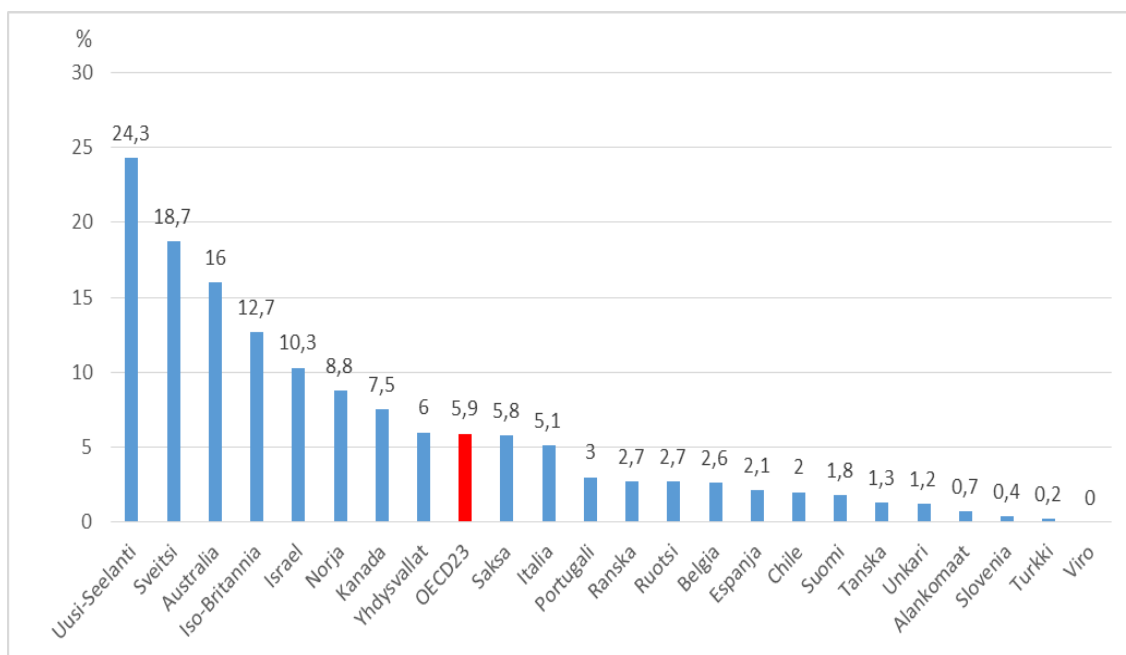
Kuusi eri arkkityyppiä ovat taloudellinen siirtolainen, työorientoitunut siirtolainen, repumatkaaja, työmatkalainen, paperittomat ja paluumuuttaja. Kuten kaikki luokitukset, myös Glinosin ja Buchanin (2014) mallissa on jonkin verran päällekkäisyyksiä ja harmaita alueita. Liikkuva terveydenhuollon ammattilainen voi helposti kehittyä yhdestä tyyppistä toiseen. Toisaalta tyyppien välinen poikkiliikkuvuus vain korostaa tyyppien arvoa. Glinos ja Buchan (2014: 137) korostavat, että heidän esittämänsä kuusi mallia eivät ole ainoita mahdollisia tyyppejä, mutta ne ovat sellaisia, jotka ovat tunnistettu edustavimmiksi ja kattavimmiksi. Tyyppien erottelussa on mahdotonta olla tyhjentävä. Terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuuden arkkityypit on koottu liitteeseen 1. Liite sisältää arkkityyppien ominaisuuksien lyhyet luonnehdinnat ja esimerkit, liikkuvuuden syyt ja tarkoitukset sekä muuttosuunnat ja työntekijät.

### 3.2. Muuttosuunnat ja muuttomäärät

Nykykirjallisuudessa kansainvälisellä muuttoliikkeellä tarkoitetaan suurelta osin työntekijöiden liikkumista köyhistä tai kehitysmaista rikkaisiin ja kehittyneihin maihin. Kuten aiemmin tässä tutkielmassa on todettu, tällainen muuttoliike tunnetaan myös etelästä pohjoiseen suuntautuvana muuttoliikkeenä.

Filippiinit on ollut maailmanlaajuisesti suurin lähde kansainvälisesti liikkuville sairaanhoitajille. Muita yleisiä lähtömaita ovat Karibian valtiot, Etelä-Afrikka, Ghana, Intia, Korea ja Kiina. Useimmiten sairaanhoitajat liikkuvat Yhdysvaltoihin, Iso-Britanniaan, Norjaan, Australiaan, Irlantiin ja Saudi-Arabiaan. Jotkin kehittyneet maat, kuten Iso-Britannia ja Australia, ovat sekä sairaanhoitajien lähtö- että kohdemaita. (Li ym. 2014: 314–315.) Toisaalta liikkuvuutta tapahtuu myös paljon taloudeltaan ja yhteiskuntaoloiltaan melko samantasoisten maiden välillä (esimerkiksi Ranskan ja Sveitsin, Saksan, Itävallan ja Sveitsin välillä), jolloin työntö- ja vetotekijät saattavat olla kielellisiä ja kulttuurisia pikemminkin kuin talouteen ja turvallisuuteen liittyviä. Merkitystä on lisäksi maantieteellä, eli lähelle liikutaan helpommin kuin kauas. Myös verotukseen ja asumisen hintaan liittyvät tekijät ovat tärkeitä. (Mannila 2010: 639.)

Australiassa, Kanadassa, Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa ulkomailla tutkintonsa suorittaneiden sairaanhoitajien määrä on 6-16 prosenttia näiden maiden hoitotyövoimasta. Uudessa-Seelannissa 24 % sen sairaanhoitajista on kouluttautunut ulkomailla, mikä on merkittävä nousu viimeisten vuosikymmenten aikana. Keskimääräisesti OECD-maiden ulkomailla tutkintonsa suorittaneiden sairaanhoitajien prosenttiosuus on 6 %. (kuvio 1.) Sairaanhoitajien liikkuvuudesta Euroopassa ja EU:n ja muun maailman välillä ei ole tarkkoja ja laajoja tilastoja. Tilastointi koskee lähinnä henkilöitä, jotka ovat hakeneet lähtö- tai kohdemaassa valvontaviranomaisilta ammatinharjoittamisen luvan tai nimikehyväksynnän. (Mannila 2010: 642.)



Kuvio 1. Ulkomailla tutkintonsa suorittaneiden sairaanhoitajien % -osuus OECD-maissa vuonna 2013 (tai lähinnä olevana vuonna) (OECD 2015).

Kaczmarczyk ja Okolskin (2008: 63–66) mukaan maastamuutto Euroopan unionin uusista jäsenmaista on kehittynyt pysyvämmän luonteiseksi ja pohjautuu entistä useammin yksilötasoiseen harkintaan, mistä johtuen voidaan ajatella, että merkittävänä syynä muuttoon on yksilön tai perheen tahto parantaa elämäntilannettaan eivätkä niinkään esimerkiksi poliittiset syyt. Mannila (2010: 643) kuitenkin korostaa, että maastamuuttajat tulevat nykyisin entistä laajemmalla alueelta, ja he ovat nuorempia ja paremmin koulutettuja kuin joitakin vuosia sitten. Voidaankin todeta, että edelleen on sekä heikommin koulutetun työvoiman liikkuvuutta niin kutsuville kehitysalueilta työn ja paremman palkan saavuttamiseksi että uudempana ilmiönä paremmin koulutetun työvoiman poismuuttoa, eli jo aiemmin esiteltyä aivovuotoa.

Myös Mannila (2010: 645) tähdentää muuttoliikkeen pohjautuvan pitkälti ketjuihin (*chain migration*). Tämä tarkoittaa, että sekä liikkuvuuden määrään että siihen mihin mennään, vaikuttavat voimakkaasti verkostot lähtömaissa: tutut kertovat muuttoa harkitseville, mihin kannattaa liikkua. Suomessa ei kuitenkaan ole suuria verkostoja ole-

massa potentiaalisista lähtömaista. Siksi suomalaisten terveydenhuollon työnantajien tulee todella ponnistella, jos he haluavat Suomen olevan konkreettinen vaihtoehto Euroopan unionissa liikkuville alan eurooppalaisille osaajille. Koivuniemi (2012: 12) jatkaa, että Suomen suhteellista kilpailukykyä työskentelymaana vähentävät myös matala palkka- ja korkea hintataso. On syytä otaksua, että Suomesta muodostuu väliasema muutettaessa maihin, joissa palkkataso on Suomen palkkatasoa korkeampi.

Torvi (2008: 12–19) on laatinut analyysissään kriteeristön, jota hyödyntäen on mahdollista arvioida potentiaalisia Suomeen muuton lähtömaita. Venäjä ja Puola vaikuttaisivat näiden kriteerien pohjalta olevan lupaavimmat Suomeen muuton lähtömaat. Niiden hyväksi puhuvat varsinkin maantieteellinen läheisyys, alhainen elintaso, suuri väestö, korkea koulutustaso ja Suomessa jo oleva siirtokunta. Sen sijaan Aasian suuret valtiot Intia ja Kiina eivät niinkään ole tulevaisuuden työvoimalähteitä, koska ne ovat Suomesta etäisiä sekä fyysisesti että henkisesti, ja niiden talouskehitys on jatkunut myönteisenä. Viime vuosien aikana sairaanhoitajien rekrytointia, etenkin Filippiineiltä, on käsitelty julkisuudessa. Torven mukaan se ei silti ole kovin lupaava maahanmuuton lähtömaa, sillä myös Filippiinit on maantieteellisesti ja kulttuurisesti etäinen Suomesta sekä olemassa oleva filippiiniläisten siirtokunta on pieni. Siitä huolimatta on huomioitava Filippiinien maastamuuton kulttuuri muuttoa edistävänä tekijänä.

Muuttomääriä tarkastellessa on merkityksellistä huomioida, että sairaanhoitajat muodostavat epätavallisen ja enimmäkseen naisista muodostuvat muuttoliikkeen (Habermann ja Stagge 2010: 45). Naiset liikkuvat kansainvälisesti etsien uusia mahdollisuuksia sekä itselleen että perheilleen. Naisten osuus maailmanlaajuisesta, palkallisesta työmuuttoliikkeestä onkin arviolta noin 42 %. Terveystieteiden alalla naisia on peräti 75 % alan ammattilaisista. Naiset ovat ehdoton voimavara terveydenhuollon työntekijöinä työmarkkinoilla, joilla sekä on että tulee olemaan koulutetuista ammattilaisista valtava puute. (WHO 2008: 1–2.)

### 3.3. Eettisyys ja muuttoliikkeen hallinta

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden kansainvälinen tutkimuskirjallisuus korostaa liikkuvuuden eettistä ulottuvuutta. Tämän eettisen ulottuvuuden ytimessä on hyötyjen ja kustannusten epätasainen jakautuminen sekä yksilökohtaisella että yhteiskunnallisella tasolla. Tutkijat viittaavat kriittisiltä hoitajapulan alueilta rekrytoimista jopa näpistelyksi ja ryöstämiseksi. (Kalipeni ym. 2012: 154, 160.) Tietoisuus siitä, että pula terveydenhuollon työntekijöistä estää terveystavoitteita ja kehitystä on johtanut eettisten rekrytointiohjeiden laatimiseen monissa kohdemaissa, ammatillisissa järjestöissä sekä WHO:ssa (Young 2013: 184–185; Kirkonpelto & Vallimies-Patomäki 2016: 5–6). WHO:n jäsenmailleen antamassa terveydenhuoltohenkilöstön eettisen rekrytoinnin suosituksessa (WHO Global Code 2010) tähdennetään sekä yksilöiden vapautta muuttaa että vastuuta kehitysmaiden terveydenhuollosta. Ohje on suunnattu terveydenhuoltohenkilöstölle, rekrytoijille, työnantajille, hallituksille ja organisaatioille. Kehittyneitä maita kielletään rekrytoimasta aktiivisesti maista, joihin kohdistuu kriittistä työvoimapulaa.

WHO:n terveystiedon raportin (2006: 12–13, 112) mukaan 57 maassa on kriittinen henkilöstövaje terveydenhuollossa. Näistä maista 36 sijaitsee Afrikassa ja loput Itäisen Välimeren, Kaakkois-Aasian, Amerikan ja Läntisen Tyynen valtameren alueilta. Terveydenhuoltohenkilöstöä muuttaa myös Keski- ja Itä-Euroopan maista etenkin Länsi- ja Pohjois-Eurooppaan, Australiaan ja Pohjois-Amerikkaan. Kansainvälinen rekrytointi on lisäksi haaste sellaisissa kehittyneissä Euroopan maissa, joissa on vajeita terveydenhuollon henkilöstöstä. (WHO 2014a: 12–13.) Taulukkoon 3 on koottu sairaanhoitajien ja kätilöiden määrä valikoiduissa kehittyneissä ja kehitysmaissa. Kuten taulukosta voi nähdä, esimerkiksi Iso-Britanniassa sairaanhoitajien ammattiryhmän edustajia on yli kymmenkertainen määrä Sudanin sairaanhoitajiin verrattuna, ja Norjassa vastaava luku on yli 20-kertainen Sudanin määrään verrattuna.

Taulukko 3. Sairaanhoidajien ja kätilöiden määrä per 1000 henkilön väestö, valikoidut maat (WHO 2014b).

Maa	Sairaanhoidajat ja kätilöt per 1000 henkilön väestö (vuosi)
<b>Kehitysmaat</b>	
Keski-Afrikan Tasavalta	0.257 (2009)
Liberia	0.274 (2008)
Pakistan	0.573 (2010)
Sudan	0.84 (2008)
Kenia	0.863 (2013)
Ghana	0.926 (2010)
Jamaika	1.092 (2008)
Intia	1.711 (2011)
<b>Kehittyneet maat</b>	
Iso-Britannia	8.801 (2013)
Kanada	9.288 (2011)
Suomi	10.861 (2011)
Australia	10.628 (2011)
Norja	17.269 (2012)

Näin ollen vaikka kansainvälinen liikkuvuus hyödyttää kohdemaita, se myös vaikuttaa hyvin epäoikeudenmukaiselta. Merkittävä huolenaihe sairaanhoidajien kansainvälisestä liikkuvuudesta kohdistuu sen haitallisista vaikutuksista terveydenhuoltopalvelujen laatuun ja terveydentilan lopputulemiin. Osa maailman varakkaimmista ja terveimmistä yhteiskunnista vetää sairaanhoidajia puoleensa köyhistä ja sairaammista maista jättäen niille huomattavasti vähemmän hoitotyön työntekijöitä ottamaan osaa valtaviin terveydellisiin tarpeisiin. Dwyer (2007: 37) tuo esille, että esimerkiksi Kanadassa odotettu eliniän odote on 79 vuotta, kun taas maa vetää puoleensa terveydenhuollon henkilöstöä Etelä-Afrikasta, jossa keskimääräinen eliniän odote on 49 vuotta. Swasimaassa puoles-

taan sairaanhoitajapulan nähdään olevan kriittisten HIV-hoito-ohjelmien laajentamisen ja pitkän aikavälin ylläpitämisen pääeste (Kober & Van Damme 2006: 10).

Vaikka useimmat maat samanaikaisesti sekä tuovat maahan että vievät maasta sairaanhoitajia, köyhimmillä mailla on tapana ainoastaan viedä sairaanhoitajia pois omista maistaan. Ongelmana näissä maissa on, ettei niillä ole olemassa Yeatesin (2004a; 2004b) kuvaileman ketjun mukaisesti alempana olevia maita, joista ne voisivat rekrytoida hoitajia kuroakseen omien sairaanhoitajiensa menetystä. Näin ollen ne kokevat sairaanhoitajapulaa. Etenkin ketjun alemmat maat ovat erikoistuneet lähettämään terveydenhuollon ammattilaisia ulkomaille ja niillä on kehittyneitä koulutusaloja tai -ohjelmia. Tällaisia sairaanhoitajia kansainvälisille terveydenhuollon markkinoille kouluttavia maita ovat esimerkiksi Filippiinit, Kuuba, Intia, Kiina, Korea, Indonesia, Vietnam ja osa Karibian maista (Brush & Sochalski 2007: 39; Chen ym. 2006: 8–9; Fang 2007: 1420–1421; Khadria 2007: 1429).

Monet näistä maista eivät kuitenkaan omaa resursseja säilyttää tai luoda palkallisia työpaikkoja paljon kaivatulle henkilöstölle omassa maassaan. Sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden paradoksi on, että liikkuvuutta esiintyy usein maissa, joissa on väkimmäältäään paljon työttömiä sairaanhoitajia varojen puutteen ja/tai rajoitusten vuoksi, vaikka maissa on suuri tarve hoivapalveluille. (Kingma 2007: 1287.) Tämä pätee Filippiineillä, Intiassa (Gill 2011: 52) ja Kiinassa (Fang 2007: 1420–1421). Ilmiö merkitsee enemmänkin ”aivotuhlausta” kuin aivovuotoa (Pang, Lansang & Haines 2002: 499–500). Sairaalat Intiassa ja Filippiineillä ovat usein riippuvaisia sairaanhoidon opiskelijoista, jotka ovat palkatonta työvoimaa. Filippiinit on lisäksi riippuvainen palkattomista lisensoiduista sairaanhoitajista, jotka maksavat sairaaloille mahdollisuudesta vapaaehtoistyöhön saadakseen kokemusta (Prescott & Nichter 2014: 116).

Sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta käsittelevä tutkimuskirjallisuus käyttää toistuvasti esimerkkinään Filippiinejä osana ilmiötä. Vaikka Filippiineille annetaan tunnustusta menestyksekkästä sairaanhoitajien muuttoliikkeen ja kouluttamisen hallinnasta (Chen ym. 2006: 101–102; Joyce & Hunt 1982: 1224–1225), on maa kokenut hoitajapulaa (etenkin 1990-luvun lopulla ja 2000-luvun alussa), kun kokonaisia hoitotyön työ-



ryhmiä rekrytoitiin päivystys- ja leikkausosastoilta sekä teho-osastoilta. Tuloksena vuosien 2003–2005 aikana 200 sairaalaa suljettiin pysyvästi ja 800 sairaalaa lopetti joidenkin osastojen palvelut. (Lorenzo, Galvez-Tan, Icamina & Javier 2007: 1414.) Sairaaloihin jäljelle jääneet sairaanhoitajat ovat useimmiten vähiten kokeneita. Perrin kollegoineen (2007: 224) tuo esille, että hoitotyön johtajat Filippiineillä sekä yksityisellä että julkisella sektorilla kokevat vaikeuksia rekrytoida sairaanhoitajia, joilla olisi vähintään vuosi tai enemmän hoitotyön kokemusta.

Kaikkein ammattitaitoisimpien ja kokeneimpien sairaanhoitajien rekrytointi heikentää sekä julkisten ja yksityisten sairaaloiden kapasiteettiä tarjota laadukasta hoitoa että koulutusalan instituutioiden kapasiteettiä kouluttaa ammattitaitoisia sairaanhoitajia. Varakkaiden maiden kehittämät sairaanhoitajien kansainvälisen rekrytoinnin strategiat niiden omien (sairaan)hoitokriisien ratkaisemiseksi vievät nämä kriisit eteenpäin köyhempiin maihin pahentaen sekä niiden olemassa olevaa sairaanhoitajapulaa että terveydellisiä ja yhteiskunnallisia kriisejä. Kehitys ei ainoastaan aiheuta maailmanlaajuisia julkisen terveydenhuollon kriisiä, mutta koska suurin osa sairaanhoitajista on naisia, sairaanhoitajien maastamuutto edistää myös sosiaalisten solidaarisuuksien vääristymistä ja heikentymistä, kun nämä naiset eivät enää ole läsnä kotimaassaan (Isaksen, Devi & Hochschild 2008: 423–425). Hoitotyön ”yleisen hyvän” luonne, jota naiset toteuttavat sekä ansiotyössään sairaanhoitajina että perheen ja yhteisön jäseninä, tarkoittaa että sairaanhoitajien liikkuvuus on erottamattomasti sidoksissa sosiaalisen solidaarisuuden toteutumiseen köyhissä maissa.

WHO (2010: 5) korostaa, että maiden täytyy pyrkiä kehittämään koulutustaan ja työolojaan niin, että terveydenhuollon työvoiman tarve on mahdollista tyydyttää kansallisesti. Mannila (2010: 639) jatkaa, että varakkaissa kehittyneissä maissa väestön ikääntyessä ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvaessa työvoiman kysynnän ja tarjonnan välinen kuilu laajenee joka tapauksessa niin, etteivät kansalliset resurssit ole riittäviä palvelutarpeen turvaamiseksi, jollei samanaikaisesti toimeenpanna palvelurakenteen suuria uudistuksia. Tämä kuitenkin vaikuttaa olevan melko hankalaa, eikä ainoastaan kehittyneissä maissa. Terveystieteiden koulutus on liian riittämätöntä tai liian kiinnostamatonta myös kehitysmaissa.

Terveydenhuoltojärjestelmillä ei ole varaa sivuuttaa terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuutta. Kuitenkin ainoastaan muuttovirtojen tunnustaminen ei auta. Maihin, joihin saapuu runsaasti terveydenhuollon ammattilaisia, tulee ymmärtää, *miksi* ne nojautuvat terveydenhuoltohenkilöstön kansainväliseen rekrytointiin. Tehokkaiden toimenpiteiden toteutus riippuu siitä, onko syynä kansallinen henkilöstön alituotanto, epätasainen maantieteellinen jakautuminen vai koska maalla on vaikeuksia säilyttää kotimaista terveydenhuoltohenkilöstöä, jolloin ulkomaiset maahanmuuttovirrat korvaavat kansallista maastamuuttoa. Vastaavasti maiden, jotka todistavat laajaa maastamuuttoa, on ymmärrettävä, onko ilmiö seurausta rakenteellisesta terveydenhuoltohenkilöstön ylituotannosta, epätyytyttävistä tai pahenevista työ- ja elinolosuhteista vai kyvyttömyydestä vastata terveydenhuoltohenkilöstön työllistämiskustannuksiin. (Glinos, Buchan & Wismar 2014: 23.) Koska sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kansainvälisen liikkuvuuden voidaan nähdä olevan usein merkki syvemmistä terveydenhuoltojärjestelmän ongelmista, liikkuvuuden huomiotta jättäminen tai sen käyttäminen ”ratkaisuna” ainoastaan viivästyttää todellisiin ongelmiin puuttumista.

#### *Eettinen ulottuvuus lähtömaiden näkökulmasta*

Kuten Yeates (2010: 428–429) toteaa, kohdemaat kärsivät pienimmät kustannukset ja nauttivat suurimman osan sairaanhoitajien kansainvälisen rekrytoinnin mukanaan tuomista taloudellisista hyödyistä (esimerkiksi lisääntyneet verotulot, rekrytointiteollisuuden tukeminen, vähentyneet koulutus- ja henkilöstökulut). Lähtömaiden kokemat hyödyt, kuten siirtolaisten rahalähetykset ja mahdolliset osaamisen siirtymiset sairaanhoitajien paluumahdollisuuden myötä, jäävät varjoon suuremmilta taloudellisilta ja yhteiskunnallisilta kustannuksilta; köyhyviltä terveydenhuollon palveluilta, terveystulosten heikkenemiseltä ja talouden ja yhteiskunnan kehitysten siirtymiseltä. Yksittäisten siirtolaisten (ja heidän perheidensä) hyödyt voivat olla merkittäviä, mutta näitä hyötyjä pienentävät edelleen rotuun pohjautuvat työvoiman hierarkiat, jotka rajoittavat mahdollisia palkankorotuksia.

Liikkuvuus voi siis merkittävästi heikentää lähtömaiden terveydenhuoltojärjestelmiä. Kustannusten ja hyötyjen epätasainen jakautuminen niin yksilöllisellä, valtiollisella kuin

yhteiskunnallisellakin tasolla on johtanut vaatimuksiin maailmanlaajuisen sairaanhoitajien muuttoliikkeen hallinnon uudistamisesta. Alkire ja Chen (2012: 111–112) tuovat esille, että lähtömaat voisivat kahden vaihtoehdoisen strategian kautta hallita sairaanhoitajien liikkuvuutta. Turvaavat strategiat voivat pyrkiä sairaanhoitajien säilyttämiseen ja hidastamaan ammattitaitoisten sairaanhoitajien maastamuuttoa. Opportunistiset strategiat puolestaan investoisivat sairaanhoitajien kouluttamiseen sekä kansallista että kansainvälistä käyttöönottoa varten. (ks. taulukko 4.)

Taulukko 4. Lähtö- ja kohdemaiden politiikkavaihtoehdot sairaanhoitajien liikkuvuuden hallitsemiseksi (mukailten Alkire & Chen 2012: 117).

<b>POLI- TIIKAT</b>	<b>LÄHTÖMAAT</b>	<b>KOHDEMAAT</b>
<b>Turvaava</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Työskentelyolosuhteiden parantaminen</li> <li>• Ansiotulon parantaminen</li> <li>• Hoitotyön johtamisjärjestelmien parantaminen</li> <li>• Rekrytoivien maiden suostuttelu rekrytoinnin eettisiin periaatteisiin</li> <li>• Valmistuneiden sairaanhoitajien sitouttaminen</li> <li>• Muuttoliikkeen tietoperustan laa- timinen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eettisten ohjeistusten omaksumi- nen</li> <li>• Ohjeiden toimeenpanon vahvis- taminen</li> <li>• Ohjeiden määräystenmukaisuu- den valvonta</li> <li>• Ulkomaalaistaustaisten sairaan- hoitajien kiintiöt</li> <li>• Läpinäkyvät rekrytointistrategiat</li> </ul>
<b>Opportu- nistinen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sairaanhoitajien liiallinen koulutus</li> <li>• Maastamuuttoon kannustaminen</li> <li>• Lyhytaikaiseen muuttoliikkeeseen kannustaminen</li> <li>• Kannustimien tarjonta paluumuut- tajille</li> <li>• Rahalähetysvirtojen helpottaminen</li> <li>• Maahanmuuton lisääminen kuten on tarpeellista</li> <li>• Kompensaatiosta neuvottelu koh- demaiden kanssa</li> <li>• Yksityisten koulutusorganisaatioi- den edistäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Väliaikaisten työlupien lisäämi- nen</li> <li>• Maahanmuuttoviisumei- den/lupakirjojen helpottaminen</li> <li>• Verohelpotusten tarjoaminen</li> <li>• Koulutuskustannusten kompen- saatio</li> <li>• Velkahelpotusten/avun lisäämi- nen</li> </ul>

Turvaavat strategiat eivät voi olla pakottavia. Maastamuuton hidastamista ei voida tehdä kieltämällä ihmisoikeutta liikkumiseen. Eettiset kysymykset syntyvät, jos sairaanhoitajien säilyttämistä ajetaan rajoittamalla liikkumista tai rankaisemalla maastamuuttajia. Alkire ja Chen (2012: 212) korostavat, että turvaava strategia toteutetaan paremmin joukolla politiikkatoimia, jotka vähentävät työntekijöitä maastamuuton ajavina tekijöinä. Lähtömaiden potentiaalisten strategioiden tulee painottaa suoraan sairaanhoitajien kannustimiin palkkauksen, työympäristöjen ja turvallisuustekijöiden kautta. Tämä kuitenkin edellyttää monissa tapauksissa terveydenhuoltojärjestelmien uudelleen organisoitua. Opportunistiset strategiat taas tunnistavat sairaanhoitajien kansainvälisen tarpeen olevan suuri ja kasvava. Matalan tulotason maat voisivat käynnistää pidemmän aikavälin strategioita kehittääkseen suhteellista etuaan sairaanhoitajien kouluttamisessa. Maat investoisivat koulutusorganisaatioihin tai kannustaisivat yksityistä sektoria ja lahjoitusperusteisia ohjelmia.

#### *Eettinen ulottuvuus kohdemaiden näkökulmasta*

Koska kohdemaat yleensä hyötyvät sairaanhoitajien kansainvälisestä liikkuvuudesta, niille ei välttämättä ole olemassa tarpeeksi kannustimia institutionalisoida turvaavia politiikoita. Sairaanhoitajien maahanmuutto kuitenkin mahdollistaa valtion vastata työvoimatarpeeseensa nopeasti ilman taloudellista, ajallista tai institutionaalista panostusta koulutusorganisaatioihin. Alkire ja Chen (2012: 113) toteavat, että pyrkiessään suojelemaan kansaansa, kohdemaat saattavat luoda ammatillisia normeja ja standardeja tutkintonsa ulkomailla suorittaneille sairaanhoitajille. Ihmis- ja työvoiman oikeuksien kannalta maat haluavat myös suojella maahanmuuttajatyövoimaa epäeettisiltä ja riistäviltä käytännöiltä.

Alkire ja Chen (2012: 113) ovat sitä mieltä, että kohdemaiden tulisi lisätä väliaikaisten (3-5 vuotta) työlupien määrää sairaanhoitajille. Tämänkaltaisen muuttoliike on molemminpuolisesta hyödyttävää, sillä lähtömaiden kotitaloudet hyötyvät rahalähetyksistä ja kohdemaat hyötyvät ammattitaitoisten sairaanhoitajien runsaasta virtauksesta maan sisälle. Sairaanhoitajat itse hyötyvät kokemuksesta sekä itsensä että perheensä kannalta.

## 4. SAIRAANHOITAJIEN LIIKKUVUUDEN PERIAATTEET SUOMESSA

### 4.1. Valtion rooli

Suomessa ulkomaisen työvoiman rekrytointiin ja asemaan liittyviä seikkoja linjataan eri hallinnonaloilla. Myös Suomen lainsäädäntö turvaa useilla tavoilla maahanmuuttajien tasavertaisen kohtelun. Suomen perustuslaki (731/1999) säätelee Suomessa asuvien yhdenvertaista kohtelua ja kieltää syrjinnän henkilön sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöä koskehtavan syyn vuoksi. Ulkomaalaislaki (301/2004) täyttää ja edistää ulkomaalaisia koskevissa asioissa hyvää hallintoa ja oikeusturvaa. Laissa kotoutumisen edistämisestä (1386/2010) huomioidaan kaikki maahanmuuttoryhmät maahanmuuton syystä riippumatta. Lain pyrkimyksenä on tukea ja edistää integraatiota ja mahdollistaa maahanmuuttajan osallistuminen aktiivisesti suomalaiseen yhteiskuntaan. Tavoitteena on myös edistää tasa-arvoa ja positiivista vuorovaikutusta ja yhteistoimintaa eri väestöryhmien kesken. Työsopimuslaki (55/2001) pitää sisällään säännökset syrjintäkiellosta ja tasa-  
puolisen kohtelun periaatteista työelämässä. Yhdenvertaisuuslaki (1325/2014) määrää viranomaisia ja työnantajia edistämään yhdenvertaisuutta ja kieltää syrjinnän etnisen tai kansallisen alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon tai vakaumuksen, mielipiteen, vammaisuuden, terveyden, sukupuolisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän ominaisuuden vuoksi. Jokaisen viranomaisen täytyy luoda yhdenvertaisuussuunnitelma, jonka täytyy olla yhtä laaja kuin kunkin viranomaisen toiminnan luonne sitä edellyttää. Vastaava velvoite luoda yhdenvertaisuussuunnitelma on yhdenvertaisuuslain nojalla myös jokaisella työnantajalla, jolla on säännöllisesti palveluksessaan vähintään 30 henkilöä.

Valtioneuvoston vahvistamassa Maahanmuuton tulevaisuus 2020 -strategiassa (Sisäministeriö 2013: 13–14) linjataan, että osaavan työvoiman tilapäistä ja pysyvää maahanmuuttoa tulee edistää yhtäältä erityisesti kehittämällä työvoiman tarpeen ennakointia ja toisaalta valmiuksia kohdennettuihin rekrytointeihin ulkomailla. Maahanmuuttopolitiikassa täytyy ottaa huomioon moniulotteisesti muuttoliikkeen vaikutukset ja yhtymäkohdat kehitysyhteistyöpolitiikkaan.

Maahanmuuton tulevaisuus 2020 -strategiassa todetaan, että työvoiman maahanmuuttoa kehitetään huomioimalla Suomen työvoiman tarve ja väestökehitys sekä työvoiman lähömaiden tilanne. Pyrkimyksenä on taata työvoiman saanti ulkomailta tilanteissa, joissa työvoimaa ei saada kotimaasta eikä Euroopan sisämarkkinoilta. Lisäksi strategiassa painotetaan, että ulkomaisten työntekijöiden rekrytoinnin täytyy olla eettisesti kestävä. (Sisäministeriö 2013: 13–16.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuohjelmassa, Kaste-ohjelmassa, linjataan henkilöstön riittävyyden edistämistä selkeyttämällä esimerkiksi henkilöstön kansainvälisen rekrytoinnin toimintamalleja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 31).

### *Sairaanhoitajan toimijuuden linjauksia*

Suomessa opiskellaan sairaanhoitajaksi ammattikorkeakoulussa tutkintonimikkeellä sairaanhoitaja amk. Tutkinto on mahdollista suorittaa 3,5 vuoden aikana, ja koulutus on laajuudeltaan 210 opintopistettä. Koulutusten sisällöt määräytyvät ammattikorkeakoulua koskevan lainsäädännön mukaan. Tutkinnon suorittaminen sisältää perus- ja ammattiotintoja sekä ammattitaitoa edistäviä käytännön harjoitteluita. Lisäksi tutkinto pitää sisällään kirjallisen opinnäytetyön, kypsyysnäytteen ja vapaasti valittavia opintoja. (Opetusministeriö 2006: 70–71.)

