SUVI NIEMINEN

Kuulumisen politiikkaa

Maahanmuuttajasairaanhoitajat, ammattikuntaan sisäänpääsy ja toimijuuden ehdot

■

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteiden yksikön
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
11. päivänä kesäkuuta 2011 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

Ohjaaja
Dosentti Lea Henriksson
Helsingin yliopisto

Esitarkastajat
Dosentti Annika Forsander
Helsingin yliopisto
Professori Pirkko Pitkänen
Tampereen yliopisto

Myynti
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Puh. 040 190 9800
Fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
www.uta.fi/taju
http://granum.uta.fi

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 1616
ISBN 978-951-44-8457-5 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1077
ISBN 978-951-44-8458-2 (pdf)
ISSN 1456-954X
http://acta.uta.fi

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2011

Sisällys

Kiitokset **4**
Tiivistelmä **6**
Summary **8**
Luettelo alkuperäisistä osajulkaisuista **10**

1 Johdanto **11**

2 Sairaanhoitajat kansainvälisen muuttoliikkeen, kansallisten työmarkkinoiden ja monikulttuuristen työyhteisöjen tutkimuksessa **17**
2.1 Globaali näkökulma: Sairaanhoitajien kansainvälinen muuttoliike 18
2.2 Kansalliset työmarkkinat ja terveydenhuollon työmarkkinoiden uudet jaot 24
2.3 Työyhteisönäkökulma: Kulttuurisia yhteentörmäyksiä ja etnisiä hierarkioita 28
2.4 Yhteenveto aikaisemmasta kirjallisuudesta ja tutkimukselliset haasteet 30

3 Ammattikunta ja sosiaalinen järjestys: Kuka voi kuulua joukkoon ja millä ehdoin? **32**
3.1 Ammatti sosiaalisen järjestyksen neuvotteluareenana 32
3.2 Ammatillisuus ja kulttuuriset luokittelut 39
3.3 Toimijuus ja kuulumisen rakentuminen 45

4 Tutkimusasetelma ja –kysymykset: Ammattikuntaan kuulumisen politiikka **49**

5 Tutkimuksen toteutus **55**
5.1 Tutkimusaineisto 55
5.2 Tutkimusprosessi 65
5.3 Aineistojen lukutapa 67
5.4 Tutkimusetiikka 71

6 Tutkimuksen tulokset **73**
6.1 Maahanmuuttajasairaanhoitajat eriarvoistuvilla kansallisilla työmarkkinoilla 73
6.2 Ammattikunnan eriytyminen ja kuulumisen kulttuuriset ehdot 77
6.3 Maahanmuuttajuus ja toimijuuden ehdot 80

7 Lopuksi **84**

Kirjallisuusluettelo **89**
Liite 1 ..... **98**
Liite 2 ..... **99**
Liite 3 ..... **103**
Liite 4 ..... **104**
Liite 5 ..... **105**
Liite 6 ..... **109**

Kiitokset

Tämä tutkimusmatka sai alkunsa oikeastaan toisella matkalla. Harppaus suomalaisen terveysalan opiskelijan roolissa intialaiseen sairaalamaailmaan ja takaisin oli kokemuksena rikas ja ajatuksia herättävä.

Aivan ensimmäiseksi haluan kiittää kaikkia tutkimukseeni eri tavoin osallistuneita maahanmuuttajasairaanhoitajia, jotka jakoivat arvokasta aikaansa ja kokemuksiaan kanssani. Ilman teidän vaivannäköänne ja innostustanne tätä tutkimusta ei olisi syntynyt.

Työni ohjaajalle, dosentti Lea Henrikssonille, lausun mittaamattomat kiitokseni. Lealla on erityinen taito huomata, milloin työn eteneminen kaipaa uskon valamista ja kannustusta, milloin ehkä vähän tuuppausta ja ravistelua ja milloin taas on parasta antaa vähän tuumaustaukoa ja kypsyttelyaikaa. Professori Juhani Lehtoa kiitän matkan varrella rakentavasti lausutuista arvokkaista kommenteista. Juhanin asiantuntemus myötävaikutti myös merkittävästi siihen, että tutkimuksestani syntyi aivan viimeisillä (kilo)metreillä artikkelityö monografian sijaan. Ohjausryhmäni jäsenenä toiminut professori Laura Huttunen on kommentoinut erinäisiä käsikirjoituksiani asiantuntemuksella ja paneutuen. Kiitän Lauraa mukanaolosta. Myös dosentti Sirpa Wredellä on ollut merkittävä rooli tutkimukseni muotoutumisessa aivan alkumetreiltä alkaen. Kiitän Sirpaa lämpimästi oivaltavista näkökulmista ja ajatuksia selkiyttävistä kommenteista.

Esitarkastajiani dosentti Annika Forsanderia ja professori Pirkko Pitkästä kiitän perusteellisista ja asiantuntevista kommenteista, jotka toimivat arvokkaana apuna työn viimeistelyvaiheessa.

Matkan varrella työtäni ovat edesauttaneet ja kehittäneet lukuisat ihmiset ja kollegat. Olen teille lämpimästi kiitollinen, vaikkei tässä ole mahdollista kaikkia erikseen mainita. Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen henkilökuntaa ja kollegoja kiitän kaikesta saamastani avusta ja arjen keskusteluista. Laitoksen FF- ja myöhemmin SOTEPO-seminaarilaisia kiitän työni kommentoimisesta vuosien varrella. Henkinen kotini on näiden vuosien aikana ollut Lea Henrikssonin ja Sirpa Wreden tutkimusprojektien ympärille muodostuneessa ryhmässä, jonka kokoonpano on vuosien varrella aina jonkin verran uudistunut. Haluan kiittää erityisesti Paula Niemistä, Raija Pyykköä, Kirsti Santamäkeä, Eila Virkkusta, Päivi Achtéta, Päivi Ahosolaa sekä Pia Liljerothia raikkaista ja rakentavista kommenteista sekä ajatuksia herättävistä – ja toisinaan varsin hilpeistäkin – keskusteluista. Teidän kanssanne on ollut ilo kulkea tutkimuspolkujen viidakossa!

Tutkimuksen rahoituksesta kiitän Suomen Akatemiaa ja dosentti Lea Henrikssonin johtamaa projektia Rekrytoinnin Politiikka (no. 207402), Jenny ja Antti Wi-

hurin rahastoa, Tampereen yliopistoa, Pirkanmaan sairaanhoitopiiriä sekä Tampereen kaupungin tiederahastoa. Tutkimuksen tekoa helpottaneista tahoista haluan lausua kiitokseni erikseen Päivi Ruotsalaiselle ja Raija Sairaselle, jotka olivat suureksi avuksi tutkimuksen alkuvaiheessa. Merja Viteliä kiitän tarkasta litterointityöstä ja Sanni Haverista kirjallisuushauissa auttamisesta. Nykyisille esimiehilleni ja työtovereilleni Pirkanmaan Sininauhassa lausun kiitokset siitä joustavuudesta ja tuesta, jota olette osoittaneet tutkimukseni viimeistelyn loppumetreillä.

Ystävilleni kaunis kiitos siitä, että olen saanut seurassanne sekä purkaa tutkimuksen tekemiseen liittyviä paineita että unohtaa autuaasti koko asian. Perheeni on toiminut koko prosessin ajan korvaamattomana henkisen ja käytännöllisen tuen lähteenä. Isäni Pertin kanssa olen saanut jakaa tutkimuksen tekemiseen liittyviä käytännön asioita. Äidilleni Ritvalle ja veljelleni Samille haluan lausua erityiset kiitokseni lasten viihdyttämisestä ja hoivaamisesta silloin, kun tutkija-äiti on porhaltanut seminaareissa ja konferensseissa tai vetäytynyt kammioonsa kirjoittamaan. Samia kiitän myös työni oikolukemisesta. Myös veljieni Jyrin, Lassin ja Jussin kannustus on ollut tärkeää. Mikkoa, Unnaa ja Iinaa kiitän siitä pitkämielisyydestä ja rakkaudesta, josta olen saanut iloita koko tutkimuksenteon ajan. Olette elämäni kiintopisteitä, kuulumiseni ehtoja. Omistan tämän tutkimuksen pikkuveljeni Lassin muistolle. Lassi osoitti elävästi, mistä ennakkoluulojen ja kategorisointien kyseenalaistamisessa ja purkamisessa todella on kyse.

Tampereella pääsiäisenä 2011

Suvi Nieminen

Tiivistelmä

Kuulumisen politiikkaa:
Maahanmuuttajasairaanhoitajat, ammattikuntaan sisäänpääsy ja toimijuuden ehdot

Tutkimuksen kohteena on EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta Suomeen muuttaneiden ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien ammattikuntaan sisäänpääsy ja sitä määrittävät ehdot. Monitasoisen tarkastelun kiinnekohtana toimii ammattikunta. Tästä käsin tutkimuksessa tarkastellaan maahanmuuttajasairaanhoitajille avautuvia työnjaollisia asemia ja niiden ehtoja sekä yhteiskunnallisen toiminnan makro- että mikrotasoilla. Tutkimuksessa tehdään näkyviksi niitä yhteiskunnallisia, kulttuurisia ja sosiaalisia ehtoja, jotka muovaavat maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan sisäänpääsyä ja sen jäsenenä toimimista tietyssä yhteiskunnallis-historiallisessa tilanteessa. Empiirisen tutkimuksen kohteena ovat sairaanhoitajatyövoiman tarvetta ja rakennetta määrittävä poliittinen kielenkäyttö, ammatin sääntelyyn osallistuvien tahojen institutionaaliset käytännöt sekä työyhteisöjen sosiaaliset käytännöt ja kohtaamiset. Tutkimusnäkökulma rajautuu muista kuin työperusteisista syistä maahan muuttaneiden sairaanhoitajien toimintaehtojen ja kokemusten tarkasteluun. Tutkimus koostuu yhteenveto-osasta ja neljästä artikkelista.

Tutkimus kiinnittyy ammattien ja työn sosiologiaan sekä kulttuuristen luokittelujen teoreettis-metodologiseen traditioon. Tutkimuksen analyyttinen ote on kaksitahoinen. Rakenteellisesta näkökulmasta tarkastelun kohteena ovat maahanmuuttajasairaanhoitajille avautuvat työnjaolliset asemat. Kulttuurisesta näkökulmasta tarkastelu kohdistuu niihin kulttuurisiin erontekojen ja luokittelujen perusteisiin, joiden kautta ammattikuntaan kuulumista ja sen ehtoja määritellään. Maahanmuuttajasairaanhoitajien toimijuuden ja sen ehtojen tarkastelu muodostaa tutkimuksen analyyttisiä näkökulmia yhdistävän tulkinnallisen kehyksen.

Tutkimusaineisto muodostuu kolmesta erityyppisestä aineistosta: politiikka-asiakirjoista, maahanmuuttajasairaanhoitajien haastatteluista ja haastatteluja täydentävästä kyselystä. Sairaanhoitajatyövoiman kansallisen määrittelyn kannalta keskeisten politiikka-asiakirjojen analyysi taustoittaa sitä kansallista toimintaympäristöä, jossa maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan kuulumisen paikoista ja ehdoista neuvotellaan. Tutkimuksen pääaineisto muodostuu maahanmuuttajasairaanhoitajien haastatteluista (n=20), jota kyselyaineisto (n=30) täydentää maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymisodotusten osalta. Koko aineiston analyysi perustuu institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä tuotettavien kulttuuristen merkityksenantojen ja erontekojen luentaan.

Tutkimus osoittaa, miten maahanmuuton peruste yhdessä sukupuolen ja ammattialan kanssa jäsentävät koulutettujen maahanmuuttajien työmarkkinoille sisäänpääsyn ehtoja. Muista kuin työperusteisista syistä maahan muuttaneiden naisammattilaisten on vaikea tulla tunnistetuiksi ammattitaitoisena työvoimaresurssina. Työvoimapoliittisten linjausten sekä ammatillisen sääntelyyn kiinnittyvien institutionaalisten käytäntöjen kautta heille rakennetaan paikkoja työjaollisiin marginaaleihin. Pätevöitymiseen liittyvistä institutionaalisista esteistä huolimatta tutkimuksessa haastatellut maahanmuuttajasairaanhoitajat työllistyivät ammatinharjoittamisluvan saatuaan helposti ja saavuttivat arvostettuja työnjaollisia asemia ammattikuntansa jäseninä.

Väitöskirja tuo esiin, kuinka erilaisia ihmisryhmiä stereotyyppisesti kategorisoivat kulttuurisen luokittelun tavat johtavat helposti maahanmuuttajien ammatillisen osaamisen ohittamiseen tai kyseenalaistamiseen. Tutkimus osoittaa kuitenkin, ettei kysymys ole maahanmuuttajasairaanhoitajien kohdalla ainoastaan etnisyyteen perustuvista hierarkkisista jaoista ja ulossulkemisen tavoista, vaan etnisyys kietoutuu yhteen sairaanhoitajan ammatin sisällä jo entuudestaan vallitsevien sosiaalisten ja kulttuuristen jakojen ja hierarkioiden kanssa. Maahanmuuttajasairaanhoitajien toimijuuden tarkastelu puolestaan osoittaa, että merkittävimpänä ammattikuntaan, työyhteisöihin ja työmarkkinoille kiinnittymisen resurssina toimi työkokemuksen myötä saavutettu vahva ammatillinen osaaminen ja identiteetti.

Tutkimus tuo näkyviin vallitsevan tilanteen ristiriitaisuuden: Samalla kun poliittinen ja julkinen mielenkiinto kohdistuvat ennen kaikkea sairaanhoitajien rekrytointiin ulkomailta, muita reittejä maahan päätyneet sairaanhoitajat kohtaavat merkittäviä vaikeuksia pätevöityä ja päästä ammattinsa harjoittajiksi suomalaisille työmarkkinoille. Tutkimuksen pohjalta voi todeta, miten tärkeää nykyisessä yhteiskunnallisessa ja työvoimapoliittisessa tilanteessa olisi tunnistaa ja tunnustaa myös muista kuin työperusteisista syistä maahan muuttavien ja tänne jo muuttaneiden sairaanhoitajien koulutus, ammattitaito ja työvoimaresurssi.

Avainsanat: maahanmuuttajasairaanhoitaja, terveydenhuollon työmarkkinat, sairaanhoitajan ammatillisuus ja ammattikuntaan sisäänpääsy, kulttuurinen luokittelu, neuvoteltu sosiaalinen järjestys

Summary

Politics of inclusion:
Immigrant nurses, entrance into profession and agency in the making

The focus of the study lies on the professional positions of immigrant nurses in Finland coming outside the EU and EEA countries. Furthermore, the study draws attention to the terms and conditions for professional inclusion set within the national health care labour market, the nursing profession and the work communities within health care. In this multilevel approach the point of departure is however the nursing profession. The aim of the study is to understand, explicate and make visible those societal, cultural and social terms and conditions that exist in society and form the basis of the social negotiations over the professional inclusion of immigrant nurses in health care in a variety of institutional settings. The foci of the empirical inquiry are the political use of language determining the expected configuration and demand for the nursing workforce, as well as the social and institutional practices of the organizations and working communities taking part in regulating the nurse profession. The perspective of this study is restricted to immigrant nurses who have migrated to Finland due to other than labour-based reasons. The study consists of a conclusion and four publications.

The study draws on the sociology of work and occupations as well as on the theoretical and methodological tradition of cultural categorizations. The analytical approach applied is twofold. Firstly, from a structural point of view, the focus of interest lies on immigrant nurses' positions in the division of labour within the health care labour market and work organizations. Secondly, from a cultural point of view, attention is paid to the cultural categorizations that define the terms and conditions of inclusion in the profession through institutional and social practices. The focal point of interpretation comprises the terms and conditions, resources and means of agency of the immigrant nurses.

The research material consists of three kinds of data: policy documents, interviews with immigrant nurses, and a questionnaire complementing these interviews. The scrutiny of policy documents relevant to the nurse workforce provides a background for understanding and explicating the national context where the locations and conditions of the professional inclusion of immigrant nurses are negotiated. The main research material consists of interviews with immigrant nurses (n=20), which are complemented by a questionnaire (n=30) regarding immigrant nurses' expectations for employment. The analysis of the research material is

based on interpreting the cultural making of meanings and differences produced through institutional and social practices.

The study shows how the grounds for immigration together with gender and profession define the terms and conditions for educated immigrants entering the labour market. Furthermore, the study highlights how immigrant female professionals who have migrated due to reasons other than employment have difficulties in being acknowledged as a professional workforce resource. Through institutional practices stemming from the procedures of labour policy and professional regulation, these immigrant professionals are easily marginalized within the division of labour. Despite institutional barriers and obstacles related to professional qualifications, the immigrant nurses interviewed got easily employed after receiving a license to practice professional nursing. They also reached respected positions in the division of labour as members of their profession.

The dissertation sheds light on how cultural categorizations stereotypically classify different groups of people and how easily these sorting-out practices lead to the ignoring, overtaking and questioning of immigrants' professional skills and competence. The study also shows that, with regard to immigrant nurses, the issue of concern is not only the hierarchic categorizations and exclusion practices based on ethnicity. Instead, ethnicity only shapes the existing social and cultural divisions and hierarchies in the nursing profession. The analysis of the agency of immigrant nurses demonstrates, however, that strong professional skills, competence and identity constitute the most significant resource in entering into and practicing the profession in work communities and in the labour market.

The dissertation explicates the contradictory nature of the prevailing societal and institutional practices. While political interest and public concern primarily focus on the recruiting of nurses from abroad, the nurses who have already migrated to the country need to cope with significant difficulties in gaining qualifications and entering the Finnish labour market to practice their profession. Based on the results of the study, it becomes evident how important it is in the current situation to recognize and acknowledge the education and professional competence of the immigrant nurses who migrate to the country due to other than labour-based reasons as a resource for the labour market for health-care professionals.

Keywords: immigrant nurse, health care labour market, entrance into nurse profession, cultural categorizations, negotiated social order

Luettelo alkuperäisistä osajulkaisuista

Artikkeli I — Nieminen, S. & Henriksson, L. (2008). Immigrant nurses in Finland: Political negotiations on occupational membership. Teoksessa S. Wrede, L. Henriksson, H. Höst, S. Johansson & B. Dybbroe (toim.): *Care Work in Crisis*. Malmö: Studentlitteratur, 199–218.

Artikkeli II — Nieminen, S. (2011). Maahanmuuttajasairaanhoitajien työläät tiet ammattiin. Teoksessa A. Laiho & T. Ruoholinna (toim.): *Terveysalan ammatit ja koulutus.* Helsinki: Gaudeamus, 224–246.

Artikkeli III — Nieminen, S. Maahanmuuttajasairaanhoitajien työmarkkina-asema ja toimijuuden ehdot. Lähetetty julkaistavaksi 6.10.2010.

Artikkeli IV — Nieminen, S. (2010). Neuvotteluja ammatillisesta jäsenyydestä – maahanmuuttajasairaanhoitajat terveydenhuollon työyhteisöissä. Teoksessa S. Wrede & C. Nordberg (toim.): *Vieraita työssä.* Helsinki: Gaudeamus, 147–171.

1 Johdanto

Huoli terveysalan ammattihenkilöstön riittävyydestä on maailmanlaajuinen. Samalla kun kansalliset terveydenhuoltojärjestelmät kamppailevat yhä pahenevien rekrytointikriisien kanssa, sairaanhoitajista on muodostunut maailmalla yksi kysytyimmistä ja kansainvälisesti liikkuvimmista ammattiryhmistä. Useat länsimaat ovatkin hoitaneet terveydenhuollon henkilöstövajettaan jo vuosikymmeniä turvautumalla laajamittaiseen ulkomaisen työvoiman rekrytointiin (esim. Buchan & Calman 2004; Kingma 2007). Näillä terveysammattilaisten globaaleilla työmarkkinoilla Suomi profiloitui vielä 1990-luvun lopulla pikemminkin ammattilaisten maasta- kuin maahanmuuttomaana. Vanheneva väestö sekä vähenevä ja yhä vaivalloisemmin raskaalle hoitoalalle houkuteltava työvoima muodostavat kuitenkin yhtälön, jonka edessä myös Suomessa on pohdittava uudenlaisia ratkaisuvaihtoehtoja ja toimintatapoja. Kysymys on siitä, miten vastata terveydenhuollon työvoiman rekrytointiin, ammatilliseen koulutukseen ja työnjakoon liittyviin haasteisiin (Henriksson 2008).

Tässä yhteiskunnallisesti dynaamisessa tilanteessa ulkomaalaiset sairaanhoitajat ovat herättäneet kasvavaa mielenkiintoa myös Suomessa. Toistaiseksi varsin pienilukuisena Suomen terveydenhuollossa näyttäytyvä ryhmä on noussut lyhyessä ajassa huomattavaksi kiinnostuksen ja toimintalinjausten kohteeksi niin kansallisessa politiikassa (ks. Nieminen & Henriksson 2008), mediassa (ks. Haavisto ym. 2010) kuin yksittäisten työnantajien ja rekrytointifirmojenkin keskuudessa. Terveydenhuollon työpaikoilla ulkomaalaisen hoitajatyövoiman tienraivaajina ovat lukuisissa lehtiartikkeleissa[1] näyttäytyneet muutamat ulkomailta – lähinnä Filippiineiltä ja Unkarista – rekrytoidut sairaanhoitajat.

Sairaanhoitajien kansainvälisillä muuttovirroilla on merkittäviä ja kauaskantoisia seurauksia sekä lähettävien että vastaanottavien maiden terveydenhuoltojärjestelmille ja yhteiskunnille (ks. Buchan & Calman 2004; Kingma 2007; myös Hugman 1991, 147–173). Muuttovirtojen mallit ja niiden käsitteellistämisen tavat koskettavat läheisesti myös muuttajia ja heidän perheitään (ks. George 2005; Yeates 2009). Sairaanhoidon ammattilaiset ylittävät valtioiden välisiä rajoja lukuisin eri perustein: esimerkiksi työnhakijoina, pakolaisina, turvapaikanhakijoina tai puolisoina. Ulkomaalaisiin ammattilaisiin työvoimapotentiaalina kohdistettava huo-

1 Esim. ”Unkarilaiset hoitajat aloittivat työt Virroilla” (Aamulehti 2.3.2009); ”Hatanpäälle **sai**raanhoitajia Filippiineiltä” (Tamperelainen 22.8.2009); ”Lisa sai työtä ja pullan” (Tamperelainen 24.2.2010); ”Filippiiniläiset hoitajat työskentelevät Hatanpäällä” (Tampereen kaupungin tiedotuslehti 2/2011).

mio ja kiinnostus ovat kuitenkin usein ehdollistuneita ja rajautuneita. Erilaisten sosiaalisten ja humanitaaristen syiden perusteella maahan muuttaneet, erityisesti naisvaltaisia ammattialoja edustavat koulutetut ammattilaiset, ovat usein jääneet marginaaliasemaan sekä kansallisessa työvoimapolitiikassa että kansainvälisten muuttoliikkeiden tutkimuksessa (Kofman 2004a; Doyle, Mooney & Ku 2006). Työperusteiseen muuttoliikkeeseen kytkeytyy merkittävä taloudellisten, poliittisten, sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden verkosto, joka nostaa työn perusteella muuttavat ammattilaiset etulyöntiasemaan muista syistä muuttaviin ammattilaisiin nähden. Ulkomaille suuntautuvassa sairaanhoitajien rekrytoinnissa on kyse maailmanlaajuisesti valtavasta taloudellisesta liiketoiminnasta (Bach 2006), jossa välitetään työvoiman lisäksi myös tietynlaisia ulkomaista työvoimaa koskevia yhteiskunnallisia mielikuvia, käsityksiä ja asenteita (Carling 2005).

Samalla kun työperusteinen maahanmuutto muodostaa edelleen varsin pienen osuuden Suomeen saapuneiden maahanmuuttajien virroista[2], ulkomaalaisiin työntekijöihin suhtautumisen on arvioitu muuttuneen yleisesti ottaen myönteisemmäksi 1990-luvun alun lamavuosien jälkeen (Jaakkola 2009). Terveydenhuolto muodostaa kuitenkin esimerkin ammattialasta, joka on ollut luonteeltaan varsin kansallinen ja jolla työskentelyä on säännelty korkeammin koulutettujen ammattien osalta tiukasti valtiovallan taholta (Wrede 2008). Muuttuva yhteiskunnallinen toimintaympäristö ja uudenlaiset työntekijäryhmät asettavat terveydenhuollon toimintaympäristöissä vallitsevat institutionaaliset, sosiaaliset ja kulttuuriset raja-aidat uudelleentarkastelun ja -määrittelyjen kohteiksi. Muuttuvassa tilanteessa niin kansallisen politiikan toimijat ja toteuttajat, työnantajat kuin terveydenhuollon ammattikunnat, työyhteisöt ja yksittäiset työntekijätkin joutuvat kukin taholla pohtimaan sitä, miten ”uusi” asettuu osaksi yhteisöjen olemassa olevia sosiaalisia suhteita, sääntöjä ja käytäntöjä, normeja ja ideologioita, koko sosiaalista järjestelmää.

Terveysammattien toimintaympäristöt tai ammatit itsessään eivät ole toki olleet tähänkään asti muuttumattomia.Ammattikuntiin sisäänpääsyä ja niissä toimimisen ehtoja on valikoitu ja rajattu historian saatossa vaihtelevin tavoin ja eri perustein. Sairaanhoitajan ammatin institutionaalisia, sosiaalisia ja kulttuurisia rajaaitoja on neuvoteltu uusiksi niin yhteiskunnalliseen luokkajakoon, sukupuoleen,

2 Magdalena Jaakkola (2009) on arvioinut Suomeen 1990- ja 2000-luvuilla pysyväisluonteisesti saapuneista maahanmuuttajista peräti 90–95 prosentin muuttaneen maahan ensisijaisesti muista syistä kuin työn vuoksi: turvapaikanhakijoina, pakolaisina, paluumuuttajina, opiskelijoina tai erilaisten perhesyiden perusteella. On tosin huomattava, ettei arvion perustana toimivissa rekistereissä näy Euroopan Unionin sisäinen lyhytaikainen liikkuvuus, joka muodostaa joillakin ammattialoilla, kuten rakennusalalla ja yksityisillä palvelualoilla (ks. Alho 2010), merkittävän osan työperusteisesta muuttoliikkeestä.

etnisyyteen kuin koulutus- ja kielitaustaankin perustuen (esim. Reverby 1987; Glazer 1991; Henriksson 1998). Ammatin sisäisistä työnjako- ja käskysuhteista sekä oikeanlaisesta ammattitaidosta käydään määrittelykamppailuja ja neuvotteluja erilaisissa institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä ja vuorovaikutussuhteissa. Näiden neuvottelujen moraalisena perustana ovat ammattikunnan kulttuuriset normit ja ideologiat, työnjaollinen rakenne sekä sosiaalisten suhteiden järjestelmä. Ulkomaalaisten terveysammattilaisten näkökulmasta näissä neuvotteluissa vedetään rajalinjoja sen suhteen, ketkä pääsevät ja millaisin ehdoin suomalaiseen ammattikuntaan, työyhteisöihin ja työmarkkinoille. Samalla ehdollistetaan sitä, millainen toimijuus heille on mahdollista.

