

Terveydenhuollon osaajien kansainvälisestä liikkuvuudesta – Suomeen?

SIMO MANNILA

Terveydenhuollon osaajien määrän kehitys on OECD-maissa 1990-luvulle tultaessa merkittävästi hidastunut tai pysähtynyt, vaikka korjausta toiseen suuntaan lienee tapahtunut jossakin määrin viime vuosina. Keskimäärin näissä maissa terveydenhuollon ammatteihin valmistuneiden määrät olivat esimerkiksi vuonna 2005 alempia kuin vuonna 1985. OECD-maissa terveydenhuollon henkilöstövajausta onkin globaalina muuttoliikkeen johdosta, ja paikoin sitä on tietoisesti hyväksi käyttäen täytetty lisääntyvästi ulkomaisella työvoimalla. Tämä tarkoittaa sitä, että nämä maat ovat osittain keskinäisessä kilpailussa alan työvoimasta. Niihin tulee myös vaihtelevasti työvoimaa OECD:n ulkopuolelta, mikä johtaa globaalissa kilpailussa heikosti menestyvät maat entistä syvempään terveydenhuollon henkilöstön vajakseen.

Syntyneen yleisen henkilöstöpulan tärkeänä syynä pidetään terveydenhuollon henkilöstösuunnittelun ja -politiikan epäonnistumista niin varakkaissa maissa kuin kehitysmaissa, mutta siihen liittyy myös demografisia tekijöitä. Työmarkkinoille tulevat kohortit ovat monissa maissa olleet entistä pienempiä, tietoyhteiskunnassa nuorille on tarjolla entistä enemmän muitakin ammatillisia vaihtoehtoja, hoitoalan arvostus ei ole kovin korkea tai se on alentunut entisestään, ja yleiset mielikuvat hoitotyöstä (raskaus, status, palkka) eivät ole riittävän myönteisiä. Lisäksi väestön ikääntyminen ja kansalaisten lisääntynyt vauraus ja kuluttajatietoisuus kasvattavat palvelujen tarvetta, eivätkä terveydenhuollon uudet teknologiat ole vastoin monia odotuksia vähentäneet sitä – kehitys on pikemmin ollut päinvastainen (ks. Simoens & al. 2005).

Terveydenhuollon henkilöstökysymysten ratkaisu vaatii niin kansallisesti kuin kansainvälisesti sopivaa politiikkojen yhdistelmää, nojautu-

minen vain yhteen ratkaisumalliin ei johda toivottuun tulokseen (Simoens & al. 2005). Tässä tilanteessa työvoiman liikkuvuus maasta toiseen nähdään yhtenä ratkaisuna. Koska työvoiman liikkuvuutta aina on ja sitä pyritään monin paikoin edistämään, se tulee ottaa huomioon terveydenhuollon henkilöstön suunnittelussa. Eri maiden lähtökohdat ovat keskenään hyvin erilaiset. Esimerkkinä voidaan todeta, että kun OECD-maissa oli vuonna 2005 keskimäärin 8,9 sairaanhoitajaa (*nurses*) 1 000 henkeä kohti, Suomessa vastaava luku oli 7,6, Unkarissa 8,8 ja Puolassa vain 5,1. Norjassa taas luku oli peräti 15,4 (OECD 2008).

Käytettävissä olevat tarkemmat tiedot siitä, kuinka sairaanhoitaja eri maissa määritellään, antavat aiheen suhtautua kriittisesti näihin – parhaisiin käsillä oleviin – tilastoihin, koska hoitajien koulutustausta ja ammatillinen taso vaihtelevat huomattavasti maittain: kun puhumme sairaanhoitajista eri maissa, emme aina puhu samasta asiasta, ja direktiivi ammattipätevyysnustamisesta (2005/35/EY), joka yhtenäistää koulutuksen koko unionissa, on suhteellisen hiljan sovellettu kansalliseen lainsäädäntöön useimmissa EU-maissa. Terveydenhuollon henkilöstö rakentuu siis maittain eri tavoin, samat terveyshyödyt voidaan tuottaa erilaisilla ammattirakenteilla ja erilaisin organisaatioin, joten terveydenhuollon työvoiman vajakseen tai ylimäärän arvioiminen ei aina ole kovin yksinkertainen asia.

Terveydenhuollon henkilöstön kansainvälinen liikkuvuus

Terveydenhuollon osaajien kansainvälisestä liikkuvuudesta, sen vaikutuksista ja etiikasta on käyty aktiivista keskustelua kymmenkunta vuotta.

Keskusteluun ovat osallistuneet erityisesti Maailman terveysjärjestö WHO (2010; Buchan & al. 2003; Buchan & Perfilieva 2006; Rechel & al. 2006; Dussault & al. 2009) ja OECD (2008; Dumont & Zurn 2007), kun taas Euroopan unioni (Commission of European Communities 2008) on lähinnä seurannut keskustelua ja yhtynyt WHO:n kantoihin. Tähän on monia syitä. Toisaalta työvoiman liikkuvuutta on aina heikomman tulotason maista paremman tulotason maihin, ja monien arvioiden mielestä tällainen muuttoliike on tätä nykyä vähäisempää kuin esimerkiksi satakunta vuotta sitten, jolloin ns. uudet maailmat (Yhdysvallat, Latinalainen Amerika, Australia) vetivät puoleensa maahanmuuttajia Euroopasta. Omistukset ja rahavarat voivat napin painalluksella siirtyä maapallon toiselle puolelle, mutta ihmisten liikkuminen on edelleen melko monimutkainen tapahtuma ja siihen vaikuttavat monet työntö- ja vetotekijät. Tällä hetkellä terveydenhuollon työvoimaa pakenee – silloin kun se on mahdollista – eo. OECD:n tilastojen mukaan paitsi alhaisen tulotason maista myös erityisesti maista, joissa yhteiskuntaolot ovat tai ovat olleet levottomat: näitä maita on muun muassa Afrikassa (mm. Sierra Leone, Liberia, Sudan; vähäisemmässä määrin myös mm. Etelä-Afrikka) ja Aasian kriisialueilla (mm. Afganistan, Iran, Irak).

Toisaalta liikkuvuutta on myös runsaasti taloudeltaan ja yhteiskuntaoloiltaan suunnilleen samantasoisten maiden välillä (esimerkiksi Ranskan ja Sveitsin, Saksan, Itävallan ja Sveitsin välillä), jolloin työntö- ja vetotekijät voivat olla kielellisiä ja kulttuurisia pikemminkin kuin taloutteen ja turvallisuuteen liittyviä. Merkitystä on myös maantieteellä – lähelle mennään helpommin kuin kauas, ja liikkuvuuden syyt voivat olla myös ammatillisia tai perheeseen liittyviä tekijöitä tai voivat liittyä verotukseen tai asumisen hintaan. Tulevaisuudessa on mahdollista, että samanlainen tilanne, kuin mm. Skånen ja Tanskan välillä, syntyy Helsingin seudun ja Tallinnan välille: kyse voi olla muutosta, mutta usein myös pendelöinnistä. Taloustieteen perusnäemyksen mukaan vapaa liikkuvuus edistää taloudellista kasvua ja kilpailukykyä eli koituu globaalisti kaikkien hyödyksi, mutta tämä ei tarkoita sitä, ettei maiden joukossa olisi lainkaan nettöhäviöitä.

Ainoa maa, joka on kyennyt pitkään houkuttelemaan terveydenhuollon osaajia, on Yhdysval-

lat, ja OECD:n eo. tilastojen mukaan myös mm. Suomi on terveydenhuollon työvoimaa luovuttava maa. EU-maista englanninkieliset maat, kuten Iso-Britannia ja Irlanti, ovat parhaassa kilpailutilanteessa, sillä terveydenhuollossa edellytetään kansallisten kielten osaamista tietyllä tasolla, ja englanti on ensimmäinen tai ainoa vieras kieli miltei kaikkialla. OECD:n terminologiassa puhutaankin ns. putousmallista, jonka mukaan terveydenhuollon liikkuva työvoima ikään kuin koontuu vaiheittain eri maihin, ja sama maa voi olla muuttovoittoinen ja -tappiainen samalla kertaa, jos lähtö- ja tulovirtoja tarkastellaan erikseen.