Suomessa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira myöntää hakemuksen perusteella sekä kotimaassa että ulkomailla koulutetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille oikeuden toimia laillistettuna terveydenhuollon ammattihenkilönä tai oikeuden käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä tai rajoitetun ammatinharjoittamisluvan (L 559/1994). Suomessa koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt saavat lähtökohtaisesti ammattioikeudet suorittamansa koulutuksen perusteella. Toisessa EU/ETA-valtiossa koulutuksen suorittaneet saavat ammattioikeudet Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivissä ammattipätevyyden tunnustamisesta (2005/36/EY, myöhemmin ammattipätevyysdirektiivi) todetuin ehdoin. Muualla kuin EU/ETA-valtiossa koulutuksen suorittaneiden täytyy suorittaa Valviran mahdollisesti määräämät lisäopinnot ja kuulustelu ennen ammattioikeuksien myöntämistä. Ammattihenkilöllä tulee olla myös hänen hoitamiensa tehtävien edellyttämä kielitaito (L 559/1994 10 §, 13

§, 14a §, 18a §, A 564/1994 14 §). Suomessa työnantajalla on lainmukainen vastuu vaa-  
tia myös EU/ETA-valtion kansalaiselta ammatinharjoittamisen kannalta riittävää kieli-  
taitoa.

Kielitaidon riittävyyden määrittely on haasteellista, sillä työssä tarvittava ammatillinen  
kielitaito riippuu alasta, tehtävistä sekä työpaikasta. Duff, Wong ja Early (2002: 417–  
419) kuitenkin painottavat, että terveysalan työntekijän tulee kyetä käyttämään termis-  
töä, pehmentämään viestejään asiakastilanteissa, tulkitsemaan elekieltä ja raportoimaan  
asiakastietoja sekä suullisesti että kirjallisesti. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen oh-  
jelmassa (Valtioneuvoston kanslia 2015: 38) linjataan, että maahanmuuttajien kotoutta-  
mista tulee tehostaa muun muassa lisäämällä kielen opetusta kotoutettavien nykyistä  
paremmalla lähtötaitotason huomioimisella. Sairaanhoidajilta tällä hetkellä vaadittu  
yleisten kielitutkintojen taitotaso on 3 (YKI 3) (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2014: 19–  
20).

Ammattipätevyysdirektiiviä muokattiin vuonna 2013 annetulla direktiivillä  
2013/55/EU. Ammattipätevyysdirektiivin kielitaitoa koskevat muunnokset mahdollista-  
vat EU- tai ETA-alueen kansalaisen kielitaidon tarkastamisen. Tammikuusta 2016 alka-  
en Valvira pystyy perustellusta syystä edellyttämään EU- tai ETA-valtioiden kansalai-  
selta kielitaidon tarkistamista. Perusteltu syy voi olla esimerkiksi tilanne, jossa ammat-  
tihenkilö on suorittanut yleissivistävät opinnot tai tutkinnon muualla kuin Suomessa ja  
muualla kuin suomen tai ruotsin kielellä. Valvira pystyy vaatimaan tarkistamista vasta  
sen jälkeen, kun ammattipätevyys on tunnustettu tai eurooppalainen ammattikortti on  
annettu. Terveystieteiden ammattihenkilöistä annettua lakia muokattiin lisäksi niin,  
että työnantajan velvollisuutta varmistua ammattihenkilön riittävästä kielitaidosta paino-  
tettiin lisäämällä 18 a §:ään uusi tätä koskeva momentti. (Kirkonpelto & Vallimies-  
Patomäki 2016: 15–16.)

Valvira merkitsee Terveystieteiden ammattihenkilöiden keskusrekisteriin (Terhikki-  
rekisteri) tiedot maahanmuuttajista, joilla on oikeus toimia terveydenhuollon ammatti-  
henkilöinä Suomessa, samalla tavalla kuin myös Suomessa koulutuksen saaneista ja

suomalaisista terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Terhikki-rekisterissä on julkinen tietopalvelu terveydenhuollon ammattihenkilöistä. (Valvira 2008.)

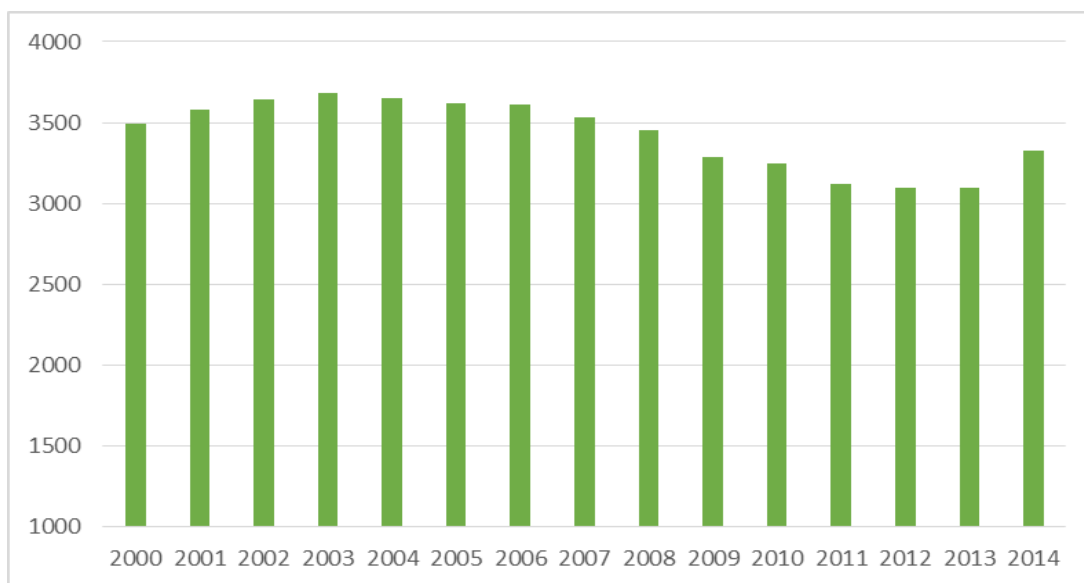
Muiden Pohjoismaiden kansalaiset voidaan laillistaa Suomessa Pohjoismaisen sopimuksen (SopS 2/1994) perusteella. Menettely vastaa ammattipätevyysdirektiivin enemmikseen automaattisen tunnustamisen menettelyä, mutta menettelyn piirissä on lukuisempia terveydenhuollon ammattiryhmiä kuin ammattipätevyysdirektiivin mukaisen automaattisen tunnustamisen piirissä. Pohjoismaiseen sopimukseen valmistellaan muutoksia, sillä sopimuksen on nähty olevan huomattavilta osin päällekkäinen ammattipätevyysdirektiivin kanssa.

#### *Suomalaisten lähtö- ja paluumuutto*

Terveysammattilaisten globaaleilla työmarkkinoilla Suomi profiloitui vielä 1990-luvun loppupuolella enemmänkin ammattilaisten maasta- kuin maahanmuuttomaana. Tilanne kuitenkin muuttui 2000-luvulla, kun kehitykseen vaikuttivat esimerkiksi työvoimapula terveydenhoitoalalla, työvoiman vapaa liikkuvuus EU-alueella sekä terveysalan ammattilaisten aktiivinen rekrytointi Suomeen. Kehityksestä riippumatta Suomessa työskentelee yhä vähän ulkomaalaista henkilöstöä terveydenhoitoalalla verrattuna muihin EU-maihin. (Tuokko, Mäenpää & Nivalainen: 2012: 10.)

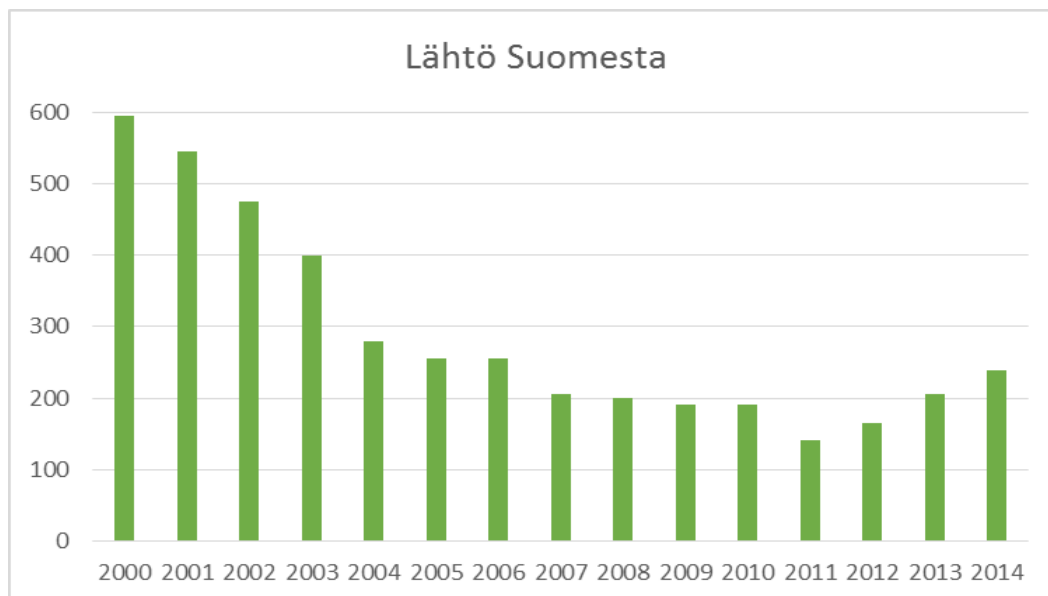
Kuten kuviosta 2 nähdään, Suomessa sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeuden omaavien ammattilaisten määrä ulkomailla on ollut läpi 2000-luvun melko vakiintunut. Työikäiset sairaanhoitajat ovat lähteneet etenkin Ruotsiin, ja toiseksi suosituin kohde on ollut Norja. Muita suomalaisten sairaanhoitajien suosittuja kohdemaita ovat Iso-Britannia, Sveitsi, Yhdysvallat ja Saksa. Muissa maissa suomalaisia sairaanhoitajia on vähäisesti. (Ailasmaa 2015a: 11–12, 90.)



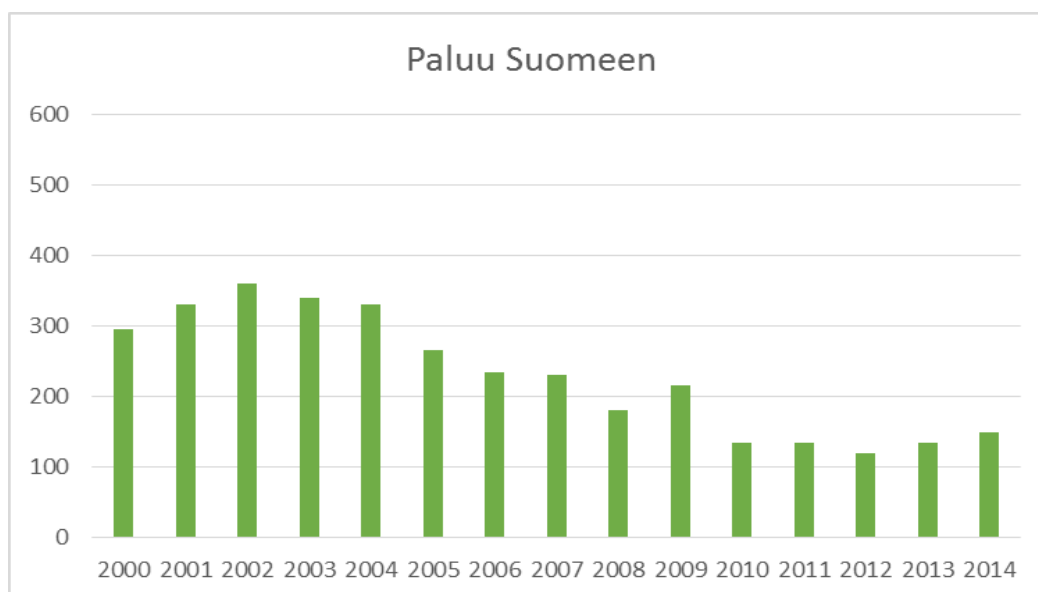


Kuvio 2. Suomalaiset sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeuden omaavat ulkomailta 2000–2014 (Ailasmaa 2015a: 89).

Kuvioihin 3 ja 4 on koottu suomalaisten työikäisten sairaanhoitajien lähtö- ja paluumuutot. Tilastot osoittavat, että kokonaisuutena 2000-luvun ajan sekä sairaanhoitajien lähtö- että paluumuutot ovat olleet laskusuunnassa. Viimeisimpien vuosien aikana muutto ulkomaille on kuitenkin ollut lievässä kasvussa. Samanaikaisesti paluumuutto on kasvanut. Vuosien 2000–2014 aikana lähteneistä suomalaisista sairaanhoitajista noin puolet on palannut muutaman vuoden kuluttua takaisin Suomeen. (Ailasmaa 2015a: 1, 11, 90.)



Kuvio 3. Suomessa sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeuden omaavien suomalaisten lähtömuutto 2000–2014 (Ailasmaa 2015a: 89).



Kuvio 4. Suomessa sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeuden omaavien suomalaisten paluumuutto 2000–2014 (Ailasmaa 2015a: 89).

## 4.2. Työelämän rooli

Elämme haastavaa, mutta samalla hyvin mielenkiintoista aikaa työ- ja elinkeinoelämässä. Suomen ja Euroopan työmarkkinat muuntuvat nopeasti väestön ikääntymisen ja muualta tulevien ihmisten määrän lisääntymisen myötä. Kilpailu markkinoista ja osavasta työvoimasta kiristyy, ja organisaation maine ja työnantajakuva ovat entistä merkittävämpiä sidosryhmille, kuten työnhakijoille, asiakkaille ja yhteistyökumppaneille. Asennoituminen henkilöstön, työnhakijoiden ja asiakaskunnan monimuotoisuuteen on kohoamassa entistä arvokkaampaan asemaan niin henkilöstön rekrytoinnissa kuin palvelujen tuotannossa. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010: 4.)

Työelämän ammattispesifiset edellytykset muodostavat kriteerit sairaanhoitajilta vaadittavaan asiantuntijuuteen, joka pohjautuu vankkaan tiedolliseen ja taidolliseen osaamiseen. Käytännössä tämä näyttäytyy hoitotyön kokonaisvaltaisena erityisosaamisena. Hoitotyössä tulee huomioida ja harjoittaa yksilöiden ja terveyden hyvinvoinnin edistämistä, tapaturmien ja sairauksien ennaltaehkäisyä sekä hoitoon sitoutumista. Lisäksi sairaanhoitajat ohjaavat potilaita, lievittävät kärsimystä ja kuntouttavat hoitaen sekä sairaita että kuolevia. (Mäkipää & Korhonen 2011: 17–20.)

Sairanhoitajilta edellytetään hoitotyön asiantuntijuutta ja heidän perustehtävänään on potilaiden hoitaminen. Sairanhoitajien ammatillisen osaamisen perustana on hoitotyön asiakkuusosaaminen, terveyden edistäminen, klinisen hoitotyön hallinta, päätöksenteko sekä opetus- ja ohjauksen hallinta. Asiantuntijaosaaminen käsittää lisäksi eettisen osaamisen, yhteistyötaidot, tutkimus- ja kehittämistyöhön osallistumisen, työyhteisön johtamisen ja monikulttuurisen tietotaidon. Sairanhoitajan käytännön työlle pohjan muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö sekä aktiivinen ihmisoikeuksien tietämys ja hoitotyön eettisten ohjeiden noudattaminen. (Opetusministeriö 2006: 63–70.)

Koivuniemen (2012: 38–42) selvityksen mukaan terveydenhuollon koulutettu maahanmuuttajataustainen hoitohenkilöstö kokee vaikeuksia, jotka hankaloittavat alalle pääsyä ja työelämään integroitumista. Ongelmat kytkeytyvät tutkintojen tunnustamiseen ja

aiemmin opitun tunnustamiseen. Myös hyvä kotimaisten kielten taito korostui työelämään integroitumista edistävänä tekijänä ja potilasturvallisuuden edellytyksenä. Työyhteisöjen monikulttuurisuuden liittyvissä valmiuksissa oli puutteellisuksia, eikä työyhteisöillä aina ollut perehdytystä maahanmuuttajataustaiselle hoitohenkilöstölle. Joka neljäs vastaaja kertoi lisäksi syrjäntäkokemuksista. Siirtolaiset kokivat, että heidän työsuhteensa ehdoissa tai palkkauksessa ei ollut merkittäviä eroja kantaväestöön verrattuna.

Niemisen (2011: 76) väitöskirjan mukaan ulkomailla tutkintonsa suorittaneiden sairaanhoitajien uramahdollisuudet ovat yleensä melko rajalliset Suomessa. Monissa tapauksissa sairaanhoitajat työskentelevät tehtävissä, jotka eivät vastaa heidän koulutustaan tai työkokemustaan. Ailasmaan (2015c) tilastoraportin mukaan voidaan kuitenkin todeta, että suurin osa sairaanhoitajista työskentelee koulutustaan vastaavassa työssä. Ruotsin kansalaisista 83 % ja Viron kansalaisista 81 % työskenteli sairaanhoitajan, kätilön tai terveydenhoitajan tehtävissä. Afrikasta tulleista sairaanhoitajista 79 % ja Aasiasta lähtöisin olevista 74 % työskenteli sairaanhoitajan ammattiryhmän tehtävissä. Venäjän kansalaisista kuitenkin ainoastaan puolet työskenteli sairaanhoitajan työssä. Lähihoitajan tehtävissä työskennelleiden sairaanhoitajien osuudet olivat suurimmat Venäjän (22 %) ja Viron kansalaisten (12 %) joukossa.