Tämän tutkimuksen kohteena on EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta Suomeen muuttaneiden ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien ammattikuntaan sisäänpääsy ja sitä määrittävät ehdot. Ymmärrän ammattikuntaan sisäänpääsyn sekä muodollisena että sosiaalisena ja kulttuurisena prosessina, jossa on kyse yhtäältä työnjaollisista asemista ja toisaalta sosiaalisesta osallisuudesta ja kuulumisen tunteesta. Monitasoisen tarkastelun lähtökohtana toimii ammattikunta, josta käsin suuntaan katseen myös yhteiskunnallisen toiminnan makro- ja mikrotasoille. Tutkimuksessa teen näkyviksi niitä yhteiskunnallisia, kulttuurisia ja sosiaalisia ehtoja, jotka muovaavat maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan sisäänpääsyä ja sen jäsenenä toimimista tietyssä yhteiskunnallis-historiallisessa tilanteessa. Tutkimusnäkökulmani rajautuu ensisijaisesti muista kuin työperusteisista syistä maahan muuttaneiden sairaanhoitajien toimintaehtojen ja kokemusten tarkasteluun.

Tutkimuskysymykset koskevat sairaanhoitajatyövoiman tarvetta ja rakennetta määrittävää poliittista kielenkäyttöä, ammatin sääntelyyn osallistuvien tahojen institutionaalisia käytäntöjä sekä työyhteisöjen sosiaalisia käytäntöjä ja kohtaamisia. *Työnjaollisten asemien* tarkastelu avaa näkökulman siihen, millaisia muodollisia asemia maahanmuuttajasairaanhoitajille rakennetaan terveydenhuollon työmarkkinoilla, sairaanhoitajien ammattikunnassa ja terveydenhuollon työyhteisöissä. Maahanmuuttajasairaanhoitajien *ammatillisuutta* koskevien määrittelyjen ja tulkintojen analyysi puolestaan tekee näkyväksi niitä ammattikunnan kulttuuriseen ja moraaliseen perustaan kiinnittyviä ehtoja, joiden kautta ammattikuntaan ja sen työnjaollisiin hierarkioihin sisäänpääsyä määritellään. Erityisenä kulttuuristen merkityksenantojen ja erontekojen perusteena tarkastelen tutkimuksessa *maahanmuuttotaustaa.* Tarkastelen tutkimuksessa myös sitä, millaisten *toimintaresurssien ja –tapojen* avulla maahanmuuttajasairaanhoitajat vastaavat ulkopuolelta asetettuihin toimintaehtoihin ja rakentavat omaa ammattikuntaan kuulumistaan.

Yhdistän tutkimusotteessani ammattien ja työn sosiologian sekä kulttuuristen luokittelujen teoreettisia lähestymistapoja. *Rakenteellisesta näkökulmasta* kiinnostukseni kohdistuu maahanmuuttajasairaanhoitajille avautuviin työnjaollisiin asemiin. *Kulttuurisesta näkökulmasta* kohdistan huomion niihin kulttuuri-

siin erontekojen ja luokittelujen perusteisiin, joiden kautta työnjaollisia asemia ja niiden ehtoja neuvotellaan. *Toimijuuden ja sen ehtojen* tarkastelu muodostaa näitä analyyttisiä näkökulmia yhdistävän tulkintakehyksen. Tästä käsin fokusoin tarkastelun niihin maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan sisäänpääsyn mahdollisuuksiin, rajoitteisiin ja resursseihin, joista neuvotellaan erilaisissa institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä ja vuorovaikutusprosesseissa sairaanhoitajan ammatin toimintaympäristössä. Kokoan tutkimuksen teoreettiset ja analyyttiset elementit yhteen tutkimuksen avainkäsitteen, *kuulumisen politiikan,* avulla. Kuulumisen politiikassa on kyse niistä erilaissa institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä ja kohtaamisissa käytävistä monitoimijaisista neuvotteluista, joiden kohteena ovat maahanmuuttajasairaanhoitajien työnjaollinen asema sekä sosiaalisen ja kulttuurisen osallisuuden ehdot. Tutkimuksessani kysyn, millaisia kuulumisen paikkoja, ehtoja ja keinoja maahanmuuttajasairaanhoitajille avautuu sairaanhoitajien ammattikunnassa, osana Suomen terveydenhuollon työmarkkinoita ja terveydenhuollon työyhteisöjä.

Lähestymistapaani ohjaa ajatus siitä, että ammatin toimintaympäristöön kiinnittyvien, institutionaalisiin ja sosiaalisiin käytäntöihin ja vuorovaikutukseen kietoutuvien kulttuuristen jäsennystapojen näkyväksi tekeminen auttaa tunnistamaan niin maahanmuuttajataustaisten terveysammattilaisten työmarkkinoille ja työyhteisöihin integroitumista rajoittavia kuin sitä edesauttaviakin tekijöitä. Osallistun tutkimuksellani yhtäältä keskusteluihin, joita käydään koulutettujen maahanmuuttajien sisäänpääsystä ja asemasta suomalaisilla työmarkkinoilla sekä terveydenhuollon työyhteisöissä ja toisaalta keskusteluihin, jotka koskettavat sairaanhoitajan ammattia ja sen kulttuurista muodonmuutosta.

Tutkimuksessa viittaan kohderyhmääni, ulkomaalaista syntyperää oleviin Suomeen muuttaneisiin sairaanhoitajiin, *maahanmuuttajasairaanhoitajina.* Tällä termillä haluan painottaa yhtäältä sitä, että tutkimukseni kohdistuu ihmisiin, jotka ovat jo Suomeen muuttaessaan olleet sairaanhoitajia – tutkimukseni ei siten kohdistu esimerkiksi vasta Suomessa sairaanhoitajiksi kouluttautuneisiin maahanmuuttajiin. Tämän rajauksen perusteluihin palaan tarkemmin tutkimusasetelman esittelyn yhteydessä luvussa 4. Toisaalta 'maahanmuuttaja' -termin käyttö on vakiintunut sekä arkikieleen että hallinnon ja tutkimuksen sanastoihin, eikä sille ole helppoa löytää kattavaa vastinetta. Esimerkiksi *ulkomaalaisia* ovat maahanmuuttajista vain ne, joilla ei ole Suomen kansalaisuutta. *Maahanmuuttajataustaisiin* taas lasketaan toisinaan myös muuttaneen perheen toisen – tai jopa useamman – sukupolven edustajia. Maahanmuuttaja-termin sujuva kielellinen taipuminen lisää myös sen käyttökelpoisuutta tutkimuksessa.

Ymmärrän valitsemani termin olevan kuitenkin ongelmallinen usealla eri tavalla. Maahanmuuttaja on yleisesti käytössä olevana terminä monin tavoin negatiivisesti latautunut. Keskeisin ongelma liittyy ennen kaikkea sen kategorisoivaan

luonteeseen – kysymykseen siitä, kuka on maahanmuuttaja ja milloin maahanmuuttajuus loppuu (ks. myös Lepola 2000, 385). Henkilön luokitteleminen maahanmuuttajaksi vielä useita vuosia hänen maahanmuuttonsa jälkeen tuottaa ja ylläpitää maahanmuuttajuutta pysyvänä asiantilana ja toimijapaikkana. Maahanmuuttajasairaanhoitajaksi luokittelemisen voi myös katsoa tuottavan maahan muuttaneista sairaanhoitajista oman erillisen ja erityisen kategoriansa ammattikunnan muihin edustajiin nähden. Tulkintojeni lähtökohtana kuitenkin on, ettei maahanmuuttajuudessa ole kysymys ihmisen ominaisuudesta, vaan vastaanottavan yhteisön joillekin ihmisille antamasta leimasta, joka tekee näkymättömäksi näiden ihmisten erilaiset taustat ja toimijuuden (myös Wrede 2010a). Jonkinlaisen erottelevan ja kategorisoivan termin käyttö on silti välttämätöntä, jotta kohderyhmä voitaisiin ylipäänsä tunnistaa ja nostaa tarkastelun keskipisteeseen. Nähdäkseni pelkkä termien vaihtaminen ei myöskään auta pakenemaan tiettyyn sosiaaliseen ryhmään yhteiskunnassa liitettäviä arvolatautuneita oletuksia ja merkityssisältöjä. Termivalintani kautta pyrin siten myös kyseenalaistamaan ja haastamaan niitä vakiintuneita kulttuurisia odotuksia ja käsityksiä, joita maahanmuuttajiksi nimitettyihin ihmisiin ja heidän toimijuuteensa yhteiskunnassamme yleisesti kohdistetaan.

Tutkimuksen yhteenveto-osan tarkoitus on perehdyttää lukija tutkimuksen teoreettisiin ja metodologisiin lähtökohtiin sekä empiirisen tutkimuksen suorittamiseen yksilöidymmin kuin mihin tutkimuksen osajulkaisut (artikkelit I–IV) ja artikkelimuoto tarjoavat mahdollisuuden. Yhteenveto-osa koostuu johdannon (luku 1) lisäksi kuudesta pääluvusta.

Luvussa 2 johdattelen lukijan aiheeseen esittelemällä tutkimusta, joka käsittelee sairaanhoitajien kansainvälistä muuttoliikettä sekä ulkomaalaisten sairaanhoitajien asemaa kansallisilla työmarkkinoilla ja terveydenhuollon työyhteisöissä. Luvun painopiste on ulkomaisessa tutkimuskirjallisuudessa, sillä Suomessa aihepiiristä on tehty sangen vähän tutkimusta. Luvun lopuksi pohdin niitä kysymyksiä ja haasteita, joita aikaisempi tutkimus asettaa suomalaiseen toimintaympäristöön kohdistuvalle tutkimukselleni.

Luvussa 3 rakennan tutkimustani ohjaavan teoreettis-metodologisen viitekehyksen. Ensimmäisessä alaluvussa avaan tutkimuskohdettani ammattien ja työn sosiologian tutkimusperinteestä käsin. Keskitän huomioni siihen, millaisissa institutionaalisissa puitteissa ja vuorovaikutussuhteissa ammatin työnjaollisista suhteista ja hierarkioista neuvotellaan. Toisessa alaluvussa terävöitän analyyttisen tarkastelunäkökulmani kulttuuristen merkityksenantojen ja erontekojen järjestelmään. Kolmannessa alaluvussa kohdistan tulkintanäkökulmani painopisteen toimijuuden ja sen ehtojen tarkasteluun sekä avaan tutkimukseni avainkäsitettä, kuulumisen politiikkaa.

Luvussa 4 tiivistän teoreettisen viitekehyksen tutkimusasetelmaksi sekä tarkennan tutkimustehtävän ja -kysymykset. Luvussa 5 kuvaan tutkimusprosessin, tutkimusaineiston ja aineiston lukutavan. Koska tarkastelen tutkimusta ohjaavaa teoreettismetodologista viitekehystä jo luvussa 3, varustan tässä luvussa lukijan ennen kaikkea käytännöllisemmillä tutkimustyökaluilla, jotka edesauttavat tutkimusprosessin etenemisen ja empiirisen analyysin seuraamista. Luvun lopuksi nostan esiin tutkimustani viitoittaneet eettiset periaatteet.

Luvussa 6 kokoan yhteen tutkimuksen keskeiset tulokset ja pohdin niiden merkitystä kolmen, tämän tutkimuksen kannalta keskeiseen tutkimuskirjallisuuteen pohjautuvan teesin valossa. Viimeisessä luvussa 7 arvioin tutkimustulosteni merkitystä ja niiden rajoituksia sekä viitoitan joitain mahdollisia näkökulmia jatkotutkimukselle.

2 Sairaanhoitajat kansainvälisen muuttoliikkeen, kansallisten työmarkkinoiden ja monikulttuuristen työyhteisöjen tutkimuksessa

Tässä luvussa jäsennän sairaanhoitajien kansainvälistä muuttoliikettä, ulkomaalaisten sairaanhoitajien asemaa kansallisilla työmarkkinoilla sekä ulkomaalaisten sairaanhoitajien työyhteisöihin integroitumista käsittelevää tutkimuskirjallisuutta kolmen tarkastelutason kautta. Tämä analyyttinen jaottelu palvelee tutkimukseni tarkastelunäkökulmia ja kysymyksenasettelua. Ensimmäisessä alaluvussa tarkastelen sairaanhoitajien kansainvälistä muuttoliikettä *globaalilla tasolla* käsittelevää tutkimusta. Toisessa alaluvussa siirryn tarkastelemaan ulkomaalaisia sairaanhoitajia *kansallisten työmarkkinoiden* näkökulmasta. Kolmannessa alaluvussa kohdistan tarkastelun ulkomaalaisia (sairaan)hoitajia *työyhteisötasolla* käsittelevään kirjallisuuteen.

Luvussa käsittelemäni kirjallisuus painottuu kansainvälisen muuttoliiketutkimuksen suuntauksiin, joissa kansainvälisiä muuttoliikkeitä käsitellään esimerkiksi globaalien muuttovirtojen mallien, sukupuolen, terveydenhuollon ammattialojen tai kansallisten työmarkkinoiden näkökulmista. Kansainvälisten muuttoliikkeiden tutkimuksessa mielenkiinto on painottunut sairaanhoitajien kansainvälisen liikkuvuuden tarkasteluun *globaalina makrotason ilmiönä*. Tarkastelun kohteena ovat tällöin muuttoliikkeiden mittasuhteet, mallit ja seuraukset sekä muuttoliikkeitä ohjaavat tekijät. Muuttoliiketutkimuksen perinteessä sairaanhoitajien paikka hyvin koulutettujen, ammattitaitoisten ihmisten muuttoliikkeessä on kuitenkin osittain kiistanalainen. Feministisesti suuntautunut muuttoliiketutkimus on tehnyt näkyväksi naisammattilaisten roolia näissä muuttovirroissa, identifioinut sukupuolen merkityksiä ja tarkentanut kuvaa kansainvälisiä rajoja ylittävien naisten toimijuudesta.

Kansallisten työmarkkinoiden näkökulmasta kansainvälisessä muuttoliiketutkimuksessa on tarkasteltu erityisesti maahanmuuttaja-ammattilaisten työmarkkinoille sijoittumista ehdollistavia kansallisia sääntelymekanismeja. Suomessa maahanmuuttajien työmarkkina-asemaa on tarkasteltu työmarkkinaorientoituneen muuttoliiketutkimuksen piirissä. Kiinnostus on kohdistunut kuitenkin yksittäisten ammattialojen - kuten terveydenhuollon - sijaan yleisille työmarkkinoille tai tiettyjen etnisten ryhmien työmarkkina-asemaan.

Terveydenhuollon työyhteisötason näkökulmaa on tuonut esiin erityisesti kansainvälinen hoitotieteellinen tutkimus. Tässä perinteessä aihepiiriä käsitellään usein erilaisten hoitokulttuurien kohtaamisessa ja työyhteisöjen vuorovaikutussuhteissa ilmenevien konfliktien näkökulmasta. Luon hoitotieteelliseen tutkimuskirjallisuuteen tässä vain pintapuolisen silmäyksen, koska sen tutkimusnäkökulmat ja -kontekstit poikkeavat merkittävällä tavalla tämän tutkimuksen viitekehyksestä.

Koska ammattien ja työn sosiologiassa on tehty vielä melko vähän tutkimusta etnisiä vähemmistöjä edustavien sairaanhoitajien asemasta ammattien välisissä ja niiden sisäisissä hierarkioissa, tarkastelen näitä tutkimuksia pääosin teoreettisen viitekehyksen yhteydessä luvussa 3. Aihepiiriä käsitteleviä muutamia suomalaisia tutkimuksia käsittelen kuitenkin jo tässä luvussa kansallisten työmarkkinoiden yhteydessä. Rajaan tarkastelun ulkopuolelle amerikkalaisen sairaanhoidon ammattilaisiin kohdistuvan sosiologisen tutkimuksen, joka on profiloitunut lähinnä rotukysymystä koskevaksi keskusteluksi ja joka perustuu suurelta osin survey-aineistoihin. Tämä tutkimuskenttä muodostaa oman, tiettyyn yhteiskuntakontekstiin kiinnittyneen keskustelunsa.

2.1 Globaali näkökulma: Sairaanhoitajien kansainvälinen muuttoliike

Sairaanhoitajien kansainvälistä liikkuvuutta käsittelevä kirjallisuus on osa laajempaa tutkimussuuntausta, joka käsittelee koulutettujen, ammattitaitoisten ihmisten kansainvälistä muuttoliikettä. Tällaisten ihmisryhmien muuttoliikettä kuvaava englanninkielinen termi *skilled migration* kääntyy suomenkielelle melko kömpelösti. Tässä tutkimuksessa suomennan englanninkielisen termin *koulutettujen ammattilaisten muuttoliikkeeksi.* Kielellisen epämääräisyyden ohella myös termin sisältöä vaivaa jonkinasteinen selkiytymättömyys. Kansainvälisen muuttoliiketutkimuksen perinteessä sairaanhoitajien paikka osana koulutettujen ammattilaisten kansainvälisiä muuttoliikkeitä on keskiluokkaisena (nais)ammattina kaikkea muuta kuin itsestään selvä - siitä huolimatta, että kyse on erityistä ammattitaitoa ja koulutusta vaativasta ammatista. Feministisesti suuntautuneessa muuttoliiketutkimuksessa sairaanhoitajan ammattia on kuitenkin tarkasteltu yhtenä esimerkkinä vahvasti sukupuolittuneesta muuttoliikkeestä. Feministisistä tutkimusnäkökulmista mielenkiinto avautuu kuitenkin yleisesti sairaanhoitajan ammattia laajempiin, muuttoliikettä yleisesti määrittäviin sukupuolittuneisiin ulottuvuuksiin.

Terveysammattilaisten kansainvälisen liikkumisen muuttuvat suhdanteet

Koulutettujen ammattilaisten kansainvälisen muuttoliikkeen suhdanteet ja suuruusluokat ovat muuttuneet merkittävästi viimeisten 50 vuoden aikana. Historiallisesti tarkasteltuna kansainvälinen muuttoliike on käsittänyt tyypillisesti poliittisten konfliktien seurauksena syntynyttä pakotettua muuttamista (Iredale 2001, 7). 1960-luvulla tätä ilmiötä seurasi länsimaiden työvoimapulasta johtuvan, köyhistä maista rikkaisiin länsimaihin suuntautuneen - niin kutsuttuun aivovuotoon - perustuvan muuttoliikkeen kasvu. 1980-luvun puolivälissä muuttoliikkeen painopiste siirtyi kohti kansainvälisen kaupan ja tuotannon globalisaation synnyttämiä muuttoliikkeitä. (Kofman & Raghuram 2005, 149) Nykyisin kansainvälisen muuttoliikkeen painopiste on etääntymässä vauraissa länsimaissa yhä kauemmas ammattitaidottomien ja vähän koulutettujen ihmisten muuttoliikkeestä ja siirtymässä kohti koulutettuja palvelualan muuttajia (Raghuram 2004).

Koulutettujen ammattilaisten kansainvälisellä liikkumisella on vankat historialliset perinteet myös terveysalalla. Samalla kun monet terveydenhuollon työvoiman riittämättömyyden kanssa kamppailevat rikkaat länsimaat ovat tukeutuneet ulkomaiseen työvoimaan jo vuosikymmeniä, sairaanhoitajatyövoiman ulkomaille viennistä on muodostunut kansallisesti merkittävä tulolähde joillekin valtioille, kuten Filippiineille ja Bangladeshille (Iredale 2001, 15). Bach (2006) kuitenkin huomauttaa, että viimeisen vuosikymmenen aikana kansainvälisissä rekrytointikäytännöissä tapahtuneet muutokset ovat muovanneet terveysammattilaisten muuttoliikettä merkittävästi. Länsimaisten rekrytointifirmojen ja työnantajien erityisesti vähemmän kehittyneisiin maihin suuntautuvan aktiivisen, suorastaan aggressiivisen rekrytoinnin lisääntyminen on kasvattanut terveysammattilaisten muuttoliikkeen valtaviin mittasuhteisiin (emt.). Useissa rikkaissa maissa sairaanhoitajien hankinta ulkomailta on muodostunut jo korvaamattomaksi – joissain tapauksissa jopa pääasialliseksi – hoitohenkilöstön rekrytointistrategiaksi (Buchan ym. 2003; Ball 2004, 126). Kofman (2004b, 655) huomauttaa, että esimerkiksi Iso-Britanniassa ulkomaalaisia sairaanhoitajia ei enää pidetä lyhytaikaisena työvoimapoliittisena ratkaisuna vaan keskeisenä työvoiman hankintastrategiana. Esimerkiksi vuonna 2002 Iso-Britannian uusista sairaanhoitajarekrytoinneista 52 prosenttia kohdistui ulkomaiseen työvoimaan. Norjassa vastaava prosenttiosuus oli 28. (Buchan ym. 2003, 53) Vuonna 2000 ulkomaalaissyntyisten sairaanhoitajien määräksi arvioitiin OECD-maissa yhteensä noin 710 000, mikä on kaksi kertaa enemmän ulkomaalaissyntyisiin lääkäreihin verrattuna (OECD 2008, 33).

Maahanmuuttaja-ammattilaisten määrästä Suomen terveydenhuollossa ei ole saatavilla kovin tarkkoja tilastotietoja. Terveysammattilaisten globaaleilla työmarkkinoilla Suomi profiloitui useimmista länsimaista poiketen vielä 1990-luvun

lopulla pikemminkin ammattilaisten maasta- kuin maahanmuuttomaana. Tilastotietojen valossa kansallisille työmarkkinoille pääsyn vaikeus näyttää koskettaneen erityisesti ulkomaalaisia sairaanhoitajia. Vuonna 2002 ammatinharjoittamisoikeus myönnettiin Suomessa yhteensä 18:lle ulkomailla koulutuksensa saaneelle ulkomaalaiselle sairaanhoitajalle (TEO 2002). Vastaava luku lääkäreiden kohdalla oli 244 (emt.). Vuonna 2008 Suomessa laillistettiin muissa EU-maissa koulutettuja sairaanhoitajia yhteensä 89 ja lääkäreitä 175 (TEO 2008). Eri vuosien tilastot eivät kuitenkaan ole keskenään vertailukelpoisia, sillä vuoden 2008 lukuun sisältyvät myös ulkomailla koulutuksensa saaneet suomalaiset ammattilaiset. EU- ja ETA-maiden ulkopuolella kouluttautuneille ulkomaalaistaustaisille lääkäreille myönnettiin vuonna 2008 yhteensä 143 toimilupaa (emt.). Sairaanhoitajien kohdalla vastaavaa tilastotietoa ei ole saatavilla.[3]

Puutteistaan huolimatta tilastot osoittavat, ettei ulkomaalaisten terveysammattilaisten määrissä ole tapahtunut Suomessa ainakaan vielä räjähdysmäistä kasvua. Etenkin sairaanhoitajien kohdalla kyse on vielä varsin marginaalisista määristä sairaanhoitajatyövoiman kokonaismäärään nähden. Kansallinen maahanmuuttopoliittinen suunnanmuutos ja aktiiviseen työperusteiseen maahanmuuttoon tähyävä hallituksen ohjelma (Hallituksen maahanmuutto… 19.10.2006) on näkynyt sairaanhoitajatyövoiman kohdalla toistaiseksi muutamina ulkomaille – pääasiassa Filippiineille, Unkariin ja Kiinaan – suuntautuneina rekrytointiprojekteina (ks. Raunio ym. 2009). Medialähteisiin perustuvan arvioni mukaan näiden projektien seurauksena Suomeen on saapunut joitain kymmeniä ulkomaalaisia sairaanhoitajia. On hyvä huomata, että heistäkin osa toimii sairaanhoitajan ammatin sijaan erilaisissa avustavissa hoitotyön tehtävissä.

Sairaanhoitajien muuttoliikkeen laajuus ja suuri kysyntä kansainvälisillä työmarkkinoilla ovat myös innoittaneet tutkimusta. Colleen McNeil-Walsh (2004) on jaotellut sairaanhoitajia koskevan kansainvälisen muuttoliiketutkimuksen kolmeen vallitsevaan diskurssiin. Ensimmäinen diskurssi kohdistuu köyhistä maista rikkaisiin maihin, etelästä pohjoiseen, muuttavien koulutettujen ammattilaisten mukana tapahtuvan *aivovuodon* tutkimiseen. Tästä näkökulmasta keskeisiä tarkastelun kohteita ovat ennen kaikkea muuttoliikkeestä lähettäjämaiden yhteiskunnille aiheutuvat sosiaaliset ja taloudelliset seuraukset sekä strategiat, joiden avulla aivovuotoa ja sen negatiivisia seurauksia voidaan ehkäistä (ks. Bach 2003; 2006; Buchan & Calman 2004).

Toinen diskurssi kohdistuu muuttoliikkeen *eettisen ulottuvuuden* tarkasteluun (McNeil-Walsh 2004, 120–121). Tämä muodostaa keskustelualueen, jota käydään aktiivisesti myös erilaisilla hallinnollisilla foorumeilla. Keskeisellä sijalla on aktiivisen rekrytoinnin oikeutuksen, käytäntöjen ja seuraamusten eettinen arviointi se-

3 Ulkomaalaisten sairaanhoitajien määrästä ja tilastoinnista Suomessa, ks. myös Nieminen 2010.

kä erilaisten kansainvälisten ja kansallisten eettisten rekrytointikoodistojen, eräänlaisten rekrytoinnin pelisääntöjen, kehittäminen (emt.).