Suomen terveydenhuollon monet merkittävät ennakoitiraportit ovat pitäneet tärkeänä terveydenhuollon rakenteiden ja toiminnan kehittämistä mainitsematta kansainvälistä liikkuvuutta (mm. STM 2001; Lauttamäki & Hietanen 2006). Myös WHO:n (2010) näkemyksen mukaan maiden tulee pyrkiä kehittämään koulutustaan ja työolojaan siten, että terveydenhuollon työvoiman tarve voidaan kansallisesti tyydyttää. Kun varakkaissa kehittyneissä maissa väestö ikääntyy ja terveydenhuollon palvelutarve kasvaa, työvoiman kysynnän ja tarjonnan kuilu laajenee kuitenkin niin, että kansalliset resurssit eivät riitä palvelutarpeen turvaamiseen, ellei samalla toteuteta palvelurakenteen mittavia uudistuksia. Tämä tuntuu olevan huomattavan vaikeata, eikä ainoastaan kehittyneissä maissa. Terveystieteiden koulutus on liian vähäistä tai liian vähän houkuttelevaa myös kehitysmaissa. James Buchanin ja Galina Perfilievan (2006) arvioiden mukaan esimerkiksi Afrikan terveydenhuoltoon tarvittaisiin 140 prosenttia nykyistä enemmän työvoimaa, mutta OECD-maissa työskentelevät afrikkalaiset osaajat kattavat vain 12 prosenttia työvoiman tarpeesta. Yhteensä 57 maasta, joissa on kriittinen terveydenhuoltohenkilöstön vaje, 36 on Afrikassa, seitsemän Itäisen Välimeren alueella, kuusi Kaakkois-Aasiassa, viisi Amerikassa ja kolme Läntisen Tyynen meren alueella (SM 2008). WHO (2006) on maailman terveysraportissa, joka arvioi terveydenhuollon henkilöstövajauksen olevan koko maailman tasolla yli neljä miljoonaa, luonut kehystä henkilöstön kehittämiseksi kansallisella tasolla, mutta ehdotusten toteutuminen on vielä pitkälti kesken.

Useat varakkaat maat tai niiden toimijat rekrytoivat nykyisin terveydenhuollon osaajia kansainvälisillä markkinoilla, ja niillä toimii myös maita, jotka kouluttavat työvoimaa yli oman tar-

peen ja ovat erikoistuneet terveydenhuollon osajien vientiin. Jälkimmäiseen ryhmään kuuluvat mm. muutamit Karibian meren saaret ja Filippiinit, joiden kansantulosta suuri osa tulee ulkomaille työhön lähteneiden eri alojen työntekijöiden kotiin lähettämästä rahasta (*remittances*). Tämä rahavirta kehitysmaiden suuntaan on globaalisti viime vuosina ollut suurempi kuin koko kehitysmaiden saama apu. Vuonna 2009 tiedossa olevat rahavirrat lähtömaihin olivat 414 miljardia dollaria, ja tästä summasta 316 miljardia dollaria suuntautui kehitysmaihin. Virrasta rahamääräisesti eniten hyötyneiden maiden joukkoon kuuluu muun muassa EU-maa Puola, jonne maastaan muuttaneet lähettivät vuonna 2009 rahaa yli yhdeksän miljardia dollaria. Tämä ei kuitenkaan ole suhteellisesti yhtä suuri osuus bruttokansantulosta – Puola on suuri maa – kuin esimerkiksi Moldovassa, jossa vastaavat, rahamääräisesti pienemmät virrat vuonna 2008 kattoivat peräti 31 prosenttia koko bruttokansantulosta. Globaalisti Intia, Kiina, Meksiko, Filippiinit ja Bangladesh ovat ne maat, jotka vuonna 2009 rahamääräisesti hyötyivät eniten maasta muuttaneiden lähtömaahan lähettämästä rahasta. Suhteellisesti tarkastellen taas Tadžikistan on kaikkein riippuvaisin työperäisestä maastamuutosta, sen bruttokansantulosta puolet tulee maasta muuttaneiden lähettämästä rahasta. Euroopan maista riippuvaisin on Moldovan jälkeen Bosnia ja Hertsegovina, jossa vastaava osuus vuonna 2009 oli 15 prosenttia (Migration Policy Institute 2010; Ratha & al. 2010; ks. Economist 16.10.2009). Tietoja nimenomaan terveydenhuoltoalan henkilöstön kansainvälisesti liikkuvien työntekijöiden rahavirroista lähtömaihinsa ei ole.

Muutamit tulomaat ovat solmineet potentiaalisten lähtömaiden kanssa bilateraalisia sopimuksia terveysalan rekrytointiin liittyvästä yhteistyöstä ja pyrkivät näin selkiyttämään ja harmonisoimaan esimerkiksi koulutussisältöjä ja kansallisten toimijoiden pelisääntöjä. Muun muassa Espanjalla lähtömaana on sopimuksia mm. Ranskan ja Ison-Britannian kanssa, joka on solminut sopimuksia myös mm. Etelä-Afrikan, Kiinan ja Intian kanssa. Saksalla on bilateraalisia sopimuksia useiden Itä-Euroopan maiden kanssa (Puola, Ukraina, Kroatia, Slovenia, Tšekin tasavalta, Slovakia, Bulgaria, Romania), ja Italian eri maakunnat ovat solmineet koulutussopimuksia Romanian eri maakuntien kanssa. Irlannilla ei tiettävästi tällaisia sopimuksia ole, vaikka se on viime aikoina ollut suositu

tu tulomaa. Brittiläisen kansainyhteisön mailla on usein keskinäisiä sopimuksia. Tällaiset sopimukset on solmittu mm. Australian ja Uuden-Seelannin välillä, joiden välinen liikkuvuus on huomattavan suurta, mutta Australia on useammin tulomaa (OECD 2008, 30–31).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon osajien kansainvälisen liikkuvuuden syitä koskevasta tutkimuksesta tuo esille kolme tekijää, jotka vaikuttavat keskeisesti liikkuvuuteen: taloudelliset kannustimet, urakehitykseen liittyvät tekijät ja terveydenhuollon johtaminen. Taloudelliset kannustimet, kuten palkka ja sosiaaliturva, ovat keskeinen liikkuvuuden syy, mutta ne eivät yksinomaan johda muuttoon toiseen maahan: myös työntekijän saama tunnustus esimerkiksi mahdollisuutena osaamisen kehittämiseen tai uran luomiseen sekä se, kuinka riittävät toimintaresurssit (myös infrastruktuuri) on turvattu, vaikuttavat (Willis-Shattuck & al. 2008). James Buchan ja kumppanit (2003) toteavat, että liikkuvuutta rajoittavat toimenpiteet, kuten esimerkiksi velvoite työskennellä valmistumisen jälkeen määrävuodet tietyissä tehtävissä yhteiskunnan koulutukseen antaman panoksen korvaamiseksi, johon jotkut maat ovat turvautuneet esimerkiksi lääkärien kohdalla, ovat vapaan liikkuvuuden periaatteen vastaisia eivätkä korjaa niitä työntekijöitä, jotka vaikuttavat osaajien poismuuttoon, kuten huonoja työoloja, heikkoa tai ongelmallista sosiaaliturvaa, raskasta työtaakkaa ja ammatillisten perspektiivien puutetta.

Kansainvälisen liikkuvuuden hillitseminen ei siis riitä niiden maiden terveydenhuollon henkilöstöongelmien ratkaisemiseen, jotka nykytilanteessa näyttävät kärsivän tästä liikkuvuudesta: niiden täytyy hoitaa koulutuksensa ja terveydenhuoltonsa parempaan kuntoon, että ne kykenevät kilpailemaan osaajien kansainvälisillä markkinoilla. Tämä tarkoittaa muutakin kuin parempaa palkkausta. Buchanin ja kumppaneiden (2003) WHO:lle tekemä raportti, jossa nämä ajatukset on esitetty, tarkastelee sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta, mutta sen perusajatukset soveltuvat myös muun terveydenhuollon henkilöstön liikkuvuuteen. Heidän mukaansa globaalia huolta herättävän nykytilanteen yhtenä keskeisenä syynä on, että kehittyneetkin maat eivät toistaiseksi kykene suunnittelemaan koulutus- ja terveyspolitiikkaansa riittävän hyvin. Monissa tapauksissa suunnitteluun tarvittavia perustietoja – niitä tuottavia rekistereitä tai tutkimusta – ei ole.

Buchan ja kumppanit (2003) luonnostelevat kolme toisiaan täydentävää ratkaisua nykytilanteeseen. Ensiksikin hoitajien palkkausta, työoloja ja yhteiskunnallista arvostusta tulee parantaa. Toiseksi Buchan ja kumppanit kannattavat bilateraalaisia, kahden maan välisiä säänneltyjä työvoimavirtoja – tästä esimerkkinä on Norja, jossa valtiollisesti asetetut, kaikkia toimijoita koskevat rekrytointitavoitteet toimivat kirjoittajien mielestä kaikkien osapuolten kannalta paremmin kuin esimerkiksi Ison-Britannian ja Irlannin suositukset, jotka koskevat vain – kaventuva – julkista sektoria. Kolmanneksi kompensatiot lähtömaille ovat tärkeitä: ne voivat olla suoria tai epäsuoria taloudellisia korvauksia lähtömalle, ammatillisesti osaavamman henkilöstön vastavuoroista muuttoa lähtömaihin tai paluumuuton tukemista. Buchan ja kumppanit pohtivat kehittyneiden vs. kehitysmaiden välisiä suhteita, mutta nämä ajatukset ovat relevantteja myös esimerkiksi Euroopan unionissa.