Ulkomaan passin omaavista sairaanhoitajan tai vastaavan koulutuksen saaneesta henkilöstöstä 62 % työskentelee Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella, jossa heidän osuutensa sairaanhoitajien henkilöstöstä on 3 %. Ahvenanmaalla painottuu Ruotsin kansalaisten suuri osuus ja ulkomaalaisen henkilöstön osuus on muutenkin korkea 8,4 prosentilla. (Ailasmaa 2015a: 86.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksen (Aalto ym. 2013: 72–73) mukaan ulkomaalaistaustaisia sairaanhoitajia työskentelee Suomessa kaikilla terveydenhuollon sektoreilla. Tutkimuksesta kuitenkin ilmeni, että ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien työskentely erikoissairanhoidossa ja vanhus-tenhuollossa oli kantasuomalaisia hoitajia yleisempää. Ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajat olivat myös kantasuomalaisia kollegoitaan harvemmin vakituudessa työsuhteessa ja esimiestehtävissä. Lisäksi he kertoivat tekevänsä työssään kantasuomalaisia kollegoitaan useammin päivystys- tai ylityötunteja. Myös Kyhän (2011: 231) havaintojen mukaan koulutetut maahanmuuttajat Suomessa ovat työllistyessään tavallisemmin määrä-

aikaisissa ja lyhytkestoisissa työsuhteissa. Tutkimuksessa todettiin, että Suomen kansalaisuus auttoi kiinnittymään työelämään.

Aalto kollegoineen (2013: 6) nostaa esiin, että terveydenhuollon rekrytoinnissa täytyisi huomioida hakijan riittävä kielitaito, jotta ammatinharjoittamisluvan saaneiden ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien kielitaidon varmentaminen ja kielitaitoon liittyvien vaikeuksien ratkaiseminen ei olisi lähiesimiesten ja työyhteisön velvollisuus. Myös Raunio (2013: 224–226) toteaa, että maastamuuttoa edeltävän koulutuksen tulisi sisältää riittävästi tietoa suomalaisesta yhteiskunnasta ja sosiaali- ja terveydenhuollon työstä, mutta myös valmistaa oppijoita kulttuurienväliseen tietoisuuteen.

On tärkeää, että terveydenhuollon johtamisessa ja henkilöstön ja työyhteisön kehittämisessä huomioidaan kulttuuritaustaltaan moninaiset työyhteisöt (Aalto ym. 2013: 6). Suomalaisissa tutkimuksissa ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien esimiehet ovat suhtautuneet ulkomaalaistaustaisiin työntekijöihinsä pääasiassa myönteisesti. Ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden on nähty laajentavan työyhteisöä ja lisäävän työyhteisön tietoisuutta monikulttuurisuudesta. Ulkomaalaistaustaiset työntekijät on nähty myös tarpeellisina varsinkin monikulttuurisen asiakaskunnan näkökulmasta. (Söderqvist 2005: 62–66; Koivuniemi 2012: 29–30; Aalto ym. 2013: 101.) Koska Suomen väestö on etniseltä taustaltaan aikaisempaa monimuotoisempi, on monikulttuurisella työyhteisöllä parhaat edellytykset vastata muuttuviin asiakastarpeisiin (Aalto ym. 2013: 6).

Kun työntekijät liikkuvat rajojen tai maanosien yli, on tällaisen taipaleen taustalla useita välikäsiä. Muuttoliikkeen ollessa laajamittaista, kuten sairaanhoitajien liikkuvuuden kohdalla, liiketoiminnan mahdollisuudet ovat rajattomat. Kingma (2006: 103–104) tuo esille, että sekä pienet kuin suuretkin yritykset etsivät ja löytävät liikkuvuudesta potentiaalia voiton tavoitteluun. Matkatoimistot, rekrytoijat, lakimiehet ja mainostoimistot eivät ole ainoita liikkuvuuden toimijoita. Maissa, joissa on laaja ja yleishyödyllinen julkinen sektori, terveydenhuoltoa hallinnoidaan kasvavissa määrin kuin yrityksiä ja ne hakevat myös yksityisiä investointeja. Sekä julkinen että yksityinen terveydenhuollon sektori muodostavatkin yhdessä suurimman työllistävän alan useimmissa maissa. Eu-

roopan unionin jäsenmaissa toimii suomalaisia rekrytointiyrityksiä, mutta niiden kokemus sairaanhoitajien välittämisestä ei ole huomattavaa (Mannila 2010: 647).

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) toteutti vuonna 2010 henkilöstöpalveluyritys Opteamin kanssa kehityshankkeen filippiiniläisten sairaanhoitajien rekrytoimisesta. Pilotissa tuotiin esille, että laadukas koulutus, riittävä työkokemus ja sairaanhoitajan ammattitaito eivät riitä kansainvälisessä rekrytoinnissa. Näiden lisäksi on olennaista, että rekrytoitavalla on hyvät yleiset oppimisvalmiudet ja erinomainen suomen kielen oppimiskyky. (Tuokko ym. 2012: 27–30.)

#### 4.3. Sairaanhoitajan rooli

Ulkomailta Suomeen muuttaneista sairaanhoitajista käytetään yhä monia rinnakkaiskäsitteitä. Yleisesti käytettyjä käsitteitä ovat esimerkiksi ulkomaalainen sairaanhoitaja (Ailasmaa 2010: 7), maahanmuuttajasairaanhoitaja (Nieminen 2011: 6–7) sekä ulkomaalaistaustainen sairaanhoitaja (Aalto ym. 2013: 5–7). Maahanmuuttajahoitaja on käsitteenä jokseenkin uusi (Abdelhamid, Juntunen & Koskinen 2010: 25). Termillä viitataan sairaanhoitajaan tai muuhun hoitotyöntekijään, joka on saanut koulutuksensa ja pätevyytensä muualla kuin Suomessa. Maahanmuuttajahoitajalla voidaan lisäksi tarkoittaa suomalaisen tutkinnon suorittaneita maahanmuuttajataustaisia henkilöitä (Mannila & Parviainen 2011: 8).

Kuten aiemmin tässä tutkielmassa on todettu, ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien määrä on Suomessa vielä jokseenkin pieni. Vuonna 2012 syntyperältään muita kuin suomalaisia oli sairaan-, terveydenhoitajina tai kätilöinä runsas kolme prosenttia (n= 3442). Työllisiä sairaanhoitajan tai vastaavan tutkinnon suorittaneista syntyperältään muista kuin suomalaisista oli yhteensä 2 637, joista ulkomaiden kansalaisia oli 1 128 henkilöä. Suomeen ulkomaalaista työvoimaa on tullut kaikkein eniten muista EU-maista, joista vallitsevimpia lähtömaita ovat Viro ja Ruotsi. Vuonna 2012 sairaanhoitajista 30,0 % tuli Ruotsista, 17,4 % Afrikasta, 15,7 % Venäjältä, 9,6 % Aasiasta ja 9,6 % Virosta. (Ailasmaa 2015a: 4–5, 81–83).

Aallon ja kollegoiden (2013: 5) tutkimuksen mukaan suurin osa (76 %) ulkomaalais-taustaisista hoitajista oli vuosien 2010–2011 aikana tehtyjen kyselyiden mukaan saanut oleskeluluvan Suomesta perheeseen liittyvistä syistä. Myös Mannila ja Parviainen (2010: 22) kirjoittavat, että todennäköisesti valtaosa Suomeen ulkomailta muuttaneista hoitajista tulee maahan avioliiton tai muiden sukusiteiden vuoksi. Kuitenkin virolaiset sairaanhoitajat tulevat Suomeen pääasiassa töihin oma-aloitteisesti niin kutsutun ket-jumuuton nojalla. Tällä tarkoitetaan siis sitä, että hoitajat tuntevat ihmisiä, jotka voivat kertoa Suomen ja otaksuttavasti myös hoitoalan töistä.

Niemisen (2011: 81–82, 87) väitöskirjan mukaan EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta Suomeen muuttaneiden sairaanhoitajien suurin haaste Suomessa liittyy ulkomailta han- kitun ammattiosaamisen tunnistamiseen ja tunnustamiseen. Pätevyöitymisprosessi eli ul- komailta suoritettujen sairaanhoitajatutkinnon päivittäminen suomalaisten standardien mukaiseksi näyttäytyy monesti epäyhtenäisenä sekä monin tavoin työläänä prosessina. Prosessista suoriuduttuaan ulkomaalaistaustaiset sairaanhoitajat kuitenkin luovivat su- juvasti tiensä suomalaiseen työelämään ja työyhteisöjen jäseniksi. Myös Aallon ja kol- legoiden (2013: 5) tutkimuksen mukaan etenkin EU/ETA-alueen ulkopuolelta tulleet terveydenhuollon ammattilaiset pitivät hankalana ammatinharjoittamisluvan saantiin ja pätevyöitymiseen liittyviä prosesseja. Tutkittavat kokivat vaikeaksi ja mutkikkaaksi tie- don saamista prosessiin liittyvistä menettelytavoista.

Väänänen ja kollegoiden (2009: 18–20) laatiman suomalaista maahanmuuttajatutkimus- ta yhdistävän raportin mukaan maahanmuuttajataustaiset eivät työllisty yhtä hyvin kuin kantaväestö ja heidän työmarkkina-asemansa on epävarmempi heikon koulutustaustan, kielitaidon ja heikkojen verkostojen takia. Nieminen (2011: 35) kuvaa tilannetta lohkou- tuneiksi työmarkkinoiksi, joille on ominaista, että maahanmuuttajat työllistyvät vä- hemmän arvostettuihin ja usein koulutustaan vastaamattomiin töihin. Ulkomaalaistaus- taisilla terveydenhuollon ammattilaisilla myös työllistymisaste on matalampi kuin kan- tasuomalaisilla kollegoillaan. Ulkomaalaistaustaisista sairaanhoitajista työttömien osuus vuonna 2012 oli 7,5 prosenttia (Ailasmaa 2015a: 77), kun kantasuomalaisilla työttömien osuus vuonna 2013 oli 1,6 prosenttia (Ailasmaa 2015b: 29). Niemisen (2011: 73–77) väitöskirjassa tuotiin esille työllistymisen hankaluudet varsinkin muista kuin työpohjai-

sista syistä Suomeen tulleilla hoitajilla. Haastatellut kertoivat kokeneensa työyhteisöissä työtovereiden suhtautuvan heihin enemmänkin maahanmuuttajataustansa kuin ammatillisen osaamisen pohjalta. Työllistymistä ja työelämään integroitumista auttoi työkokemuksen mukanaan tuoma vahva ammatti-identiteetti, hyvä kielitaito, Suomessa suoritettu ammatillinen pätevytyminen ja työharjoittelun aikana solmitut sosiaaliset verkostot.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksen (2010: 4, 19–20 ) mukaan sairaanhoitajien liikkuvuuteen suurin vaikuttava tekijä on palkka, mutta myös työoloilla on paljon merkitystä. Lisäksi ikä vaikuttaa olennaisesti liikkuvuuteen, sillä nuoret sairaanhoitajat ovat halukkaimpia muuttamaan. Selvityksessä hoitajat näkivät Suomen tuntemattomana maana, ja menestyksekkään rekrytoinnin määriteltiin edellyttävän kattavaa yhteistyöverkostoa. Sairaanhoitajien palkkatasolta Suomi on keskikastia. (Mannila 2010: 645.)

Kielitaitovaatimus edellyttää sairaanhoitajilta sitä, että halutessaan ammattitaitoaan vastaavaan työhön Suomen terveydenhuoltoon tulijan on investoitava paljon aikaa ja joskus myös varoja kielen oppimiseen. Virtanen (2011: 154) kirjoittaa, että ainoastaan harvalla maahanmuuttajalla on Suomeen töihin tullessaan takana lähtömaassa saatua suomen kielen koulutusta, mikä hankaloittaa paitsi ammatissa toimimista myös työyhteisöön osaksi pääsemistä. Sunin (2008: 196–197) mukaan uuteen yhteisöön mukaan pääsemisen aloitetaan ryhmän käytänteiden vähittäisellä haltuunotolla ja sen toimintaan osallistumalla. Yhteisön jäsenyyden muodostuminen alkaa konkreettisesti keskustelukumppanin sanoihin tukeutumalla, joten kielitaito on oleellista myös työyhteisöön sopeutumisen kannalta. Yhteisön ytimeen pääsyyn on jokatapauksessa vielä paljon matkaa. Tuota matkaa – tai ainakin sen alkutaivalta – luonnehditaan suomalaisessa hallinnon kielessä kotoutumisena.



## 5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Pro gradu -tutkielmassani käsittelin sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta teoreettis-käsitteellisen kirjallisuustutkimuksen näkökulmasta. Tutkielma selvitti erilaisia sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden lähestymistapoja, näkökulmia, reunaehtoja ja kansallista tilannetta. Seuraavaksi pohditaan tutkimuksen tuloksia, minkä jälkeen arvioidaan tutkimuksen vahvuuksia ja rajoituksia sekä esitetään ehdotuksia ja päätelmiä tulevia sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden tutkimuksia varten.

*Mitä sairaanhoitajien liikkuvuus on kansainvälisenä ilmiönä?*

Pro gradu -tutkielmani ensimmäiseen kysymykseen voidaan tehdä johtopäätös, että sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus on kompleksinen ilmiö ja osa sekä laajempaa kansainvälistä muuttoliikettä että laajempaa terveydenhuoltohenkilöstön liikkuvuutta. Sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta tapahtuu yhdistelemällä sekä erilaisia työntö- ja vetotekijöitä että kustannuksia ja hyötyjä yksilöllisellä ja kollektiivisella tasolla (ks. Buchan & Perfilieva 2006: 3, 15–16; Hauor-Knipe & Davies 2008: 35; Shaffer 2013: 12.) Vaikka yksilöiden elämän strategiat ja toiveet ovat keskeisiä kansainvälisen liikkuvuuden mikronäkökulmien ymmärtämiseksi, osallisena olevat prosessit ovat kompleksisia ja ne ovat omaksuneet erilaisia rakenteellisia ja henkilökohtaisia tekijöitä, jotka ulottuvat aikaan ja paikkaan.

Tutkielmassa nousi esiin, että liikkuvuus on käsitteellistetty monin tavoin. Sekä liikkuvuutta että muuttoliikettä lähestytään usein joko laillisuuden tai teknisyyden (keskittyen pääasiassa ajalliseen ulottuvuuteen tai siirtotyöläisen asemaan) tai muuttoliikkeen tutkimuksen (esimerkiksi syyt ja motivaatiotekijät) näkökulmasta. Sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden kirjallisuuden keskiössä ovat yli rajojen liikkuvat yksilöt. (ks. Van Hear 1998: 14–16; Faist 1997: 247; Packer ym. 2007: 24.) Liikkuvuuden taustalla voidaan tunnistaa yksittäisten sairaanhoitajien päätöksentekoprosessit ja yhdistää ne osaksi spatiaalisia ja oikeudellisia ulottuvuuksia, jotka ovat luontaisia liikkuvuudelle nykymaailmassa. Tuloksena voidaan tunnistaa kuusi erilaista terveydenhuollon ammatillaisen liikkuvuuden arkkityyppiä. (ks. Glinos ja Buchan 2014: 136–137.) Tämä käsit-

teellinen kehys voi heijastaa sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden monipuolista ja vivahteikasta luonnetta, ja mahdollistaa kohdennettavat politiikkatoimet sen mukaisesti.

Tutkielman yhteydessä nousi toistuvasti esiin sairaanhoitajien liikkuvuuden nopeasti muuttuva ja dynaaminen luonne (ks. Humphries ym. 2008: 12–1; Buchan ym. 2005: 17–18; Perrin ym. 2007: 224–225). Liikkuvuuden jatkuva muuttuminen on seurausta useiden liikkuvuuteen vaikuttavien tekijöiden moninaisuudesta. Sairaanhoitajat etsivät mahdollisuuksia, jotka vastaavat heidän kykyjään, pätevyksiään, henkilökohtaisia ja yhteiskunnallisia kontekstejaan ja tarvetta ansioihin. Jos tämänkaltaisia mahdollisuuksia ei löydy heidän omista järjestelmistään, alueiltaan tai maistaan, osa heistä todennäköisesti etsii näitä asioita muualta. Näistä syistä sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus tulee jatkumaan myös lähitulevaisuudessa. Monissa maissa olosuhteet huononevat ja johtavat voimakkaampiin työntekijöihin. Kuitenkin samanaikaisesti vetotekijät, etenkin Euroopan maissa, pienentyvät nopeasti talouskriisin vuoksi.