Kolmas tutkimusdiskurssi kohdistuu sairaanhoitajien kansainvälistä muuttoliikettä ohjaaviin *työntö- ja vetovoimatekijöihin* (McNeil-Walsh 2004, 120–121). Tästä moniuloitteisesta näkökulmasta kiinnostuksen kohteena ovat tekijät, jotka ohjaavat ammattilaisten muuttopäätöksiä ja -prosesseja. Iredalen (2001, 16–19) mukaan muuttovirtoja ja -prosesseja luokitellaan tutkimuksessa viiden näkökulman kautta. *Ensinnäkin* muuttoliikettä voi tarkastella sitä ohjaavan motivaation perusteella pakotettuna muuttona, aivovuotona, hallituksen edistämänä tai työnantajavetoisena muuttona. *Toiseksi* muuttoliikkeen tutkimuksen voi jakaa lähtömaan ja vastaanottavan maan luonteen perusteella yhtäältä köyhistä ja toisaalta rikkaista maista lähteviin muuttoliikkeisiin, sekä vastaavasti köyhiin ja rikkaisiin maihin suuntautuviin muuttoliikkeisiin. *Kolmanneksi* tutkimusnäkökulma voi rajautua liikkumisen väylän ja/tai mekanismin mukaan erilaisiin rekrytointireitteihin ja -malleihin. *Neljäntenä* jaottelun perusteena voi toimia muuton ajallinen pituus eli se, onko kyse pysyvästä, tilapäisestä vai kiertävästä muutosta. *Viidenneksi* kiinnostuksen kohteeksi voivat asettautua sopeuttamisen mallit, joiden avulla ulkomailta muuttaneita koulutettuja ammattilaisia integroidaan osaksi vastaanottavien maiden työmarkkinoita. (emt.)

Näkökulmien runsaudesta huolimatta terveysammattilaisten muuttoliikkeiden todellisia suuruuksia, väyliä ja mekanismeja ei ole kuitenkaan helppoa tavoittaa. Jo vuonna 1979 ilmestyneessä, lääkäreiden ja sairaanhoitajien kansainvälisen muuttoliikkeen tutkimuksen merkkipaaluna pidetyssä tutkimuksessaan Alfonso Mejía tutkijakollegoineen (Mejía ym. 1979) osoittaa, kuinka vaikeaa on muodostaa tarkkaa kuvaa terveysammattilaisten muuttoliikkeiden todellisista suuruuksista ja reiteistä. Kokonaiskuvan muodostamista vaikeuttaa heidän mukaansa ennen kaikkea muuttoväylien moninaisuus. Myös Iredale (2001, 20) kyseenalaistaa edellä mainittujen näkökulmien mahdollisuudet tavoittaa sitä moninaisuutta, jonka merkitys on entisestään kasvanut koulutettujen ammattilaisten kansainvälisissä muuttoliikkeissä. Hän ehdottaa uudenlaista teoreettista ajatusmallia muuttoliikkeiden suuntien ja mallien selittämisessä: Koulutettujen ammattilaisten muuttoliikettä tulisi tarkastella yhteydessä kansainvälisten työmarkkinoiden kysyntään ja tarjontaan, ammatteja koskettaviin sääntelymekanismeihin, työmarkkinoiden kansainvälisyyden tasoon sekä kansallisten työmarkkinoiden, valtion ja ammatin yhteisvaikutuksiin. Yhtenä tärkeimmistä tulevaisuuden tutkimushaasteista Iredale nostaa esiin ammattialan huomioimisen muuttovirtojen erityisiä muotoja ja mittasuhteita selittävänä tekijänä.

Muuttoliikkeen sukupuolittuneet ulottuvuudet

Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna sairaanhoitajat muodostavat epätavallisen, etupäässä koulutetuista naisista muodostuvan muuttoliikkeen. Samalla sairaanhoitajat ovat yksi kaikkein sukupuolittuneimmista ryhmistä koulutettujen ammattilaisten muuttoliikkeiden sisällä (Ball 2004). Kasvava työvoiman kysyntä naisvaltaisilla ammattialoilla, kuten sairaanhoidossa, kasvattaakin erityisesti ammattitaitoisten naismuuttajien määrää (Iredale 2001, 14–15).

Sairaanhoitajien paikka (korkeasti) koulutettujen, ammattitaitoisten muuttajien joukossa ei ole kuitenkaan itsestään selvä. Raghuram (2004) ja Kofman (2004b) kritisoivat sitä, kuinka sekä eurooppalaisessa muuttoliiketutkimuksessa että politiikan käytännöissä ammattitaitoinen maahanmuuttaja on määrittynyt ennen kaikkea mieheksi ja/tai miehisten ammattialojen edustajaksi. Tässä sukupuolittuneessa tulkintavinoumassa ammattitaitoa vaativiksi ammateiksi on määritelty useimmiten miehisten teknologisten ja tieteellisten alojen ammateissa pätevöityneet kuten insinöörit ja lääkärit. Sen sijaan naisvaltaiset, feminiinisinä pidetyt ammattialat, kuten opetustyö ja sairaanhoito, on usein luokiteltu vähemmän ammatillista osaamista vaativien (engl. *semi-skilled*) ammattien joukkoon (Kofman & Raghuram 2005, 150; ammattien luokittelusta ks. myös Kinnunen 2001).

Kofman ja Raghuram (2005, 151) muistuttavat myös merkittävästä, usein valitettavan vähän huomiolle jäävästä asiasta: On tärkeää tehdä ero yhtäältä koulutettujen ja ammattitaitoisten *muuttajien* ja toisaalta koulutettujen ammattilaisten *muuttoliikkeen* välillä. Koulutetut ammattilaiset eivät välttämättä muuta työhön perustuvien muuttovirtojen mukana, joissa ensisijaisena päämääränä on vastaanottavassa maassa odottava työ. Sitä vastoin suurin osa koulutetuista ammattilaisista muuttaa ensisijaisesti erilaisten sosiaalisten ja humanitaaristen syiden perusteella. Kofmanin (2004a) mukaan muut reitit kuin työperusteinen muutto ovat muodostaneet – ja muodostavat edelleen – ensisijaisen perusteen lailliselle maahantulolle Eurooppaan. Kofman ja Raghuram (2005, 151) arvostelevatkin kansainvälisiä muuttoliikkeitä koskevaa tutkimuskirjallisuutta siitä, että kapea keskittyminen taloudelliseen näkökulmaan on johtanut muiden kuin työhön perustuvien syiden vuoksi muuttavien koulutettujen ammattilaisten ulossulkemiseen tutkimuksesta. Muista kuin työperusteisista syistä tapahtuvaa muuttoa on pidetty toissijaisena ja vähemmän kiinnostavana ilmiönä, eikä sen työvoimapoliittista merkitystä ole otettu huomioon.

Tämä muuttoliiketutkimuksen näkökulmavinouma on johtanut ennen kaikkea naisten näkymättömyyteen ja heidän roolinsa vähättelyyn koulutettujen muuttajien joukossa. Doyle, Mooney ja Ku (2006) perustelevat vinouman erityisesti naisiin kohdistuvaa vaikutusta sillä, että koulutetut naiset muodostavat enemmistön ensisijaisesti perhesyiden vuoksi liikkuvista muuttajista, kun taas miehet kuuluvat use-

ammin niin sanotun taloudellisen kategorian työperusteisiin muuttajiin. Samalla kun maahanmuuttajanaisiin kiinnittyviä kysymyksiä on tulkittu ensisijaisesti perheen näkökulmasta, naisten asema ja toimijuus työmarkkinoilla on jäänyt toissijaiseksi. Maahanmuuttajanaiset asemoituvat tutkimuksessa usein näkymättömiksi, riippuvaisiksi (koti)vaimoiksi työvoiman sijaan. Perhesyiden vuoksi muuttaneiden koulutettujen naisten asemasta ja merkityksistä työmarkkinoilla tiedetäänkin nykyisellään kovin vähän. (Kofman 2004a; Doyle, Mooney & Ku 2006) Kritiikin mukaan muuttoliiketutkimuksen näkökulman kapeus ulottuu myös politiikkaan ja (maahanmuutto)käytäntöihin, joissa naiset nähdään yhteiskunnan tuottamattomina jäseninä (Doyle, Mooney & Ku 2006, 161; myös Luibhéid & Lentin 2004, 294–297). Naisammattilaisten kannalta tällä on merkittäviä seurauksia, koska maahan saapumisen ja oleskeluluvan peruste vaikuttaa muun muassa ammattitaidon tunnustamiseen (Kofman & Raghuram 2005, 151). Palaan tähän tarkemmin seuraavassa alaluvussa.

Feministisesti suuntautuneen muuttoliiketutkimuksen erityiseksi anniksi voi katsoa, että se on nostanut esiin ja problematisoinut naisten roolia muuttovirroissa sekä tunnistanut sukupuolen merkityksiä ja naisten toimijuuden luonnetta. Tämä tutkimus on osoittanut, että sukupuoli muovaa kansainvälisen muuttoliikkeen prosesseja eri tasoilla. Feminististä muuttoliiketutkimusta voi silti kritisoida siitä, että se on keskittynyt sosioekonomisesti kapealle sektorille, ennen kaikkea kotitalous- ja seksityöläisiin (esim. Hochschild & Ehrenreich 2002). Hyvin koulutettujen, ammattitaitoisten naisten kokemuspiirin voi katsoa poikkeavan sekä hyvin koulutetuista miehistä että kouluttamattomista naisista. Raghuram ja Kofman (2004, 96) tähdentävät, että vaikka hyvin koulutetut naiset jakavat joitain asioita hyvin koulutettujen miesten kanssa ja vastaavasti joitain asioita kouluttamattomien naisten kanssa, heidän tarinansa pääsevät harvoin kokonaisuudessaan esiin muuttoliiketutkimuksen vallitsevissa diskursseissa. Tutkimuksessa olisikin syytä tunnistaa ja tarkastella lähemmin niitä erityisiä tapoja, joiden kautta koulutetut naiset asemoituvat yhtäältä koulutettuja miehiä ja toisaalta kouluttamattomia naisia koskevien vallitsevien narratiivien ulkopuolelle (Kofman & Raghuram 2005, 153).

Vallitsevien tutkimusnäkökulmien laajentamiseksi on tehty ehdotuksia. Nicola Yeates (2004 & 2009) on tarttunut Arlie Hochschildin (2000) globaalien hoivaketjujen käsitteeseen ja laajentanut tarkastelunäkökulmaa kouluttamattomista hoivatyöntekijöistä koulutettujen ammattilaisten, kuten sairaanhoitajien, suuntaan. Globaalien hoivaketjujen tarkastelu avaa näkökulmaa globalisaation, hoivan ja muuttoliikkeen keskinäisiin yhteyksiin ja nostaa samalla keskiöön globalisaation sukupuolittuneet ulottuvuudet. Hochschild (2000, 131) määrittelee globaalit hoivaketjut eri puolilla maapalloa asuvien ihmisten välisiksi henkilökohtaisiksi linkeiksi, jotka perustuvat palkalliseen tai palkattomaan hoivatyöhön. Hoivatyöhön liittyvä muuttoliike näyttäytyy tästä näkökulmasta perheen, sukupuolittuneen

työnjaon ja taloudellisten tekijöiden muovaamana prosessina, osana tuotantoon kiinnittyviä sukupuolittuneita sosiaalisia suhteita. Yeates (2004; 2009) laajentaa globaalien hoivaketjujen tarkastelukehystä huomioimalla myös hoivatyöntekijöiden erilaiset koulutustasot, perhestatuksen, tuotetun hoivan tyypin, työympäristön sekä historiallisen ajanjakson.

Sairaanhoitajat muodostavat Yeatesille erityisen, monin tavoin arkkityyppisen hoivatyömuuttajien ryhmän. Yeatesin (2004, 80) mukaan niin kansainväliset kuin kansalliset hoivataloudet ovat nykyisin rakenteistuneet sekä sukupuolen, luokan että etnisyyden perusteella. Erityisen mielenkiintoinen on Yeatesin (2009) huomio etnistyneistä ja luokkaan sidotuista mahdollisuuksien hierarkioista kansainvälisesti liikkuvan sairaanhoitajatyövoiman sisällä. Hän osoittaa, kuinka vauraista länsimaista muuttavien sairaanhoitajien kohdalla ulkomaille muutossa on useammin kysymys yksilöllisestä mielenkiinnosta ja valinnasta, kun taas köyhemmistä maista lähteville sairaanhoitajille kysymys ulkomaille muutosta näyttäytyy useammin perheeseen kohdistuvana velvollisuutena. Teoreettisesta jatkokehittelystä ja moniulotteisuudestaan huolimatta globaalien hoivaketjujen tarkastelukehys rajautuu näkökulmaan, jossa sairaanhoitajia tarkastellaan nimenomaan hoivatyön vuoksi muuttavina ihmisinä. Tämä teoreettinen kehys ei siten yksiselitteisesti sovellu muista kuin työperusteisista syistä muuttavien sairaanhoitajien muuttoliikkeen ymmärtämiseen.

2.2 Kansalliset työmarkkinat ja terveydenhuollon työmarkkinoiden uudet jaot

Tässä alaluvussa tarkastelen ulkomaalaisia sairaanhoitajia kansallisesta työmarkkinanäkökulmasta koskettavaa tutkimuskirjallisuutta kahdesta tarkastelunäkökulmasta. *Koulutettujen ammattilaisten kansainvälisten muuttoliikkeiden tutkimuksessa* tarkastelu kohdentuu ennen kaikkea niihin sääntelyn mekanismeihin, jotka määrittävät ulkomaalaisten sairaanhoitajien asemaa kansallisilla työmarkkinoilla. *Työmarkkinaorientoituneessa kansallisessa muuttoliiketutkimuksessa* puolestaan käsitellään (koulutettujen) maahanmuuttajien työmarkkina-asemaa ja siihen vaikuttavia tekijöitä suomalaisilla työmarkkinoilla. Viimeksi mainitussa tutkimuskirjallisuudessa maahanmuuttajia on tähän asti tarkasteltu lähinnä joko yleisten työmarkkinoiden tai tiettyjen etnisten ryhmien näkökulmasta. Maahanmuuttajien asemaan terveydenhuollon työmarkkinoilla kohdistuva tutkimus on ollut Suomessa vielä hyvin vähäistä.

Tässä alaluvussa tarkastelen tutkimuskirjallisuutta ennen kaikkea ulkomaalaisten *terveys*ammattilaisten työmarkkina-asemaan tarkentuvasta näkökulmasta.

Kotimaista, maahanmuuttajien asemaan yleisillä työmarkkinoilla kohdentuvaa tutkimuskirjallisuutta tarkastelen siinä määrin kuin se on suomalaisen työmarkkinakontekstin ymmärtämisen kannalta tarpeellista.

Protektionistiset työmarkkinat ja työvoiman sääntely

Valtion, markkinoiden ja erilaisten ammatillisten intressiryhmien vuorovaikutuksella on merkittävä asema terveydenhuollon työvoiman kansainvälisessä mobilisoimisessa, muuttoliikkeen muotojen ja laajuuden ohjaamisessa sekä muuttajien yksilöllisten kokemusten muovaajina. Näiden kansallisten instituutioiden ja toimijatahojen intressit ja keskinäiset suhteet saavat ilmaisunsa ennen kaikkea kansallisissa työvoima- ja maahanmuuttostrategioissa (Iredale 2001; Raghuram 2004; Yeates 2004).

Iredale (2001) muistuttaa, että jokaista ammattia ympäröi tietyin ehdoin määrittyvä institutionaalinen toimintaympäristö ja työmarkkinatilanne. Hän peräänkuuluttaakin koulutettujen ammattilaisten kansainvälisen liikkumisen tutkimukseen lähestymistapoja, jotka ottavat huomioon kunkin ammattialan spesifin kontekstin. Ammattialat poikkeavat toisistaan myös kansainvälistymisen tasoltaan. Terveydenhuolto muodostaa esimerkin kansakuntasidonnaisesta alasta, joka on perinteisesti ollut sidottu valtioon ja korporatistiseen sääntelyyn. Valtiot ovat usein pidättäneet itsellään merkittävän aseman terveydenhuollon ammatillisen koulutuksen sääntelyssä, ammatinharjoittamisoikeuksien myöntämisessä sekä ammattistandardien ohjaamisessa. Terveydenhuollon ammatteihin kohdistuvien säännösten lisäksi valtio määrittelee ulkomaalaisten terveysammattilaisten asemaa myös maahanmuuttoa koskevan sääntelyn kautta. Useat tutkijat ovatkin korostaneet valtiovallan keskeistä roolia terveydenhuollon säänneltyjä ammatteja edustavien maahanmuuttajien muuttoliikkeen ja heidän kokemustensa muovaamisessa. (Iredale 2001; 2005; Raghuram 2004; Yeates 2004; Bach 2006) Sen sijaan sairaanhoitajan ammatin todellisesta kansainvälisyydestä ollaan eri mieltä. Yhtäältä sairaanhoitajan ammatin on nähty olevan juuri edellä mainitun kansallisen sääntelyn vuoksi vaikeasti siirrettävissä eri maiden välillä (Iredale 2001, 15; Kofman 2004b, 657). Toisaalta sairaanhoitajan ammatti on nähty myös merkittävää kansainvälistä vaihtoarvoa omaavana taitona, eräänlaisena ”passina”, joka avaa pääsymahdollisuuksia moniin eri maihin (Yeates 2009).

Sairaanhoitajiin kohdistuvassa muuttoliiketutkimuksessa on kiinnitetty verrattain runsaasti huomiota mesotason toimijoiden, kuten työmarkkinajärjestöjen ja ammattiliittojen, asemaan ja toimintaan ulkomaalaisten ammattilaisten työmarkkina-aseman sääntelijöinä ja määrittäjinä (ks. Iredale 2001; Raghuram 2004; Bach 2006). Ammatti- ja työmarkkinajärjestöt ovat tärkeitä neuvottelukumppaneita val-

tion eri hallintoalojen kanssa; ne sekä ohjaavat että välittävät hallituksen linjaamaa sääntelyä monin eri tavoin (Bach 2006). Iredale (2001, 12) nostaa esiin erityisesti ammatillisten toimielinten merkityksen ja vallan maahanmuuttajien työmarkkinoiden sääntelyssä. Kansallisesti suuntautuneet ammattiliitot pyrkivät hänen mukaansa sulkemaan ulos ulkomaalaisia ammatinharjoittajia toimintakäytäntöjensä ja -ideologioidensa avulla. Suomalaisten lääkäreiden ja sairaanhoitajien etujärjestöjen toimintakäytäntöjä tarkastelevassa artikkelissaan Sirpa Wrede (2008) toteaa, etteivät ammattiliittojen protektionistiset sääntelypyrkimykset ole tehneet ulkomaalaisten terveysammattilaisten pääsystä suomalaisille työmarkkinoille helppoa. Henna Kyhä (2006) on päätynyt samansuuntaiseen johtopäätökseen tarkastellessaan ulkomaalaisten lääkäreiden työmarkkinoille pääsyä Suomessa. Vain harva Kyhän tutkimuksen kohderyhmään kuuluneista ulkomaalaisista lääkäreistä oli onnistunut pääsemään ammattinsa harjoittajaksi Suomessa.

Ulkomailla suoritetun sairaanhoitajatutkinnon arviointiin ja tunnustamiseen liittyvät prosessit ja käytännöt vaihtelevat huomattavasti eri maiden välillä (Wickett & McCutcheon 2002). Useissa tutkimuksissa sairaanhoitajan tutkinnon tunnustaminen ja sen pätevöittäminen uudessa maassa on todettu monin tavoin hankalaksi prosessiksi (Iredale 1997; Wickett & McCutcheon 2002; Doyle ym. 2006). Maittain huomattavasti poikkeavien tutkintojen tunnustamiskäytäntöjen perusteella Iredale (2001) esittää, ettei sairaanhoitajan ammattia ja sen työmarkkinoita voi luonnehtia lopulta kovin kansainvälisiksi. Hän jatkaa, että ulkomaalaisten ammattipätevyyksien arviointiperusteet ja tunnustamispäätökset ovat usein sidoksissa kansalliseen työvoiman tarjontaan ja kysyntään.

Ulkomailla suoritettua sairaanhoitajan koulutusta ja tutkintoa arvioidaan kansallisesti, mutta usein laajempien alueellisten sopimusten pohjalta. Euroopan Unionin alueella sairaanhoitajien koulutus- ja tutkintovaatimuksia määrittävät tietyt yhtenäistämislinjaukset, joiden perusteella alueen eri maissa suoritetut tutkinnot voidaan rinnastaa toisiinsa (ks. Euroopan neuvoston ja parlamentin…). Kansallisten sääntelymekanismien vaikutukset aktualisoituvat Euroopan Unionin tai Euroopan talousalueen ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden terveysammattilaisten kohdalla, joita alueelliset tutkintojen rinnastamisperiaatteet eivät kosketa. EU- ja ETA-maiden ulkopuolella tutkintonsa suorittaneille lääkäreille on kuitenkin luotu Suomessa yhtenäinen pätevöitymisjärjestelmä. Wreden (2008) tulkinnan mukaan lääkäreiden pätevöitymisjärjestelmän kehittämisellä on pyritty alun perin vastaamaan ulkomailla tutkintonsa suorittaneiden suomalaisten lääkäreiden tarpeisiin. Sairaanhoitajien kohdalla vastaavaa järjestelmää ei kuitenkaan ole.

Segmentoituneet työmarkkinat ja etniset hierarkiat

Kansallisilla terveydenhuollon työmarkkinoilla maahanmuuttaja-ammattilaisilla on usein pyritty täyttämään sellaisia vähemmän houkuttelevia työpaikkoja, joihin on vaikea saada kantaväestön edustajia (Hugman 1991, 150–155). Terveysammattien sosiaalisia jakoja tarkastellut Mick Carpenter (1993, 112) toteaa, että maahan muuttaneita terveysammattilaisia on käytetty työvoimareservinä aloilla, joilla on haluttu alentaa työvoimakustannuksia tai joilla palkkaus ja/tai työn luonne eivät houkuttele kotimaisia työnhakijoita. Useat maat ovatkin olleet halukkaita ottamaan vastaan hyvin koulutettuja maahanmuuttajia vain tilapäisin perustein helpottaakseen työvoimapulaa siihen asti, kunnes tilanne kotimaisilla työmarkkinoilla tasapainottuu (Iredale 2001; Kofman & Raghuram 2005). Työvoimareservi on siis terveydenhuollossa ajatuksena vanha, mutta nyt reservinä näyttävät toimivan naisten ja alemman luokan edustajien (ks. esim. Elston 1977) sijaan ennen kaikkea ulkomaalaiset ammattilaiset.

Tutkimus viittaa myös ulkomaisen sairaanhoitajatyövoiman etniseen hierarkisoitumiseen kansallisilla työmarkkinoilla. Ammattitaidon tunnustamisen ja työehtojen on todettu vaihtelevan merkittävästi sairaanhoitajien kansallisuuden mukaan. Eri maissa hankittuja sairaanhoitajatutkintoja arvotetaan työmarkkinoilla hierarkkisesti (esim. Larsen ym. 2005; O'Brien 2007). Tässä hierarkiassa vähemmän kehittyneissä maissa hankittu ammatillinen pätevyys ja työkokemus jäävät helposti tunnustamattomiksi (Wickett & McCutcheon 2002; Ball 2004; Raghuram 2004, 308; Kofman & Raghuram 2005, 151). Protektionististen työmarkkinoiden vaikutusmekanismit näyttävät kohdistuvan siten ennen kaikkea länsimaiden ulkopuolelta muuttaneisiin sairaanhoitajiin (Raghuram & Kofman 2004). Länsimaisille työmarkkinoille päästessään nämä sairaanhoitajat sijoittuvat alempiin työnjaollisiin segmentteihin, joihin ei saada houkuteltua muita (Yeates 2004, 87; Doyle ym. 2006). Kehitysmaista kotoisin oleville sairaanhoitajille tarjoutuu länsimaisilla työmarkkinoilla Ballin (2004) mukaan ennen kaikkea "*kolmen D:n*" mukaisia työtehtäviä: *Dirty, Dangerous and Difficult* – siis likaisia, vaarallisia ja vaikeita. Sukupuolittuneet ja etnistyneet hierarkiat tiivistyvät erityisesti pakolaisnaisten kohdalla, jotka Kofmanin (2004b, 652) mukaan kohtaavat usein lähes ylitsepääsemättömiä vaikeuksia saada koulutustaan vastaavaa työtä länsimaisilla työmarkkinoilla.

Suomessa kiinnostus ulkomaalaistaustaisten terveysammattilaisten työmarkkina-asemia kohtaan on ollut tähän asti vähäistä. Edellä mainitsemieni Henna Kyhän (2006) ja Sirpa Wreden (2008) lisäksi aihepiiriä on sivunnut tutkimuksessaan Maire Antikainen (2010). Antikainen tarkastelee venäläis- ja virolaistaustaisten (lähi)hoitajien kokemuksia suomalaisuuteen kuulumisen ehdoista ja prosesseista erityisesti heidän koulutus- ja työpolkujen näkökulmasta. Yksi hänen keskeisistä

huomioistaan on, että maahanmuuttajien työmarkkinakansalaisuuden ehdot ovat kiinnittyneet tiukasti kansallisiin tarpeisiin.

Sen sijaan maahanmuuttajien asemaa suomalaisilla yleisillä työmarkkinoilla käsittelevää tutkimuskirjallisuutta on ilmestynyt verrattain runsaasti 1990-luvun lopulta alkaen (esim. Paananen 1999; Jaakkola 2000; Ahmad 2002; Forsander 2002; 2003; 2007; Haapakorpi 2007; Martikainen & Tiilikainen 2007). Tämä tutkimus vahvistaa näkemystä siitä, että maahanmuuttajien paikka myös suomalaisilla työmarkkinoilla on ennen kaikkea siellä, minne kantaväestöä edustavaa työvoimaa ei saada. Maahanmuuttajien heikon työmarkkina-aseman on osoitettu kytkeytyvän muun muassa ei-työperusteiseen maahanmuuton syyhyn, naissukupuoleen, länsimaiden ulkopuoliseen lähtömaahan sekä ikään (esim. Forsander 2002; 2007; Jaakkola & Reuter 2007). Annika Forsander (2007, 329) käsitteellistää tätä työmarkkinoiden jakautumista mahdollisuuksien hierarkioina, jossa työmarkkinat avautuvat maahanmuuttajille luontevimmin juuri alimman hierarkiatason (nais)ammattien kautta.