Etiikka ja terveydenhuollon osaajien kansainvälinen liikkuvuus

Kansainvälinen yhteisö on katsonut, että terveydenhuollon osaajien kansainvälistä rekrytointia on hyvä ohjata yhteisesti hyväksytyin eettisen ohjeiston avulla. WHO (2010) on valmistellut tällaisen ohjeiston, ja se on toukokuussa 2010 hyväksytty laajan ja kriittisen lausuntokierroksen jälkeen. Aiemmin eri maat ovat valmistelleet vastaavia ohjeistoja, ja myös mm. Euroopan unionin sairaanhoitajien pysyvä komitea ja Euroopan sairaaloiden ja terveydenhuollon työntekijöiden yhteistyöelin ovat laatineet hyvän käytännön ohjeet (Standing Committee of Nurses of the EU 2005; EPSU-HOSPEEM 2008). WHO:n ohjeisto on luonteeltaan vapaaehtoinen, ja se pyrkii ottamaan huomioon niin lähtömaiden, kansainvälisesti liikkuvien terveydenhuollon osaajien kuin tulomaiden intressit asiassa. Se pyrkii myös ohjaamaan kansallista lainsäädäntöä ja instituutioiden kehitystä ja antaa opastusta kansainväliseen yhteistyöhön bilateraalaisella, valtioiden välisellä kuin laajemmalla kansainvälisellä pohjalla. Ohjeisto pyrkii määrittelemään eettiset periaatteet siten, että ne vahvistavat kehitysmaiden, siirtymätalouksmaiden ja pienten saarivaltioiden terveysjärjestelmien kehitystä. Tämä luettelo osoittaa, millaisia maita terveydenhuollon kansainvä-

lisen liikkuvuuden ensi sijassa arvellaan uhkaavan. Myös aiemmat kansalliset ja kansainväliset eettisen rekrytoinnin ohjeet ovat olleet luonteeltaan vapaaehtoisia, suosituksen kaltaisia, vaikka julkisessa terveydenhuollossa niihin voidaan liittää myös sanktioita. Niiden arvellaan kuitenkin vaikuttavan laajemmin, koska varakkaiden maiden työnantajat pitävät entistä tarkempaa huolta ulkoisesta kuvastaan.

WHO:n ohjeiston yhtenä lähtökohtana (artikla 3.4) on, että se ei rajoita terveydenhuollon työntekijöiden oikeutta muuttaa maihin, joihin he pääsevät ja joista he saavat työtä. Ihmisten oikeus parantaa omaa tai perheensä asemaa myös muuttamalla maasta toiseen tunnustetaan. Ohjeisto ei myöskään suhtaudu kielteisesti aktiiviseen rekrytointiin: siinä todetaan, että terveydenhuollon henkilöstön kansainvälinen liikkuvuus voi vahvistaa kansallisia terveysjärjestelmiä, jos rekrytointi hoidetaan oikein (vrt. De Raeve 2003). Lähtömalle on kuitenkin pyrittävä kompensoimaan niitä menetyksiä, joita muuttoliike aiheuttaa, esimerkiksi teknisen ja taloudellisen avun ja henkilöstön kehittämisen avulla. Ohjeistoa laadittaessa on erityisesti kiinnitetty huomiota terveydenhuollon osaajien muuttoon ja rekrytointiin kehitysmaista kehittyneisiin maihin, mutta sama ohjeisto pätee hyvin myös Euroopan unionin sisäiseen liikkuvuuteen, jolla on kuitenkin erityispiirteitä. WHO:n ohjeistossa on myös selkeä syrjinnän vastainen painotus, ts. sen mukaan työhön oton, työssä etenemisen ja palkan tulee perustua objektiivisiin osaamiskriteereihin ja maahan muuttaneiden ja muun työvoiman tulee näissä suhteissa olla yhdenvertaisessa asemassa (artikla 4.4). Kansainvälisen liikkuvuuden lisääntyessä yhdenvertaisuuden edistäminen saa yhä enemmän merkitystä, kun halutaan turvata talouden optimaalinen toiminta, johon liikkuvuudella osaltaan pyritään.

Kansainvälisessä keskustelussa korostunut huoli kehitysmaiden osaajista jättää huomiotta, että OECD:n (2008) tietojen mukaan globaalisti tärkeimpiä terveysalan henkilöstön lähtömaita ovat Iso-Britannia ja Saksa, joista suunnataan useimmiten Yhdysvaltoihin ja joihin puolestaan putousmallin mukaisesti muuttaa osaajia muista Euroopan maista. OECD-maissa työskentelevistä ulkomaisista sairaanhoitajista useimmat olivatkin vuoden 2000 tietojen mukaan tulleet toisesta OECD-maasta. Toiseksi suurin ryhmä oli kotoisin Aasiasta OECD:n ulkopuolelta, ja in-

tialaiset lääkärit ja filippiiniläiset sairaanhoitajat ovat ylivoimaisesti suurimmat alueen ulkopuolelta tulleet etniset ryhmät (Dumont & Zurn 2007, 163–173).

Amsterdamin sopimuksen perusteella EU:ssa ovat syntyneet unionin yhteiset työmarkkinat, ja unionin kansalaiset voivat vaihtelevien siirtymäkausien kuluttua umpeen hakeutua työhön mihin EU-maahan tahansa. Liikkuvuutta edistämään on luotu vahvoja rakenteita, jo aiemmin eri maiden väliset, EU-tasolla vahvistetut sosiaaliturvasopimukset ja unionin yhteinen työnvälitysjärjestelmä (EURES). Yhteisten työmarkkinoiden tavoitteena on turvata taloudellista kasvua, kilpailukykyä ja työllisyyttä aihetta käsitelleen EU:n valkoisen kirjan (European Communities 1994) hengessä: esimerkiksi Yhdysvaltojen talouden dynaamisuuden katsotaan osaksi olevan aidosti maanlaajuisten työmarkkinoiden ja tuotannontekijöiden liikkuvuuden ansiota. EU:n satojen miljoonien työntekijöiden yhteiset markkinat ja niillä liikkuvat kansainväliset rekrytointiyhtyritykset ovat Suomessa uutta, ja maahanmuuttoa koskevassa keskustelussa on monia ristiriitaisia piirteitä. Maahanmuutto-termi näyttää meillä muuntuvan koskemaan etupäässä ns. kolmansista maista eli EU:n ulkopuolelta tulleita, kun taas Euroopan unionin puitteissa tapahtuvasta muutosta puhutaan pelkästään liikkuvuutena, johon ei liity kontrolliintressiä. Toisaalta yhteistenkin työmarkkinoiden oloissa Euroopan unionissa on edelleen eri maita, ja työvoiman maahanmuuton kehittäminen vaatii muutakin kuin sääntelyä: tässä hengessä meillä laaditussa toimenpideohjelmassa pidetään tärkeänä mm. Suomen vetovoimastrategian luomista (SM 2009).

Terveyspalvelujen osaajien kannalta kaikilla EU-mailla on sama ongelma: heitä puuttuu kaikista maista, mutta vajeen suuruus, tarkempi luonne ja siitä tehty ennusteet vaihtelevat. Jos tarkastellaan erityisesti ikääntyvän väestönosan kasvua ja käytetään sitä terveystalouden tarpeen karkeana mittana, voidaan ikääntymistä koskevan EU-raportin (European Commission 2008) perusteella arvioida, että vuonna 2030 se on suurin Suomessa ja Saksassa, kun taas vuonna 2050 vaikeimmassa tilanteessa ovat uudet EU-maat, kuten esimerkiksi Puola, Slovakia ja Romania. Tilanteeseen vaikuttaa kuitenkin ratkaisevasti toimintakyvyn lisäksi myös kehitys: mikäli nykyinen kehitys jatkuu ja väestön toimintakyky kehittyy vastaavasti eliniän piden-

tyessä tai mahdollisesti eliniän pitenemistä nopeammin, terveydenhuollon palvelujen kysyntä on pienempi (Parjanne 2004; Parkkinen 2007). Toisaalta EU-maiden nuorten ikäluokkien koko on pienenemässä: YK:n väestöennusteen mukaan ikäryhmä 15–24-vuotiaat pienenee aikavälillä 2005–2025 esimerkiksi Suomessa kahdeksan prosenttia, Unkarissa 25 prosenttia ja Puolassa peräti 44 prosenttia, mutta Norjassa ikäryhmä kasvaa seitsemän prosenttia – yhtä suurta tai suurempaa kasvua voi odottaa vain Irlannissa ja Tanskassa (OECD 2008). Nämä tiedot kuvaavat kuitenkin muutosta, eivät lähtötasoa, ja osoittavat, että jo kvantitatiivisen tiedon perusteella tapahtuva ennakointi on vaikeata.