Sairaanhoitajat liikkuvat pääasiassa taloudellisista syistä, ja sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden kirjallisuuskin on pitkälti keskittynyt talouden työntö- ja vetoteorioihin ja aivovuodon konseptiin hoitajien liikkuvuuden vaikutuksien ja syiden ymmärtämiseksi. (ks. Chen ym. 2006: 75–80; Dovlo 2007: 1374–1375; Dywili ym. 2011: 514–515; Habermann & Stagge 2010: 47–48.) Sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta muotoilevat kuitenkin voimakkaammat tekijät kuin yksittäisten sairaanhoitajien motiivit. Tällaisia voimakkaita tekijöitä ovat poliittinen vakaus ja terveystaloustieteelliset näkökulmat. Poliittisia konflikteja tai poliittista epävakautta läpikäyvät valtiot eivät pysty säilyttämään sairaanhoitajiaan. Samoin yhteiskunnat, jotka ovat jääneet loukkuun voimakkaaseen talouden syöksykierteeseen, ovat kyvyttömiä tarjoamaan houkuttelevia ympäristöjä sairaanhoitajille. Nämä voimakkaat kontekstuaaliset voimat ovat monien mukaan ensisijaisia liikkuvuuden työntekijöitä (vrt. Trouillot 2003: 47–48; Kingma 2008b: 330; Packer ym. 2007: 24). Sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta ei voidakaan tarkastella eristyneenä ilmiönä, sillä se vaikuttaa terveydenhuollon työvoimaan ja terveysjärjestelmien tehokkuuteen vuorovaikutuksessa muiden tekijöiden ja haasteiden, kuten globalisaation, uuden teknologian, koulutuskapasiteetin, työolosuhteiden ja

työympäristöjen, kanssa. Globaalin sairaanhoivaketjun analyysi auttaa valaisemaan lukuisia sairaanhoitajien liikkuvuuden ja tuottamisen solmuja, kuten myös tämän valtioiden rajat ylittävät prosessin hallinnoimista (vrt. Nicole Yeates 2004a: 80–85, 2004b: 372–391).

*Millaisia vaikutuksia ja haasteita sairaanhoitajien liikkuvuus luo yhteiskunnille, terveydenhuoltojärjestelmille ja sairaanhoitajien ammattiryhmälle?*

Tämän tutkielman pohjalta olen koonnut taulukon 5 esittämään monia sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden syitä ja seurauksia. Sairanhoitajien kansainvälisestä liikkuvuudesta hyötyvät eniten sairaanhoitajat itse sekä heidän lähiomaisensa, jotka joko asuvat sairaanhoitajien kanssa tai vastaanottavat rahalähetyksiä heiltä lähtömaassa. Olettaen että sairaanhoitajat ovat pystyneet välttämään epäeettisten rekrytointitoimistojen hyväksikäyttöä sairaanhoitajat voivat saavuttaa työllistymistä paremmalla korvauksella, parempia työympäristöjä, urakehitysmahdollisuuksia ja tyytyväisyyttä sekä henkilohtaisella että perheen tasolla. (ks. Prescott & Nichter 2014: 118; Shaffer 2013: 12.)

Valtiotasolla hyötyjiä ovat kohdemaat, kun taas menettäjiä ovat lähtömaat (Packer ym. 2007: 29; Buchan 2006: 56–57). Ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien vahvistaessa terveydenhuollon työvoimaa kohdemaissa yleinen terveydentila näissä maissa oletettavasti kohenee. Myös oikeudenmukaisuus voi kohentua, kun siirtolaiset usein työskentelevät vähemmän puoleensavetävillä alueilla. Sairanhoitajien maastamuutto puolestaan pahentaa pulaa ammattitaitoisista sairaanhoitajista lähtömaassa mahdollisesti tuhoten terveydenhuoltojärjestelmiä. Täten maastamuuton voidaan odottaa vaarantavan lähtömaiden kansallisen terveydentilan. Voidaan myös tuoda esille, että työllistymismahdollisuuksien puute on luonut maastamuuttoa. Tällaisessa tilanteessa maastamuutto on oire syvemmistä ongelmista (vrt. Glinos, Buchan & Wismar 2014: 23).

Yksi kansainvälisen liikkuvuuden varma negatiivinen seuraus on taloudellinen (ks. Kirigia ym. 2006: 6–10; Yeates 2010: 428–429). Valtiovallat investoivat terveydenhuollon henkilöstön koulutukseen vahvistaakseen kansallisia terveyskapasiteettejaan. Tilanteessa, jossa julkisissa oppilaitoksissa koulutettujen sairaanhoitajien maastamuutto on huo-

mattavaa, on selvää että maastamuutto kuluttaa julkiset investoinnit pois kansallisen väestön terveystarpeista. Liikkuvuuden vaikutukset koulutusinstituutioihin voivatkin olla kaksipuolisia. Toisaalta liikkuvuuden mahdollisuudet voivat ajaa koulutussuunnitelmia suuntautumaan enemmän kohti maastavientiä kuin kohtaamaan epidemiologisia haasteita kotimaassa. Voidaan myös väittää, että koulutusinstituutiot, jotka menestyksekkäästi vievät valmistuneita sairaanhoitajia pois maasta, osoittavat laadukkuutensa ja kilpailukykyänsä. Menestys parantaa koulutuksen houkuttelevuutta potentiaalisille opiskelijoille, jotka etsivät kansainvälisiä mahdollisuuksia. Maastamuuton mahdollisuus voikin houkuttaa hakeutumista sairaanhoitajakoulutukseen jo lähtökohtaisesti tarkoituksena muuttaa maasta pois eikä sitoutua palvelemaan kotimaan tarpeita. Täten sairaanhoitajakoulutuksen ollessa julkisesti rahoitettua valtionapu maastamuuton vaikutuksena muuttuu investoinnista terveyteen joko yksityistetyksi hyödyksi yhdelle henkilölle tai epäsuoraksi hyödyksi investointina ulkomaisiin rahalähetyksiin. (ks. taulukko 5.)

Terveydenhuollon organisaatiot voivat kokea muutoksia sairaanhoitohenkilöstössä tai henkilöstömalleissa sairaanhoitajien poistuessa maantieteellisiltä alueilta. Sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus vaikuttaa terveydenhuollon työvoiman kokonaisuuteen, mikä puolestaan vaikuttaa terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuuteen. (ks. Buchan 2006: 56–57; Li, H. ym. 2014: 316; Glinos, Buchan & Wismar 2014: 23.) Organisaation suorituskyky voi kokea vaikutuksia, jos tuottavuus ja resurssit on siirretty yhdistämään ulkomaiset sairaanhoitajat ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt kansalliseksi terveydenhuollon työvoimaksi. Silti organisaatiot voivat hyötyä sairaanhoitajien globalisoinnista, jos sairaanhoitajia palkataan laajentamaan palvelujen saatavuutta (vrt. Packer ym. 2007: 29). On ymmärrettävästi huomattavasti hankalampaa arvioida sairaanhoitajien ulosvirtauksen vaikutuksia terveydenhuoltojärjestelmille lähtömaissa, sillä arviointia varten tarvittaisiin analyysiä siitä, mitä olisi tapahtunut, jos he eivät olisi poistuneet maasta. Lisäksi on usein vaikeaa erottaa muuttoliikkeen vaikutuksia muista työvoimaan liittyvistä kysymyksistä, kuten henkilöstön ikääntymisestä. Kenties hyvin suunnitellut laadulliset tutkimushankkeet voisivat näyttää vaikutuksia joissakin erityistapauksissa, kuten joissakin sairaaloissa, joissa on puutetta asiantuntijoista heidän muuttuaan ulkomaille. Toinen syy tällaisen arvioinnin tekemiseen liittyy sairaanhoitajien liikkuvuuden eri muotoihin.

Osa puoltaa aktiivisempia politiikoita (vrt. Alkire & Chen 2012: 112). On olemassa kasvavissa määrin esimerkkejä siitä, kuinka ammattitaitoisten sairaanhoitajien puute on yhteydessä koko terveydenhuoltojärjestelmän kykyyn vastata terveydenhuollon kriiseihin – erityisesti Saharan eteläpuolisella alueella (ks. WHO 2006: 12). Laajamittaisen näytön puutteesta huolimatta on olemassa laajoja perusteita sille, kuinka terveydenhuollon kriisiytymistä kohtaavat erittäin köyhät valtiot tarvitsevat ammattitaitoista terveydenhuollon työvoimaansa. Jos ansiotulot ja työympäristö ovat tärkeitä sairaanhoitajien säilyttämistä määritteleviä tekijöitä, tulisi valtiojohtojen ja lahjoittajien priorisoida investointinsa varmistaakseen korkeasti koulutettujen sairaanhoitajiensa pysyminen maassaan. Jos valtiot haluavat pienentää sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta, niiden tulee vähentää sekä työntö- että vetotekijöitä, kasvattaa transaktiokustannuksia ja laskea transaktion etuja. (ks. taulukko 5.)

Taulukko 5. Yhteenveto sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden syistä ja seurauksista.

<b>SYYT</b>	<b>LÄHTÖMAAT</b>	<b>KOHDEMAAT</b>
<i>Demografia ja terveys</i> Tautikuormitus Demografia	Korkea Nuorehko väestö	Kroonisia sairauksia Ikääntyvä väestö
<i>Ansiotulo ja työympäristö</i> Ansiotulo Työtyytyväisyys Uramahdollisuudet Johtaminen	Matala Matala Rajalliset Jäykkää, epäoikeudenmukais- ta	Korkea Vaihtelevaa Hyvät Vaihtelevaa
<i>Henkilökohtaiset preferenssit ja turvallisuus</i> Henkilökohtaiset preferenssit Turvallisuus	Perhe Tartuntatautien riski	Lasten turvallisuus Turvaavat käytännöt
<b>SEURAUKSET</b>		
<i>Sairaanhoitaja ja perhe</i> Taloudelliset seuraukset Sosiaaliset seuraukset	Rahalähetykset Korkeampi status	Korkeampi elintaso Sairaanhoitajilla vaihtelevaa
<i>Kansallinen terveydentila</i> Terveysjärjestelmät Terveydentila	Halvaantunut, romahtamassa Alentunut	Julkinen sektori Kohentunut
<i>Koulutus ja valtiontuki</i> Opetussuunnitelma Julaiset instituutiot Yksityinen opetus Julkinen rahoitus	Vientiin suuntautunut Menettävät tekijöitä Kasvaa vientiä varten Menetetty	Kansalliset ja kansainväliset strategiat Saavat tekijöitä Vaihtelevaa Tavoitettu

On olemassa yleinen tarve, että eri maista tulisi suuremmissa määrin omavaraisia sekä terveydenhuoltojärjestelmissään että terveysalan henkilöstöresursseissaan. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että joko sairaanhoitajien liikkuvuutta tai yksilöiden vapautta liikua tulisi rajoittaa, vaan että sairaanhoitajien liikkuvuudesta syntyisi sekä lähtö- että kohdemaille molemminpuolista hyötyä, kuten myös siirtolaiselle itselleen hyvin hallitujen muuttoliikepolitiikkojen kautta (vrt. Buchan ym. 2005; Kingma 2008; Thupayagale-Tshweneagae 2007). Työskentely kohti kestäväää terveydenhuoltoa kansallisissa terveydenhuoltojärjestelmissä on ensimmäinen ja suuri haaste, joka kaikkien toimijoiden tulee pitää mielessä. Lähtömaille tämä merkitsee muiden muassa tarvetta lisätä ja parantaa sairaanhoitajien koulutusmahdollisuuksia, lisätä palkan korotuksia, vähentää työn kuormittavuutta ja parantaa sekä työturvallisuutta että maahanmuuttajien integroitumista (ks. Mannila 2010: 639; Alkire & Chen 2012: 112).

Kaikille maille olisi tärkeää säilyttää sairaanhoitajat terveydenhuoltojärjestelmissään ja vähentää näin vaihtuvuutta. Koulutettujen sairaanhoitajien motivointi palata takaisin työskentelemään terveydenhuoltoon on edullisempi lähestymistapa lisätä terveydenhuollon työntekijöitä kuin kouluttaa uusia sairaanhoitajia. Aiheeseen liittyviä politiikan muutoksia tarvitaan puuttamalla esimerkiksi työn aiheuttamaan stressiin, työn suunnitteluun, joustaviin työaikoihin, henkilöstömäärään ja johtamiseen. (vrt. Kingma 2007: 1287; Cerdin ja Selmer 2014: 1281; Glinos ym. 2014: 23.)

### *Mitkä ovat sairaanhoitajien liikkuvuuden periaatteet Suomessa?*

Sairanhoitaja on laillistettu ammatti, ja työelämän ammattispesifiset edellytykset laativat kriteerit sairaanhoitajilta vaadittavaan asiantuntijuuteen, jonka keskiössä on vankka tiedollinen ja taidollinen osaaminen. Käytännössä tämä näyttäytyy hoitotyön kokonaisvaltaisena erityisosaamisena. (ks. Mäkipää & Korhonen 2011: 17–20.) Suomessa ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien asemaan liittyviä seikkoja linjataan eri hallinnonaloilla laajasti. Linjaukset painottavat maahanmuuttajien tasavertaista kohtelua, integraation edistämistä ja maahanmuuton edistämistä. Ammattipätevyysdirektiivi helpottaa ammattipätevyyden tunnustamista toisessa EU/ETA-valtiossa tutkintonsa suorittaneelle

sairaanhoitajalle. Muualla kuin EU/ETA-valtiossa koulutuksen suorittaneilta edellytetään mahdollisesti lisäopintoja ja kuulustelua ennen ammattioikeuden myöntämistä.

Tutkielmasta kävi ilmi, että kansainvälisesti pätevöityneet sairaanhoitajat, jotka muuttavat Suomeen, olivat he sitten EU/ETA-alueelta tai ETA-alueen ulkopuolelta, kohtaavat vieraan terveydenhuoltojärjestelmän, erilaisen ammattikulttuurin ja uuden sosiaalisen ja yhteiskunnallisen ympäristön. Jokainen sairaanhoitaja käy läpi siirtymävaiheen sekä työssään että henkilökohtaisessa elämässään. (vrt. Koivuniemi 2012; Nieminen 2011.) Perhesuhteet painavat merkittävästi ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien Suomeen muuton taustalla (vrt. Aalto ym. 2013: 5; Mannila & Parviainen 2010: 22).

Kielitaito on olennainen väline vuorovaikutukseen pohjautuvassa potilas- ja hoitotyössä. Yhteisen kielen puuttuminen potilaan ja sairaanhoitajan välillä voi vaikuttaa ongelmien esiin tulemiseen, synnyttää hoitoa koskevia väärinkäsityksiä sekä lisäksi johtaa huonompaan hoidon laatuun. (vrt. Aalto ym. 2013: 6; Habermann & Stagge 2010: 49–50). Sujuva vuorovaikutus on myös tärkeää työyhteisön jäsenenä toimimiseksi. Tarkasteltaessa sairaanhoitajien liikkuvuuden ja Suomen välistä yhteyttä suomen kielen taidon merkitys osoittautui olennaiseksi tässä tutkielmassa monissa eri yhteyksissä: ammatinharjoittaminen ja pätevöityminen edellyttävät riittävää kielitaitoa (ks. Kirkonpelto & Vallimies-Patomäki 2016: 15–16). Hyvä kielitaito myös edesauttaa sekä yhteiskuntaan että työelämään integroitumista (ks. Koivuniemi 2012: 38–42). Suomen ollessa pieni kielialue ja sijainniltaan syrjäinen se ei kuitenkaan kenties lähtökohtaisesti ole kovin houkutteleva vaihtoehto terveydenhuollon suhteellisen korkeasti koulutetuille sairaanhoitajille.

Suomessa työskentelee yhä vähäisesti ulkomaalaistaustaisia sairaanhoitajia (ks. Tuokko ym. 2012: 10; Ailasmaa 2015a: 4-5, 81–83). Eniten sairaanhoitajia on saapunut Suomeen Virosta ja Ruotsista, ja sairaanhoitajat työskentelevät kaikilla terveydenhuollon sektoreilla. Suomalaisten tutkimusten (vrt. Aalto ym. 2013: 72–73; Kyhä 2011: 231) mukaan myös Suomessa on havaittavissa kansainvälisissä tutkimuksissa esille tuotua ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien työskentelyyn liittyvää haasteellisuutta. Valtaosa ulkomaalaistaustaisista sairaanhoitajista kyllä työskentelee koulutustaan vastaavassa



työssä (vrt. Ailasmaa 2015c), mutta he ovat kantasuomalaisia kollegoitaan harvemmin vakituksessa työsuhhteessa, tekevät useammin ylityötunteja ja työttömyys on yleisempää (ks. Väänänen ym. 2009: 18–20; Nieminen 2011: 35; Ailasmaa 2015a: 77). Sairaanhoidajat ovat kuitenkin kokeneet ammattiosaamisen tunnistamisen ja tunnustamisen olevan suurin haaste. Prosessi näyttäytyy monesti epäyhtenäisenä sekä monin tavoin epäselvänä (ks. Nieminen 2011: 81–82, 87; Aalto ym. 2013: 5).