2.3 Työyhteisönäkökulma: Kulttuurisia yhteentörmäyksiä ja etnisiä hierarkioita

Ulkomailta muuttaneiden terveysammattilaisten, ja aivan erityisesti sairaanhoitajien, asemaa ja integroitumista työyhteisötasolla käsittelevä sosiologinen tutkimuskirjallisuus on vielä melko vähäistä ja kapeasti suuntautunutta. Terveydenhuollon monikulttuuristumista käsittelevää tutkimusta on ilmestynyt Suomessa etenkin 1990-luvun puolivälistä lähtien, mutta se on painottunut lähes yksinomaan asiakasnäkökulmaan, suomalaisten terveysammattilaisten ja maahanmuuttaja-asiakkaiden kohtaamiseen (ks. Hirstiö-Snellman & Mäkelä 1998; Taavela 1999; Sainola-Rodriguez 2009). Myös hallinto- ja organisaatiotutkimuksen kentällä on tehty Suomessa enenevissä määrin etnisesti monimuotoistuvien työyhteisöjen suhteita ja niiden johtamista koskevaa tutkimusta (Trux 2000; Sippola 2007; myös Bairoh & Trux 2010). Kansainvälinen hoitotieteellinen tutkimus on puolestaan kohdistunut ennen kaikkea erilaisen kulttuuritaustan omaavien ihmisten kohtaamisessa vaadittaviin kulttuurisiin hoitotyön taitoihin sekä monikulttuurisessa hoitotyössä syntyvien konfliktitilanteiden, niiden syiden ja mahdollisten ratkaisuvaihtoehtojen tarkasteluun. Ulkomaisten tutkimusten peilaaminen suomalaiseen kontekstiin on kuitenkin usein ongelmallista kansallisia terveydenhuoltojärjestelmiä sekä niiden toimintatapoja ja ammatteja määrittävien erilaisten institutionaalisten toimintaympäristöjen ja –käytäntöjen vuoksi.

Koska edellä mainitsemani tutkimuskirjallisuudet asettuvat varsin erilaisiin tutkimustraditioihin, -näkökulmiin ja kysymyksenasetteluihin kuin oma tutkimusorientaationi, rajaan ne tässä yhteydessä pääosin käsittelyn ulkopuolelle. Luon kuitenkin hyvin yleisluontoisen silmäyksen siihen, millaisia kysymyksiä hoitotieteellisessä tutkimuksessa on nostettu esiin maahanmuuttajasairaanhoitajien työyhteisöihin integroitumiseen liittyen.

Kansainvälisessä hoitotieteellisessä tutkimuksessa ulkomaalaisten sairaanhoitajien sopeutumista vastaanottavien maiden työyhteisöihin on kuvattu usein haasteelliseksi, jopa traumaattiseksi (Jackson 1996; Hagey ym. 2001). Ulkomaalaisten sairaanhoitajien ammatillinen asema työyhteisöissä ja sopeutuminen vastaanottavan maan hoitokulttuuriin piirtyvät tutkimuksissa esiin monin tavoin ongelmallisina. Ammatillisen aseman laskun lisäksi ulkomaalaisten sairaanhoitajien kokemukset kertovat ammattitaidon aliarvioimisesta, voimattomuudesta ja alisteisuudesta sekä työtovereiden ja potilaiden tahoilta ilmenevästä rasismista (Hagey ym. 2001; Larsen ym. 2005; O'Brien 2007). O'Brien (2007) havainnollistaa tutkimuksessaan, kuinka ulkomaalaisen sairaanhoitajan koko ammatillinen identiteetti voi kyseenalaistua maahanmuuton seurauksena koetun ammatillisen aseman romahduksen seurauksena. Ulkomaalaisten sairaanhoitajien työyhteisöissä kohtaamasta ammatillisen arvostuksen puutteesta kertoo myös Allanin ja Larsenin (2003) tutkimus. Tutkimus nostaa esiin, kuinka ulkomaalaiset sairaanhoitajat joutuvat brittiläisissä terveydenhuollon työyhteisöissä helposti etenkin avustavan hoitohenkilökunnan ylenkatsomisen ja jopa kiusanteon kohteiksi.

Hoitotieteellisessä tutkimuskirjallisuudessa terveydenhuollon työyhteisöissä ilmenevien kulttuurien välisten konfliktien on nähty syntyvän erilaisista tarvehierarkioista, kieleen liittyvistä ongelmista sekä erilaisista päätöksentekotavoista, konfliktinäkemyksistä, käyttäytymisnormeista ja rooliodotuksista (Jein & Harris 1989; Lowenstein & Glanville 1995; Daniel ym. 2001; Omeri & Atkins 2002). Transkulttuuriseen sairaanhoitajuuteen kiinnittyvän teorian kehittäjän, amerikkalaisen antropologin Madeleine Leiningerin (1978) mukaan vieraassa kulttuurissa työskentelevät hoitoalan ammattilaiset nostavat työyhteisöissä helposti esiin kulttuurisia konflikteja ja ongelmia, elleivät he ole halukkaita tunnustamaan ja omaksumaan vastaanottavan yhteisön kulttuurille tyypillisiä hoitoon ja hoivaan liittyviä arvoja ja odotuksia.

Työntekijöiden yksilöllisiin ominaisuuksiin ja valintoihin kiinnittyvät tulkintanäkökulmat tuottavat kuitenkin varsin yksipuolisen kuvan ulkomaalaisten sairaanhoitajien työyhteisöihin integroitumisesta. Maahanmuuttajataustaisten lähihoitajien suomalaisiin työyhteisöihin integroitumisen ehtoja käsittelevässä artikkelissaan Jeanette Laurén ja Sirpa Wrede (2008) osoittavat, että maahanmuuttajatyöntekijöiden asema on sidoksissa institutionaalisiin käytäntöihin, jotka ilmenevät hoitotyön arkisissa työnjaon käytännöissä ja rutiineissa. Näiden institu-

tionaalisen, rasisminkin muotoja saavien käytäntöjen avulla ylläpidetään ja uusinnetaan työyhteisöissä vallitsevia ammatillisia hierarkioita etnisyyden perusteella.

2.4 Yhteenveto aikaisemmasta kirjallisuudesta ja tutkimukselliset haasteet

Kansainvälinen muuttoliiketutkimus on valottanut monia koulutettujen ammattilaisten kansainväliseen muuttoliikkeeseen liittyviä poliittisia, institutionaalisia ja sosiaalisia näkökulmia. Kasvavissa määrin tutkimuksissa on huomioitu myös (nais)sukupuolen merkitys muuttoliikkeen ehtoja ja siihen liittyviä kokemuksia muokkaavana tekijänä.

Koulutettujen ammattilaisten muuttoliike on nykyisin laajempaa ja heterogeenisempaa kuin koskaan aikaisemmin. Ammattilaiset sekoittuvat kansainvälisiin muuttovirtoihin monia eri väyliä pitkin ja monin eri tavoin; esimerkiksi työn perässä muuttajina, puolisoina, vanhempina, pakolaisina ja turvapaikanhakijoina. Kuitenkin ihmiset, jotka ylittävät valtioiden väliset rajat ensisijaisesti muista kuin työperusteisista syistä, otetaan työvoimapolitiikassa ja tutkimuksessa harvoin huomioon potentiaalisesti ammattitaitoisena työvoimaresurssina. Maahan muuton perusteeseen ja sukupuoleen kytkeytynyt vinouma onkin ilmeinen niin muuttoliiketutkimuksessa kuin kansallisilla politiikka-areenoillakin. Ammattitaitoisia muuttajia tarkastellaan usein lähtökohtaisesti miehinä ja/tai miehisten ammattialojen edustajina sekä työperusteisen maahanmuuton näkökulmasta. Tämä laajalle levinnyt näkökulmavinouma marginalisoi erityisellä tavalla niitä koulutettuja naisia, jotka muuttavat ensisijaisesti erilaisista sosiaalisista ja humanitaarisista syistä.

Myös sairaanhoitajien muuttoliikkeeseen suuntautunut tutkimus on jättänyt pitkälti huomioimatta kansainvälisen liikkumisen muut kuin työperusteisen muuton väylät. Tällöin suuren muuttajajoukon ammatti(osaaminen) jää tunnistamatta. Kansallisia työmarkkinoita koskeva tutkimus on puolestaan osoittanut kansallisen työmarkkinakontekstin sekä ammattialan tärkeän merkityksen ulkomaalaisten ammattilaisten työmarkkinaehtoja jäsentävinä tekijöinä. Terveydenhuoltoon kiinnittyvää suomalaista tutkimuskirjallisuutta on kuitenkin saatavilla toistaiseksi varsin vähän. Erilaisista kansallisista konteksteista johtuen ulkomaista tutkimuskirjallisuutta ei ole myöskään ongelmatonta suhteuttaa suomalaisiin toimintaympäristöihin.

Tutkimukseni lähtökohtana on koulutettujen, ammattitaitoisten maahanmuuttajien muuttoliikkeen monimuotoisuuden tunnistaminen. Tutkimus tuo kontribuution sairaanhoitajien ja muiden koulutettujen ammattilaisten kansainvälises-

tä muuttoliikkeestä käytävään keskusteluun nostamalla esiin kansainväliset rajat ylittävien sairaanhoitajien moninaiset liikkumisen väylät sekä näihin liikkumisen muotoihin kansallisilla työmarkkinoilla kiinnittyvät sukupuolittuneet ja etnistyneet ulottuvuudet. Ennen kaikkea osallistun tutkimuksellani kuitenkin keskusteluihin, jotka kohdistuvat ulkomailta muuttaneiden sairaanhoitajien paikkaan suomalaisilla työmarkkinoilla ja terveydenhuollon työyhteisöissä. Koska aihepiiriä käsittelevä tutkimus on Suomessa vielä melko olematonta, koen tutkimuksellani olevan myös eräänlainen tienraivaajan rooli niin tutkimuksellisen kuin yhteiskunnallisenkin keskustelun herättäjänä.

3 Ammattikunta ja sosiaalinen järjestys: Kuka voi kuulua joukkoon ja millä ehdoin?

Tässä tutkimuksessa tarkastelen sairaanhoitajan ammattia yhteiskunnallisen toiminnan areenana, jolla neuvotellaan sosiaalisten ryhmien välisistä suhteista ja niiden luonteesta. Näiden ammatin sosiaalisesta järjestyksestä käytävien neuvottelujen kohteena tarkastelen erityisesti työnjaollisia suhteita eli sitä, kuka mitäkin työtä tekee, miksi ja millaisin ehdoin. Yhdistän tutkimuksen analyyttisessä viitekehyksessä *ammattien ja työn sosiologian* sekä *kulttuuristen luokittelujen* teoreettisia lähtökohtia. *Maahanmuuttajasairaanhoitajien toimijuuden* ja *sen ehtojen* tarkastelu muodostaa tutkimuksen analyyttisiä näkökulmia yhdistävän tulkinnallisen kehyksen.

Tässä luvussa valotan aluksi sairaanhoitajan ammattia tietynlaisena yhteiskunnallisena toimintaympäristönä. Tarkastelen sitä, millaisilla toiminnan areenoilla ja institutionaalisen vuorovaikutuksen suhteissa ammatin sosiaalisesta järjestyksestä neuvotellaan. Tämän jälkeen tarkastelen ammattikuntaan sisäänpääsyä ja siinä toimimista rajaavia ja ehdollistavia prosesseja. Kohdistan tarkasteluni niihin institutionaalisiin ja sosiaalisiin sisään- ja ulossulkemisen käytäntöihin, joiden kautta ammatin sosiaalista järjestystä rakennetaan. Samalla teen näkyväksi näitä käytäntöjä ohjaavia kulttuurisia luokitteluja. Luvun lopuksi fokusoin tarkastelunäkökulmani niihin toiminnan mahdollisuuksiin, esteisiin ja resursseihin, joita yksittäisillä toimijoilla tai toimijaryhmillä on ammattikuntaan kuulumista ja sen ehtoja koskevissa monitoimijaisissa neuvotteluissa.

3.1 Ammatti sosiaalisen järjestyksen neuvotteluareenana

Tarkastelen sairaanhoitajan ammattia professionaalisena ammattikuntana, jonka edustajia sitovat yhteen ammatillisen koulutuksen avulla hankittu tietotaito ja tutkinnon kautta saavutettu muodollinen pätevyys. Ammattikunnan jäseniä yhdistävät sekä muodolliset oikeudet ja velvollisuudet että yhteinen moraalinen ja eettinen koodisto. (Brante 1988) Ammattikunta tarjoaa jäsenilleen myös yhteisyyden ja merkityksen tunnetta yhteisten arvojen, intressien ja ammatti-identiteetin kautta (Davies 2002a, b).

Yhtenäisyyden ja sisäisen homogeenisuuden ideaaleista huolimatta ammatit muodostavat lähemmin tarkasteltuna monimutkaisia vertikaalisten ja horisontaa-

listen suhteiden verkostoja, joiden sisään mahtuu monenlaisia identiteettejä, arvoja ja intressejä. Ammatit eivät ole muuttumattomia ja pysyviä kokonaisuuksia, vaan ne uusiutuvat niin rakenteeltaan, rajoiltaan kuin ideologioiltaankin. (Brante 1988) Interaktionistisesta viitekehyksestä tarkasteltuna ammattien itseymmärryksessä ja työnjaollisissa suhteissa on kysymys jatkuvasti käynnissä olevista rajanmäärittelyjen prosesseista, joissa neuvotellaan ammattien välisistä ja niiden sisäisistä suhteista ja ammatillisuuden ehdoista (Hughes 1958; Abbott 1988; myös Henriksson 2010; Wrede 2010). Tässä tutkimuksessa viittaan neuvotellulla sosiaalisella järjestyksellä erilaisissa institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä ja vuorovaikutustilanteissa tapahtuviin rajanmäärittelyjen prosesseihin, joissa osapuolet ja intressit vaihtuvat toimintaympäristön muuttuessa (ks. Maines 1977).

Tarkastelen tutkimuksessani sairaanhoitajan ammattia monitasoisena ja –toimijaisena sosiaalisena organisaationa, jonka sisällä käydään neuvotteluja sosiaalisista jaoista ja hierarkioista sekä niitä määrittävistä yhteiskunnallista ja kulttuurista ehdoista (ks. Henriksson 1998; Dahle 2003; Henriksson & Wrede 2004). Erityisen mielenkiintoni kohteena ovat toimijoiden väliset suhteet ja niiden dynamiikka tietyssä yhteiskunnallis-historiallisessa toimintaympäristössä. Tämä lähtökohta avaa laaja-alaisen tutkimusnäkökulman, jossa nivon yhteiskunnallisen makrotason tarkastelun yhteen ammattikuntatasoisen ja yksilötasoisen tarkastelun kanssa. Ammattikunta muodostaa tutkimuksessani kuitenkin sen kiinnekohdan, josta käsin teen sekä yhteiskunnallista makrotasoa että mikrotason vuorovaikutussuhteita koskevia tulkintoja.

Aikaan ja paikkaan sidotut mahdollisuusrakenteet

Erilaisissa väestöllisissä, taloudellisissa ja yhteiskuntapoliittisissa tilanteissa aktualisoituu erilaisia työmarkkinoiden ja ammattien järjestystä koskevia yhteiskunnallisia kysymyksiä. Ammattien välisistä ja niiden sisäisistä sosiaalisista järjestyksistä neuvotellaan aikaan ja paikkaan kytkeytyvien reunaehtojen rajoissa. Ne toimintaehdot, -rajoitteet ja -mahdollisuudet, joita tietyllä sosiaalisella ryhmällä on tietyssä työmarkkinatilanteessa ja ammattiryhmässä, ovat kiinteästi sidoksissa väestömuutoksiin ja työmarkkinoiden rakenteeseen sekä yhteiskuntapoliittiseen ja taloudelliseen toimintaympäristöön. Näitä toimintaehtoja amerikkalainen professiososiologi Andrew Abbott käsitteellistää työmarkkinoiden *mahdollisuusrakenteiksi.* Abbottin (2005, 309–310) mukaan mahdollisuusrakenteet myötävaikuttavat tietyn työvoimakohortin työmarkkinakokemuksiin ja kohortille tyypillisiin työn kehityskaariin sekä ammattitaitoon ja -kokemukseen liittyviin tekijöihin. Mahdollisuusrakenteet muokkaavat saatavilla olevia taloudellisia ja aineellisia resursseja sekä ammattispesifejä työn etu- ja haittapuolia. Amerikkalainen hoivatyön tutki-

ja Berenice Fisher (1990, 115–116) on painottanut erityisesti yhteiskunnan taloudellisen tilanteen merkitystä erilaisten sosiaalisten ryhmien työmarkkina-asemien muovaajana. Fisherin mukaan esimerkiksi naisille yhteiskunnassa avautuvat työtehtävät ovat sidoksissa ennen kaikkea siihen, missä ja millä tavoin työntekijöitä kussakin taloudellis-historiallisessa tilanteessa tarvitaan.

Samassa taloudellis-historiallisessa tilanteessa työmarkkina-asemat avautuvat kuitenkin eri tavoin erilaisten sosiaalisten ryhmien edustajille. Abbott (2005) tulkitseekin yhteiskunnan sosiaalista rakennetta yhtenä työn mahdollisuusrakenteiden muovaajana. Erityisesti ammattien tutkimuksen poststrukturalistisessa ja feministisesti suuntautuneessa tutkimuksessa on korostettu yhteiskunnassa vallitseviin käytäntöihin institutionalisoituneiden valtasuhteiden merkitystä ammattien välisten ja niiden sisäisten sosiaalisten järjestysten rakentamisprosesseissa. Terveysammattien välistä ja niiden sisäistä työnjakoa hierarkisoivina sosiaalisina tekijöinä on tutkittu ennen kaikkea sukupuolta (Acker 1990; Witz 1992; Riska & Wegar 1993; Davies 1995; Riska 2001). Esiin on nostettu myös sukupuolen, kielen, koulutustaustan ja luokka-aseman yhteen kietoutuminen (Henriksson 1994; 1998). Myös ”rodun” tai etnisyyden merkityksiä on tarkasteltu yhdessä sukupuolen ja luokan kanssa (Glazer 1991; Carpenter 1993; Acker 2006). Sosiologi Elianne Riska (2001) on kuvannut, miten naiset törmäävät ”lasikattoon” pyrkiessään ylöspäin ammattien välisissä (Witz 1992) tai niiden sisäisissä hierarkioissa (Riska & Wegar 1993; Riska 2001). Ammattien välinen ja niiden sisäinen työnjako näyttää eriytyneen siten, että etnisten vähemmistöjen edustajille ja alempiin sosiaaliluokkiin kuuluville naisille on avautunut sisäänpääsy ennen kaikkea ammatillisten hierarkioiden marginaaleihin (Navarro 1975; Glazer 1991; Carpenter 1993). Terveydenhuollon työmarkkinoilla maahanmuuttajataustaisten naisammattilaisten voi siten odottaa kohtaavan eräänlaisen kaksoistaakan sekä etnisen taustansa että sukupuolensa vuoksi.

Weberiläinen näkökulma ammattien järjestelmään korostaa valtasuhteiden merkitystä työnjaollisista asemista käytävissä kamppailuissa. Tämän mukaan valta-asemassa olevat sosiaaliset ryhmät tuottavat ja uusintavat ammatin sosiaalista järjestystä rajaamalla ammattiin sisäänpääsyä ja siinä etenemistä *sosiaalisten sulkemisten* kautta. Sosiaalisten ulossulkemisten kautta ryhmät toteuttavat *mahdollisuuksien monopolisaatiota*, jonka kautta ne pyrkivät turvaamaan, säilyttämään tai parantamaan ryhmänsä palkkioihin, resursseihin ja mahdollisuuksiin liittyviä etuoikeuksia. (Brante 1988, 127–129; Witz 1992, 44–46) Ammattiin sisäänpääsyn reittejä tai uralla etenemisessä tarvittavien resurssien – kuten taidon ja tiedon – hankkimista voidaan rajoittaa tai sulkea kokonaan *institutionaalisten esteiden* avulla (Witz 1992, 44–46; myös Riska & Wegar 1993). Säänneltyjen terveysammattien kohdalla ammattitutkinto muodostaa merkittävimmän sosiaalisen sulkemisen vä-

lineen (Hughes 1958; Abbott 1988). Tutkintotodistusten ja niiden tunnustamisen kautta valvotaan ja rajoitetaan siten ammattiin sisäänpääsyä (Witz 1992, 64).

Palaan ammatista ulossulkeviin institutionaalisiin käytäntöihin ja niiden moraaliseen perustaan yksityiskohtaisemmin luvussa 3.2. Tässä yhteydessä on kuitenkin oleellista kiinnittää huomio rakenteellisesta näkökulmasta siihen, miten institutionaalisten esteiden kautta tuotetaan ja uusinnetaan työnjaon hierarkioita sekä ammattikunnassa että työmarkkinoilla. Institutionaaliset esteet tuottavat ja uusintavat ammatin työnjaollista eriytymistä eli *segregaatiota*, jonka seurauksena ammatin edustajat jakautuvat ammatin sisällä keskenään hierarkkisissa suhteissa oleviin osaryhmiin (Witz 1992, 36; Riska 2001). Työmarkkinoiden tasolla vastaavaa työnjaollisten asemien hierarkkista rakenteistumista käsitteellistetään lohkoutumisella eli *segmentaatiolla*. Lohkoutumisen seurauksena työmarkkinat jakautuvat hierarkkisesti primaari- ja sekundaarisektoreihin, joilla työn tekemisen ehdot ovat erilaiset. Sekundaarisektorin työpaikoille on leimallista vähemmän arvostetut työtehtävät, epävarmemmat työsuhteet sekä heikompi palkkaus ja työssä etenemismahdollisuudet. (Nätti 1988, 17–19)

Ammattikuntaan sisäänpääsyä ja siinä toimimista rajaavia institutionaalisia esteitä on tarkasteltu usein tietyn sosiaalisen ryhmän harjoittamina, toiseen sosiaaliseen ryhmään kohdistuvina intentionaalisina ulossulkemisen strategioina. Etniseen taustaan perustuvana tällaiset erottelun mekanismit voidaan käsitteellistää *institutionaalisena rasismina* (Glazer 1991; Hugman 1991, 147–173). Terveystyön naisammattilaisten historiaan kohdistuva tutkimus osoittaa, että institutionaaliset esteet ja rajoitukset voidaan hahmottaa myös ammatillisten strategioiden tahattomina seurauksina. Työmarkkinoiden lohkoutuminen ja ammattien eriytyminen voi olla seurausta valtaapitävien kyvyttömyydestä ottaa toiminnassaan huomioon yhteiskunnassa jo olemassa olevia sosiaalisia jakoja. (Glazer 1991; Witz 1992; Thornley 1996; myös Hugman 1991, 156–157) Tätä tulkintaa vasten ammattien ja työn sosiologian yhdeksi merkittäväksi yhteiskunnalliseksi tehtäväksi voi nähdä sen, että tutkimuksen avulla tehdään näkyväksi ja tuodaan tietoisuuteen sellaisia eriarvoisuutta tuottavia institutionaalisia rakenteita ja käytäntöjä, jotka rajoittavat joidenkin ammattikunnan osaryhmien toiminnan ja valinnan mahdollisuuksia.

Ammattien ja työn sosiologiassa sosiaalisen järjestyksen muotoutumista on tarkasteltu perinteisesti rakenteellis-työnjaollisesta näkökulmasta. Rakenteellista lähestymistapaa vaivaa kuitenkin paikoin liiallinen essentialistisuus sen suhteen, kuinka yhteiskunnan rakenteen ymmärretään määrittävän yksilöiden työnjaollista asemaa ja toimijuutta ammattien järjestelmässä. Työnjaollisten asemien tarkastelu yksioikoisesti ylhäältä makrorakenteista käsin määrittyviksi johtaa siihen, että erityisesti sosiaalisen hierarkian alatasoille määrittyvät toimijat näyttäytyvät passiivisina rakenteiden uhreina. Rakenteellisesta näkökulmasta on myös vaikeaa ta-

voittaa saman sosiaalisen kategorian sisään lukeutuvaa sosiaalisten todellisuuksien moninaisuutta, joka on seurausta ihmisten samanaikaisesta kiinnittymisestä erilaisiin sosiaalisiin kategorioihin. Kuten eriarvoistumisen prosesseja organisaatiotasolla tarkastellut Joan Acker (2006, 442) muistuttaa, sosiaalisten kategorioiden yksiulotteinen tarkastelu yksinkertaistaa – tai jopa vääristää – sosiaalista todellisuutta peittämällä näkyvistä muiden siihen vaikuttavien tekijöiden vaikutusta.

Rakenteellisten tekijöiden merkitystä tutkimuskohdetta ympäröivässä toimintaympäristössä ei voi kuitenkaan sivuuttaa. Interaktionistisesta näkökulmasta tarkasteltuna konteksti on aina osa tutkimusongelmaa, eikä yksittäisiä tapahtumia tai tapauksia voida tutkia suoraan, ympäröivistä prosesseista irrallaan. Koska tämä kontekstuaalinen tapahtuminen on aina monitasoista ja –tahoista, tutkimuksessa on tarkasteltava toisiinsa kytkeytyviä prosesseja (Abbott 1997; myös Hughes 1958, 9). Mahdollisuusrakenteet muovaavat siten sitä, mitä neuvottelut koskevat, miten neuvottelut tapahtuvat sekä keiden välillä ne käydään (ks. Strauss 1978; Maines 1977). Ammatin sosiaalisesta järjestyksestä käytävien neuvottelujen näkökulmasta ymmärrän mahdollisuusrakenteet ennen kaikkea yhteiskunnallisena kontekstina, joka asettaa tiettyjä ehtoja työnjaollisista asemista käytäville neuvotteluille. Lähtökohtanani on, että rakenteelliset mahdollisuudet ja esteet jäsentävät maahanmuuttajasairaanhoitajien todellisuuksia luomalla ja rajaamalla niitä toimintaehtoja, joita heillä on käytettävissään ammattikuntaan sisäänpääsyä ja siinä toimimista käsittelevissä neuvotteluissa. Kiinnostukseni kohdistuu työnjaollisiin asemiin eräänlaisina neuvottelujen tiloina ja toiminnan areenoina, joissa neuvotellaan ja kamppaillaan erilaisten ihmisryhmien työnjaollisten suhteiden luonteesta ja niiden keskinäisistä arvoasetelmista. Ammattikunnan tai työmarkkinoiden rakenteistumisen sijaan analyysini painopiste kohdistuu niihin kulttuurisiin ja sosiaalisiin prosesseihin, joissa työnjaollisista asemista neuvotellaan.