Joka tapauksessa EU-maat ovat keskenään vapaassa kilpailussa terveydenhuollon osaajista, joita oman maan tarpeisiin voi tulla unionin toisesta maasta tai unionin ulkopuolelta. Amsterdamin sopimuksen voi katsoa mullistaneen EU:n sisäisen liikkuvuuden edellytykset. OECD:n tiedot (2008; Redfoot & Houser 2005) osoittavat, että alan osaajien halukkuus muuttaa matalan tulotason maista tilapäisesti tai toistaiseksi muualle on huomattava. Esimerkiksi 2000-luvun alussa puolalaisista 35 prosenttia ajatteli asiaa ja kymmenen prosenttia oli tehnyt jo tarkan muuttosuunnitelman. Samat luvut unkarilaisista olivat peräti 48 prosenttia ja 25 prosenttia ja virolaisista 56 prosenttia ja viisi prosenttia.

Terveyspalvelujen osaajat Euroopassa – mitä tiedetään liikkuvuudesta

Terveyspalvelujen osaajien liikkuvuudesta Euroopassa ja EU:n ja muun maailman välillä ei ole luotettavia kattavia tilastoja. Tilastointi koskee etupäässä niitä, jotka ovat hakeneet lähtö- tai tulomaassa valvontaviranomaisilta ammatinharjoittamisen luvan tai nimikehyväksynnän. Lääkärien osalta nämä luvut heijastanevat melko hyvin todellisuutta, mutta vähemmän koulutettujen osaajien tapauksessa ne eivät kuvaa koko volyyminä. Useissa EU-maissa on esimerkiksi laajahkot kotihoidon työmarkkinat, jotka ovat kokonaan tai osittain epävirallisella työmarkkinasektorilla. Lisäksi hoitotyö on useissa lähtömaissa heikosti palkattua ja ehkä myös arvostettua, ja muuttajan houkutus siirtyä toiseen, paremmin palkattuun työhön, johon on ulkomailla helpompi päästä kuin hoitoalalle, on melko suuri. Ter-

veydenhuoltoalan osaajien lisääntynyt liikkuvuus ja tiedon puute ovat johtaneet siihen, että tällä hetkellä on meneillään useita Euroopan unionin seitsemännen puiteohjelman tutkimushankkeita, jotka hankkivat tietoa terveydenhuollon osaajien liikkuvuudesta ja kehittävät ennakoitimenetelmiä (ks. tarkemmin www.mohprof.eu¹; www.rn-4cast.eu²; www.who.euro.org³; www.ehma.org⁴). Tämä osoittaa, kuinka tärkeitä nämä kysymykset ovat sekä EU:ssa että globaalisti niin poliittisesti kuin myös käytännön henkilöstöresurssien suunnittelun kannalta.

Siitä, mitä todella tapahtuu esimerkiksi Baltian maissa ja Puolassa koko työvoiman tasolla, on ilmestynyt muutamia merkittäviä tutkimuksia (mm. Kaczmarczyk & Okolski 2008; vrt. Dölvik & Eldring 2008). Muuttovirrat ovat kasvaneet huomattavasti näiden maiden EU:hun liittymisen jälkeen, ja niiden luonne ja kohdemaat ovat muuttuneet. Perinteisen ja maantieteellisesti läheisen Saksan sijasta puolalaisten ja balttien tärkeimmiksi kohdemaiksi ovat toistaiseksi tulleet Iso-Britannia ja Irlanti, mutta uusista jäsenmaista tulleet maahanmuuttajat ovat hyvin näkyvä maahanmuuttajaryhmä kaikissa EU-maissa (ks. Economist 27.11.2008). Isossa-Britanniassa baltit ja puolalaiset muodostavat tärkeimmän tulijaryhmän, toisaalta esimerkiksi Espanjassa samassa asemassa ovat romanialaiset (ks. van den Broek 2010), joita on erittäin paljon myös

Italiassa. Pavel Kaczmarczyk ja Marek Okolski (2008) mukaan maastamuutto uusista jäsenmaista on muuttunut pysyvämmän luonteiseksi ja perustuu entistä useammin yksilötasoiseen harkintaan, mikä tarkoittanee sitä, että tärkeänä syynä muuttoon on yksilön tai perheen halu parantaa elämäntilannettaan eivätkä niinkään esimerkiksi poliittiset syyt. Maastamuuttoa tapahtuu erityisesti niiltä alueilta, jotka ovat taloudellisesti heikoimmin kehittyneitä, ja tällaisia alueita esimerkiksi Puolassa ovat Kaakkois-Puolan maakunnat. EU-jäsenyys on merkinnyt kuitenkin sitä, että maastamuuttajat tulevat nyt entistä laajemmalla alueella, he ovat nuorempia ja paremmin koulutettuja kuin jokin aika sitten. Toisin sanoen nykytilanteessa on sekä tavanomaisesti, eurooppalaisittain heikosti koulutetun työvoiman liikkuvuutta ns. kehitysalueilta (vrt. suomalaisten muutto Ruotsiin 1960- ja 1970-luvulla) työn ja paremman palkan saamiseksi muualle että uudempana ilmiönä paremmin koulutetun kilpailukykyisen työvoiman poismuuttoa – klasista aivovuotoa.

Kaczmarczyk ja Okolski (2008) mukaan Baltian maiden ja Puolan EU-jäsenyys on lisännyt maasta muuttaneiden rahavirrat kotimaahan moninkertaisiksi verrattuna aikaisempaan. Kuten todettiin, Puola on globaalistikin suurimpien hyötyjien joukossa (ks. OECD 2008), ja Virossa kasvu on ollut jäsenyyttä edeltäneeseen tilanteeseen nähden kahdeksankertainen ja Liettuassa yli viisinkertainen. Kaikissa tapauksissa maasta muuttaneiden rahavirtojen voi katsoa kohentavan lähtömaiden väestön toimeentuloa ja joissakin tapauksissa esimerkiksi tuovan alkupääomaa pienyrityksiin ja tukevan lasten koulutusta. Kaczmarczyk ja Okolski (2008) mukaan 70–90 prosenttia virrasta Baltiaan ja Puolaan siirtyy kulutukseen. Rahavirroilla on vaikutusta myös palkkojen ja hintojen kehitykseen, ja vaikka palkkojen ja hintojen säätelyn mekanismit ovat euromaissa ja ei-euromaissa erilaiset, tällä on oletettavasti tasoittavaa vaikutusta työmarkkinoihin koko Euroopan unionin alueella. Virrat ovat kulttuurisidonnaisia ja riippuvat siitä, missä perhe asuu ja keitä perheeseen luetaan, lisäksi niihin vaikuttaa aika. Voidaan keskustella myös siitä, missä määrin rahan lähettäminen on altruismia ja missä määrin kyseessä on vaihtosuhde, jossa rahan lähettäjä tai hänen perheensä saa erilaisia hyötyjä ja palveluja (vrt. Wolff & al. 2007).

Maastamuuton kokonaisvaikutukset riippuvat

1. *Mobility of Health Professionals: hankkeen keskeinen tavoite on parantaa terveydenhuollon osaajien liikkuvuutta koskevaa seurantaa; mukana EU-maiden (Saksa, Belgia, Bulgaria, Ranska, Puola) lisäksi mm. Sveitsi, Yhdysvallat, Etelä-Afrikka ja Filippiinit, koordinoiva taho Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD).*

2. *Registered Nurses – Forecast: hankkeen keskeisenä tavoitteena on kehittää sairaanhoidon työvoiman suunnittelua ja ennakoitua; koordinoiva taho Leuven University Belgiasta, muut osallistajat King's College (Lontoo), University of Pennsylvania (Yhdysvallat), Institute of Health Carlos II (Espanja), Dublin City University (Irlanti) ja Itä-Suomen yliopisto, joka keskittyy erityisesti maakohtaisten ennakoitumallien selvittämiseen.*

3. *Health Professional Mobility in the European Union Study "PROMeTHEUS": hanke selvittää terveydenhuollon ammattilaisten liikkuvuutta Euroopassa, sen vaikutuksia, poliittisia responseja ja henkilöstöpolitiikan ratkaisuja, koordinoivat tahot ovat WHO-Europe European Observatory on Health Systems and Policies (tieteellinen työ) ja European Health Management Association (EHMA, hallinto), johtoryhmässä ovat London School of Economics, London School of Hygiene & Tropical Medicine ja Technische Universität Berlin, lisäksi mukana on 11 partneri-instituutiota, niiden joukossa Suomesta Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).*