Koska terveydenhuoltojärjestelmämme on muuttumassa perinpohjaisesti ja se vaikuttaa moniin liikkuvuutta määrääviin tekijöihin, tarve tarkalle terveydenhuoltohenkilöstöä koskevalle tiedolle on kasvussa. Vielä ei tiedetä paljoakaan siitä, miten terveydenhuoltohenkilöstön rekrytointi, säilyttäminen ja liikkuvuus tulevien vuosien aikana vaikuttavat esimerkiksi sairaanhoitajan ammatin muuttuviin rooleihin, sairaaloiden budjettileikkauksiin, palkkatasoon tai eläkeiän nostoon. Talouskriisin aiheuttamilla reaktioilla ja seurauksilla, demografisilla paineilla ja maailmanlaajuisella terveydenhuoltohenkilöstön pulalla on todennäköisesti pitkän aikavälin vaikutuksia. Suomen väestö on nykyään etniseltä taustaltaan monimuotoisempi, joten myös monikulttuurisella terveydenhuollon työyhteisöillä on paremmat ominaisuudet vastata muuttuviin asiakastarpeisiin (vrt. Söderqvist 2005: 62–66; Koivuniemi 2012: 29–30; Aalto ym. 2013: 101). Ulkomaalais-taustaiset sairaanhoitajat pystyvät lieventämään hoitajapulaa etenkin sektoreilla, joissa henkilöstövaje on suuri. Tällaisia ovat esimerkiksi perusterveyden- ja vanhustenhuolto.

#### *Pohdinta ja jatkotutkimushaasteita*

Tämä tutkielma on relevantti monella eri tapaa. Se tarjoaa ymmärrystä ja syitä sairaanhoitajien kansainväliselle liikkuvuudelle sekä haastaa ajattelemaan, mitä voidaan tehdä maailmanlaajuisen epätasapainon ratkaisemiseksi. Lisäksi tutkielman vahvuuksiin luokituu sen erilaisin metodisin lähtökohdin tehtyjen tutkimusten integroiva ote. Koska kansainvälisen liikkuvuuden tutkimuksella on ollut taipumus tutkia liikkuvuuden syitä ja seurauksia erikseen, on liikkuvuuden kompleksisuuden takia perusteltua yhdistää ilmiötä luokittelevia teoreettisia lähestymistapoja.

Teoreettis-käsitteelliseen tutkimukseen lukeutuu myös ongelmia. Tutkielma ei ole kaiken kattava selvitys sairaanhoitajien kansainvälisestä liikkuvuudesta. Se nostaa esiin vallitsevia näkökulmia ja tarkastelee niitä. Tutkimusta on ohjannut aineisto, ja kysymyksen riittävydestä ei ole yksiselitteinen. Jossakin muussa tilanteessa joku toinen tutkija olisi saattanut valita joitakin muita näkökulmia tässä tutkielmassa esille tuotujen sijaan. Pitäisin kuitenkin riittävänä ja tieteellisesti vertailukelpoisena käsittelemääni tutkimuskirjallisuutta, joka muodostaa laajan ja eheän sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta käsittelevän kokonaisuuden.

Sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden näkökulmasta yhteiskunnallisten ja taloudellisten seurausten ymmärtäminen on tarpeellista, koska tällaiset vaikutukset määrittelevät julkisen vallan väliintulon tarpeellisuutta. Jos ainoastaan jotkin yhteiskunnallisten seurausten aspektit nähdään ei-toivottavina, yhteiskuntapolitiikat suunnattaisiin lähtö- ja/tai kohdemaihin. Sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden kokonaisvaltaisista positiivisista tai negatiivisista seurauksista ei ole olemassa yhteisymmärrystä. Vaikka moni hyväksyisi liikkuvuuden luovan joko häviäjiä tai voittajia, yksiselitteistä yhteisymmärrystä siitä, kuka osapuoli hyötyy tai menettää ja kuinka paljon, ei ole. Näin ollen monet poliitikot ja ekonomistit eivät välttämättä ole kovin halukkaita puuttumaan globaaleihin työmarkkinoihin. Sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden luomat positiiviset ulkoisvaikutukset ovat niin vahvoja ja jatkuvat pitkään, että liikkuvuuden mukanaan tuomat hyödyt voivat ylittää kustannukset.

Sairaanhoitajat edustavat merkittävää osaa terveydenhuollon ammattilaisten siirtolaisista ja vielä yleisemmin ammattitaitoisista naissiirtolaisista. Sairaanhoitajien liikkuvuus osoittaa yhteiskuntapoliittisten ja institutionaalisten tekijöiden tärkeyden globaalien hoidon tarjonnan muokkaamisessa ja rakentamisessa. Hoitotyön ”yleisen edun” luonne yhdessä maailmanlaajuisten kahdenvälisen riippuvuuksien ja muuttoliikkeen mukanaan tuoman epäsuhtaisuuden kanssa konkreettisesti valaisee keskeisiä poliittisia kysymyksiä kansainvälisen kaupan sääntelyn ja hallinnon osalta. Iso kysymys on, voivatko maahanmuuttopolitiikat muokata tällaisten poliittisten ja taloudellisten ytimessä olevia liikkuvuuden virtoja.

Liikkuvuuden merkitys onkin sidottu liikkuvuutta vahvistaviin tausta- ja epävarmuustekijöiden joukkoon. Vaikka on hankalaa ennustaa liikkuvuuden kehitystä, on varmaa, että liikkuvuuteen vaikuttaa sen muuttuva ympäristö. Täten sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden ollessa monen toimijan monipaikallinen prosessi tarvitaan monitahtoista ja kansainvälistä toimintaa, joka sitouttaa eri osapuolet. Silti erilaiset intressit globaalissa sairaanhoitajien liikkuvuudessa paitsi sulautuvat myös joutuvat ristiriitaan. Herää kysymys siitä, miten keskenään kilpailevat edut – työvoima, kotitaloudet, ammatillisuus, talous ja valtio – voidaan tasapainottaa, ja voidaanko ne sovittaa yhteen. Ongelman ydin koskettaa kysymystä siitä, kuinka voidaan säädellä sairaanhoitajien liikkuvuutta ja pitää huolta kansanterveydestä, hyvinvoinnista, hoitotyöstä ja yhteiskunnallisesta kehityksestä maailmanlaajuisesti.

Vapaan liikkuvuuden ja hallitun muuttoliikkeen välinen ero on seurausta Euroopan unionin sisärajojen ja muun maailman välisten ulkorajojen hierarkiasta. Euroopan unionin jäsenmaiden sisäiset oikeudet voivat vaikuttaa jäsenmaiden kansallisten maahanmuuttolakien tiukkuuteen. Päätös liikkua rajojen yli on ehdollistettu yksilöä ympäröivillä oikeudellisilla kehyksillä. Paradoksaalisesti se mikä tekee Euroopan unionista mahdollisesti ainutlaatuisen liikkuvuuden näkökulmasta – moninaisuus, helppous ja sisäisen liikkuvuuden laajuus – myös vaikeuttaa päätöksentekijöitä käsittelemään sairaanhoitajien ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuutta. Eri valtiot ovat eettisistä ohjeistuksista huolimatta vapaassa kilpailussa toisiensa kanssa sairaanhoitajista.

Sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus on mielenkiintoinen tutkimusaihe, ja etenkin vähäisten Suomea koskevien tutkimusten takia mahdollisuuksia jatkotutkimuksille on lukuisia. Voidaan tutkia esimerkiksi niitä tekijöitä, jotka korreloivat sairaanhoitajien tarkoitusta muuttaa Suomesta tai aikomusta palata maahan ulkomailla työskentelyn jälkeen. Tämä tarjoaa kattavamman kuvan sairaaloiden kohtaamista haasteista täyttää niiden henkilöstötavoitteet.

Etnografista tutkimusta tarvitaan valaisemaan paremmin erilaisia sairaanhoitajien läpikäymiä kokemuksia muuttoliikkeen yhteydessä, jotta voidaan tarkentaa globaalien sairaanhoivaketjujen käsitettä. Tämä on tarpeellista etenkin kun liikkuvuus on epäsuoraa ja

kiertoteitse etenevää. Lisäksi ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien tulosityhin, työtilanteeseen, työtyytyväisyyteen, työstä koettuun arvostukseen, tulevaisuudensuunnitelmiin, syrjintään ja arvoihin pohjautuvat tulevaisuuden tutkimukset olisivat sekä kansallisesti että kansainvälistä vertailua varten hyödyllisiä. Ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien työssä menestymistä voitaisiin tiedustella myös muilta tahoilta, kuten Valviralta, työtovereilta, esimiehiltä ja potilailta.

Kaikkien kannalta tavoitteena on, että suomalainen yhteiskunta, terveydenhuoltojärjestelmä ja työyhteisöt ovat avoimia ja osallistavia Suomeen tarjolla olevia sairaanhoitajia varten. Laillistamisen ja ammatinharjoittamisen tulee olla hoitajien kannalta tasapuolinen ja potilasturvallisuuden kannalta luotettava.

## LÄHDELUETTELO

- Aalto, Anna-Mari, Marko Elovainio, Tarja Heponiemi, Laura Hietapakka, Hannamaria Kuusio & Riikka Lämsä (2013). *Ulkomaalaistaustaiset lääkärit ja hoitajat suomalaisessa terveydenhuollossa: Haasteet ja mahdollisuudet*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa 1.2.2016: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104416/URN\\_ISBN\\_978-952-245-857-5.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104416/URN_ISBN_978-952-245-857-5.pdf?sequence=1).
- Abdelhamid, Pirkko, Anitta Juntunen & Liisa Koskinen (2010). *Monikulttuurinen hoitotyö*. Helsinki: WSOYpro OY.
- Aboderin, Isabella (2007). Contexts, motives and experiences of Nigerian overseas nurses: understanding links to globalization. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2237–2245.
- Adams, Elizabeth & Annette Kennedy (2006). *Positive practice environments: key considerations for the development of a framework to support the integration of international nurses*. Geneve: International Centre on Nurse Migration.
- Ailasmaa, Reijo (2010). *Sosiaali- ja terveystalouden ulkomaalainen henkilöstö ja suomalaiset ulkomailla. Tilastoraportti*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa 24.3.2016: [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr18\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr18_10.pdf).
- Ailasmaa, Reijo (2015a). *Terveys- ja sosiaalipalveluiden henkilöstön kansainvälinen liikkuvuus 2012*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa 10.11.2015: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126261/Tr12\\_15.pdf?sequence=5](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126261/Tr12_15.pdf?sequence=5)
- Ailasmaa, Reijo (2015b). *Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2013*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa 31.3.2016: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129581/Tr26\\_15.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129581/Tr26_15.pdf?sequence=1).

- Ailasmaa, Reijo (2015c). Ulkomaalaistaustaisen terveys- ja sosiaalipalveluiden henkilöstön määrä. Terveys- ja sosiaalipalveluiden henkilöstön kansainvälinen liikkuvuus 2012 -raportti ja sen osittain julkaisematon tausta aineisto. Työssäkäyntitilasto. Tilastokeskus. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Alexis, Obrey, Vasso Vydelingum & Ian Robbins (2007). Engaging with a new reality: experiences of overseas minority ethnic nurses in the NHS. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2221–2228.
- Alkire, Sabine & Lincoln Chen (2012). 'Medical exceptionalism' in international migration: should doctors and nurses be treated differently? In: *Globalizing migration regimes*, 100–117. Eds. Joakim Palme & Kristof Tamas. Farnham: Ashgate.
- Alonso-Garbayo, Álvaro & Jill Maben (2009). Internationally recruited nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: the decision to emigrate. *Human Resources for Health* 7:37, 1–11.
- Auerbach, David, Peter Buerhaus & Douglas Staiger (2007). Better late than never: workforce supply implications of later entry into nursing. *Health Affairs* 26:1, 178–185.
- Bach, Stephen (2007). Going global? The regulation of nurse migration in the UK. *British Journal of Industrial Relations* 45:2, 383–402.
- Ball, Rochelle & Nicola Piper (2002). Globalization and regulation of citizenship: Filipino migrant workers in Japan. *Political Geography* 21, 1013–1034.
- Bauman, Zygmunt (1998). *Globalization: the human consequences*. New York: Columbia University Press.
- Baumgartner, Pia (2012). *Ulkomaalainen hoitaja suomalaisessa terveydenhuollossa*. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

- Beaton, Marilyn & Jeanette Walsh (2010). Overseas recruitment: experiences of nurses immigrating to Newfoundland and Labrador, 1949–2004. *Nursing Inquiry* 17:2, 173–183.
- Berry, John (1997). Immigration, acculturation and adaption. *Applied Psychology: An International Review* 46:1, 5-68.
- Berry, John (2005). Acculturation: living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations* 29:6, 697–712.
- Blythe, Jennifer & Andrea Baumann, Ann Rhéaume & Karen McIntosh (2009). Nurse migration in Canada: pathways and pitfalls of workforce integration. *Journal of Transcultural Nursing* 20:2, 202–210.
- Brush, Barbara & Julie Sochalski (2007). International nurse migration: lessons from the Philippines. *Policy, Politics & Nursing Practice* 8:1, 37–46.
- Buchan, James (2006). Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? In: *Human resources for health in Europe*, 41–62. Eds. Carl-Ardy Dubois, Martin McKee & Ellen Nolte. Berkshire: The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Buchan, James (2007). International recruitment of nurses: policy and practice in the United Kingdom. *Health Services Research* 42:3, 1321–1335.
- Buchan, James, Renu Jobanputra, Pippa Gough & Ruth Hutt (2005). *Internationally recruited nurses in London: profile and implications for policy*. London: King's Fund.
- Buchan, James & Galina Perfilieva (2006). *Health worker migration in the European region: country case studies and policy implications*. Copenhagen: World Health Organization.

- Bunda, Irina, Subir Lall & Sunil Sharma (2014). The impact of the global financial crisis on emerging and newly industrialized Asia. In: *The Impact of the Global Financial Crisis on Emerging Financial Markets*, 127–153. Eds. Jonathan Batten & Peter Szilagyi. Bingley: Contemporary Studies in Economic and Financial Analysis.
- Bürgelt, Petra, Mandy Morgan & Regina Pernice (2008). Staying or returning: pre-migration influences on the migration process of German migrants to New Zealand. *Journal of Community & Applied Psychology* 18, 282–298.
- Campbell, Jim, Gilles Dussault, James Buchan, Francisco Pozo-Martin, Maria Guerra Arias, Claudia Leone, Amani Siyam & Giorgio Cometto (2013). *A universal truth: no health without a workforce*. Geneva: World Health Organization.
- Cassarino, Jean-Pierre (2004). Theorising Return Migration: a revisited conceptual approach to return migrants. *International Journal on Multicultural Societies* 6:2, 253–279.
- Castles, Stephen (2003). Towards a sociology of forced migration and social transformation. *Sociology* 37:1, 13–24.
- Castles, Stephen & Mark Miller (2009). *The age of migration: international population movements in the modern world*. 4<sup>th</sup> edition. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Cerdin, Jean-Luc & Jan Selmer (2014). Who is a self-initiated expatriate? Towards conceptual clarity of a common notion. *The International Journal of Human Resource Management* 25:9, 1281–1301.
- Chen, Lincoln, David Evans, Tim Evans, Ritu Sadana, Barbara Stilwell, Phyllida Travis, Wim Van Lerberghe & Pascal Zurn (2006). *The world health report 2006*. Geneva: World Health Organization.



- Choi, Jeong-Gil, Robert Woods & Suzanne Murrmann (2000). International labour markets and the migration of labour forces as an alternative solution for labor shortages in the hospitality industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management* 12:1, 61–67.
- Clark, Paul, James Stewart & Darlene Clark (2006). The globalization of the labour market for health-care professionals. *International Labour Review* 145:1–2, 37–64.
- Connell, John & Barbara Stilwell (2006). Merchants of medical care: recruiting agencies in the global health care chain. In: *Merchants of Labour*, 239–253. Ed. Christiane Kuptsch. Geneva: International Labour Organization.
- Cummins, Theresa (2009). Migrant nurses' perceptions and attitudes of integration into the perioperative setting. *Journal of Advanced Nursing* 65:8, 1611–1616.
- de Haas, Hein (2008). Migration and development: a theoretical perspective. *International Migration Review* 44:1, 227–264.
- Dobrowolska, Beata, Irena Wronska, Wieslaw Fidecki & Mariusz Wysokinski (2007). Moral obligations of nurses based on the ICN, UK, Irish and Polish codes of ethics for nurses. *Nursing Ethics* 2:14, 171–181.
- Dovlo, Delanyo (2007). Migration of nurses from Sub-Saharan Africa: a review of issues and challenges. *Health Services Research* 42:3, 1373–1388.
- Drăgoi, Mihaela (2015). The health work force migration: economic and social effects. *Farmacia* 63:4, 593–600.
- Duff, Patricia, Ping Wong & Margaret Early (2002). Learning language for work and life: the linguistic socialization of immigrant Canadians seeking careers in healthcare. *Modern Language Journal* 86, 397–422.