Ammatin sosiaalisen järjestyksen ymmärtämisessä on tarpeen huomioida myös ne toimijasuhteet ja vuorovaikutusprosessit, joissa erilaisten sosiaalisten kategorioiden yhteenkietoutuneista ja tilanteisista merkityksistä neuvotellaan erilaisissa yhteiskunnallisissa ja työnjaollisissa suhteissa. Seuraavaksi kohdistan katseeni sairaanhoitajan ammatin hallintaan osallistuviin toimijatahoihin ja niihin institutionaalisen vuorovaikutuksen areenoihin, joilla eri toimijat neuvottelevat ammatin sosiaalisesta järjestyksestä.

Institutionaalisen vuorovaikutuksen areenat ja ammatin hallinnan politiikka

Ammatteja hallitaan ja säädellään yhteiskunnallisen toiminnan useilla eri tasoilla ja useiden eri toimijatahojen myötävaikutuksella. Abbottin (1988) mukaan ammat-

teja rakennetaan kolmella eri areenalla: *lainsäädännössä*, *julkisessa keskustelussa* sekä *työyhteisöissä*. Ammatteja kontrolloidaan muodollisesti *lainsäädännön* avulla. Korkea-asteen koulutusta edellyttävät terveydenhuollon ammatit ovat perinteisesti olleet valtiovallan sääntelemiä ammatteja, joiden harjoittamiseen liittyviä ehtoja, oikeuksia ja velvollisuuksia on määritelty tiukasti ammatinharjoittamista koskevassa lainsäädännössä (Abbott 1988). Säännellyn ammatin harjoittamiseen voi saada laillisen luvan vain lainsäädännössä määritellyn tutkinnon ja siihen johtavan koulutuksen kautta. Globaalistuvassa maailmassa kuitenkin myös ammattien hallinta on ylikansallistunut: Kansallisen lainsäädännön ohella myös Euroopan Unioni määrittelee säänneltyjä terveydenhuollon ammatteja koulutusta ja ammatinharjoittamista koskevien direktiivien kautta (Euroopan neuvoston ja parlamentin…). Valtio erilaisine toimielimineen on silti säilyttänyt tärkeän roolinsa terveysammattien hallinnassa; se sekä hallinnoi ammatinharjoittamislupien myöntämistä että toimii koulutuksen päärahoittajana (Laiho & Ruoholinna 2011).

Terveysalan ammattienharjoittamista koskevan lainsäädännön ohella valtio tekee myös muilla kansallisen politiikan alueilla – kuten koulutus-, talous- ja maahanmuuttopolitiikassa – ammattikuntien toimintaehtojen kannalta merkittäviä linjauksia. Brittiläiset terveyssosiologit Margaret Stacey ja Hilary Homans (1978, 300) muistuttavat, että poliittiset päätökset ja linjaukset heijastelevat ja uusintavat yhteiskunnassa vallitsevia valtasuhteita sekä normi- ja arvojärjestelmiä. Politiikkalinjauksissa rakennetaan ammattiin pyrkiville ja siinä toimiville ihmisille mahdollisuuksia ja esteitä paitsi aineellisten resurssien jakamisen kautta, myös ammattikuntia ja sen osaryhmiä koskevin julkisuuskuvin. Abbott (1988, 59–60) määritteleekin *julkisuuden* keskeiseksi areenaksi, jossa rakennetaan ammatin ja sen eri osaryhmien yhteiskunnallista asemaa ja arvostusta. Lainsäädäntöä ja politiikkalinjauksia toimeenpanevat julkiset instituutiot työntekijöineen tulkitsevat säädöksiä omista toimintaympäristöistään ja niiden käytännöistä käsin, mutta nämä tulkinnat perustuvat pitkälti myös ammattia ja sen osaryhmiä koskevaan julkiseen keskusteluun ja mielikuviin.

Myös ammattikunnat ottavat osaa omaa ammattialaansa ja sen toimintaympäristöjä koskevan lainsäädännön valmisteluun sekä osallistuvat itseään ja lähiammattejaan koskevaan julkiseen keskusteluun ja edunvalvontaan. Eri ammattikunnat ovat kuitenkin voimavaroiltaan ja vaikutusvallaltaan erilaisissa neuvotteluasemissa. Naisten terveysammattien historiallista muotoutumista koskeva tutkimus (esim. Witz 1992; Davies 1995; Henriksson 1998; Wrede 2001) on osoittanut, että naisvaltaisten terveysammattien toimijat ovat jääneet ammattikuntiaan koskevan politiikan muotoilussa sangen hiljaisiksi ääntä ja valtaa käyttävän miehisen lääkäriprofession rinnalla.

Vaikka Abbott ei nosta esiin *ammatillisen koulutuksen instituutioita* erillisenä ammattien rakentamisen areenana, sosiologi Mary Elston (1977) tähdentää kou-

lutuslaitosten keskeistä merkitystä ammattiliittojen ohella areenoina, joilla ammattikunnan eri osaryhmät ajavat intressejään läpi yhdessä ja erikseen. Elston esittää, että koulutusinstituutiot muodostavat keskeisen ammatin sisäisen hallinnan areenan, jolla valta-asemassa olevat sosiaaliset ryhmät voivat ajaa intressejään heikommissa asemissa olevien osaryhmien kustannuksella. Tämän vallanhallinnan kautta koulutusinstituutioissa ohjataan tulevia ammatin edustajia tiettyyn ammatin sisäiseen osalohkoon. Työnjaollisia hierarkioita rakennetaan sekä ammatin tuleville edustajille tarjottavan ammatillisen tietotaidon että myös heille välitettävien asenteiden ja kulttuuristen käsitysten kautta (emt., myös Rantalaiho 1991). Palaan koulutuksen merkitykseen sosiaalisen järjestyksen rakentamisessa yksityiskohtaisemmin seuraavassa luvussa.

Byrokraattiset säännöt ja yhteiskunnalliset valtarakenteet eivät kuitenkaan ohjaa yksinään kaikkia vuorovaikutustilanteita. Sairaalan sosiaalisen järjestyksen muotoutumista tarkastelevassa tutkimuksessaan Anselm Strauss tutkijaryhmineen (1963) osoittaa, kuinka työyhteisöjen arjessa mobilisoidaan erilaisia epämuodollisia vallan lähteitä, joiden kautta voidaan ylittää institutionaalisen vallan rakenteita. Työnjaosta neuvotellaankin työyhteisöissä usein tilanteisesti (Abbott 1988; myös Laurén & Wrede 2008; Suominen & Henriksson 2008). Joan Acker (2006, 443) korostaa, että vaikka työyhteisöjen ja -organisaatioiden institutionaaliset järjestelmät ovat sidoksissa ympäröivän yhteiskunnan sosiaaliseen järjestykseen, työyhteisöissä syntyy vuorovaikutuksen seurauksena myös omanlaisiaan kulttuurisia tulkintoja ja käytäntöjä. Se, mikä kulloinkin on asianmukaista ja sopivaa, vaihtelee niin tilanteen, organisaatiokulttuurin kuin arviointia tekevän ihmisen tai ryhmän näkökulmasta. Acker (2006, 444, 451) nostaa esiin ruumiillisten erojen merkityksen työorganisaatioiden vuorovaikutustilanteita ohjaavina tulkintavihjeinä. Ne muokkaavat erilaisten yksilöiden ominaisuuksille, rooleille ja asianmukaiselle käyttäytymiselle työyhteisöissä asetettuja oletuksia ja odotuksia. Acker esittää, että työorganisaatioiden epätasa-arvoistavia toimintakäytäntöjä oikeutetaan ja ylläpidetään nimenomaan sosiaalisiin kategorioihin – kuten sukupuoleen, ikään, luokkaan ja ”rotuun” – liitettyjen, syvään juurtuneiden kulttuuristen mielikuvien, uskomusten, asenteiden ja oletusten kautta. Näistä lähtökohdista tulkittuna institutionaalinen vuorovaikutus on vahvasti sidoksissa ympäröivään kulttuuriseen järjestelmään ja sen muovaamiin sosiaalisiin kategorioihin.

Edellä esitetyn perusteella voi todeta, että maahanmuuttajasairaanhoitajien työnjaollisten asemien ja niiden ehtojen ymmärtäminen osana ammatin sosiaalista järjestystä edellyttää monitahoista ja –tasoista tutkimusasetelmaa, joka ottaa huomioon rakenteellisten, sosiaalisten ja kulttuuristen järjestysten yhteen kietoutumisen (Stacey & Homans 1978; Davies 1996; Abbott 2005; myös Maines 1982). Ammattien sosiaalisen järjestyksen neuvottelu perustuu erilaisten toimijaosapuolten väliseen institutionaaliseen ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen niin makro-,

meso- kuin mikrotasoilla. Ammattien hallinnassa globaalin sääntelyn reunaehdot, kansallisen tason poliittiset linjaukset ja niitä täytäntöön panevat organisaatiot ja intressiryhmät sekä mikrotasoiset yksilöiden ja ryhmien toimintakäytännöt linkittyvät toisiinsa. Aikaan ja paikkaan sidotut mahdollisuusrakenteet yhdessä sosiaalisten vuorovaikutusprosessien ja kulttuurisen järjestelmän kanssa ohjaavat ja rajoittavat ammatin hallintaan osallistuvien intressiryhmien ja yksilöiden toimintaa, mutta eivät määritä sitä (Stacey 1981). Tästä seuraa, että yhteiskunnassa vallitsevia hierarkioita voidaan haastaa vuorovaikutustilanteissa, vaikka rakenteellinen valta ei tee tästä välttämättä helppoa. Kuten työn sosiologi Liisa Rantalaiho (1991, 254) kiteyttää: *”Mikään paikka ei tee ihmisiä - - tahdottomaksi rakenteellisten imperatiivien toteuttajaksi. Aina säilyy mahdollisuus reflektioon ja itsereflektioon.”* Interaktionistinen viitekehys tarjoaa välineitä ennen kaikkea sen vallan mikropolitiikan tarkasteluun ja erittelyyn, jonka kautta rakenteellista, sosiaalista ja kulttuurista valtaa eletään vuorovaikutussuhteissa. Palaan yhteiskunnallisten rakenteiden, sosiaalisen vuorovaikutuksen ja yksilöiden toimintamahdollisuuksien tematiikkaan tarkemmin luvussa 3.3.

3.2 Ammatillisuus ja kulttuuriset luokittelut

Kuten edellisessä luvussa esitin, weberiläisessä professiotutkimuksessa tutkimuksellinen huomio on usein kohdistunut ammattien ja niiden osaryhmien intressien maksimoimiseen tähtäävään toimintaan. Tästä lähtökohdasta kiinnostus on kohdistunut ennen kaikkea niihin institutionaalisiin ulossulkemisen mekanismeihin, jotka estävät tiettyjen ryhmien edustajien ammattiin sisäänpääsyä tai ammattiuralla etenemistä.

Brittiläinen organisaatio- ja terveyssosiologi Celia Davies (1996) kuitenkin kritisoi ammattien tutkimusta liiallisesta keskittymisestä ulossulkemisiin ja niiden institutionaalisiin käytäntöihin. Davies (1996, 663) kääntää asetelman toisin päin tähdentämällä, kuinka oleellista on kiinnittää huomiota ennen kaikkea ammatin *sisäänsulkemisen tapoihin ja niitä määrittäviin ehtoihin* ammatin sosiaalisen järjestyksen ymmärtämiseksi. Daviesin mukaan sisäänsulkemisen tapojen kautta määritellään ammatillisuuden ideologista ydintä. Ammatillisuudesta käytävissä kamppailuissa on siten kyse siitä, kuka voi edustaa ammattia ja millaisin sosiaalisin ja kulttuurisin ehdoin. Tästä näkökulmasta ammatillisuutta tutkitaan osana ympäröivän yhteiskuntapoliittisen toimintaympäristön historiallisia ja kulttuurisia ehtoja, joiden kautta myös ammatillista työtä, sen tekijöitä ja toimintaehtoja määritellään.

Brittiläinen kulttuuriantropologi Mary Douglas (1986; 2000) käsitteellistää sosiaalisten ryhmien tapoja erotella ja rajata ihmisiä, ilmiöitä ja asioita normatiivisesti määrittyneisiin kulttuurisiin lokeroihin eli kategorioihin *kulttuurisina luokittelujärjestelminä.* Kulttuurisesti rakentuneisiin kategorioihin kiinnittyy moraalisesti latautuneita oletusarvoja, uskomuksia ja asenteita, jotka perustuvat luokittelujärjestelmän kautta ylläpidettävään yhteisön moraaliseen järjestykseen (Douglas 2000; myös Hall 1999, 156). Erilaisiin sosiaalisiin ryhmiin kohdistuvia ammatillisia sisään- ja ulossulkemisen käytäntöjä voi tulkita tästä näkökulmasta ammattikunnan sosiaalista järjestystä tukevina toimintatapoina, joiden kautta ammattiin pyrkivät tai siinä toimivat ihmiset asemoidaan ammatin sosiaalisessa järjestyksessä kulttuurisesti oikealle paikalleen. Samalla tuotetaan, uusinnetaan ja legitimoidaan ammatin sisäisiä jakoja ja hierarkioita. Tästä lähtökohdasta käsin kulttuuristen luokittelujen näkökulma syventää ymmärrystä ammatin sosiaalisesta järjestyksestä. Se täsmentää käsityksiä sosiaalisista kategorioista kulttuurisesti määrittyneinä, tietynlaiset mekanismit sisältävinä kohtaamisen tai näkemisen tapoina (ks. myös Löytty 2005, 181).

Ammatillisuuden ideologia ja erottelun käytännöt

Kuten Celia Daviesiin (1996) tukeutuen edellä esitin, sairaanhoitajien ammattikunnassa neuvottelut ammattiin sisäänpääsyn muuttuvista ja liukuvista rajoista ja ehdoista kietoutuvat ennen kaikkea oikeanlaista ammatillisuutta koskevien määrittelyjen ja tulkintojen ympärille. Ammatillisuudessa ja sen määrittelyssä on kyse paitsi oikeanlaisena pidetystä ammattitaidosta ja –tiedosta, myös kulttuurisiin ammatti-ihanteisiin kietoutuvasta moraalisesta ja eettisestä ulottuvuudesta (Witz 1992, 142–143; myös Henriksson 1998, 101–105). Witz (1992) tähdentää, että sisään- ja ulossulkemisten kautta toimijoille rakennetaan ammattikunnassa työnjaollisten asemien ohella myös sosiaalisen kuulumisen paikkoja ja identiteettejä. Näitä kulttuurisiin arvoihin ja normeihin nojautuvia prosesseja voi puolestaan tulkita eräänlaisena ammatillisuuden diskursiivisena ulottuvuutena (Witz 1992; Davies 1996), jossa määritellään ammatillisuuden ydintä ja marginaaleja sekä mittapuita niille, jotka katsotaan ammattiin soveliaiksi (Davies 1995; 1996).

Se, mikä kulloinkin katsotaan oikeanlaiseksi ammattitaidoksi, on jatkuvien kamppailujen ja uudelleenmäärittelyjen kohteena (ks. Thornley 1996; Henriksson 1998; Laiho & Ruoholinna 2008). Lainsäädännössä ammatinharjoittamisen ehdoksi määritellyn tutkinnon ja sen saavuttamiseen vaadittavan koulutuksen avulla määritellään ammatillisuuden muodolliset rajat ja ehdot. Sairaanhoitajien ammatillistumisessa on historiallisesti painotettu muodollisen koulutuksen kautta hankitun osaamisen merkitystä ammattitaidon määrittäjänä, samalla kun

työkokemuksen ja ruumiillisen työn merkitystä on väheksytty. Ammatillisuuden määrittely kiinnittyy siten olennaisesti kysymykseen koulutuksesta; niistä valintakriteereistä, joilla koulutukseen pääsee sisään sekä standardeista, joiden mukaan koulutusta tuotetaan. (ks. Thornley 1996; Henriksson 1998) Usko koulutuksen merkitykseen ammattikuntaa kulttuurisesti ja moraalisesti yhtenäistävänä tekijänä on sairaanhoitajakoulutuksessa poikkeuksellisen suuri (ks. Rinne & Jauhiainen 1988; Henriksson 1994; 1998). Rantalaiho (1991) muistuttaa, että virallisiin opetussisältöihin perustuvien muodollisten tietojen ja taitojen lisäksi koulutuksessa tuotetaan myös moraalista osaamista: ammattietiikkaa, ammattikieltä, ammatin keskinäistä solidaarisuutta, ammattiylpeyttä ja yhteisiä perinteitä. Koulutuksen kautta tulevat ammatin edustajat sosiaalistetaan ammatillisen ajattelutavan ja käyttäytymisen kulttuurisiin sääntöihin ja normeihin.

Kulttuurisesta näkökulmasta se, kuka katsotaan ”todelliseksi” tai ”oikeaksi” sairaanhoitajaksi, on vaihdellut historian saatossa (Reverby 1989). Naisammattilaisia koskeva tutkimus vahvistaa, ettei muodollisten osaamisvaatimusten määrittämisessä ole kyse pelkästään ammatissa tarvittavasta taidollisesta ja tiedollisesta osaamisesta. Hoiva-ammattien naisistumista koskeva tutkimus (esim. Abel & Nelson 1990) korostaa, että erityisesti naisten ammatteja ja ammatillisuutta arvioidaan suhteessa kulttuurisiin ideaaleihin. Näitä ideaaleja ja moraalisia ehtoja tuotetaan tiettyjä ominaisuuksia arvottamalla, jotka puolestaan ohjaavat ammattiin sisäänpääsyn ja siinä toimimisen ehtoja. Sosiologi Nona Glazer (1991, 369) tulkitsee ammatillisuuden arviointiin liittyvissä epätasa-arvoisuuksissa olevan kyse ihmisten sosiaalisia tunnusmerkkejä koskevista normatiivisista käsityksistä, joiden kohde vaihtelee aina biologista perimää koskevista oletuksista erilaisiin ammatissa suoriutumista koskeviin oletuksiin. Glazer ei kuitenkaan ulota analyysiään siihen, miten näitä erotteluja tuotetaan tai mihin ne perustuvat.

Ammatilliseen osaamiseen liittyvien standardien ohella ulos- ja sisäänsulkemisten kautta määritellään siten myös sitä, millainen *(nais)henkilö* oikeanlaisen sairaanhoitajan tulee olla. Douglasin (2000) käsittein nämä kulttuurisen määrittelyn käytännöt voidaan nähdä eräänlaisina erottelun rituaaleina, jotka ilmentävät yhteisön ideologisten ajatusrakennelmien ydintä, rajoja, marginaaleja ja sisäisiä linjauksia sekä näiden keskinäisiä suhteita. Näiden rituaalien kautta määritellään yhteisön ulkoisia rajoja ja yhteisöön kuulumisen ehtoja. Niiden avulla toimijoille rakennetaan moraalijärjestyksen mukaisia ’oikeanlaisia’ yhteiskunnallisia ja työnjaollisia asemia yhteisön sosiaalisessa järjestelemässä. Tästä näkökulmasta käytännöt ja ideologia, ammattikuntaan kuulumista muodollisesti ja kulttuurisesti määrittävät ehdot, ovat kietoutuneet toisiinsa erottamattomasti.

Naisten ammatteihin ja työhön kohdistuvassa sosiologisessa tutkimuksessa ammatillistumista ja sen strategioita on usein tarkasteltu rakenteellisesti ja historiallisesti määrittyneinä käytäntöinä. Tässä tutkimuksessa kiinnitän erityistä huomiota

kulttuuriseen luokittelujärjestelmään ja siihen kiinnittyviin erottelun käytäntöihin, jotka jäsentävät ammattikuntaan kuulumisen paikkoja, tapoja ja ehtoja. Kulttuuristen luokittelujen näkökulma avaa yhden tulkintareitin niiden ajattelutapojen näkyväksi tekemiseen ja erittelyyn, joihin perustuen ammatin institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä sekä vuorovaikutussuhteissa rakennetaan toimijarooleja ja työnjaon malleja. Näiden ajattelutapojen tunnistamisen tärkeyttä on peräänkuulutettu myös työn ja ammattien sosiologiassa (esim. Stacey & Homans 1978). Ammatillisuuden ideologian tai ammattikulttuurin sijaan olen kiinnostunut tutkimuksessani ennen kaikkea niistä erontekojen tavoista ja perusteista, joita ammatillisuuden määrittelyissä tuotetaan. Tarkasteluni kohteena on, miten maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillisuutta määritellään ja millaisia kulttuurisia ehtoja heidän ammattikuntaan kuulumiselleen sitä kautta asetetaan. Kiinnostukseni kohdistuu erityisesti siihen, *millaisten kulttuuristen luokittelujen ja erontekojen kautta maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillisuutta arvioidaan, haastetaan, ehdollistetaan tai rajataan erilaisissa sosiaalisissa ja institutionaalisissa käytännöissä ja vuorovaikutuksessa.*

Neuvotteluja kategorioiden rajavyöhykkeillä

Yksilöiden toimijuuden kannalta on ongelmallista, etteivät kategorioihin kiinnitetyt oletusarvot useinkaan vastaa elettyä todellisuutta. Ihmiset kiinnittyvät samanaikaisesti useisiin eri kategorioihin, ja kategorioiden oletusarvot saattavat olla keskenään ristiriidassa (esim. Davies 2002a). Koska käsitykset rakennetaan ja kokemukset tulkitaan kulttuuristen luokittelujen järjestelmässä usein kaksinapaisten vastakohtien avulla, yhteen kategoriaan kuuluminen voi myös estää toiseen kategoriaan kiinnittymisen (Davies 1996, 672–673; myös Douglas 2000).

Juuri kaksinapainen, todellisuuden monimuotoisuutta yksinkertaistava luonne tekee kategorioista luonteeltaan usein toiseuttavia (Löytty 2005, 9). Douglas (2000, 49) tähdentää, että kategorioita ja niiden sisäisiä vastinpareja koskevat oletukset kertovat yhteiskunnan sosiaalisten ryhmien välisistä suhteista. Kuten Davies (2002a) jatkaa, kategorioihin piiloutuu usein kaksijakoinen ajatus hallitsevan toimijan ja alempiarvoisen ”toisen” rooleista. ”Toinen” tulee määritellyksi rajojen ulkopuolelle toimijana, jolta puuttuu perustavanlaatuiset sosiaaliseen ryhmään kuulumisen laatuedellytykset, *”lacking some key qualities”*, kuten Davies (2002a, 33) asian ilmaisee. Tästä lähtökohdasta Davies (1996, 672–673) esittää, että ammatin sisään- ja ulossulkemisen käytäntöjen ymmärtämiseksi niitä on tarkasteltava kulttuurisiin käsityksiin ja kaksinapaiseen erontekojen järjestelmään kiinnittyneinä.

Miten kategorioiden välimaastoon tai niiden yhdistelmiin ristiriitaisesti sijoittuvien toimijoiden rooleista ja toiminta-alueista sitten neuvotellaan? Kult-

tuurisen luokittelun näkökulmasta erityisen kiinnostavia ovat juuri ilmiöt, jotka lankeavat tavalla tai toisella eri kategorioiden rajapinnoille ja kategorioiden oletusarvojen ulkopuolelle[4]. Poikkeusten nähdään ilmaisevan merkittäviä asioita itse luokittelujärjestelmästä. Väärässä kulttuurisessa kategoriassa esiin ilmaantuva asia häiritsee kulttuurista järjestystä. Kategorioiden välisille rajapinnoille sijoittuvat asiat ikään kuin kelluvat jollain epämääräisellä ja siksi toisinaan myös vaarallisella alueella (Hall 1999, 156). Kulttuurien kohtaamisia ja vierauden esittämistä tarkastelleen Olli Löytyn (2005, 15) mukaan tällainen kulttuuristen kategorioiden rajapinnoille sijoittuva *”hybridi voidaan ymmärtää kulttuuriseksi häiriköksi, joka sekoittaa luokitteluihin ja kategorioiden puhtaanapitoon perustuvan ajattelun*”.

Douglas (2000) ei kuitenkaan tulkitse kulttuurista luokittelujärjestelmää puhtaan kaksinapaisena järjestelmänä. Vaikka kulttuurin julkinen luonne tekee kategorioista tiukkoja, kategorioiden ajallinen ja paikallinen kiinnittyminen yhteiskunnallisiin arvoihin ja sosiaaliseen hierarkiaan tekee niistä häilyvärajaisia ja uusiutuvia ja siten myös neuvoteltavissa olevia. Kuten kulttuurintutkija ja sosiologi Stuart Hall (1999, 231–233) huomauttaa: *”Raja-aidat määritellään uudelleen eri aikoina ja eri paikoissa kuten myös suhteessa eri kysymyksiin. - - [Kategorioiden] merkitys ei [siten] ole koskaan lopullinen tai täydellinen, vaan pikemminkin ne jatkavat matkaansa tullakseen muiden, lisä- tai täydentävien merkitysten saartamiksi.*” Samatkin kategoriat saavat erilaisia merkityksiä sekä erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa ja kohtaamisissa että kietoutuessaan yhteen toisten kategorioiden kanssa.

Kategorioiden rajapinnoille sijoittuvat asiat tekevät näkyviksi kulttuurisia rajanvetoja ja pakottavat tarkistamaan niiden perusteita (Löytty 2005, 15). Sosiaaliantropologi Laura Huttunen (2002, 214, 252) on viitannut kulttuurisen rajamaan käsitteellä alueeseen, jossa erilaiset kulttuuriset jäsennykset voivat keskinäisen vuoropuhelun seurauksena mahdollisesti tuottaa uudenlaista rajamaan kulttuuria. Monikulttuurisissa yhteisöissä tapahtuu neuvotteluja kulttuurisilla rajapinnoilla, joiden seurauksena on yhtäältä rikastuttavia kokemuksia, toisaalta väistämättä myös erilaisten ajattelu- ja toimintatapojen ristivetoa ja hankausta (Huttunen, Löytty & Rastas 2005, 34). Kulttuuriseen luokittelujärjestelmään sopimattomia poikkeavuuksia ei välttämättä koeta vain kielteisinä, vaan rajatapauksiin voi liittyä pelon ja vaaran tunteiden lisäksi myös kunnioitusta ja voimantunnetta.