4. *European Health Management Association (EHMA) on PROMeTHEUS-hankkeen hallinnollinen koordinaattori.*

paitsi väestön demografisesta rakenteesta myös työvoiman väestöosuudesta ja rakenteesta. Esimerkiksi Puolassa työvoimaan kuulumisen ei ole yhtä yleistä kuin Baltiassa tai Pohjoismaissa, joten muuttoliikkeen vaikutusten kompensoiminen voivat siellä tapahtua niinkin, että koulutusta suunnataan oikein ja väestöä siirtyy nykyistä enemmän työvoimaan täyttämään työvoimakapeikkoja. Kaczmarczyk ja Okolskin (2008) mukaan maastamuutto vaikuttaa yleisellä tasolla siten, että lähtömaan liikaväestö siirtyy toisen maan työmarkkinoille, joilla sille on kysyntää, ja näin sekä lähtömaa että tulomaa hyötyvät, ja juuri tähän pyrkii eurooppalaisten työmarkkinoiden luominen. Yksittäisestä maasta muuttoa suurempi ongelma on, jos muuttaneet sijoituvat tulomaassa ammattitaitoaan heikommin, jolloin yksilötasolla ja tulomaan kannalta tilanne voi olla hyvä, mutta kokonaisyötyä jää saamatta: kuten tiedetään, tämä on valitettavan tavallista (ks. Liebkind & al. 2004). Maan osaamispuutteen kehittämisen kannalta olennaista ei liioin ole vain poismuutto ja sen rakenne, vaan myös tulijat ja heidän profiilinsa: jokaisen maan tulee kyetä houkuttelemaan korvaavia tai uudenlaisia osaajia poismuuttavien tilalle, koska liikkuvuutta on aina jonkin verran avoimilla työmarkkinoilla. Joissakin tapauksissa EU:n sisäisen muuttoliikkeen arvellaan kuitenkin aiheuttavan alueellista tai sektorikohtaista työvoimapulaa: tästä esimerkkinä mainitaan tutkimuksessa tarkemmin määrittelemättömien terveysalan osaajien puute Puolan tai Baltian maiden joillakin alueilla tai sektoreilla (vrt. Wolszczak-Derlacz 2009). Toisaalta paluumuutolla on myönteistä vaikutusta, ja paluumuuttajat onnistuvat kohottamaan toimeentuloaan alkuperäisessä lähtömaassaan, minkä katsotaan liittyvän parempaan osaamiseen (Iara 2006).

Ulkomaalaiset Suomessa ja suomalaiset ulkomailla, kansainvälinen perspektiivi

Äskettäin valmistunut tilastoraportti (Ailasmaa 2010) vahvistaa OECD:n tiedon siitä, että Suomi on terveydenhuollon työvoiman kannalta lähinnä lähtömaa. Suomalaisia lääkäreitä on ulkomailla tuhatkunta eli suunnilleen saman verran kuin ulkomailla tulleita lääkäreitä Suomessa. Sen sijaan suomalaisia sairaanhoitajia on ulkomailla 3 800, kun ulkomaalaisia sairaanhoi-

tajia – jotka eivät ole Suomen kansalaisia – on Suomessa vain 950. Suomeen tulleista ulkomaalaisista suurehko osa siirtyy Suomen kansalaisiksi siihen mahdollisuuden saatuaan, mutta tämä ei vaikuta merkittävästi havaittuun eroon, sillä myös suomalaiset osaajat päätyvät tyypillisissä tulomaissaan (Ruotsi, Norja, Iso-Britannia, Saksa, Sveitsi) monesti niiden kansalaisiksi: suomalaisista lääkäreistä ja hoitajista arvellaan tällä hetkellä olevan ulkomailla töissä noin viisi prosenttia kaikista alan koulutuksen saaneista (SM 2008). Syntymämaan mukaan luokitellen Suomessa työskenteli vuonna 2007 yhteensä 1 115 ulkomailla syntynyttä sairaan- tai terveydenhoitajaa ja kätilöä, lisäksi osastonhoitajina toimi 40 ulkomailla syntynyttä. Melkein yhtä suuria määriä Suomessa oli ulkomailla syntyneitä lääkäreitä (1 030) ja sairaala- ja hoitoapulaisia (1 080). Apu-, perus- ja lähihoitajia oli sen sijaan selvästi vähemmän eli 670 vuonna 2007. Laskemalla sairaanhoitajat, lähihoitajat (ml. apu- ja perushoitajat) ja hoitoapulaiset yhteen ulkomailla tulleen hoitohenkilöstön määrä Suomessa oli lääkäreitä mukaan laskematta yhteensä 2 895 henkilöä eli tuhatkunta vähemmän kuin pelkästään suomalaisia sairaanhoitajia on ulkomailla. Tärkeimmät lääkärien ja sairaanhoitajien tulomaat meillä ovat Viro, Venäjä ja Ruotsi (Ailasmaa 2010).

Syntyperältään ulkomaalaisten osuus koko sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstöstä oli vuonna 2007 vain 2,8 prosenttia (9 920), mutta määrä on seitsemässä vuodessa lähes kaksinkertaisunut. Ulkomailla syntyneiden sairaanhoitajien osuus oli hieman alempi: kaksi prosenttia, tulijat ovat suhteellisesti useammin lääkäreitä. OECD:n (2008; Dumont & Zurn 2007) tiedot vuosittu- hinnan vaihteesta antavat kiinnostavia vertailulukuja eri maista. Kaikkien OECD-maiden lääkäreistä 18 prosenttia ja sairaanhoitajista 11 prosenttia oli syntynyt ulkomailla. Ulkomailla syntyneiden osuus kaikista hoitajista oli huomattavan korkea Euroopan maista Itävallassa (15 %), Saksassa (10 %), Isossa-Britanniassa (15 %), Irlannissa (14 %), Luxemburgissa (26 %) ja Portugalissa (14 %). Luvut viittaavat aiemmin kerrotun valossa siihen, että muutamien EU-maiden välillä osaajien liikkuvuus on suhteellisen suurta ja liittyy usein yhteiseen kieleen ja kulttuuriin. Yhdysvalloissa, jossa oli määrällisesti eniten ulkomailla koulutettuja sairaanhoitajia, heidän suhteellinen osuutensa kaikista oli kuitenkin alle neljä prosenttia.

OECD:n (2008, 61) vertailun mukaan Suomen palkkataso ei ole ainakaan lääkärin osalta kansainvälisesti houkutteleva, joten Suomen kilpailuasema ei näin mitaten ole parhaita. Selvityksen mukaan useimmat vertailun maat, kuten Yhdysvallat, Iso-Britannia, Hollanti, Saksa, Islanti, Itävalta, Sveitsi, Luxemburg, Kanada ja Ranska tarjoavat lääkäreille niin absoluuttisesti kuin suhteellisesti mitaten Suomea paremman toimeentulotason. Vastaavia vertailutietoja sairaanhoitajien palkoista ei ole käytettävissä, mutta Suomen ero vertailumaihin lienee tässä samankaltainen. Toisaalta esimerkiksi sairaanhoitajien palkkataso on Suomessa moninkertainen verrattuna useiden Euroopan unionin uusien jäsenmaiden tilanteeseen (esim. Läänelaid & al. 2010; Kautsch 2010). Tulovirta Suomeen näistä maista on kuitenkin ollut vielä suhteellisen vaatimaton (mahdollisena poikkeuksena Viro), vaikka arvioidaan, että pääkaupunkiseudun julkisesta terveydenhuollosta suurehko osuus onkin jo nyt ulkomailta tulleiden työntekijöiden varassa. OECD (Dumont & Zurn 2007, 199) esittää vakuuttavia vertailulukuja, että ulkomailta tulleet terveydenhuollon osaajat ovat monissa maissa pelastaneet terveydenhuollon päivystystoiminnan: heidän ajankäyttönsä on muita joustavampaa.

Kun palkkakilpailun lisäksi otetaan huomioon terveydenhuollolle ominainen kielitaitovaatimus, joka tarkoittaa sitä, että halutessaan ammattitaitoaan vastaavaan työhön Suomen terveydenhuoltoon tulijan on sijoitettava paljon aikaa ja joskus varoja kielen oppimiseen, Suomen kyky houkuttaa ulkomaista työvoimaa terveydenhuoltoon ei ole erityisen vankka. Lisäksi muuttoliike perustuu paljolti ketjuihin (*chain migration*), mikä tarkoittaa sitä, että niin liikkuvuuden määrään kuin siihen, mihin mennään, vaikuttavat verkostot lähtömaissa: tuttavat kertovat muuttoa harkitseville, mitä kannattaa tehdä. Meillä ei ole laajoja ryhmiä potentiaalisista lähtömaista – vrt. esimerkiksi puolalaiset Ruotsissa – eli meillä ei ole puolestapuhujia. Suomalaisten terveydenhuollon työnantajien täytyy ponnistella, että voimme olla todellinen vaihtoehto Euroopan unionissa liikkuville alan eurooppalaisille osaajille. Pienten kielialueiden ja palkkatasoltaan keskikastiin kuuluvien maiden ongelma on todettu myös OECD:ssa (Chaloff & Lemaitre 2009, 4; vrt. de Veer & al. 2004). Norja on hyvän palkkatasonsa johdosta menestynyt kilpailussa hyvin (ks. van Riemsdijk 2006).