- Dywili, Sophia, Ann Bonner & Louise O'Brien (2011). Why do nurses migrate? A review of recent literature. *Journal of Nursing Management* 31:3, 511–520.
- Dwyer, James (2007). What's Wrong with the Global Migration of Health Care Professionals? *Individual Rights and International Justice*. *Hastings Center Report* 37:5, 36–43.
- El-Jardali, Fadi, Nuha Dumit, Diana Jamal & Gladys Mouro (2008). Migration of Lebanese nurses: a questionnaire survey and secondary data analysis. *International Journal of Nursing Studies* 45:10, 1490–1500.
- Gill, Reema (2011). Nursing shortage in India with special reference to international migration of nurses. *Social Medicine* 6:1, 52–59.
- Faist, Thomas (1997). From common questions to common concepts. In: *International Migration, Immobility and Development. Multidisciplinary Perspectives*, 247–276. Eds. To Hammar, Grete Brochmann, Kristof Tomas & Thomas Faist. Oxford and New York: Berg.
- Fang, Zhiwu Zack (2007). Potential of China in global nurse migration. *Health Services Research* 42:3, 1419–1428.
- Fawcett, James (1985). Migration psychology: new behavioral models. *Population and Environment* 8:1/2, 5–14.
- Feldbaum, Harley & Joshua Michaud (2010). Health diplomacy and the enduring relevance of foreign policy interests. *PLoS Med* 7:4, 1–6.
- Gaidzanwa, Rudo (1999). *Voting with their feet: migrant Zimbabwean nurses and doctors in the era of structural adjustment*. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.

Glinos, Irene & James Buchan (2014). Health professionals crossing the EU's internal and external borders: a typology of health professional mobility and migration. In: Health professional mobility in a changing Europe: New dynamics, mobile individuals and diverse responses, 120–152. Eds. James Buchan, Matthias Wismar, Irene Glinos & Jeni Bremner. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Glinos, Irene, Matthias Wismar, Claudia Maier, Willy Palm & Josep Figueras (2011). Health professional mobility and health systems in Europe: conclusions from the case-studies. In: Health professional mobility and health systems, 67–86. Eds. Matthias Wismar, Claudia Maier, Irene Glinos, Gilles Dussault & Josep Figueras. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Glinos, Irene, James Buchan & Matthias Wismar (2014). Health professional mobility in a changing Europe: lessons and findings. In: Health professional mobility in a changing Europe: New dynamics, mobile individuals and diverse responses, 35–64. Eds. James Buchan, Matthias Wismar, Irene Glinos & Jeni Bremer. Copenhagen: World Health Organization.

Glinos, Irene (2015). Health professional mobility in the European Union: exploring the equity and efficiency of free movement. *Health Policy* 119: 12, 1529–1536.

Habermann, Monika & Maya Stagge (2010). Nurse migration: a challenge for the profession and health-care systems. *Journal of Public Health* 18:1, 43–51.

Hagen-Zanker, Jessica (2008). Why do people migrate? A review of the theoretical literature. Social Science Research Network. Maastricht: Maastricht University.

Haour-Knipe, Mary & Anita Davies (2008). Return migration of nurses. Geneva: International Centre on Nurse Migration. Saatavissa 15.2.2016: <http://www.intlnursemigration.org/wp-content/uploads/2014/10/ReturnmigrationA4.pdf>.

- Hartikainen, Jutta (2007). Ulkomaalaisten hoitajien akkulturaatio suomalaiseen työpaikkakulttuuriin. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Heikkilä, Elli & Maria Pikkarainen (2008). Väestön ja työvoiman kansainvälistyminen nyt ja tulevaisuudessa. Siirtolaisuustutkimuksia A 30. Turku: Siirtolaisuusinstituutti.
- Heponiemi, Tarja, Timo Sinervo & Marko Elovainio (2009). Sairaanhoidtajien ja lääkäreiden määräaikaisten työsuhteiden vaikutukset työn stressitekijöihin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 46, 184–195.
- Hochschild, Arlie (2000). Global care chains and emotional surplus value. In: *On the Edge: Living with Global Capitalism*, 130–146. Eds. Anthony Giddens & Will Hutton. London: Random House.
- Hopkins, Terence & Immanuel Wallerstein (1986). Commodity chains in the world-economy prior to 1800. *Review* 10:1, 157–170.
- Humphries, Niamh, Ruairi Brugha & Hannah McGee (2009). "I won't be staying here for long": a qualitative study on the retention of migrant nurses in Ireland. *Human Resources for Health* 7:68.
- Hunt, Beverley (2007). Managing equality and cultural diversity in the health workforce. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2252–2259.
- Inoue, Jun (2010). *Migration of Nurses in the EU, the UK, and Japan: Regulatory Bodies and Push-Pull Factors in the International Mobility of Skilled Practitioners*. Tokyo: Hitotsubashi University.
- International Council of Nurses & Florence Nightingale International Foundation (2006). *The global nursing shortage: priority areas for intervention*. Saatavissa 27.2.2016: <http://www.cann.ca/Theglobalnursingshortage2006.pdf>.

- Isaksen, Lise, Sambasiven Devi & Arlie Hochschild (2008). Global care crisis: A problem of capital, care chain, or commons? *American Behavioral Scientist* 52:3, 405–425.
- Jasinskaja-Lahti, Inga & Markus Laine (2009). Founding the European chemicals agency: the perspectives of the employees and the city of Helsinki. *Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 2009: 7*. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Joyce, Richard & Chester Hunt (1982). Philippine nurses and the brain Drain. *Social Science & Medicine*, 16, 1223–1233.
- Kaczmarczyk, Pawel & Marek Okolski (2008). Economic impacts of migration on Poland and the Baltic states. *Fafo-paper 2008:01*. Saatavissa 26.3.2016: [http://fafo.no/~fafo/media/com\\_netsukii/10045.pdf](http://fafo.no/~fafo/media/com_netsukii/10045.pdf).
- Kaelin, Lukas (2011). Care drain: the political making of health worker migration. *Journal of Public Health Policy* 32:4, 489–498.
- Kalipeni, Ezekiel, Linda Semu & Margaret Mbilizi (2012). The brain drain of health care professional from sub-Saharan Africa: a geographic perspective. *Progress in Development Studies* 12:2–3, 153–171.
- Kanchanachitra, Churnrurtai, Magnus Lindelow, Timothy Johnston, Piya Hanvoravongchai, Fely Lorenzo, Nguyen Huong, Siswanto Wilopo & Jennifer dela Rosa (2011). Human resources for health in Southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. *The Lancet* 377, 769–781.
- Kawi, Jennifer & Yu Xu (2009). Facilitators and barriers to adjustment of international nurses: an integrative review. *International Nursing Review* 56, 174–183.

- Khadria, Binod (2013). International nurse recruitment in India. *Health Services Research* 42:3, 1429–1436.
- Kilpeläinen, Taina (2010). Ulkomaalaisen sairaanhoitajan opas suomalaiseen työelämään. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Pori: Satakunnan ELY-keskuksen Työhön Satakuntaan -projekti. Saatavissa 25.3.2016: [http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/25aac20048598d4cb16cfff03e7ba6ce/Viimeisin\\_Ulkomaalaisen\\_sairaanhoitajan\\_opas\\_suomalaiseen\\_tyolamaan\\_.pdf?MOD=AJPERES](http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/25aac20048598d4cb16cfff03e7ba6ce/Viimeisin_Ulkomaalaisen_sairaanhoitajan_opas_suomalaiseen_tyolamaan_.pdf?MOD=AJPERES).
- Kingma, Mireille (2006). Nurse migration: mini-business, big business. *Harvard Health Policy Review* 7:1, 102–112.
- Kingma, Mireille (2007). Nurses on the move: A global overview. *Health Services Research* 42: 3, part II, 1281–1298.
- Kingma, Mireille (2008a). Nurses on the move: historical perspective and current issues. *The Online Journal of Issues in Nursing* 13:2. Saatavissa 22.2.2016: [http://www.medscape.com/viewarticle/577527\\_5](http://www.medscape.com/viewarticle/577527_5).
- Kingma, Mireille (2008b). Nurse migration and the global health care economy. *Policy, Politics & Nursing Practice* 9:4, 328–333.
- Kirigia, Joses, Akpa Gbary, Lenity Muthuri, Jennifer Nyoni & Anthony Seddoh (2006). The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Services Research* 6:89, 1–10.
- Kirkonpelto, Tia-Maria & Marjukka Vallimies-Patomäki (2016). Sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön kansainvälinen rekrytointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:4.
- Kline, Donna (2003). Push and pull factors in international nurse migration. *Journal of Nursing Scholarship* 35:2, 107–111.

- Kober, Katharina & Wim Van Damme (2006). Public sector nurses in Swaziland: can the downturn be reversed? *Human Resources for Health* 4:13, 1–11.
- Koivuniemi, Sari (2012). Maahanmuuttajataustainen koulutettu hoitohenkilöstö. *Tehyn julkaisusarja B: 1/2012*. Helsinki: Tehy ry.
- Korkiasaari, Jouni & Kari Tarkiainen (2000). *Suomalaiset Ruotsissa*. Turku: Siirtolaisuusinstituutti.
- Kyhä, Henna (2011). *Koulutetut maahanmuuttajat työmarkkinoilla*. Akateeminen väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Larsen, John (2007). Embodiment of discrimination and overseas nurses' career progression. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2187–2195.
- Laurén, Jeannette & Sirpa Wrede (2008). Immigrants in care work: ethnic hierarchies and work distribution. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 3:3, 20–31.
- Li, Hongyan, Wenbo Nie & Junxin Li (2014). The benefits and caveats of international nurse migration. *International Journal of Nursing Sciences* 1:3, 314–317.
- Lilja, Annastiina (2010). *Ulkomaalaisena työntekijänä Suomessa: laadullinen tutkimus ulkomaalaisen työntekijän sopeutumisesta suomalaiseen yhteiskuntaan*. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Lin, Li-Chen (2009). A synthesis of the literature on Asian nurses' work experiences in the United States. *Research & Theory for Nursing Practice* 23:3, 230–245.
- Lorenzo, Fely, Jaime Galvez-Tan, Kriselle Icamina & Lara Javier (2007). Nurse migration from a source country perspective: Philippine country case study. *Health Services Research* 42:3, 1406–1418.

- Ma, Amy, Mary Griffin, Katie Capitulo & Joyce Fitzpatrick (2010). Demands of immigration among Chinese immigrant nurses. *International Journal of Nursing Practice* 16, 443–453.
- Mackey, Timothy & Bryan Liang (2012). Rebalancing brain drain: exploring resource reallocation to address health worker migration and promote global health. *Health Policy* 101:7, 66–73.
- Maier, Claudia, Irene Glinos, Matthias Wismar, Jeni Bremner, Gilles Dussault & Josep Figueras. Cross-country analysis of health professional mobility in Europe: the results. In: *Health professional mobility and health systems*, 23–66. Eds. Matthias Wismar, Claudia Maier, Irene Glinos, Gilles Dussault & Josep Figueras. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mannila, Simo (2010). Terveysthuollon osajien kansainvälisestä liikkuvuudesta – Suomeen? *Yhteiskuntapolitiikka* 75:6, 638–649.
- Mannila, Simo & Ulla Parviainen (2010). *Attraktiivinen Suomi: terveydenhuollon osajien liikkuvuuden edistäminen*. Loppuraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Masselink, Leah & Shou-Yih Lee (2013). Government officials' representation of nurses and migration in the Philippines. *Health Policy and Planning* 28:1, 90–99.
- Massey, Douglas, Joaquin Arango, Graeme Hugo, Ali Kouaouci, Adela Pellegrino, A. and J. Edward Taylor (1993). Theories of international migration: a review and appraisal. *Population and Development Review* 19:3, 431–466.
- Matiz-Bulla, Francisco & Esther Hormigo (2011). Highly-skilled Colombian immigrants in Spain: do they have to return home to start up in business? *Education+Training* 53:5, 448–461.



- Matsuno, Ayaka (2009). Nurse migration: The Asian perspective. ILO/EU Asian Programme on the Governance of Labour Migration. Saatavissa 5.2.2016: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/documents/publication/wcms\\_160629.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/documents/publication/wcms_160629.pdf).
- McGillis Hall, L., G.H. Pink, C.B. Jones, P. Leatt & J. Peterson (2009). Is the grass any greener?: Canada to United States of America nurse migration. *International Nursing Review* 56, 198–205.
- McElmurry, Beverly, Karen Solheim, Rieko Kishi, Marcia Coffia, Wendy Woith & Poolsuk Janepanish (2006). Ethical concerns in nurse migration. *Journal of Professional Nursing* 22:4, 226–235.
- Mejia, Alfonso, Helena Pizurki & Erica Royston (1979). Physician and nurse migration: analysis and policy implications. Geneve: World Health Organization.
- Mejia, Alfonso (2004). Migration of physicians and nurses: a world wide picture. *Bulletin of the World Health Organization* 82:8, 626–630.
- Metsämuuronen, Jari (2006). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Helsinki: International Methelp.
- Mäkipää, Sanna & Teija Korhonen (2011). Mistä asiantuntijuus muodostuu? Sairaanhoidaja asiantuntijana vuosikirja 2011. Hoitotyön vuosikirja 2011. Helsinki: Fioca Oy.
- Nichols, Julia & Jackie Campbell (2010). The experience of internationally recruited nurses in the UK (1995–2007): An integrative review. *Journal of Clinical Nursing* 19:19–20, 2814–2823.

- Nieminen, Suvi (2011). Kuulumisen politiikkaa: maahanmuuttajasairaanhoitajat, ammattikuntaan sisäänpääsy ja toimijuuden ehdot. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- OECD (2008). The looming crisis of in the health workforce: how can the OECD countries respond? Paris: OECD.
- OECD (2015). OECD Health Statistics 2015. Saatavissa 30.3.2016: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- Omeri, Akram (2006). Workplace practices with mental health implications impacting on recruitment and retention of overseas nurses in the context of nursing shortages. *Contemp Nurse* 21:1, 50–61.
- Opetusministeriö (2006). Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon: koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Saatavissa 24.3.2016: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>.
- Opetus- ja kulttuuriministeriö (2014). Kielitaidon määrittäminen sekä kielitaidon ja EU/ETA-alueen ulkopuolella hankitun koulutuksen täydentäminen terveysalalla. Opetus- ja kulttuuriministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2014:5. Saatavissa 9.3.2016: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2014/liitteet/tr05.pdf?lang=fi>.
- Packer, Corinne, Ronald Labonté & Denise Spitzer (2007). Globalization and health worker crisis. Globalization and Health Knowledge Network Research Paper. Ottawa: Canada's University.

- Palese, Alvisa, Maria Barba, Gianni Borghi, Maura Mesaglio & Silvio Brusaferrò (2007). Competence of Romanian nurses after their first six months in Italy: a descriptive study. *Journal of Clinical Nursing* 16:12, 2260–2271.
- Palese, A., E. Cristea, M. Mesaglio & E. Stempovscaia (2010). Italian–Moldovan international nurse migration: rendering visible the loss of human capital. *International Nursing Review* 57, 64–69.
- Pang, Tikki, Mary Ann Lansang & Andy Haines (2002). Brain drain and health professionals. *British Medical Journal* 324, 499–500.
- Parreñas, Salazar (2005). Long distance intimacy: class, gender and intergenerational relations between mothers and children in Filipino transnational families. *Global Networks* 5:5, 317–336.
- Percot, Marie (2006). Indian nurses in the Gulf: from job opportunity to life strategy. In: *Migrant Women and Work*, 155–176. Ed. Aneil Agrawal. New Delhi: Sage Publications India.
- Perrin, Margarita, Amy Hagopian, Anne Sales & B. Huang (2007). Nurse migration and its implications for Philippines hospitals. *International Nursing Review* 54, 219–226.
- Pfeiffer, James & Mark Nichter (2008). What can critical medical anthropology contribute to global health? *Medical Anthropology Quarterly* 22:4, 410–415.
- Prescott, Megan & Mark Nichter (2014). Transnational nurse migration: future directions for medical anthropological research. *Social Science & Medicine* 107, 113–123.
- Raghuram, Parvati (2012). Global care, local configurations: challenges to conceptualizations of care. *Global Networks* 12:2, 155–174.

- Raunio, Mika & Annika Forsander (2009). The welfare state in competition for global talent. From national protectionism to regional connectivity - the case of Finland. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Raunio, Pirjo (2013). Työhön Suomeen? Tutkimus työperusteiseen maahanmuuttoon liittyvistä koulutusprosesseista. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Reynolds, Rachel (2002). An African brain drain: Igbo decisions to immigrate to the US. *Review of African Political Economy* 29:92, 273–284.
- Ribeiro, Joana (2008). Gendering migration flows: physicians and nurses in Portugal. *Equal Opportunities International* 27:1, 77–87.
- Rodgers, Beth & Kathleen Knafl (1993). *Concept development in nursing: Foundations, techniques and applications*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Sairaanhoitajien maailmanjärjestö (2007). Nurse retention and migration. Saatavissa 22.2.2016: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/C06\\_Nurse\\_Retention\\_Migration.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/C06_Nurse_Retention_Migration.pdf).
- Salminen, Ari (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Salmio, Tiina (2000). Kylmän sodan loppuminen ja EU-jäsenyys muuttivat Suomen maahanmuuttopolitiikkaa. *Siirtolaisuus-Migration* 2/2002, 21–26.
- Sam, David (2006). Acculturation: conceptual background and core components. In: *The Cambridge handbook of acculturation psychology*, 11–27. Eds. David Sam & John Berry. New York: Cambridge University Press.