Sairaanhoitajien ammattikulttuurissa suhde kulttuuriseen erilaisuuteen näyttää usein ennalta lukkoon lyödyltä (Davies 2001a, b; Henriksson 1998, 10). Ammattikulttuuria voimakkaasti määrittävät samanlaisuusvaatimukset (Reverby 1989; Laiho & Ruoholinna 2008, 37) avaavat mielenkiintoisen tutkimusympäristön maa-

4 Vallitseviin kulttuurisiin kategorioihin hankalasti istuvia rajatapauksia on lähestytty mm. *hybridin* tai *hybridivyöhykkeen* (ks. Appadurai 1996; Werbner & Modood 1997; Löytty 2005; myös Hall 1999) ja *välitilan* (Turner 1977; myös Hall 1999) käsitteiden kautta.

hanmuuttajasairaanhoitajien ammattiin sisäänpääsyn ja sen jäsenenä toimimisen ehtojen ja rajojen tarkastelulle. Kysymys on siitä, miten ammattikunnan sisällä vedetään kulttuurisia rajoja samankaltaisuuksien ja erojen välille. Sosiaalitieteilijä Lea Henriksson (1998) havainnollistaa sairaanhoitajia koskevassa ammattihistoriallisessa tarkastelussaan, kuinka sairaanhoitajien ammattikulttuurissa on harjoitettu kulttuuristen kategorioiden puhtaanapitoa: ammattikulttuurisia ihanteita ylläpitäviin kategorioihin sopimattomat naiset luokiteltiin joko luopioiksi tai puoskareiksi. Kulttuurisia mielikuvia herätellen voi myös pohtia, kuinka esimerkiksi pakolaisena Suomeen muuttanut afrikkalaistaustainen huivipäinen musliminainen sopii yhteen terveydenhuollon ammattilaiseen maassamme kohdistettavien kulttuuristen oletusarvojen kanssa? Mediassa maahanmuuttajista ja suomalaisten työmarkkinoiden suhteesta käytyihin keskusteluihin (ks. Simola 2008; Haavisto 2010) suhteutettuna länsimaiden ulkopuolelta muiden syiden kuin työn perässä muuttaneiden, keskiluokkaista naisammattia edustavien sairaanhoitajien voi ajatella luisuvan helposti ristiriitaiseen asemaan kaksinapaisuuteen taipuvaisessa luokittelujärjestelmässä.

Sairaanhoitajan ammatin hallinnan eri toiminta-areenojen voi ajatella muodostavan eräänlaisen kulttuuristen rajavyöhykkeiden näyttämön, jolla maahanmuuttajasairaanhoitajien paikoista ja niiden ehdoista neuvotellaan samanaikaisesti eri ulottuvuuksilla: yhtäältä samankaltaisuuden ja jatkuvuuden ja toisaalta erojen ja murtumien suhteen (ks. Hall 1999, 229). Kategorioiden kaksijakoisuuden seurauksena ihmisten väliset erot kiinnittävät usein huomiota yhtäläisyyksiä ja yhteisyyttä enemmän (Davies 2002a). Kuten Hall (1999) muistuttaa, kaikki ihmiset ovat kuitenkin sekä samanlaisia että erilaisia suhteessa muihin ihmisiin. Erilaisuuden ja erojen rinnalla tutkimuksessa onkin syytä kiinnittää huomiota myös siihen, mikä ihmisille on yhteistä. Näen tämän näkökulman merkityksen korostuvan erityisesti maahanmuuttajatutkimuksessa, jossa huomion kiinnittäminen ainoastaan vieraaseen, erityiseen ja poikkeavaan voi helposti tehdä tutkimuskohteesta entistä vieraamman. Tutkimuksessani tämän lähtökohdan huomioiminen merkitsee sitä, että tulkitsen kulttuurisista jäsennyksistä käytäviä neuvotteluja eri maiden kulttuureiden tai eri kansallisuuksien kohtaamista laajemmasta näkökulmasta. Kulttuurisista jäsennyksistä käydään jatkuvia neuvotteluja myös kantasuomalaisista muodostuvan sairaanhoitajakunnan sisällä. Sairaanhoitajien ammatillistumisprosessia tutkinut Henriksson (1994, 99) toteaa ammatillistumisprosessin näyttäytyvän *”liikkeessä olevana suhdeverkostona, - - jossa ydinkysymykset ja osapuolet vaihtuvat.*” Kyse ei siten ole vain eri maiden kulttuureiden tai eri etnisyyksien yhteentörmäyksistä vaan siitä, että vieraat tekevät näkyviksi tutun yhteisön rajoja ja normeja (myös Wrede 2010). Näiden rajojen ja erottelujen tarkasteleminen auttaa samalla avaamaan kulttuurista näkökulmaa koko sairaanhoitajan ammattiin.

Tutkimuksessani ymmärrän sosiaalisina kategorioina yleisesti käsitteellistettävät tekijät, kuten sukupuolen ja etnisyyden, kulttuurisesti määrittyneinä konstruktioina, joiden merkityksistä neuvotellaan sosiaalisessa kanssakäymisessä. Sosiaaliset kategoriat toimivat yksilöiden ja ihmisryhmien identifioitumisen ja erottelujen perusteina. Jatkuvassa samuuden ja erojen tuottamisen dynamiikassa sosiaalisten kategorioiden avulla tuotetaan ja ylläpidetään erilaisten ihmisryhmien välisiä rajoja. Kulttuurintutkija Sara Ahmedin (2000, 144–145) tavoin olen kiinnostunut siitä, missä, miksi ja miten jokin asia määrittyy tietynlaiseksi. Tarkasteluni kohdistuu tällöin erityisesti siihen, *millaisissa tilanteissa ja kohtaamisissa etnisyys tai maahanmuuttotausta nousevat merkittäviksi ammatin sosiaalista järjestystä organisoiviksi luokitteluperusteiksi sekä millä tavoin niiden perusteella tehtävät erottelut tapahtuvat* (ks. myös Huttunen 2005, 120, 124–125).

3.3 Toimijuus ja kuulumisen rakentuminen

Maahanmuuttajiin kohdistuvan tutkimuksen erääksi ongelmaksi on yhä enenevissä määrin alettu tiedostaa se, miten maahanmuuttajat tulevat tutkimuksissa usein kirjoitetuiksi yhteiskunnallisten valtarakenteiden passiivisina uhreina (esim. Rastas 2004). Saman tulkintaongelman voi nähdä koskettavan myös muita haavoittuvassa asemassa olevia sosiaalisia ryhmiä ja toimijoita (ks. esim. Keskinen 2001). Kulttuurisiin kategorisointeihin kohdentuva tarkastelu voi puolestaan erotteluihin ja erontekoihin keskittymisen kautta pikemminkin uusintaa kuin häivyttää eri kategorioiden välisiä rajoja (Davies 2002a). Tiettyjen kategorioiden edustajista on näin vaarana rakentaa kategorioidensa vankeja, kulttuurisen järjestelmän ja vallankäytön passiivisia kohteita.

Tutkimuksessani pyrin välttämään rakenteellisia valta- ja toimijahierarkioita jo lähtökohtaisesti uusintavaa asetelmaa tarkentamalla tulkintakehykseni ennen kaikkea niihin toimijuuden mahdollisuuksiin, rajoituksiin ja ehtoihin, joita maahanmuuttajasairaanhoitajille avautuu työnjaollisista asemista käytävissä neuvotteluissa. Samalla pyrin rakentamaan tutkimusasetelmaani suuntaan, joka auttaa rikkomaan vallitsevissa diskursseissa maahanmuuttajille usein tarjottuja passiivisia toimijapaikkoja ja alisteisia identiteettejä.

Seuraavassa asetan paikoilleen ne keskeisimmät koordinaatit, jotka määrittävät ymmärrystäni yhtäältä yksilön toimijuuden ja yhteiskunnallisten rakenteiden välisestä suhteesta ja toisaalta ammattikuntaan sisäänpääsyn ja siihen kuulumisen moniulotteisista ja –toimijaisista neuvotteluista. Toimijuus ja siihen läheisesti liittyvä kuulumisen käsite muodostavat tutkimuksessani tulkintanäkökulmaa suuntaavan kehyksen, mutta ne eivät kuitenkaan toimi tutkimuksen varsinaisena

teoreettisena lähtökohtana. Näin ollen tässä yhteydessä ei ole sen enempää tarkoituksenmukaista kuin mahdollistakaan käsitellä toimijuuden ja kuulumisen aihepiireihin kiinnittyviä laajoja tutkimuskirjallisuuksia yksityiskohtaisemmin.

Yhteiskunnallisten rakenteiden ja inhimillisen toiminnan suhdetta tarkastelleen sosiologi Anthony Giddensin (1984) mukaan yhteiskunnallisia rakenteita ei ole olemassa *per se*. Giddens näkee yhteiskunnalliset rakenteet sosiaalisten järjestelmien ajallisiksi ja paikallisiksi tuotoksiksi, joita ihmiset uusintavat erilaisissa toimintakäytännöissä. Yhteiskunnan rakenne näyttäytyy siten sekä inhimillisen toiminnan lähtökohtana että sen tuotoksena. Tästä lähtökohdasta tarkasteltuna ihmisten toimijuus kietoutuu yksilöllisyyden ja yhteisöllisyyden, toimivan yksilön ja yhteiskunnallisten rakenteiden välisiin suhteisiin ja jännitteisiin. Kuten esitin jo aiemmin ammatin hallintaa käsittelevässä luvussa, yhteiskunnassa tiettynä ajankohtana vallitsevat mahdollisuusrakenteet sekä sosiaalinen ja kulttuurinen järjestys luovat yksilöiden toiminnalle ja valinnoille tietynlaiset mahdollisuudet, ehdot ja rajoitukset.

Sosiologi ja sosiaaligerontologi Jyrki Jyrkämän (2008) mukaan erilaiset sosiaaliset kategoriat kuten ikä, sukupuoli, sukupolvi, kulttuurinen tausta ja yhteiskuntaluokka voidaan tulkita toimijuuden suhteen yhteiskunnallisiksi, rakenteita aktualisoiviksi tekijöiksi. Sosiaalisten kategorioiden perusteella ihmisiin kohdistuu yhteiskunnassa erilaisia säädöksiä, määrittelyjä, odotuksia ja käytänteitä. Tätä kautta sosiaaliset kategoriat voidaan tulkita eräänlaisiksi toimijuuden koordinaateiksi, jotka rajaavat sitä, millaiset toimijuudet ovat kullekin yksilölle mahdollisia (myös Ronkainen 1999). Jyrkämä (2008, 192) kuitenkin tähdentää, etteivät yksilöt toimi passiivisesti rakenteiden ohjaamina, vaan tekevät aktiivisesti erilaisia valintoja ja ratkaisuja sen mukaan, minkä he näkevät omasta näkökulmastaan tavoiteltavaksi ja mahdolliseksi.

Toimijuuden tarkastelu suuntaa katseen siten sekä toimintaan ja tekemiseen että toimijuuden edellytyksiin ja sen seurauksiin. Sosiologi ja naistutkija Tuula Gordonin (2005, 115) mukaan toimijuuden tarkastelu valottaa *”ihmisten taloudellisia, kulttuurisia ja sosiaalisia paikkoja sekä oman elämän rakentamiseen liittyviä käsityksiä, kokemuksia ja tuntemuksia*”. Toimijuuden peruskysymys koskettaa kulloisenkin tilanteen mahdollistaman toiminnan ohella keskeisesti sitä, mitä ihminen osaa, kykenee, haluaa ja tuntee. Toimijuutta määrittää lisäksi toiminnan vuorovaikutuksellisuus: toimijuus rakentuu aina suhteena ja suhteessa toisiin toimijoihin (Jyrkämä 2008).

Tässä tutkimuksessa toimijuuden näkökulma kohdentaa tarkastelua yhtäältä siihen, millaisia toimijuuden ehtoja, mahdollisuuksia ja rajoitteita erilaisissa institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä ja kohtaamisissa maahanmuuttajasairaanhoitajille luodaan. Toisaalta kohdennan tarkastelua myös siihen, miten maahanmuuttajasairaanhoitajat omalla toiminnallaan vastaavat näihin toimintaehtoihin. Mielenkiintoni kohteena on erityisesti se, *millaisia käsityksiä maahan-*

muuttajasairaanhoitajilla on oman toimijuutensa mahdollisuuksista ja rajoituksista sekä millaisia resursseja ja tapoja he hyödyntävät neuvotellessaan ammattikuntaan sisäänpääsystä eri toimintaympäristöissä. Lea Henrikssonia (1994, 98) lainatakseni katson maahanmuuttajasairaanhoitajia tutkimuksessani siten *”sekä muutoksen arkkitehteina ja toteuttajina että määrittelyjen ja toimien kohteena”*.

Ammattikuntaan sisäänpääsyn voi helposti mieltää muodolliseksi tapahtumaksi, jossa ammatinharjoittamisoikeuden saavuttamisen myötä siirrytään ammattikunnan ulkopuolelta sen sisäpuolelle ja edelleen työmarkkinoille sekä työyhteisöihin. Tässä tutkimuksessa käsitän ammattikuntaan sisäänpääsyn kuitenkin laajemmin. Ymmärrän sen prosessina, jossa liikutaan sisä- ja ulkopuolisuuden suhteen monilla eri ulottuvuuksilla. Kyse on juridisen oikeuden ja muodollisen työnjaollisen aseman ohella myös sosiaalisesta osallisuudesta ja sisäpuolisuuden tunteesta. Tällaista ymmärrystä on käsitteellistetty tutkimuksissa sekä kuulumisen (ks. Yuval-Davis, Kannabiran & Vieten 2006) että jäsenyyden (esim. Harinen & Suurpää 2003) käsitteiden avulla. Molemmat käsitteet avaavat samantapaisen tarkasteluhorisontin yhteisöön kiinnittymiseen ja sen eri ulottuvuuksiin[5]. Katson kuulumisen kuitenkin tavoittavan paremmin sitä jatkuvaa liikettä, josta sekä ammattikuntaan että työmarkkinoille ja työyhteisöihin kiinnittymisessä on kysymys. Tietyn muodollisen aseman saavuttamisen jälkeenkään kuuluminen ei tule ”valmiiksi”. Ammattikuntaan kuuluminen on moniulotteista sisäpuolisuutta, jossa kysymys on muodollisen aseman ohella siitä, mitä yksilö kokee tahtovansa, kykenevänsä, osaavansa ja voivansa tehdä. Ammattikuntaan kuuluminen rakentuu siten ammatin eri toimintaympäristöissä asetettavien ulkopuolisten reunaehtojen ja yksilön oman toiminnan, käsitysten ja tunteiden vuorovaikutuksessa. Vaikka tarkasteluni suuntautuu ensisijaisesti maahanmuuttajasairaanhoitajien työnjaollisista asemista käytäviin neuvotteluihin, maahanmuuttajasairaanhoitajien toimijuuden tarkastelu valottaa myös niitä sosiaalisen osallisuuden kokemuksia ja tunteita, joita heille ammattikuntaan kuulumisesta käytävissä neuvotteluissa syntyy.

Tarkastelen ammattikuntaan kuulumisen neuvotteluja erilaisissa institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä ja kohtaamisissa tapahtuvina monitoimijaisina neuvotteluprosesseina. Näissä prosesseissa on kyse eri toimijoiden välisistä suhteista, intresseistä, päämääristä, toiminnasta, linjanvedoista, menettelytavoista, asennoitumistavoista, tunteista ja mielikuvista – siis *politiikasta* ja sen neuvottelusta (ks. Palonen 2003). Laajemmin ajateltuna kuulumisen politiikassa ei kuitenkaan

5 Ajatusprosessini näiden kahden käsitteen välillä on näkyvissä tutkimukseen sisältyvissä artikkeleissa, joista ajallisesti kahdessa ensimmäisessä (artikkelit I ja IV) käytän ammatillisen jäsenyyden käsitettä, ja kahdessa viimeisessä (artikkelit II ja III) kuulumisen käsitettä. Eri käsitteistä huolimatta ymmärrykseni ammattikuntaan kuulumisesta on kuitenkin samanlainen kaikissa artikkeleissa.

ole kyse ainoastaan ammattikuntaan tai työyhteisöihin sisäänpääsystä. Samoissa neuvotteluissa rakennetaan myös niitä toiminnan mahdollisuuksia ja rajoituksia, jotka koskevat ja ehdollistavat maahanmuuttajasairaanhoitajien jäsenyyttä koko suomalaisessa yhteiskunnassa.

4 Tutkimusasetelma ja –kysymykset: Ammattikuntaan kuulumisen politiikka

Tutkimuksen kohteena on EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta Suomeen muuttaneiden ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien ammattikuntaan sisäänpääsy ja sitä määrittävät ehdot. Monitasoisen tarkastelun kiinnekohtana toimii ammattikunta, josta käsin tulkitsen yhteiskunnallista ja sosiaalista toimintaa myös makro- ja mikrotasoilla. Tarkastelu kohdistuu siihen, miten ammattia ympäröivä yhteiskunnallinen toimintaympäristö sosiaalisine ja kulttuurisine järjestyksineen muovaa ja ehdollistaa maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan sisäänpääsyä ja sen jäsenenä toimimista. Empiirisen tutkimuksen kohteena ovat sairaanhoitajatyövoiman tarvetta ja rakennetta tarkasteleva poliittinen kielenkäyttö, ammatin hallintaan osallistuvien toimijatahojen institutionaaliset käytännöt sekä työyhteisöjen sosiaaliset kohtaamiset ja toimintakäytännöt. Tutkimusnäkökulma rajautuu muista kuin työperusteisista syistä maahan muuttaneiden sairaanhoitajien toimintaehtojen ja kokemusten tarkasteluun.

Tutkimuksen yleisenä tavoitteena on muodostaa laaja ja monitasoinen käsitys maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan kuulumisen paikoista ja ehdoista 2000-luvun alun Suomea määrittävässä tietynlaisessa yhteiskunnallis-historiallisessa toimintaympäristössä. Tavoitteenani on ymmärtää ja tehdä näkyviksi ennen kaikkea niitä yhteiskunnassa vallitsevia kulttuurisia, mutta myös rakenteellisia ja sosiaalisia tekijöitä, joiden kautta maahanmuuttajasairaanhoitajien työnjaollisista asemista ja ammatillisuuden ehdoista neuvotellaan erilaisissa toimintaympäristöissä. Tulkintanäkökulman valinnalla tavoitteenani on myös nostaa esiin maahanmuuttajasairaanhoitajien omaa ääntä ja toimijuutta ammattikuntaan kuulumista koskevissa monitoimijaisissa neuvotteluissa. Tutkimuksen kysymyksenasettelun avulla pyrin nostamaan esiin sekä maahanmuuttajataustaisten terveysammattilaisten ammatillista integroitumista vaikeuttavia että sitä edistäviä tekijöitä.

Tutkimusta ohjaava teoreettinen viitekehys rakentuu kahden eri tutkimusperinteen aineksista. *Ammattien ja työn sosiologia* auttaa ymmärtämään sairaanhoitajan ammattia sosiaalisena organisaationa, jolla on omanlaisensa rakenne, kulttuurinen perusta ja perinteet sekä institutionaaliset ja sosiaaliset toimintatavat. Tässä toimintaympäristössä neuvotellaan sosiaalisesta järjestyksestä, ammattien ja niiden osaryhmien keskinäisistä suhteista, erilaisissa sisään- ja ulossulkemisen käytännöissä. Erityinen mielenkiintoni suuntautuu ammattikuntaan sisään sulkemisen tapoihin, jotka ovat yhteydessä 'oikeanlaista' ammatillisuutta määrittäviin ja ehdollistaviin kulttuurisiin merkityksenantoihin ja konstruktioihin. *Kulttuuristen*

luokittelujen teoreettis-metodologinen traditio puolestaan suuntaa analyysiäni niiden kulttuuristen merkityksenantojen ja erontekojen tutkimiseen, joiden kautta ammatin sosiaalista järjestystä rakennetaan, ylläpidetään ja legitimoidaan. Kulttuurisen luokittelun tavat ilmaisevat niitä yhteisöjen moraaliperustaan kietoutuvia normeja, arvoja, oletuksia ja odotuksia, jotka muokkaavat niin institutionaalisia ja sosiaalisia käytäntöjä, sosiaalista vuorovaikutusta kuin yksilöllisten kokemustenkin muodostumista. Tämän analyyttisen linssin avulla suuntaan katseen institutionaalisissa ja sosiaalisissa sisään- ja ulossulkemisen käytännöissä todentuviin kulttuurisiin merkityksenantoihin ja erontekoihin.

Tutkimuksen analyyttinen ote on kaksitahoinen. *Rakenteellisesta näkökulmasta* tarkastelun kohteena ovat työnjaolliset asemat, joita maahanmuuttajasairaanhoitajille avautuu terveydenhuollon työmarkkinoilla, sairaanhoitajien ammattikunnassa ja työyhteisöissä. *Kulttuurisesta näkökulmasta* tarkastelu kohdistuu niihin kulttuurisiin merkityksenantoihin ja erontekoihin, joiden kautta maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillisuutta määritellään ja ehdollistetaan. Erityisenä mielenkiinnon kohteenani ovat maahanmuuttotaustan merkitykset kulttuuristen merkitystenantojen ja erontekojen perusteena. *Toimijuuden tulkintakehyksen* avulla fokusoin analyyttisten näkökulmien tarkastelua niihin toimijuuden mahdollisuuksiin, rajoitteisiin, resursseihin ja keinoihin, joita maahanmuuttajasairaanhoitajille avautuu työnjaollista asemista ja ammatillisuuden ehdoista käytävissä neuvotteluissa.

Tutkimuksen avainkäsitteen, *kuulumisen politiikan*, avulla kokoan yhteen tutkimuksen teoreettiset ja analyyttiset elementit. Ammattikuntaan kuulumisella viittaan yhtäältä rakenteelliseen työnjaolliseen asemaan terveydenhuollon työmarkkinoilla, sairaanhoitajien ammattikunnassa ja työyhteisöissä. Toisaalta ymmärrän kuulumisessa olevan kyse myös sosiaalisesta osallisuudesta ja kuulumisen tunteesta. Ammattikuntaan kuulumisessa on siten kyse moniulotteisesta sisäpuolisuudesta (*inclusion*), jonka muodoista ja ehdoista neuvotellaan eri toimijaosapuolten välisissä institutionaalisissa ja sosiaalisissa vuorovaikutusprosesseissa. Näissä prosesseissa rakentuvat myös ne toiminnan mahdollisuudet ja rajoitukset, jotka ehdollistavat paitsi ammattikuntaan, myös työyhteisöihin, työmarkkinoille ja laajemmin koko yhteiskuntaan kuulumista. Ammattikuntaan kuulumisen politiikassa keskeinen neuvottelukysymys koskee sitä, kuka voi kuulua joukkoon ja millaisin ehdoin?

Tutkimuksen tehtävänä on selvittää, *millaisia työnjaollisia asemia maahanmuuttajasairaanhoitajille avautuu Suomen terveydenhuollossa, sekä miten ja millaiset kulttuuriset, sosiaaliset ja rakenteelliset tekijät muovaavat maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan sisäänpääsyn ja siinä toimimisen ehtoja*. Erityinen mielenkiintoni kohdistuu kulttuuristen erontekojen perusteisiin ja tapoihin, joiden kautta rakenteellisia ja sosiaalisia jakoja tuotetaan ja ylläpidetään. Tutkimuskysymykset koskevat niitä toimijoita, tapoja ja ehtoja, joiden avulla ammatin sosiaalista

järjestystä tuotetaan, ylläpidetään ja legitimoidaan. Tutkimuksen keskeisinä analyyttisinä käsitteinä toimivat *työnjaollinen asema, sisään- ja ulossulkemisen käytännöt, ammatillisuus, toimijuus sekä kulttuuriset luokittelut*.

Tutkimustehtävä jakautuu seuraaviin alakysymyksiin:

1. *Millaisia **työnjaollisia asemia** maahanmuuttajasairaanhoitajille rakennetaan poliittisessa kielenkäytössä, ammatin sääntelyn institutionaalisissa käytännöissä sekä työyhteisöjen sosiaalisissa käytännöissä ja kohtaamisissa?*
2. *Miten maahanmuuttajasairaanhoitajien **ammatillisuutta** määritellään ja ehdollistetaan poliittisessa kielenkäytössä, institutionaalisissa käytännöissä sekä työyhteisöjen arjen sosiaalisissa kohtaamisissa?*
3. *Millaisissa yhteyksissä **maahanmuuttotausta ja/tai etnisyys** nousevat esiin toimijuutta määrittävinä tekijöinä, ja millaisia merkityksiä ne tällöin saavat?*
4. *Millaisin tavoin ja resurssein maahanmuuttajasairaanhoitajat rakentavat **toimijuuttaan** ammattiin sisäänpääsyn ja siinä toimimisen neuvotteluissa?*

Tästä asetelmasta käsin tutkimus avaa monitahoisen näkökulman maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan, työmarkkinoille ja työyhteisöihin sisäänpääsystä ja sen ehdoista, tavoista ja keinoista. Kohdistaessaan huomiota kulttuurisen luokittelujärjestelmän muovaamiin, usein piiloisiin ja kyseenalaistamattomiin institutionaalisiin ja sosiaalisiin käytäntöihin, tutkimus tuottaa tietoa niistä rakenteellisista, sosiaalisista ja kulttuurisista haasteista, joita EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta ensisijaisesti muista kuin työperusteisista syistä muuttaneet sairaanhoitajat kohtaavat Suomessa. Samanaikaisesti tutkimus nostaa esiin niitä mahdollisuuksia ja resursseja, joita maahanmuuttajasairaanhoitajat voivat tarjota Suomen terveydenhuollon työmarkkinoille. Tutkimus korjaa kansainvälisten muuttoliikkeiden tutkimuksessa vallitsevaa näkökulmavinoumaa huomioimalla kansainväliset rajat ylittävien koulutettujen naisammattilaisten moninaiset muuttoväylät. Tutkimus avaa kansallisten työmarkkinoiden tutkimukseen uudenlaisen näkökulman, jossa tarkastelun kohteena on keskiluokkaisen naisammatin erityinen toimintaympäristö maahanmuuttajien toimintamahdollisuuksien näkökulmasta.