Meillä on viime vuosina tehty merkittäviä ava-

uksia, joiden tarkoituksena on lisätä työperäistä maahanmuuttoa Suomeen. Ensimmäinen maahanmuuttopoliittinen ohjelma, jossa asia tuli esiin, julkaistiin vuonna 2006 (TM 2006). Ohjelmassa todetaan, että kansalliset työmarkkinat ovat muuttuneet ja että työperusteisen maahanmuuton avulla voidaan laajentaa Suomen osaamispohjaa, jota väestön ikääntyminen eri alueilla uhkaa kaventaa. Yhteiskunnan monimuotoistumisen katsotaan vaikuttavan myönteisesti yritteliäisyyteen ja innovatiivisuuteen. Maahanmuuttopoliittikka koettiin osaksi globalisuuden hallintaa, ja todettiin, että on tärkeää parantaa ulkomaalaisiin kohdistuvaa asenneilmastoa ja luoda myönteistä Suomi-kuvaa maailmalla. Ohjelman mukaan työperusteista maahanmuuttoa tulee edistää, ja Suomen vetovoimatekijöitä ja mahdollisuuksia työskennellä Suomessa tehdä tunnetuksi. Samalla työvoiman liikkumista koskevaa yhteistyötä EU-maiden mutta myös muiden ”merkittävien työvoiman lähtömaiden” ja lähialueiden kanssa haluttiin lisätä. Poliittikkalinjauksiin kuuluivat myös mm. ulkomailla hankitun osaamisen tunnustamisen parantaminen ja syrjimättömyyden edistämisen nollatoleranssin pohjalta.

Nykyinen hallitus on jatkanut samalla linjalla ja toteuttanut muun muassa hankkeen työvoiman maahanmuuton edistämisestä lähtömaiden kanssa (SM 2008) ja laatinut työvoiman maahanmuuton toimintaohjelman (SM 2009). Edellisen tuloksena todetaan, että liikkuvuusyhteistyössä lähtökohtana on vastuullinen, eettisiä periaatteita noudattava kohdennettu rekrytointi. Hyvät työolot, korkeat standardit ja yhdenvertainen kohtelu ovat sellaisia tekijöitä, joilla voidaan varmistaa kestävä työvoiman hankinta. Julkishallinnon tehtäväksi katsottiin mm. neuvot työantajia ja työntekijöitä lähtömaassa, tuottaa tietoa Suomen työelämästä ja erilaisia oppimateriaaleja. Sen sijaan katsottiin, että työnantajan tulee maksaa työntekijöiden koulutus. Hanke suhtautui kahdenvälisiin viranomais sopimuksiin kielteisesti, koska ne aiheuttavat byrokratiaa ja niiden käytännön hyödyt ovat kyseenalaiset: tällaiset sopimukset eivät sido yksityisiä työnantajia toimintaan vain sopimuskumppaneina olevissa maissa. Hankkeessa todettiin, että terveydenhuollon henkilöstön ulkomainen rekrytointi on erityiskysymys, jota tulisi selvittää erikseen, ja aiheeseen suositeltiin pilottihanketta. Tällainen pilotti on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen projekti Attraktiivinen Suomi (2008–2010),

joka selvittää tilannetta muutamissa uusissa EU-maissa sekä rakentaa rekrytointimallia ja verkostoja muutamiin valittuihin kohdemaihin.

Työvoiman maahanmuuton toimenpideohjelma (SM 2009) luettelee joukon erilaisia hankkeita, jotka konkretisoivat ohjelmaa. Niistä tällä hetkellä laajin lienee Euroopan Sosiaalirahaston (ESR) puitteissa (ensimmäinen ohjelmakausi 2008–2010) tapahtuva työ, joka sisältää kaksi valtakunnallista kehittämishanketta, toinen niistä tukee työperusteista maahanmuuttoa ja toinen maahanmuuton alkuvaiheen ohjausta ja neuvontaa. Toimintaan on alustavasti varattu yhteensä 64 miljoonaa euroa. Edellisen kehittämissuunnitelman avulla pyritään kehittämään työvoiman saatavuutta alueellisesti ja paikallisesti, ja siihen kuuluvat hankekokonaisuudet opastusjärjestelmän kehittäminen, yhteistyöverkoston rakentaminen Suomen ja muiden EU-maiden kanssa, Suomen vetovoimastrategian laatiminen, työnantajien tukeminen rekrytoinnissa ja pilottiprojektien toteuttaminen.

Tällä hetkellä työperäistä maahanmuuttoa tukevasta kehittämissuunnitelmasta rahoitetaan alueellisesti tai valtakunnallisesti yli 20 hanketta eri puolilla Suomea. Niille on rakennettu sekä valtakunnallisesti että alueellisesti hyviä käytäntöjä etsiviä ja levittäviä, yhdistäviä hankkeita, kuten sisäasiainministeriön MATTO-projekti ja Uudenmaan ELY-keskuksen INSITE-projekti. Työvoiman maahanmuuton toimenpideohjelma toistaa ajatuksen, että työperäinen maahanmuutto täydentää kotimaista työvoimapotentiaalia eikä korvaa sitä, edellyttää rekrytoinnin olevan eettistä niin, että myös lähtömaiden kehitystarpeet otetaan huomioon, ja katsoo, että Suomea on opiskelu- ja työntekomaana markkinoitava aktiivisemmin. Euroopan unionille yhteisen EURES-työnvälitysverkoston toimintaan ohjelma-asiakirja asettaa selkeitä toiveita. Toimenpide-ehdotuksiin kuuluu vielä yhteistyön kehittäminen ulkomaisen työvoiman kysymyksissä Pohjoismaiden ja Baltian maiden kanssa. Työ- ja elinkeinoministeriö on myös asettanut strategisen hankkeen hyvinvointialan työ- ja elinkeinopolitiiseksi kehittämiseksi. Maahanmuuttovirasto, joka kuuluu tietoa vaihtavaan, kokoavaan ja vertailevaan Euroopan muuttoliikeverkostoon (EMN), on myös aktivoitunut työperäisen muuttoliikkeen tutkijana (Asa & Muurinen 2010).

Ulkomaisen työvoiman tarpeen on katsottu meillä riippuvan suhdanteista ja keskittyvän tietyille alueille ja ammatteihin. Työvoiman ky-

synnän ja tarjonnan paremmaksi kohtaamiseksi on kehitetty alueellisen ennakkoinnin välineitä, jotka kykenevät kuvaamaan tilannetta ammatteittain (ks. erityisesti Montén 2010). Mika Tuomaalan ja Kai Torven (2008) mukaan kolme ammattia, joissa oli eniten työvoiman hankintaan liittyviä ongelmia Suomessa, olivat sairaanhoitaja, lääkäri ja lähihoitaja, mikä osoittaa terveydenhuollon haavoittuvuutta Suomessa. Etelä-Suomi on maassamuuton johdosta työvoiman saannissa ollut perinteisesti parhaassa asemassa, mutta nyt Etelä-Suomessa (ja Kainuussa) rekrytointiongelmat olivat suurimmat. Helsingin seudun vetovoima lienee hiipunut asumisen kalleuden takia (Jylli 2009), vaikka suuri osa rekrytointivaikeuksista johtuu työntekijän osaamiseen liittyvistä syistä. Tuomaalan ja Torven (2008) mukaan vain 5–10 prosenttia ulkomaalaisten maahanmuutosta on nykyisin työperäistä ja pysyvää. Tähänastinen maahanmuuttopolitiikka ja nykyinen maahanmuuttajatyövoima eivät ratkaise työvoiman saatavuuden ongelmia. Mika Raunion ja Annika Forsanderin (2010, 196) mukaan meillä tarvitaan innovatiivisuutta globaalien osaajien markkinoilla toimimiseen, uudenlaista asennetta maahanmuuttoon ja sellaista integroitua päätöksentekoa että yhteiskunta ja organisaatiot saadaan muuttumaan nykytilanteen vaatimalla tavalla.