- Schultz, Caroline & Barbara Rijks (2014). Mobility of health professionals to, from and within the European Union. IOM Migration Research Series, nro 48.
- Seppälä, Tea (2010). Näkökulmia monikulttuuriseen esimiestyöhön ja henkilöstöjohtamiseen. Helsinki: Helsingin yliopisto. Saatavissa 21.2.2016: <http://blogs.helsinki.fi/koulutuksesta-tyoelamaan/files/2010/11/Nakokulmia-monikulttuuriseen-esimiestyohon-ja-hlostojohntamiseen-Palmenian-julkaisu-2010.pdf>.
- Shaffer, Franklin (2013). Global mobility for internationally educated nurses: Challenges and regulatory implications. *Journal of Nursing Regulation* 4:3, 11–16.
- Shin, Sung Rae, Kyung Rim Shin & Chun Yu Li (2002). Nursing education systems in Korea, China and the United States of America and its future directions. *Journal of Korean Academy of Nursing* 32:7, 949–959.
- Sisäministeriö (2013). Valtioneuvoston periaatepäätös maahanmuuton tulevaisuus 2020-strategiasta. Saatavissa 9.3.2016: [http://www.intermin.fi/download/51686\\_Maahanmuuton\\_tulevaisuus\\_2020\\_LOW-res\\_FINNISH.pdf?a9bf7e62e49ad188](http://www.intermin.fi/download/51686_Maahanmuuton_tulevaisuus_2020_LOW-res_FINNISH.pdf?a9bf7e62e49ad188).
- Smith, Pam & Maureen Mackintosh (2007). Profession, market and class: Nurse migration and the remaking of division and disadvantage. *Journal of Clinical Nursing* 16: 12, 2213–2220.
- Solano, Diana & Anne Marie Rafferty (2007). Can lessons be learned from history? The origins of the British imperial nurse labour market: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 44, 1055–1063.
- Somjee, Geeta (1991). Social change in the nursing profession in India. Teoksessa: *Anthropology and nursing*, 31–55. Toim. Pat Holden & Jenny Littlewood. New York: Routledge.

- Sosiaali- ja terveysministeriö (2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20012:1. Saatavissa 9.3.2016: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM\\_2012\\_%20KASTE\\_FI\\_uusi.pdf?sequence=3](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112146/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=3).
- Stephens, Simon (2015). The global financial crisis and migration: the experience of Irish graduates. *Journal of Global Mobility* 3:1, 83–99.
- Suni, Minna (2008). Toista kieltä vuorovaikutuksessa: kielellisten resurssien jakaminen toisen kielen omaksumisen alkuvaiheessa. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä : Jyväskylän väitöskirja.
- Söderqvist, Minna (2005). Ulkomaalaiset työnantajan silmin. *Helian julkaisusarja A*: 20, 2005.
- Takeno, Yukari (2010). Facilitating the transition of Asian nurses to work in Australia. *Journal of Nursing Management* 18, 215–224.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2010). Attraktiivinen Suomi – Terveydenhuollon osaajien liikkuvuuden edistäminen 1.11.2008 – 31.12.2010. Loppuraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa 9.3.2016: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79868/c542a578-9a22-4291-a191-87d46ba03e2c.pdf?sequence=1>.
- Thomas, Philomina (2006). The international migration of Indian nurses. *International Nursing Review* 53:4, 277–283.
- Thupayagale-Tshweneagae, Gloria (2007). Migration of nurses: is there any other option? *International Nursing Review* 54, 107–109.
- Tilly, Charles (2007). Trust networks in transnational migration. *Sociological Forum* 22:1, 3–24.

- Tjadens, Frits, Caren Weilandt & Josef Eckert (2012). Mobility of health professionals: health systems, work conditions, patterns of health workers' mobility and implications for policy makers. Bonn: WIAD – Scientific Institute of the Medical Association of German Doctors.
- Torvi, Kai (2008). Maahanmuutto vastauksena työvoiman saatavuuteen – loppuraportti. TEM analyseja 2/2008. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Tregunno, Deborah, Suzanne Peters, Heather Campbell & Sandra Gordon (2009). International nurse migration: U-turn for safe workplace transition. *Nursing Inquiry* 16:3, 182–190.
- Trouillot, Michel-Rolph (2003). *Global transformations: anthropology and the modern world*. New York: Palgrave Macmillan.
- Troy, Paul, Laura Wyness & Eilish McAuliffe (2007). Nurses' experiences of recruitment and migration from developing countries: a phenomenological approach. *Human Resources for Health* 5, 15–17.
- Tuokko, Arja, Päivi Mäenpää & Jarmo Nivalainen. 2012. HYKS-sairaanhoidoalueella Operatiivisessa tulosyksikössä toteutettu kehityshanke sairaanhoitajien rekrytoimisesta ulkomailta – Loppuraportti. Saatavissa 9.3.2016: [https://www.tem.fi/files/35854/23\\_1\\_HUS\\_loppuraportti\\_23\\_1\\_screen\\_pdf.pdf](https://www.tem.fi/files/35854/23_1_HUS_loppuraportti_23_1_screen_pdf.pdf).
- Tuomaala, Mika & Kai Torvi (2008). Kohti työperusteista maahanmuuttoa: ulkomailta palkattavan työvoiman tarpeen arviointi. Analyseja 9/2008. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2010). Menestystä monimuotoisuudesta – elinvoimaa erilaisuudesta: hyviä käytäntöjä monimuotoisuuden johtamiseen. Saatavissa 25.2.2016: [https://www.tem.fi/files/28376/TEM\\_saha\\_lr.pdf](https://www.tem.fi/files/28376/TEM_saha_lr.pdf).

- Työ- ja elinkeinoministeriö (2011). Työvoiman saatavuuden turvaaminen kehittyvälle ja kasvavalle sosiaali- ja terveysalalle: työvoimafoorumien näkemyksiä ja toimenpite-ehdotuksia. Strategiaraportti. Saatavissa 21.2.2016: [http://www.tem.fi/files/29536/Tyovoiman\\_saatavuuden\\_turvaaminen\\_SOTE\\_2015\\_web.pdf](http://www.tem.fi/files/29536/Tyovoiman_saatavuuden_turvaaminen_SOTE_2015_web.pdf).
- Työterveyslaitos (2014). Arviointivälineitä monikulttuurisille työpaikoille. Saatavissa 9.3.2016: [http://www.ttl.fi/fi/muuttuva\\_tyoelama/maahanmuuttajat\\_ja\\_tyo/ohjeita\\_ja\\_ideoita/arviointivalineita/Sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/muuttuva_tyoelama/maahanmuuttajat_ja_tyo/ohjeita_ja_ideoita/arviointivalineita/Sivut/default.aspx).
- Valtioneuvoston kanslia (2003). Pääministeri Matti Vanhasen hallituksen ohjelma 24.6.2003. Saatavissa 5.4.2016: <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/369117/hallitusohjelma-vanhanen.pdf/da627124-c0ee-4015-9642-197b11013c02>.
- Valtioneuvoston kanslia (2011). Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. Saatavissa 9.2.2016: [http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/147449/Kataisen\\_hallituksen\\_ohjelma/81f1c20f-e353-47a8-8b8f-52ead83e5f1a](http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/147449/Kataisen_hallituksen_ohjelma/81f1c20f-e353-47a8-8b8f-52ead83e5f1a).
- Valtioneuvoston kanslia (2015). Ratkaisujen Suomi: pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Saatavissa 27.3.2016: [http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen\\_Suomi\\_FI\\_YHDISTETTY\\_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82](http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen_Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82).
- Valvira (2008). Ammattioikeudet. Saatavissa 17.11.2015: <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>.
- Van Hear, Nicholas (1998). *New Diasporas: the mass exodus, dispersal and regrouping of migrant communities*. Seattle: University of Washington Press.
- Virtanen, Aija (2011). Käsityksiä kansainvälisesti rekrytoitujen hoitajien ammatillisesta kielitaidosta ja sen kehittymisestä: mediakeskusteluiden ja asiantuntijan haastattelun analyysia. *Puhe ja kieli* 31:4, 153–172.



- Väänänen, Ari, Minna Toivanen, Anna-Mari Aalto, Barbara Bergbom, Kristiina Härköpää, Magdalena Jaakkola, Päivikki Koponen, Seppo Koskinen, Hannamaria Kuusio, Kari Lindström, Maili Malin, Heli Markkula, Ritva Mertaniemi, Ulla Peltola, Ullamaija Seppälä, Eveliina Tiitinen, Maarit Vartia-Väänänen, Maritta Vuorenmaa, Mirkka Vuorento & Kristian Wahlbeck (2009). Maahanmuuttajien integroituminen suomalaiseen yhteiskuntaan elämän eri osa-alueilla. Sektoritutkimuksen neuvottelukunta 9/2009.
- Walani, Salimah (2015). Global migration of internationally educated nurses: Experiences of employment discrimination. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 3, 65–70.
- Walton-Roberts, Margaret (2010). Student nurses and their post graduation migration plans: a Kerala case study, In: *India Migration Report 2010*, 196–216. S.Irudays Rajan. New Delhi: Routledge.
- Winkelmann-Gleed, Andrea (2006). *Migrant nurses: motivation, integration and contribution*. Oxford: Radcliffe.
- World Health Organization (2006). *Working together for health: the world health report 2006*. Saatavissa 27.2.2016: <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>.
- World Health Organization (2008). *Spotlight on statistics: a fact file on health workforce statistics. Gender and Health Workforce Statistics. Issue 2*. Saatavissa 27.3.2016: [http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight\\_2.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/statistics/spotlight_2.pdf?ua=1).
- World Health Organization (2010). *WHO Global code of practice on the international recruitment of health personnel. Sixty-third World Health Assembly. WHA63.16. 2010*. Saatavissa 7.4.2016: [http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1).

- World Health Organization (2014a). Migration of health workers - WHO code of practice and the global economic crisis. Saatavissa 9.3.2016: [http://www.who.int/hrh/migration/14075\\_MigrationofHealth\\_Workers.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/14075_MigrationofHealth_Workers.pdf).
- World Health Organization (2014b). Global health workforce statistics: the 2014 update. Geneve: World Health Organization. Saatavissa 30.3.2016: <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/>.
- World Health Organization (2015). World health statistics 2015. Saatavissa 1.2.2016: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf).
- Xu, Yu (2006). From diplomacy to national development: chinese policy on the transnational mobility of nurses. *Harvard Health Policy Review* 7:1, 121–132.
- Xu, Yu, Antonio Gutierrez & Su Hyun Kim (2008). adaptation and transformation through (un)learning: lived experiences of immigrant Chinese nurses in US healthcare environment. *Advances in Nursing Science* 31:2, E33–E47.
- Xu, Yu & Flora He (2012). Transition programs for internationally educated nurses: what can the United States learn from the United Kingdom, Australia, and Canada? *Nursing Economics* 30:4, 215–223.
- Yeates, Nicole (2004a). A dialogue with ‘global care chain’ analysis: nurse migration in the Irish context. *Feminist Review* 77, 79–95.
- Yeates, Nicole (2004b). Global care chains. *International Feminist Journal of Politics* 6:3, 369–391.
- Yeates, Nicole (2009). Production for export: The role of the state in the development and operation of global care chains. *Population, Space and Place* 15:2, 175–187.

Yeates, Nicole (2010). The globalization of nurse migration: policy issues and responses. *International Labour Review* 149:4, 423–440.

Yhdistyneet kansakunnat (1948). The Universal Declaration of Human Rights. Saata-vissa 22.2.2016: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>.

Young, Ruth (2013). How effective is an ethnical international recruitment policy? Reflections on a decade of experience in England. *Health Policy* 111, 184–192.

Zhou, Yunxian, Carol Windsor, Fiona Coyer & Karen Theobald (2010). Ambivalence and the experience of China-educated nurses working in Australia. *Nursing Inquiry* 17:3, 186–196.

LIITE 1. Terveysthuollon ammattilaisen liikkuvuuden tyypit (mukailten Glino8 & Buchan 2014: 136–140).

ARKKI-TYYPPI	LIKKU-VUUDEN SYY	TYÖNTÖTEKI-JÄT	LIKKUVUUDEN TARKOITUS	MUUTTO-SUUNTA	KLASSINEN ESIMERKKI
TALOU-DELLINEN SIIRTO-LAINEN ( <i>the livelihood migrant</i> )	Liikkuu tienatakseen parempaa toimeentuloa.	Lähtömaan verrattain alhaiset palkat, työn epävarmuus, työolot, työskentely alle taitotasojen. Rahoitus- ja taluskriisien pakeminen.	Asettuminen ulkomaille joko pysyvästi tai puolittain pysyvästi.	Etelästä pohjoiseen, idästä länteen tai kolmannesta maasta EU:hun.	Siirtolainen, joka lähtee kotimaastaan paremman toimeentulon ja elintason takia (yksilölle, mutta usein myös perheelle).
TYÖ-ORIENTOITUNUT SIIRTO-LAINEN ( <i>the career-oriented migrant</i> )	Matkustaa kehittäkseen uraansa.	Lähtömaan epäsuotuisat olosuhteet, kuten joidenkin erikoisalojen puute ja hierarkkinen ja jäykkä terveydenhuollon järjestelmä.	Määräaikainen oleskelu, koska tarkoitus on saada suosituksia tai kokemusta ja taitoja, jotka voivat edistää uraa lähtömaassa. Myös oikeudelliset rajoitukset voivat rajata oleskelua.	Heijastavat käytettävissä olevia mahdollisuuksia, jotka liittyvät koulutukseen, erikoistumiseen, mielekkäisiin työtehtäviin ja kieleen.	Uransa alkuvaiheessa oleva yksilö, joka haluaa koulutusta ulkomailla, tai uransa keskivaiheilla oleva yksilö, joka haluaa erikoistua tai nopeuttaa ammatillista kehitystään.
REPPU-MATKAAJA ( <i>the backpacker</i> )	Työskentelee matkustukseen.	Uteliaisuus.	Liikkuvuus on mahdollisuus tutustua muihin maihin, työkuultuureihin ja terveydenhuoltojärjestelmiin. Tarkoitus ei ole asettua ulkomaille, mutta kotiinpaluusta ei ole selkeää suunnitelmaa. Jokainen kohdemaahan on tilapäinen.	Vaikeasti ennustettavissa, mutta joitakin suuntia ohjaa erityiset kansalliset poliittikan välineet, kuten ”working holiday”-järjestelmä.	Yleensä suhteellisen nuori, itsenäinen eikä vahvoja perhesiteitä lähtömaahan.
TYÖMATKALAINEN ( <i>the commuter</i> )	Liikkuu yli rajojen tehdäkseen töitä.	Erityisesti työhön liittyvät tekijät: muun muassa taloudelliset tekijät, työpaikkojen puute, heikohkot työolosuhteet.	Lyhyen ja pitkän aikavälin muuttoliike saa erilaisen merkityksen, koska siirtolainen voi liikkua ulkomaille vuosien ajan, mutta ei koskaan asetu kohdemaahan tilapäisesti tai pysyvästi.	1. Henkilö työskentelee yhdellä alueella, tai tekee työtä kahdessa maassa. Voi matkustella päivittäin rajan yli maiden välillä. 2. Henkilö työskentelee osan viikosta kotimaassa ja tiettyinä päivinä matkustaa työskentelemään toiseen maahan. 3. Henkilö liikkuu harvempia kertoja vuodessa, pysyy ulkomailla joitakin viikkoja tai kuukausia.	

<p>PAPERITOMAT (<i>the undocumented</i>)</p>	<p>Liikkuu työskenneläkseen epävirallisesti. Etsii parempaa toimeentuloa ja elintasoja, mutta toimii epävirallisella sektorilla.</p>	<p>Hyvin vaihtelevia; esimerkiksi taloudellisiin, elämäntilaan tai poliittisiin tekijöihin liittyvät syyt. Yksilölliset tekijät siten keskeisiä.</p>	<p>Työlle on ominaista suuri vaihtuvuus, vaikka paperittomat saattavat elää vuosia kohdemaassa.</p>	<p>Raportoituja kohdemaita ovat Italia, Saksa ja Itävalta.</p>	<p>Siirtolaiset ovat todennäköisesti kotoisin EU:n ulkopuolelta, ja joilla on oleskelulupa, mutta ammatillista pätevyyttä ei ole tunnustettu.</p> <p>Työskentelevät ja/tai asuvat asiakkaan kotona henkilökohtaisena hoitajana.</p>
<p>PALUUMUUTTAJA (<i>the returner</i>)</p>	<p>Paluumuuttaja palaa nimensä mukaisesti lähtömaahan.</p>	<p>Palkkataso ja työolot parantuneet lähtömaassa, henkilökohtaiset tavoitteet saavutettu, taantuma lähtömaan työmarkkinoilla voitettu.</p> <p>Kohdemaasta ei löytynyt työtä tai työ ei vastannut odotuksia, työlön loppuminen.</p>	<p>Yksilölliset tekijät olennaisia: esimerkiksi ihmissuhteet ja sosiokulttuuriset normit merkittäviä vaikuttajia.</p>	<p>Suuntautuu takaisin lähtömaahan erinäisten työntekijöiden takia.</p>	<p>Yksilölliset tekijät keskeisiä: ulkomaille lähdetään tietyn tavoitteen takia tai tietyksi ajaksi.</p>