Tutkimuksen empiirinen osuus koostuu neljästä artikkelista. Näissä artikkeleissa kuulumisen politiikan neuvotteluja tarkastellaan yhteiskunnallisen toimintaympäristön sekä ammattikuntaan, työmarkkinoille ja työyhteisöön sisäänpääsyn näkökulmista. Eri artikkeleissa tutkimuskysymyksiä tarkastellaan erilaisissa toimintaympäristöissä ja erilaisen tutkimuskirjallisuuden valossa. Myös tutkimuskysymysten painotus eri artikkeleissa vaihtelee. Artikkeleiden järjestys tässä yhteenveto-osiossa ei noudata niiden ajallista julkaisujärjestystä. Uudelleenmuokatussa

järjestyksessä artikkelit muodostavat ajallisesti loogisesti etenevän jatkumon maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan, työmarkkinoille ja työyhteisöihin sisäänpääsyyn liittyvistä prosesseista.

Artikkelissa I kiinnitän tutkimuksen kansainvälisen muuttoliiketutkimuksen käsitteisiin sekä kontekstoin tutkimusaiheen siihen globaaliin ja kansalliseen toimintaympäristöön, jossa maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan kuulumisesta neuvotellaan. Piirrän artikkelissa kuvan niistä yhteiskunnallisista neuvotteluista, joissa määritellään sairaanhoitajatyövoiman merkitystä ja rakennetta kansallisella tasolla. Samalla näissä politiikkalinjauksissa määritellään yhteiskunnallisia reunaehtoja, joiden rajoissa kuulumisen politiikasta neuvotellaan. Kansallisen politiikka-asiakirja-aineiston avulla valotan erityisesti työmarkkina- ja valtiotoimijoiden näkökulmia. Tarkastelun kohteena on, millaisena resurssina maahanmuuttajasairaanhoitajat nähdään terveydenhuollon työmarkkinoilla ajankohtana, jolloin pula sairaanhoitajatyövoimasta näyttäytyy kansallisena uhkana. Analyysi kohdistuu ensisijaisesti työnjaollisia asemia ja maahanmuuttotaustan merkitystä koskeviin tutkimuskysymyksiin 1 ja 3. Keskeisinä kuulumisen ehtoja jäsentävinä tekijöinä tarkastelen maahanmuuton perusteen, ammatin ja sukupuolen yhteen kietoutumista. Artikkelin kautta osallistun sairaanhoitajien ja muiden koulutettujen maahanmuuttajien kansainvälisestä muuttoliikkeestä käytävään tieteelliseen keskusteluun tuomalla esiin muuttoliikkeen sukupuolittuneisuuteen ja erilaisiin maahan muuton perusteisiin kiinnittyviä jakoja. Tuon esiin politiikkaohjauksen vaikutukset meso- ja mikrotasoilla seuraavissa artikkeleissa, joissa tarkastelunäkökulma vaihtuu makrotasolta ammatin hallinnan ja sääntelyn institutionaalisiin toimintaympäristöihin sekä työyhteisöihin. Seuraavissa artikkeleissa tarkastelu kohdistuu maahanmuuttajasairaanhoitajien omiin kokemuksiin.

Artikkelissa II tuon esiin työvoima- ja koulutuspoliittisten ratkaisujen ja käytäntöjen merkityksiä maahanmuuttajasairaanhoitajien työnjaollisten asemien ja toimintaehtojen muovaajina. Artikkeli muodostaa kuvan maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattiin sisäänpääsyn ehdoista tarkastelemalla maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymisen mahdollisuuksia ja koulutusreittejä. Tutkimusaineisto koostuu maahanmuuttajasairaanhoitajien haastatteluista, joiden tukena on hyödynnetty myös pätevöitymiskoulutukseen liittyviä dokumentteja. Tutkimuksen kohteena ovat maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillisuuden tunnistamiseen ja tunnustamiseen liittyvät sosiaaliset ja institutionaaliset käytännöt, joiden kautta ammatillisia ja yhteiskunnallisia jakoja tuotetaan ja legitimoidaan. Analyysi kohdistuu ennen kaikkea työnjakoa, ammatillisuutta ja maahanmuuttotaustan merkitystä koskeviin tutkimuskysymyksiin 1, 2 ja 3. Artikkeli osallistuu ammattien ja työmarkkinoiden tutkimuksessa käytäviin tieteellisiin keskusteluihin ammattien ja työmarkkinoiden lohkoutumisesta tähdentämällä, kuinka maahanmuuttajatausta tuo esiin ja voimistaa kansallisten työmarkkinoiden ja sairaanhoitajan ammatin

sisällä jo entuudestaan vallitsevia sosiaalisia ja kulttuurisia jakoja ja hierarkioita. Artikkeli tuo ammattien tutkimuksen näkökulmaa myös etnisten suhteiden tutkimukseen muistuttaen siitä, miten tärkeää on tarkastella maahanmuuttajataustaa ja etnisyyttä osana muiden sosiaalisten ja kulttuuristen jakojen määrittämää toimintaympäristöä ja vuorovaikutussuhteita.

Artikkelissa III kiinnitän tutkimuksen terveydenhuollon työmarkkinoiden kontekstiin. Artikkeli muodostaa kuvan sairaanhoitajien työmarkkinoista tietynlaisena sosiokulttuurisesti rakentuneena toimintaympäristönä, joka muovaa maahanmuuttajasairaanhoitajien työmarkkinatoimijuuden ehtoja ja tapoja tietyin tavoin. Tutkimusaineisto koostuu maahanmuuttajasairaanhoitajien haastatteluista ja työllistymisodotuksia käsittelevästä kyselyaineistosta. Tutkimuksen kohteena ovat maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymistä ja työmarkkina-asemaa määrittävät sosiokulttuuriset tekijät sekä näiden tekijöiden merkitys maahanmuuttajasairaanhoitajien työmarkkinatoimijuuden näkökulmasta. Analyysi kohdistuu erityisesti maahanmuuttotaustan merkitystä ja maahanmuuttajasairaanhoitajien toimijuutta käsitteleviin tutkimuskysymyksiin 3 ja 4. Tällä artikkelilla osallistun maahanmuuttajien työmarkkina-asemasta ja sen muotoutumisesta työmarkkinoiden tutkimuksessa käytäviin tieteellisiin keskusteluihin. Osoitan, kuinka yleisillä, etnisesti lohkoutuneilla työmarkkinoilla heikossa työmarkkina-asemassa näyttäytyvät ryhmät - kuten länsimaiden ulkopuolelta muista kuin työperusteisista syistä muuttaneet naiset - voivat saavuttaa keskiluokkaisen (nais)ammatin työmarkkinoilla verrattain hyvän työmarkkina-aseman. Artikkeli avaa kotimaiseen työmarkkinoiden tutkimukseen uudenlainen näkökulman, jossa tarkastelun kohteena on keskiluokkaisen naisammatin erityinen toimintaympäristö maahanmuuttajien toimintamahdollisuuksien näkökulmasta.

Artikkelissa IV avaan näkökulman terveydenhuollon työyhteisöihin ja niissä käytäviin neuvotteluihin maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan ja työyhteisöihin kuulumisesta. Artikkeli muodostaa kuvan siitä, kuinka kulttuuriset luokittelut ohjaavat työyhteisöjen arjessa käytäviä neuvotteluja ammatillisuudesta sekä sosiaalisen ja kulttuurisen kuulumisen ehdoista. Aineisto perustuu maahanmuuttajasairaanhoitajien haastatteluihin. Tutkimuksen kohteena on yhtäältä se, millaisena eronteon perusteena maahanmuuttajatausta näyttäytyy suomalaisissa terveydenhuollon työyhteisöissä ja niiden vuorovaikutuskäytännöissä. Toisaalta huomion kohteena on se, millaisin keinoin maahanmuuttajasairaanhoitajat rakentavat työyhteisöihin ja ammattikuntaan kuulumistaan. Analyysi kohdistuu erityisesti maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillisuutta, maahanmuuttotaustaa sekä toimijuutta koskeviin tutkimuskysymyksiin 2, 3 ja 4. Artikkelilla osallistun työelämän ja -yhteisöjen etnisistä suhteista käytävään tieteelliseen keskusteluun ja osoitan, miten vahva ammatillinen osaaminen ja identiteetti toimivat maahanmuuttaja-ammattilaisten keskeisinä työyhteisöihin kiinnittymisen resurssei-

na. Artikkeli tuo myös ammattien ja työn sosiologian tutkimukseen kulttuurista näkökulmaa tekemällä näkyväksi sitä, miten erilaisia ihmisryhmiä kategorisoivat kulttuuriset odotukset ohjaavat ammatillisuudesta tehtäviä tulkintoja.

5 Tutkimuksen toteutus

Tässä luvussa esittelen tutkimusaineiston ja tutkimusprosessin sekä tiivistän tutkimukseni metodologisen viitekehyksen. Kulttuurisiin merkityksenantoihin ja kategorisointeihin kohdistuvan lukutapani metodologiset perusteet olen esitellyt luvussa 3.2. Tässä luvussa suhteutan ja paikannan kulttuurisiin luokitteluihin kohdistuvaa analyysiä sille sukua olevien analyysimenetelmien kentälle sekä kuvaan lähilukuni tapoja.

5.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto koostuu kolmesta erityyppisestä aineistosta: politiikka-asiakirjoista, kyselyaineistosta ja haastatteluista. Eri aineistot valottavat tutkittavan ilmiön eri puolia. Niillä on tutkimuksessa myös erilainen painoarvo.

Politiikka-asiakirjat muodostavat haastattelu- ja kyselyaineistoja taustoittavan ja yhteiskunnalliseen toimintaympäristöön kontekstoivan aineiston. Niiden avulla kartoitan sairaanhoitajatyövoimasta ja sen järjestämisen tavoista kansallisella tasolla käytävää keskustelua ja näiden keskustelujen ydinsisältöjä maahanmuuttajasairaanhoitajien näkökulmasta. Politiikka-asiakirjojen analyysin tarkoituksena on syventää ja tarkentaa ymmärrystä siitä yhteiskunnallisesta toimintaympäristöstä, jossa maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan kuulumisesta neuvotellaan (ks. Huttunen ym. 2005, 25; Nieminen & Henriksson 2008). Politiikka-asiakirjojen tarkastelu pohjusti kysely- ja haastatteluaineistojen keräämistä, jotka avaavat ikkunan politiikkalinjausten muovaamiin käytäntöihin ja arjen kokemuksiin.

Haastatteluaineisto toimii tutkimuksen ensisijaisena aineistona, jota kyselyaineisto täydentää. Haastattelut valottavat ennen kaikkea maahanmuuttajasairaanhoitajien omia tulkintoja ammattikuntaan sisäänpääsyn ja siinä toimimisen ehdoista sekä heidän oman toimijuutensa resursseista ja keinoista. Samalla aineisto kertoo kuitenkin myös siitä, miten muut toimijat määrittelevät ja kohtelevat heitä erilaisissa institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä ja kohtaamisissa. *Kyselyaineisto* tarkentaa kuvaa maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymiseen liittyvistä ennakko-odotuksista.

Käytän haastattelujen tukena myös tutkimuksen aineistonkeruuaikana käynnissä olleiden kolmen pätevöitymiskoulutusohjelman dokumentteja, kuten opetussuunnitelmia, tutkintotodistuksia, projektiarvioita ja koulutuksista laadittuja mediatiedotteita. Hyödynnän näitä asiakirjoja lähinnä tarkentaessani ja taustoit-

taessani haastateltavilta saamaani pätevöitymiskoulutusta koskevaa informaatiota. Koulutusdokumentit eivät kuitenkaan toimi ensisijaisina tietolähteinäni, eivätkä ne ole olleet varsinaisen lähianalyysin kohteena. Koska dokumentit viittaavat lisäksi suoraan tiettyihin pätevöitymiskoulutusohjelmiin, joissa haastattelemani maahanmuuttajasairaanhoitajat ovat opiskelleet, en tietosuojasyistä esittele näitä dokumentteja yksityiskohtaisemmin tai viittaa niihin analyysissäni.

Tutkimusaineiston eri osien painoarvo vaihtelee eri artikkeleissa. Alla oleva taulukko esittää, mihin aineiston osaan tai osiin eri artikkelit perustuvat:

TAULUKKO 1. ARTIKKELEISSA KÄYTETYT AINEISTOT

ARTIKKELI/ AINEISTO	**Politiikka-asiakirjat**	**Kysely**	**Haastattelut**
Artikkeli I Political negotiations on occupational membership	**X**		
Artikkeli II Maahanmuuttajasairaanhoitajien työläät tiet ammattiin			**X**
Artikkeli III Maahanmuuttajasairaanhoitajien työmarkkina-asema ja toimijuuden ehdot		**X**	**X**
Artikkeli IV Maahanmuuttajasairaanhoitajat terveydenhuollon työyhteisöissä			**X**

Politiikka-asiakirjat

Maahan muuttaneiden terveysammattilaisten asemaa kansallisilla työmarkkinoilla linjaavan ja sääntelevän politiikan ja hallinnon vastuualueet olivat pirstoutuneet tutkimuksen tarkasteluajanjaksolla usealle eri taholle. Tutkimuksessa tarkastelemani asiakirja-aineisto edustaa keskeisiä politiikkatoimijoita, jotka osallistuivat sairaanhoitajatyövoiman tarvetta, saatavuutta ja rakennetta koskeviin linjauksiin valtakunnan tasolla. Keskeisimpinä valtiollisina toimijatahoina tarkastelen *Sosiaa-*

li- ja terveysministeriötä sekä *Työministeriötä*[6]. Työmarkkinaosapuolista Kuntaliitto edustaa aineistossa sairaanhoitajien keskeisintä työnantajaosapuolta, kuntia. Terveys- ja sosiaalialan koulutettuja ammattilaisia edustava etujärjestö *Tehy* tuo puolestaan tarkasteluun mukaan ammattiyhdistysliikkeen näkökulman.

Aineisto muodostuu edellä mainittujen toimijatahojen vuosina 2000–2005 julkaistuista aiheen kannalta relevanteista asiakirjoista: selvityksistä, mietinnöistä, raporteista ja tiedotteista. Asiakirjoissa vedetään suuntaviivoja ja tehdään toimintasuunnitelmia terveydenhuoltoa uhkaavaan työvoimapulaan varautumisen ratkaisuvaihtoehdoista, keinoista, mahdollisuuksista, ehdoista ja haasteista. Olen valinnut yksityiskohtaiseen analyysiin yhden avaindokumentin kultakin toimijataholta (ks. liite 1). Muut dokumentit ovat toimineet täydentävänä aineistona. Tarkasteluajanjakson olen rajannut tutkimukseen haastattelemieni maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymisen ja työelämään siirtymisen kannalta relevanttina pitämääni ajanjaksoon; tälle ajanjaksolle sijoittuvat niin haastateltujen pätevöitymisprosessit kuin heidän työelämään siirtymisensäkin.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) kantaa kokonaisvastuun kansallisen terveys- ja sosiaalipolitiikan suunnittelusta, toimenpidelinjauksista ja toteutuksesta. Olennainen osa terveydenhuollon toiminnan järjestämistä on tarvittavan ammattihenkilöstön määrän ja laadun varmistaminen (STM 2006). Tämän rinnalla STM hallinnoi terveydenhuollon ammatteja koskevaa sääntelymekanismia keskusvirastonsa, terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (TEO)[7], kautta. STM osallistuu myös sosiaali- ja terveydenhuollon työvoima- ja koulutustarpeiden suunnitteluun ja ennakointiin eri ministeriöiden ja etujärjestöjen muodostamassa asiantuntijaverkostossa. Vuonna 2000 STM asetti sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan, jonka tehtävänä oli laatia ennuste sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeesta ja arvioida ammatillisen koulutuksen mitoitusta vuosiksi 2001–2010 sekä tehdä työvoima- ja koulutustarpeen seuranta- ja ennakointijärjestelmää koskeva ehdotus (STM 2001). Tarkastelen ennakointitoimikunnan työn tuloksena syntynyttä *Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintöä* (STM 2001) STM:n terveydenhuollon työvoimaa ja sen järjestämistä koskevien linjausten avaindokumenttina.

Työministeriön vastuualue käsitti tarkasteluajankohtana työvoimapolitiikan lisäksi merkittävän osan myös maahanmuuttopolitiikasta. Ministeriön vastuualueeseen kuului sekä maahanmuuttajien integraatio yhteiskuntaan ja yhteiskunnan etnisen tasa-arvoisuuden edistäminen että täydentävän ammatillisen koulutuksen järjestäminen työttömille tai työttömyysuhan alaisille aikuisille maahanmuuttajille (Työministeriö 2006). Valtiollisen työllisyyshallinnon avaindokumenttina tarkas-

6 Vuodesta 2008 alkaen työ- ja elinkeinoministeriö.

7 Vuodesta 2010 alkaen Valvira.

telen *Työpolitiikan strategia 2003 – 2007 – 2010* -asiakirjaa (Työministeriö 2003), jossa rakennetaan kansallisen työvoimapolitiikan visiota, haasteita ja tavoitteita. Työministeriön raportti avaa aiheeseen laajan, yleisiä työmarkkinoita käsittelevän näkökulman. Strategiassa ei juurikaan käsitellä yksittäisten alojen työvoimaan liittyviä kysymyksiä, vaan linjaukset koskettavat kansallisia työmarkkinoita yleisesti.

Mesotason toimijoina, työmarkkina- ja etujärjestöjen edustajina, tarkastelen sekä terveys- ja sosiaalialan koulutetun henkilöstön etujärjestöä Tehyä että kaupunkien ja kuntien etujärjestönä toimivaa Kuntaliittoa. Sairaanhoitajien ammatillinen järjestäytymisaste on ollut Suomessa verraten korkea, ulottuen lähes 90 prosenttiin työntekijöistä vuonna 2005 (Tehy 2005a). Tehy on suurin sairaanhoitajia edustava etujärjestö, johon kuului 124 000 jäsentä vuonna 2005 (emt.). Tarkastelen Tehyä sairaanhoitajien ammatillisten intressien ja etujen ajajana. Tehyn kannanottoja sairaanhoitajien maahanmuuttoon liittyen oli tarkasteluajanjaksolla kuitenkin saatavilla vielä sangen niukasti. Tarkastelu kohdistuu kahdessa osassa julkaistuun *Monikulttuurisuusselvitykseen* (Tehy 2005a; Tehy 2005b), joka perustuu Tehyn tekemään, vain internetversiona saatavilla olleeseen pienimuotoiseen selvitykseen. Siinä käsitellään maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymistä, heidän asemaansa työorganisaatioissa sekä odotuksia ammattiliiton toimintaa kohtaan. Muista tutkimuksessa tarkastelemistani toimijatahoista poiketen Tehyn selonteot kohdentuvat nimenomaan maahanmuuttajasairaanhoitajiin.

Kuntaliitto edustaa aineistossa sairaanhoitajien suurimpia työnantajia eli kuntia ja kuntainliittoja. Suomessa 80–85 prosenttia sairaanhoitajista työllistyy julkiselle kuntasektorille (STM 2001, 60). Kaavailtu sairaanhoitajapula tulee siten koskettamaan eniten juuri kuntasektoria. Kuntaliiton avaindokumenttina tarkastelen *Kuntien työvoima ja henkilöstö 2010* –raporttia (Kuntaliitto 2002). Raportissa keskitytään uhkaavan rekrytointikriisin valmisteluun kuntien palvelutuotannon turvaamisen näkökulmasta.

Toimijatahot käsittelevät sairaanhoitajatyövoimakysymystä ja maahanmuuttajia sen osakysymyksenä kukin omista toimijarooleistaan, vastuualueistaan ja niihin kiinnittyvistä lähtökohdista käsin. Luen ja tulkitsen kaikkia asiakirjoja siltä kannalta, miten ne lähestyvät ulkomaalaisia terveysalan ammattilaisia koskettavia kysymyksiä. Mielenkiintoni kohdistuu siihen, millaisia työmarkkina-asemia maahanmuuttajasairaanhoitajille avataan toimijoiden näkemyksissä sekä siihen, miten heidän toimijuutensa ehtoja muovataan toimenpidelinjausten kautta. Tarkastelen tapoja, joilla asiakirjoissa selitetään, tulkitaan, perustellaan ja arvioidaan maahanmuuttajasairaanhoitajia koskettavia kysymyksiä Suomen kontekstissa. Kysymys on yhtälailla siitä, mistä ja miten teksteissä keskustellaan, kuin siitä mistä niissä vaietaan.

Tutkimuksen kokonaisuudessa politiikka-asiakirja-aineiston analyysi tulee ymmärtää ennen kaikkea tiettyyn aikaan ja paikkaan sidotun yhteiskunnalli-

sen toimintaympäristön kuvauksena, joka muodostaa kontekstin haastattelemieni maahanmuuttajasairaanhoitajien kokemuksille. Luen asiakirjoja kulttuurisena aineistona, jolla on omat, tiettyyn yhteiskunnallis-historialliseen hetkeen sidotut tuotantoehtonsa. Ymmärrän asiakirjat ja niiden kielenkäytön sosiaalisena toimintana, jossa osallistutaan sosiaalisen todellisuuden rakentamiseen ja jolla tehdään erilaisia asioita (Jokinen, Juhila & Suoninen 1999, 10). Yhtäältä tulkitsen politiikka-asiakirjoja toimintana, jonka kautta maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan kuulumiselle tuotetaan yhteiskunnallisia reunaehtoja, jotka aktualisoituvat erilaisissa institutionaalisissa käytännöissä. Toisaalta näen asiakirjat myös kulttuurisia käsityksiä, odotuksia ja asenteita uusintavina teksteinä, joissa määritellään tiettyjen ihmisryhmien osallisuutta ja kuulumisen paikkoja sekä mahdollisuuksia yhteiskunnassa (Carling 2005, 15; Huttunen ym. 2005, 25).

Kyselyaineisto

Kyselyaineisto koostuu vuonna 2005 pätevöitymisopintojensa loppuvaiheessa olleiden maahanmuuttajasairaanhoitajien täyttämistä kyselylomakkeista (n=30), joissa käsitellään heidän työelämään siirtymiseen kohdistamia odotuksia (liite 2). Kahdesta kyselyyn osallistuneesta koulutusryhmästä toiselle lomake lähetettiin täytettäväksi oppitunnin aikana. Toinen ryhmä vastasi kyselylomakkeeseen oppilaitoksessaan tutkijan ja opiskelijoiden yhteiselle tapaamiselle järjestetyn oppitunnin aikana.

Alun perin kyselyn tarkoituksena oli toimia haastattelukysymysten rakentamista helpottavana taustamateriaalina. Tästä syystä lomake sisältää paljon avoimia kysymyksiä, joihin opiskelijat ovat yleisesti ottaen vastanneet hyvin. Kyselyn kautta sain myös kontaktin moneen maahanmuuttajasairaanhoitajaan, jotka myöhemmin ottivat osaa haastatteluihin. Kyselyyn ja haastatteluihin osallistuneet ovat osittain samoja ihmisiä, mutta kaikki haastatelluista eivät kuitenkaan osallistuneet kyselyyn. Kyselyvastauksia ei ole myöskään mahdollista yksilöidä ja yhdistää tiettyihin haastatteluihin.Peilaan näitä kahta aineistoa toisiinsa ennen kaikkea silloin, kun tarkastelen kyselyyn vastanneiden työllistymisodotuksia suhteessa haastateltavien työllistymiskokemuksiin. Kyselyaineisto täydentää siten haastatteluaineistoa artikkelissa III, jossa tarkastelun kohteena on maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymisprosessi.

Haastatteluaineisto

Haastatteluaineisto muodostaa tutkimuksen ydinaineiston. Aineisto koostuu EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta Suomeen muuttaneiden, Suomessa pätevöityneiden ja haastatteluhetkellä sairaanhoitajina työskennelleiden ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien haastatteluista (n=20).

Tutkimuskohde on rajattu sellaisiin maahanmuuttajataustaisiin sairaanhoitajiin, joilla on Suomeen muuttaessaan ollut suoritettuna sairaanhoitajan tai muu vastaava tutkinto EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta ja jotka ovat erillisen lisäkoulutuksen kautta saavuttaneet ammatinharjoittamisoikeuden Suomessa. Tällä rajauksella tavoittelen ensinnäkin yhdessä suhteessa koherenttia otosta muutoin hyvin heterogeenisesta maahanmuuttajataustaisten sairaanhoitajien joukosta. Toiseksi, kysymys ammatillisen pätevyyden neuvotteluista ja ammatinharjoittamisoikeuden hankkimisen prosessista kulminoituu nimenomaan EU- ja ETA-maiden ulkopuolella sairaanhoitajakoulutuksen suorittaneiden kohdalla. Kolmanneksi perustelen tutkimuskohteen valintaa viime vuosien työvoima- ja maahanmuuttopoliittiseen keskusteluun viitaten, jossa yhtenä pohdinnan kohteena on ollut nimenomaan ulkomailta rekrytoitavien sairaanhoitajien hankkiminen terveydenhuollossa vallitsevan työvoimapulan helpottamiseksi. Edellä mainituista syistä olen rajannut tutkimuksen ulkopuolelle sairaanhoitajan tutkinnon ainoastaan Suomessa tai muissa EU- ja ETA-maissa suorittaneet maahanmuuttajataustaiset sairaanhoitajat.

Haastattelujen toteutus ja tutkimussuhde

Tavoitin haastateltavat pääasiassa kolmen työvoimapoliittisena koulutuksena toteutetun pätevöitymiskoulutusohjelman kautta, jotka oli suunnattu sairaanhoitajan tutkinnon EU- ja ETA-maiden ulkopuolella suorittaneille maahanmuuttajille. Kolme muita reittejä pitkin pätevöitynyttä haastateltavaa sain tietooni median tai muiden kontaktien avulla. Koulutusohjelmiin osallistuneiden nimi- ja yhteystiedot sain työvoimaviranomaisilta. Poimin yhteystietolistoilta mahdollisia haastateltavia satunnaisesti, joskin kiinnitin huomiota siihen, että haastateltavia tulisi eri lähtömaista. Lähestyin haastateltavia tutkimuksesta kertovalla kirjeellä (liite 3), jonka jälkeen soitin noin viikon päästä tiedustellakseni vastaanottajan halukkuutta haastatteluun.