Vallitseva kansainvälisen talouden kriisi on johtanut työvoiman kysynnän ainakin tilapäiseen hyytymiseen ja protektionistisen ilmapiirin lisääntymiseen myös Suomessa. Tässä esitellyt merkittävät poliittiset avaukset etenevät odotettua hitaammin käytäntöön. Se on merkinnyt myös sitä, että yksityisen sektorin kysynnän alenemisen jälkeen työperäisen maahanmuuton hankkeet pyrkivät entistä enemmän yhteistyöhön julkisen sektorin ja terveydenhuollon kanssa, jonka kysyntä on vakaampaa ja jonka ennakkoinnin oletetaan tapahtuvan pitemmällä perspektiivillä kuin yksityisellä sektorilla. Terveydenhuollon työvoiman kansainvälinen rekrytointi on kuitenkin Suomessa alkanut muutamia vuosia sitten liiketaloudellisin tavoittein osana globalisaatiota. Esperin tuomat harvat filippiiniläiset sairaanhoitajat saivat aikanaan runsaasti julkisuutta (mm. Sillanpää 2008). Äskettäin Opteam on tuonut etupäässä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitoyhtymälle 20 sairaanhoitajaa Filippiineiltä, ja Suomen kuntaliitolla on Kiinassa hanke, joka luodaan koulutusyhteistyötä suomalaisten työnantajien tarpeisiin.

Suomalaisia rekrytointiyhtiöitä toimii myös Euroopan unionin uusissa jäsenmaissa, mutta niiden kokemus terveydenhuollon työvoiman välittämisestä on vähäinen. Unionin sisällä kysymys kuuluu, kuinka toiminta voidaan järjestää siten, että se riittävästi ottaa huomioon lähtömaan ja tulomaan eri osapuolten intressit. Kysymys on paitsi eettinen myös käytännöllinen: menestyminen kilpailussa osaavasta työvoimasta edellyttää sitä, että toiminnan ulkoinen kuva on häiriötön ja sen hyödyt ja haitat ovat tiedossa. Tämä on tärkeä kilpailutekijä pienelle tuntemattomalle maalle: Euroopan unionin maissa toimiminen edellyttää yhteistyötä ja valmiutta vastavuoroisuuteen, jota suurilla kielialueilla ei samalla tavalla ole tarvis tarjota.

Työnantajan kannalta menestyksenkäs kotoutuminen on kannattavan rekrytoinnin edellytys: ammattitaitoisen työvoiman hankinta aiheuttaa työnantajalle kustannuksia, joten on suotavaa, että työntekijä saadaan palvelukseen riittävän pitkäksi aikaa. Nykyelämässä määräaikaisten työsuhteet ovat yleistyneet ja elinikäisiä sitoumuksia sekä odotetaan että tehdään entistä harvemmin. Eri rekrytointihankkeiden käytännöt osoittavat, että työsuhteen halutaan kestävän kuitenkin minimissään muutamia vuosia. Terveydenhuollon henkilöstön työttömyystiedot ovat tärkeä osoitin, kun ajatellaan, kuinka ulkomailta kotoisin olevat alan osaajat selviytyvät Suomen työmarkkinoilla. Reijo Ailasmaan (2010) mukaan ulkomaalaisten sairaan- tai terveydenhoitajien ja kättilöiden työttömyysaste on moninkertainen verrattuna suomalaisiin ja heistä on työvoiman ulkopuolella yli neljännes kaikista. Tämä viittaa siihen, että terveydenhuollossa toimivien, ulkomailta syntyneiden asema ei ole meillä paljonkaan parempi kuin maahanmuuttajien keskimäärin.

Tulos viittaa Suomen työmarkkinoiden toimintahäiriöihin, ja myös työsyrynnästä meillä

on yleisemmällä tasolla saatu vakuuttavaa tietoa (ks. Akhlaq 2005; Jasinskaja-Lahti & al. 2002). Työperäisen maahanmuuton onnistuminen on tosiasiaa kaksivaiheinen prosessi: ensin on saatava sopivaa työvoimaa maahan, ja sen jälkeen se on saatava pysymään maassa (mm. Bürgelt & al. 2008). Terveydenhuollon osaajat eivät sitoudu tulomaahan välittömästi, sopeutumisessa erilaisia vaiheita, mikä tulee ottaa huomioon (ks. Jasinskaja-Lahti & Laine 2009): riskinä on, että eurokansalaiset voivat vastoinkäymisten sattumissa nykyisin muuttaa toiseen maahan. Esimerkiksi puolalaisten liikkuvuudesta työmarkkinatilanteen ja rahan arvon vaihtelun myötä Isoon-Britanniaan ja Irlantiin ja myöhemmästä poismuutosta on jonkin verran tietoja, vaikkakaan ei vielä tieteellistä tutkimusta (Economist 27.11.2008).

Monimuotoisuus työpaikoilla ja monimuotoisuuden johtaminen ovat melko uutta Suomessa, ja eri työnantajien kiinnostukset aiheeseen vaihtelevat. Meillä on toteutettu muutamia monimuotoisuutta työelämässä edistäviä hankkeita (ks. esim. www.monikko.net), mutta meillä lie-nee vielä melko vähän monimuotoisuuden johtamisen asiantuntijoita (vrt. Savileppä 2005). Aihe on laajempi kuin pelkästään syrjinnän vastustaminen eikä liity vain työllisyyden hoitoon. Joissakin maissa (erityisesti Kanadassa ja Australias- sa) monimuotoisuus työpaikoilla nähdään myös markkinointietuna, jota tulee kehittää ja hyödyntää. Monimuotoisuuden johtaminen koskee koko henkilöstöä ja sen kehittämistä, eikä kyseessä ole vain maahan tulleiden sopeuttaminen. Se on taito, jota suomalaiset työnantajat ovat vasta harjoittelemassa. Sairaanhoitajien osalta monimuotoisuuden johtamista helpottaa, että hoitoalan etiikka on kieli- ja koulutuseroista huolimatta pitkälti samanlaista Euroopan eri maissa (Dobrowolska & al. 2009).

TIIVISTELMÄ

Simo Mannila: Terveydenhuollon osaajien kansainvälisestä liikkuvuudesta – Suomeen?

Katsauksessa pohditaan terveydenhuollon osaajien ja erityisesti sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta, siitä käytyä keskustelua, liikkuvuuden kansainvälistä säätelyä ja Suomen asemaa alan työvoimaa saavana ja menettävänä maana. Kansainvälinen liikkuvuus on tätä nykyä huomattavan suurta, ja sen tärkeitä syi-

tä ovat parempien ansiomahdollisuuksien, työolojen ja urakehityksen hakeminen. Työvoiman vajuus on yleismaailmallinen ilmiö, ja alan henkilöstösuunnittelun todetaan globaalisti epäonnistuneen. Tässä tilanteessa erityisesti köyhemmät maat menettävät osaajia, hyötyjiä ovat kielisistä varsinkin englantia puhuvat maat. Liikkuvuutta on kuitenkin runsaasti myös kieleltään ja kulttuuriltaan samankaltaisten ja maantieteellisesti läheisten maiden kesken. Tilanteen säätelyä on

kehitetty kansainvälisiä eettisen rekrytointin ohjeistoja, joista tärkein on äskettäin hyväksytty WHO:n suositus. Suositus toteaa yksilön oikeuden pyrkiä parantamaan omaa ja perheensä asemaa, mutta valtioiden ja instituutioiden tasolla on pyrittävä korvaamaan lähtömaille niiden menetyksiä ja liikkuville osajille on taattava yhdenvertainen kohtelu. Maasta muuttaneiden rahalahetykset lähtömaahan ovat monille maille tärkeä tulonlähde, mutta niiden ei voi yksin korvaavan osaamisen menetystä. Lähtömaiden tilanteen parantaminen edellyttää kuitenkin terveydenhuollon työolojen ja palkkauksen korjaamista niissä maissa, liikkuvuuden rajoittaminen ei auta asiaa. Yh-

dentyneillä työmarkkinoilla, kuten Euroopan unionissa, työvoiman liikkuvuuden voi katsoa edistävän kokonaishyötyä, mikäli maata muuttavat sijoittuvat tulomaassa omalle osaamistasolleen. Suomi on uusimpien tilastojen mukaan sairaanhoitajia vievä maa, suomalaisia sairaanhoitajia on ulkomailla miltei neljä kertaa niin paljon kuin ulkomaalaisia on Suomessa. Työvoiman saaminen Euroopan markkinoilta edellyttää meiltä erityistä ponnistusta, koska palkkataso ei ole erityisen kilpailukykyinen, suomi on harvinainen kieli maailmassa eikä meillä ole merkittäviä maahanmuuttajaryhmiä, jotka edistäisivät alan osajien ketjumuuttoa.

KIRJALLISUUS

- Ailasmaa, Reijo: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Tilastoraportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010
- Akhlaq, Ahmad: Getting a job in Finland. The social networks of immigrants from the Indian subcontinent in the Helsinki metropolitan labour market. Department of Sociology: Research Reports No. 247. Helsinki: University of Helsinki, 2005
- Asa, Riikka & Muurinen, Heidi: Maahanmuutto työvoiman tarpeen täyttäjänä? Helsinki: European Migration Network (EMN) & Maahanmuuttovirasto, 2010
- van den Broek, Hans-Peter: Immigration in Spain: data, policies and debates. Teoksessa: Mannila, Simo & Messing, Vera & van den Broek, Hans & Vidra, Zsuzsa: Immigrants and Ethnic Minorities: European Country Cases and Debates. Reports of the National Institute for Health and Welfare: Helsinki (tulossa)
- Buchan, James & Parkin, Tina & Sochalski, Julie: International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications. Geneve: WHO, 2003
- Buchan James & Perflieva, Galina: Health Worker Migration in the European Region: Country Case Studies and Policy Implications. Kööpenhamina: WHO Regional Office for Europe, 2006
- Bürgelt, Petra T. & Morgan, Mandy & Pernice, Regina: Staying or returning: Pre-migration influences on the migration process of German migrants to New Zealand. *Journal of Community & Applied Psychology* 18 (2008): 282–298
- Chaloff, Jonathan & Lemaitre, Georges: Managing highly-skilled labour migration: A comparative analysis of migration policies and challenges in OECD countries. OECD Social, Employment and Migration Papers No. 79. Pariisi: OECD, 2009
- Commission of the European Communities: Green Paper on the European Workforce for Health. Bryssel 10.12.2008
- De Raeve, Paul: The free movement of nurses: A win-win situation if based on ethical recruitment guidelines. *Eurohealth* 9 (2003): Autumn, 1–3
- Dobrowolska, Beata & Wronska, Irena & Fidecki, Wieslaw & Wysokinski, Mariusz: Moral obligations of nurses based on the ICN, UK, Irish and Polish codes of ethics for nurses. *Nursing Ethics* 2 (2007): 14, 171–181
- Dumont, Jan-Christophe & Zurn, Pascal: Immigrant health workers in OECD countries in the broader context of highly skilled migration. *International Migration Outlook: SOPEMI 2007 Edition*, 161–228. Pariisi: OECD, 2007
- Dussault, Gilles & Fronteira, Ines & Cabral, Jorge: Migration of health personnel in the WHO European Region. Geneve: WHO-Europe, 2009
- Dölvik, Jon Erik & Eldring, Line: Arbeidsmobilitet fra de nye EU-landene til Norden – utviklingstrekk og konsekvenser. TemaNord 2008: 502. Kööpenhamina, 2008
- Economist 27.11.2008. Europe's surprising labour flexibility. How migrating workers from eastern Europe are improving labour markets
- Economist 10.–16.10.2009. Migration and development. The aid workers who really help
- EPSU-HOSPEEM: Code of Conduct and Follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention in the Hospital Sector, 2008
http://www.epsu.org/IMG/pdf/EPSU_HOSPEEM_Code_of_conduct-07-0708_with_signatures_2.pdf.10.10.2010
- European Commission: The 2009 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. *European Economy* 7/ 2008. Luxemburg: Directorate for Economic and Financial Affairs, 2008
- Iara, Anna: Skill diffusion by temporary migration? Returns to Western European working experience in the WU accession countries. Centro Studi Luca d'Agliano Development Studies Working Paper No. 210. Milano, 2006
- Jasinskaja-Lahti, Inga & Liebkind, Karmela & Vesala, Tiina: Rasismi ja syrjintä Suomessa. Maahanmuuttajien kokemuksia. Helsinki: Gaudeamus, 2002
- Jasinskaja-Lahti, Inga & Laine, Markus: 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, 2009

- Jylli, Hilkka: Alueellinen ennakointi ja terveydenhuollon työvoima. Puheenvuoro Attractiivinen Suomi -hankkeen ennakointiworkshopissa 20.8.2009
- Kaczmarkczyk, Pavel & Okolski, Marek: Economic impacts of migration on Poland and Baltic states. Fafo-paper 2008:1. Oslo
- Kautsch, Marcin: Attractive Finland – Promotion of Professional Mobility in Health Care. Country Overview: Poland. Krakow: University of Krakow, 2010 (julkaisematon)
- Lauttamäki, Ville & Hietanen, Olli: Sosiaali- ja terveysalan työvoima- ja koulutustarpeet 2015. Loppuraportti sosiaali- ja terveydenhuollon ennakointi-hankkeesta. TuTu-julkaisuja 4/ 2006. Turku
- Läänelaid, Siret & Paat, Gerli & Aaviksoo, Ain: Attractive Finland – Promotion of Professional Mobility in Health Care. Country Overview: Estonia. Tallinna: Praxis, 2010 (julkaisematon)
- Liebkind, Karmela & Mannila, Simo & Jasinskaja-Lahti, Inga & Jaakkola, Magdalena & Kyntäjä, Eve & Jääskeläinen, Anni: Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen. Helsinki: Gaudeamus, 2004
- Migration Policy Institute: Global remittances guide. <http://www.migrationinformation.org/datahub/remittances.cfm>. 10.10.2010
- Montén, Seppo: Koulutus & työvoima. Helsingin seutu 2020 – osaamisella kohti tulevaisuutta. Vantaa: Vantaan kaupunki, 2010
- OECD: The Looming Crisis of in the Health Workforce. How Can the OECD Countries Respond? Pariisi: OECD, 2008
- Parjanne, Marja-Liisa: Kehitysarvioita sosiaali- ja terveyssektorin työvoiman tarpeesta. Työpoliittinen aikakauskirja (2004): 4, 34–41
- Parkkinen, Pekka: Riittääkö työvoima terveydenhuolto- ja sosiaalipalveluihin? VATT-keskusteluaitteita 433. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuslaitos, 2007
- Ratha, Dilip & Mohapatra, Sanket & Silwal, Ani: Remittances to developing countries remained resilient in 2009, expected to recover in 2010-11. Migration and Development Brief 12. Washington: World Bank, 2010
- Raunio, Mika & Forsander, Annika: The Welfare State in Competition for Global Talent. From National Protectionism to Regional Connectivity - the Case of Finland. Frankfurt am Main: Peter Lang, 2009
- Rechel, Bernd & Dubois, Carl-Ady & McKee, Martin: The Health Care Workforce in Europe: Learning from Experience. Kööpenhamina: WHO Regional Office for Europe & European Observatory on Health Systems and Policies, 2006
- Redfoot, Donald L. & Houser, Ari N.: "We shall travel on": Quality of care, economic development and the international migration of long-term care workers. Washington: AARP Public Policy Institute, 2005
- van Riemsdijk, Micheline: Rekruttering av polske sykepleire til Norge. Erfaringer og virkninger. Fafo-notat 2006: 27. Oslo, 2006
- Savileppä, Anna: Johda monimuotoisuutta - investoi tulevaisuuteen. Helsinki: Diversa Consulting, 2007
- Sillanpää, Sami: Käsi ylös, kuka lähtee Suomeen. Helsingin Sanomat 20.1.2008
- Simoens, Steven & Villeneuve, Mike & Hurst, Jeremy: Tackling Nurse Shortages in OECD Countries. OECD Health Working Papers 19. Pariisi: OECD, 2005
- SM: Työvoiman maahanmuuton edistämisen yhteistyömuodot lähtömaiden kanssa. Sisäasiainministeriön julkaisuja 31/ 2008
- SM: Työvoiman maahanmuuton toimenpideohjelma. Sisäasiainministeriön julkaisuja 23/ 2009
- STM: Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 2001: 7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2001
- Stemmer, G. & van der Wal, A.C.M.: PCN: PCN Good Practice Guidance for International Nurse Recruitment, 2005 http://ec.europa.eu/employment_social/social_situation/responses/a23605_en_3.pdf. 10.10.2010
- TM: Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma. Työhallinnon julkaisuja 371. Helsinki: Työministeriö, 2006
- Tuomaala, Mika & Torvi, Kai: Kohti työperusteita maahanmuuttoa: ulkomailta palkattavan työvoiman tarpeen arviointi. Analyysseja 9/2008. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, 2008
- de Veer, Anke & van Ouden, Dirk-Jan & Francke, Anke: Experiences of foreign European nurses in The Netherlands. Health Policy 68 (2004): 55–61
- WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf. 10.10.2010
- WHO: The 2006 World Health Report: Working Together for Health. Geneva: Who, 2006
- Willis-Shattuck, Mischa & Bidwell, Posy & Thomas, Steve & Wyness, Laura & Blaauw, Duane & Ditlopo, Prudence: Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BMC Health Services Research 8 (2008): 247–253
- Wolff, Francois-Charles & Spilerman, Seymour & Attias-Donfut, C: Transfers from migrants to their children: Evidence that altruism and cultural factors matter. Review of Income and Wealth 2007
- Wolszczak-Derlacz, Joanna: The impact of internal and international migration on regional convergence in Poland. Teoksessa: Duszczynka, M. & Lesinskiez, M. (toim.): Wspolczesne migracje: dylematy Europy i Polski, 92– 120. Varsova: University of Warsaw Press, 2009.