Olin positiivisesti yllättynyt tutkimuksen saamasta myönteisestä vastaanotosta ja innokkuudesta, jolla useimmat vastaajat suhtautuivat tutkimushaastatteluun osallistumiseen. Muutamat ottivat jopa itse yhteyttä ennen soittoani ja halusivat varmistaa osallistumisensa. Myöhemmin haastatteluja tehdessäni sain vahvistusta siitä, että tutkimuskohteeni ja -tehtäväni näyttivät merkityksellisiltä myös kohderyhmän näkökulmasta. Moni haastattelemistani maahanmuuttajasairaanhoi-

tajista ilmaisi tyytyväisyytensä siihen, että tällaista tutkimusta tehdään ja kertoi kokeneensa tutkimukseen osallistumisen hyvin tärkeäksi. Laura Huttunen (2004, 143) on tulkinnut omaelämäkerran kertomisen olevan tärkeä vastapuheen väline maahanmuuttajille; se muodostaa keinon erottautua, yksilöityä ja saada oma ääni kuuluville kasvottoman maahanmuuttajakategorian sisältä. Uskon, että tutkimushaastatteluun osallistuminen avasi monelle haastattelemistani maahanmuuttajasairaanhoitajista samantapaisen tilan; mahdollisuuden tuoda esiin omakohtaisesti tärkeiksi koettuja asioita, jotka eivät olleet päässeet kuuluviin aiemmin.

Kaikkiaan viisi lähestymistäni maahanmuuttajasairaanhoitajista kieltäytyi osallistumasta haastatteluun. Kieltäytyneistä kolme vetosi vuorotyöstä ja perhesyistä johtuviin kiireisiin, yksi epäili kielitaitonsa riittävyyttä ja yhden kieltäytymisen syy jäi epäselväksi. Yksi ensisijaisesti kiireisiinsä vedonnut kommentoi myös, ettei hänellä ole ajan lisäksi *"haluakaan vastata ja jutella näistä asioista"*.

Toteutin haastattelut vuoden 2006 tammi- ja marraskuun välisenä aikana – siis suhteellisen hiljattain haastateltavien pätevöitymiseen nähden. Haastattelut tehtiin viidellä eri paikkakunnalla Etelä-Suomessa, kullekin haastateltavalle parhaiten sopivassa paikassa: terveydenhuolto-oppilaitosten työtiloissa, kahviloissa, kirjastojen ryhmähuoneissa ja haastateltavien kodeissa.

Käytin haastatteluissa tukenani puolistrukturoitua haastattelulomaketta (liite 5). Käsiteltävät teemat koskettivat pääpiirteissään Suomen ulkopuolella hankittua koulutusta ja työkokemusta, suomalaista pätevöitymisprosessia, työelämään siirtymistä sekä työelämässä saatuja kokemuksia. Nauhoitetut haastattelut kestivät keskimäärin 1 tunti 17 minuuttia. Pisin haastattelu kesti 2 tuntia 32 minuuttia, lyhin 31 minuuttia. Osan haastatteluista litteroin itse ja osan tutkimusavustaja. Tutkimusavustajan litteroimat tekstit kävin lopuksi läpi myös itse tarkistaen samalla, että muun muassa kaikki haastateltavien tunnistettavuuteen viittaavat tiedot oli asianmukaisesti poistettu tai muutettu. Lisäksi kuuntelin ja litteroin haastattelunauhoilta uudelleen kohtia, jotka olivat jääneet tutkimusavustajalle epäselviksi.

Ennen nauhoitetun haastatteluosuuden alkamista haastateltavat allekirjoittivat tutkimussuostumuslomakkeen (liite 4) ja ja täyttivät elämänviivalomakkeen (liite 6). Heitä pyydettiin merkitsemään elämänviivalle sekä Suomessa että entisessä kotimaassa suoritetut opinnot ja tutkinnot, Suomeen muuttovuosi, työkokemus aikaisemmassa kotimaassa ja Suomessa sekä mahdolliset vanhempainvapaa- ja/tai työttömyysjaksot. Elämänviivalomakkeisiin keskitetysti kootun tiedon tarkoituksena oli sekä jäsentää haastattelujen etenemistä että toimia tutkimusjoukon kuvaamista helpottavana taustamateriaalina (ks. 64–65). Haastateltavat kertoivat usein omista elämäntarinoistaan ja kokemuksistaan myös elämänviivalomakkeita täyttäessään tai vastaavasti nauhoitetun haastatteluosuuden jo päätyttyä. Nauhoitettujen haastattelujen ulkopuolella kerrotut, merkittävinä pitämäni asiat kirjasin jokaisen haastattelun jälkeen haastattelupäiväkirjaan. Jokaisen haastattelun kohdalla nämä

päiväkirjamerkinnät muodostuivat noin sivun mittaisiksi kertomuksiksi haastattelun kulkua, vuorovaikutusta ja tunnelmaa koskevista huomioistani sekä asioista, jotka tulivat ilmi nauhoitetun haastattelun ulkopuolella. En kuitenkaan käytä elämänviivalomakkeita tai tutkimuspäiväkirjani merkintöjä varsinaisena aineistona. Niiden tehtävänä on ennen kaikkea muistuttaa itseäni tutkimuksen kannalta tärkeistä asioista; esimerkiksi tiettyyn haastattelutilanteeseen tai haastattelun sisältöön liittyvistä yksityiskohdista, käytännön asioista, tunteista ja tuntemuksista.

Pyrkimyksenäni oli luoda haastattelutilanteista mahdollisimman avoimia ja luottamuksellisia. Yhtenä keinona haastateltavien ja itseni välisen etäisyyden häivyttämiseksi tavoittelin haastattelutilannetta, joka etenisi ennemminkin keskustelevasti kuin yksisuuntaisesti kysymys-vastaus –periaatteen mukaisesti. Tässä koen onnistuneeni yleisesti ottaen hyvin. Haastattelut muodostuivat usein melko yksilöllisesti ja vapaamuotoisesti eri haastatteluteemojen ympärillä käydyiksi keskusteluiksi. Monet aiheet löysivät tiensä keskusteluun ilman, että minun olisi haastattelijana niitä tarvinnut aktiivisesti nostaa esiin. Haastattelurunko toimikin useimmiten lähinnä käsiteltävien asioiden tarkistuslistana.

Koin haastattelutilanteiden sujuneen yleensä hyvin luottamuksellisessa ja avoimessa ilmapiirissä. Aina haastatteluhetken aluksi kerroin haastateltavalle omasta taustastani ja siitä, miksi olin kiinnostunut juuri tästä aiheesta. Olin opiskellut terveysalaa ammattikorkeakoulussa ja työskennellyt opintojeni välissä ulkomailla sosiaali- ja terveysalan tehtävissä.

Suvi Ronkainen (1999) muistuttaa, että tutkijan on paikannettava itsensä ja oltava tästä paikastaan tietoinen (ks. myös Keskinen 2001). Oma taustani ja kokemukseni ovat väistämättä ohjanneet tutkimuksellisesta katsettani tiettyyn suuntaan ja muokanneet aineistosta tekemiäni tulkintoja. Aikaisemmista terveysalan opinnoistani ja työkokemuksestani huolimatta olen asettautunut tutkimusta tehdessäni selvästi näiden ammatillisten lojaliteettien ulkopuolelle. Koin johonkin terveysammattilaisen ja maallikon välimaastoon sijoittuvan asemani haastattelujen kannalta hyvin hedelmälliseksi: Yhtäältä ymmärsin hoitotyön käytäntöjä ja kulttuuria (yhdenlaisesta) sisäpuolisen näkökulmasta, mutta toisaalta en ollut niihin kuitenkaan ammatillisesti sitoutunut. Koen, että kokemukseni ja taustani edesauttoivat – joskaan eivät itsestään selvästi varmistaneet – keskinäisen ymmärryksen syntymistä haastateltavien kanssa (ks. myös Tienari & Vaara & Meriläinen 2005). Useissa haastattelutilanteissa tunsin tulleeni otetuksi vastaan pikemmin kollegana kuin yliopiston tutkijana. Haastattelemiltani maahanmuuttajasairaanhoitajilta saamani palautteen perusteella en ehkä myöskään vastannut kaikilta osin niitä kulttuurisia mielikuvia, joita heillä saattoi olla väitöskirjaa valmistelevasta tutkijasta. Tulkitsen ennen kaikkea iän olleen tässä suhteessa merkityksellinen tekijä, sillä yhtä lukuun ottamatta olin kaikkia haastateltavia nuorempi. Ikäkysymys saattoi osaltaan tasapainottaa haastattelutilanteeseen liittyvää hierarkia-asetelmaa.

Tiedostan kuitenkin, ettei hyväkään ilmapiiri ja haastateltavien kannalta edullinen ikäasetelma välttämättä tee tutkimussuhteesta tasa-arvoista. Haastattelijana minut erotti haastateltavista ennen kaikkea syntyperäni: Edustin tutkijana valtaväestöä ja –kulttuuria, jonka määrittämillä ehdoilla vähemmistöihin kuuluvien haastateltavien odotetaan yhteiskunnassamme elävän. Haastattelijan asemassa käytin valtaa myös sen määrittämisessä, mitkä aihepiirit ja asiat määrittyivät aiheen kannalta tärkeiksi (ks. myös Keskinen 2001). Vaikka haastattelut etenivät usein melko vapaamuotoisesti, suuntasin haastattelujen kulkua yleensä kuitenkin vähintään lisäkysymysten avulla. Tosin mieleeni on syöpynyt elävästi myös eräs haastattelu, jossa en juuri saanut puheenvuoroa avauskysymykseni jälkeen.

Haastattelutilanteen päätyttyä valtaosa haastattelemistani maahanmuuttajasairaanhoitajista kertoi kokeneensa haastattelun mukavaksi ja siinä käsitellyt asiat erittäin tärkeiksi. Kahden haastatellun kohdalla olin kuitenkin aistivinani hetkittäin jonkinlaista kyllääntymistä aiheesta puhumista kohtaan. Noina hetkinä tunsin kiusallisen hyvin, kuinka olin kysymyksenasetteluni kautta rakentamassa väistämättä – vaikkakin tahattomasti – erotteluja suomalaisten ja ulkomaalaisten sairaanhoitajien, meidän ja muiden välille. Olin rakentamassa haastattelemistani maahanmuuttajasairaanhoitajista erityistä kohdetta, ehkäpä jonkinlaisia uhrejakin, ilman heidän lupaansa.

Naisten kokemaa väkivaltaa tutkinut Suvi Keskinen (2001) on pohtinut sitä, miten haavoittuvia ihmisryhmiä tarkasteleva tutkija voisi metodologisesti välttää dikotomista, kohderyhmän toiseutta uusintavaa asetelmaa. Yhtenä metodologisena ratkaisuna hän esittää huomion kohdistamista tutkijan katseen paikantumiseen; siihen, miltä paikalta käsin tutkija katsoo ja mihin suuntaan. Aikaisemman opiskelu- ja työkokemukseni rinnalla katsettani on suunnannut vahvasti myös sitoumukseni ja lähtökohtani tutkijana. Tästä tutkijan paikastani käsin tarkastelen tutkimuskohdettani kehyksessä, jossa painottuu ennen kaikkea kulttuurisiin erottelujärjestelmiin ja sairaanhoitajan ammatin dynamiikkaan liittyvät teemat sekä rakenteellisen, sosiaalisen ja kulttuurisen ulottuvuuden yhteen kietoutuminen. Tästä lähtökohdasta käsin pyrin tutkimuksessani purkamaan maahanmuuttajasairaanhoitajien erityisyyttä kohdistamalla katseeni myös heidän ja kantasuomalaisten kollegojen yhteisyyksiin.

Haastattelut toteutettiin suomeksi, minun äidinkielelläni, joten olin etulyöntiasemassa myös kielellisesti. Kieli aiheuttaa tutkimuksessa monenlaisia haasteita erityisesti silloin, kun käytetty kieli ei ole puhujan äidinkieli. Keskenään eri äidinkieltä puhuvien ihmisten kieleen sisältyvien merkitysten ja käsitysten ymmärtäminen ja analysoiminen voi olla haasteellista, koska vierasta kieltä puhuva saattaa ymmärtää ja rakentaa eri tavalla merkityksensä tutkittavasta ilmiöstä (ks. Rastas 2005b; myös Pietilä 2010). Tämä pätee haastattelutilanteessa molempiin suuntiin, niin haastateltavaan kuin haastattelijaan. Kahden haastattelun kohdalle olen kir-

jannut huomion sellaisista kieleen liittyvistä ymmärtämisvaikeuksista, joiden olen kokenut haittaavan haastattelun kulkua. Yleisesti ottaen koin kommunikaation kuitenkin sujuneen ilman suurempia ongelmia. Tarvittaessa muotoilin kysymyksiä toisin, tarkensin kysymyksenasettelua tai vaihdoin sanastoa.

Puheen litterointi eli puhutun kielen kirjoittaminen tekstiksi tekee kielestä vaikeaselkoisempaa kuin mitä se on puhuttuna ja vuorovaikutustilanteessa ymmärrettynä. Tämän merkitys korostuu erityisesti silloin, kun puhuttu kieli ei ole puhujan oma äidinkieli. Tekstin ymmärrettävyyden parantamiseksi olen haastatteluaineistoa litteroidessani korjannut yksittäisiä äännevirheitä sekä muokannut joidenkin haastateltavien murteellista ja siksi mahdollisesti tunnistettavissa olevaa suomen kieltä yleiskieliseen muotoon. Korjaukset on tehty kuitenkin puheen sisältöä muuttamatta. Haastattelujen litteroinnin tarkoituksena on ollut tuottaa mahdollisimman tarkka ja oikea informaatiosisältö. Litteroinnin taso ei näin ollen ole yhtä hienosyistä kuin esimerkiksi keskusteluanalyysissä. Litteroinnissa on kirjattu kuitenkin pidemmät tauot, naurahdukset ja kuiskaukset sekä erityisen painokkaasti lausutut sanat. Käytetyt litterointimerkinnät on esitelty tarvittaessa tutkimuksen osajulkaisujen yhteydessä.

Haastateltavat

Haastatteluihin osallistuneet maahanmuuttajasairaanhoitajat muodostavat taustoiltaan hyvin heterogeenisen joukon. Haastatelluista naisia oli 18 ja miehiä 2. Vanhin haastatelluista oli syntynyt vuonna 1953 ja nuorin vuonna 1982. Tutkimusjoukon keskimääräinen ikä oli haastatteluhetkellä 37 vuotta. Haastatellut olivat kotoisin seitsemästä eri maasta: Venäjältä (12), Virosta[8] (2), Iranista (2), Irakista (1), Bosniasta (1), Bulgariasta (1) ja Kazakstanista (1). Kaikki olivat muuttaneet Suomeen ensisijaisesti muista kuin työhön liittyvistä syistä: suurin osa perhesyiden – erityisesti avioliiton – takia (8), mutta myös paluumuuttajina (6), pakolaisina (4), turvapaikan hakijoina (1) tai puolison työn perässä (1). Sairaanhoitajan tai muun vastaavan terveydenhoitoalan tutkinnon haastatellut olivat suorittaneet entisissä kotimaissaan vuosien 1974 ja 2001 välillä. Suomen ulkopuolella – joko entisessä kotimaassaan tai jossain kolmannessa maassa – hankittua sairaanhoitajan, välskärin tai kätilön työkokemusta haastatelluilla oli nollasta 27 vuoteen, mediaanin ollessa kahdeksan vuotta.

Suomessa haastatellut olivat asuneet haastatteluhetkellä kahdesta neljääntoista vuotta. Heidän koulutus- ja työskentelykokemuksensa Suomessa olivat hyvin vaihtelevia ennen pätevöitymiskoulutukseen hakeutumista. Useimmat olivat käyneet

8 Virosta muuttaneet haastatellut olivat muuttaneet Suomeen ennen Viron liittymistä Euroopan Unioniin vuonna 2004. Muuttoajankohdalla on merkitystä sairaanhoitajan laillistamisprosessin kannalta.

maahan muuttoa seuraavina kuukausina tai vuosina suomen kielen kursseilla sekä tutustuneet suomalaiseen työelämään erimittaisilla, usein hoitoalalle suuntautuneilla työharjoittelujaksoilla. Yhtä lukuun ottamatta heillä oli ainakin jonkinlaista Suomessa hankittua hoitoalan työkokemusta ennen pätevöitymisprosessin aloittamista, muutamilla useita vuosia. Haastatellut olivat pätevöityneet Suomessa sairaanhoitajiksi erilaisia kouluttautumisreittejä pitkin. Sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeuden he olivat saaneet Suomessa vuonna 2004 tai 2005. Haastatteluhetkellä kaikki työskentelivät sairaanhoitajina eteläisen Suomen suurissa kaupungeissa. Suurin osa työskenteli määräaikaisissa työsuhteissa yliopistosairaaloissa. Viisi haastateltua työskenteli erilaisissa vanhustenhuollon yksiköissä, osa vakinaisissa viroissa. Sairaanhoitajan työkokemusta haastatelluille oli karttunut Suomessa puolesta vuodesta reiluun kahteen vuoteen.

5.2 Tutkimusprosessi

Tutkimuksessani oli ennen aineistojen kokoamista jokseenkin selvä tehtävänasettelu. Halusin tarkastella maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillista asemaa ja kokemuksia suomalaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä. Sen sijaan tarkat tutkimuskysymykset ja tutkimusaineiston varsinainen analyysitapa olivat aineistojen kokoamisvaiheessa vasta alustavien ideoiden asteella. Tämän voi nähdä laadulliselle tutkimukselle tyypilliseksi alkuasetelmaksi (Alasuutari 1994, 189). Tästä syystä käsittelin esimerkiksi haastatteluissa melko laajasti eri teemoja.

Aloitin aineistonkeruun politiikkadokumenteista. Tutkimuksen käynnistymisen aikaan, vuosina 2004–2005, yhteiskunnallinen keskustelu maahanmuuttajasairaanhoitajista oli Suomessa vielä melko olematonta. Politiikkadokumentteihin perehtymisen kautta pyrin muodostamaan tutkimusympäristöä taustoittavaa käsitystä siitä, millaisena yhteiskunnallisena ilmiönä ulkomaalaiset terveysammattilaiset näyttäytyivät terveydenhuollon työvoimaa keskeisesti määrittelevien toimijoiden näkökulmista. Politiikka-asiakirjoja lukiessani suunnittelin myös maahanmuuttajasairaanhoitajien haastatteluja ja niiden teemoja. Koska politiikka-asiakirjojen analyysin tarkoituksena ei ollut poliittisen toimija- ja toimintakentän yksityiskohtainen kuvaaminen ja analysointi *per se,* rajasin aineiston käsittämään vain aiheen kannalta kaikkein keskeisimmiksi katsomani toimijatahot. Kävin systemaattisesti läpi näiden toimijatahojen julkaisemia asiakirjoja ennen kuin poimin tarkempaan analyysiin yhden avaindokumentin kultakin taholta. Tärkeä avaindokumentin valintaa rajaava peruste oli, että siinä keskusteltiin nimenomaan työvoimakysymyksestä.

Politiikkadokumenttiaineistoa kerätessäni ja sen alustavaa analyysiä suorittaessani tapasin myös EU- ja ETA-maiden ulkopuolella sairaanhoitajatutkintonsa suorittaneiden maahanmuuttajien pätevöitymiskoulutuksesta vastaavia opettajia ja työvoimahallinnon virkailijoita sekä ammattiliiton edustajia. Heiltä saamani tieto ja näkemykset ohjasivat aiheen ympärille rakentuvaa esiymmärrystäni ja edesauttoivat aineistonhankintaani.

Samaan aikaan politiikkadokumenttien alustavan analysoinnin kanssa keräsin kyselyaineiston kahdelta pätevöitymiskoulutuksensa loppuvaiheessa olevalta maahanmuuttajasairaanhoitajaryhmältä. Kyselyaineiston alkuperäisenä tarkoituksena oli toimia ennen kaikkea omaa esiymmärrystäni rakentavana, haastatteluaineiston keräämiseen orientoivana materiaalina. Muokkasin haastattelujen teemoja ja kysymysrunkoa kyselyaineistoon sisältyneiden avoimien vastausten perusteella. Haastatteluaineiston keräsin viimeisimpänä. Se muodostaa kuitenkin tutkimukseni ensisijaisen aineiston, eräänlaisen perusrungon, jota vasten tarkastelen ja peilaan muita aineistoja.

Olen edennyt aineiston eri osien analyysissä yhdenmukaisella tavalla. Olen ensin eritellyt aineistoa laadullisesti tiettyjen sisällöllisten teemojen alle *mitä sanotaan ja mitä tehdään* -kysymysten avulla. Nämä tutkimustehtävän kannalta keskeisiksi näkemäni teemat olen rakentanut teoreettiseen viitekehykseen, aikaisempaan tutkimukseen sekä omiin käsityksiini perustuneen esiymmärryksen pohjalta. Näin teemoitellun aineiston analyysiä olen syventänyt kulttuurisiin merkityksenantoihin ja luokitteluihin kohdistuvan lukutavan avulla. Tällöin olen kohdistanut tarkasteluni siihen, *miten sanotaan ja miten tehdään*.

Laadullisessa tutkimuksessa nähdään erityiseksi rikkaudeksi, jos aineisto sisältää erilaisia näkökulmia ja eri merkityssysteemeihin tunnistettavissa olevia paloja (Denzin 1978). Eri aineistojen ja niiden tarkastelussa käytettävien metodisten otteiden sekoittamista on käsitteellistetty laadullisen tutkimuksen piirissä muun muassa *triangulaationa* (Denzin 1978, 5; Eskola & Suoranta 1998, 69–75), *monimenetelmällisyytenä* (Ronkainen 2009) ja *dialogisuutena* (Saukko 2003). Erilaiset aineistojen yhdistämisen ja analysoimisen logiikat palvelevat tutkimuksissa erilaisia päämääriä. Omassa tutkimuksessani tavoittelen erityyppisten ja eri näkökulmista ilmiötä tarkastelevien aineistojen yhdistämisellä ensinnäkin moniulotteisempaa ja rikkaampaa ymmärrystä tutkimuskohteesta. Politiikka-asiakirjat, kyselyaineisto ja haastattelut mahdollistavat saman ilmiön tarkastelun eri puolilta, erilaisen tiedon ja näkemisen paikoista (ks. Ronkainen 2009). Ristiin luettuina eri aineistot myös kontekstoivat toistensa tuottamaa tietoa ja tuottavat siten tutkimuskohteesta moniulotteisemman kuvan (ks. Denzin 1997; Saukko 2003; myös Stacey & Homans 1978, 301). Näkökulmien moninaisuuden ansiosta olen pystynyt nostamaan aineistostani esiin ajattelutapoja ja näkökohtia, joita olisi voinut ollut vaikea lukea vain yhdestä tai yksipuolisemmasta aineistosta.

Eri aineistojen yhdistäminen kiinnittyy olennaisesti myös tutkimusprosessiini, jossa toisen aineiston pohjalta rakentunut tieto on ohjannut ainakin osittain toisen keräämistä ja sen luentaa. Politiikkadokumenttien tarkastelun perusteella syntyneellä esiymmärryksellä oli vaikutusta kyselyjen ja haastattelujen toteuttamisen tapaan ja niiden tulkintaan. Kyselyaineisto vaikutti paitsi haastattelurungon laatimiseen myös haastattelujen tulkitsemiseen. Toisaalta myös haastattelut vaikuttivat siihen, kuinka luin ja tulkitsin politiikka-aineistoa alustavan analyysin jälkeen uusin silmin; maahanmuuttajasairaanhoitajien haastatteluista saamani kokemus ohjasi lukemaan ja tulkitsemaan politiikka-aineistoa vielä sensitiivisemmin maahanmuuttajasairaanhoitajien näkökulmasta. Vaikka eri aineistojen erilaiset keräysajankohdat ovat siten rytmittäneet ainakin osittain analyysin ajallista etenemistä, tutkimusprosessini on edennyt kuitenkin jatkuvassa vuorovaikutuksessa eri aineistojen, niistä muodostuneiden esioletusten sekä teoreettisten ja metodologisten johtolankojen välillä.

Eri aineistojen yhdistämisessä ja niiden lukemisessa on siten kysymys paitsi ajallisesti etenevästä tutkimuksen suorittamiseen liittyvästä, myös tiedon konstruoimiseen liittyvästä prosessista. Tässä prosessissa eri aineistojen tarkastelu rinnakkain ja suhteessa toisiinsa ohjaa tutkijaa liikkumaan eri aineistojen välillä ja prosessoimaan niiden sisältämää tietoa eri näkökulmista. Tässä mielessä tulkitsen aineistojen lukutapaani kuvaavan osuvimmin Paula Saukon (2003) käyttämä *dialogisuuden* käsite. Dialogisuudessa on kyse tutkijan eri aineistojen välille tuottamasta (vuorovaikutus)suhteesta, eri tekstien ”pakottamisesta” keskinäiseen vuoropuheluun tietyn teeman ympäriltä. Eri aineistoja yhdistämällä pyrin tätä kautta ennen kaikkea tulkinnallisesti rikastamaan, mutta myös syvemmin kontekstoimaan kohdeilmiöstä tekemiäni tulkintojani.

Kuten olen edellä kuvannut, en lähesty tutkimuskohdetta täysin aineistolähtöisesti kohteen ehdoilla, mutta en myöskään teoreettisten ennakkohypoteesien pohjalta. Tutkimusotettani voi kuvailla parhaiten teoriasidonnaiseksi analyysiksi. Tutkimukseni on edennyt aineisto- ja ilmiöpohjaisesti, mutta teoreettinen viitekehys ja siitä johdetut käsitteet ovat ohjanneet aineiston jäsentämistä ja tulkintaani tietynlaiseen näkökulmaan (ks. Eskola 2001, 136–137). Teoreettinen viitekehys toimii siten analyyttisenä linssinä, jonka avulla jäsennän ja tulkitsen aineistoa ja sitä kautta tutkittavaa ilmiötä.

5.3 Aineistojen lukutapa

Nojaan tutkimuksessani sosiaalikonstruktionistiseen viitekehykseen ja sen käsitykseen todellisuuden perimmäisestä luonteesta (Berger & Luckmann 1971; Burr

1995). Konstruktionistisista lähtökohdista käsin ihmisten todellisuuksien nähdään rakentuvan sosiaalisessa toiminnassa, joka samaan aikaan sekä heijastelee olemassa olevaa todellisuutta ja sen merkitysjärjestelmiä että muokkaa ja pitää niitä yllä. Sosiaalisten yhteisöjen ja niiden instituutioiden ymmärretään pysyvän koossa tällaisen jatkuvan uudelleen rakentumisen kautta.

Konstruktionistiseen metodologiseen teoriaperinteeseen kuuluu laaja kirjo erilaisia metodisia otteita. Nämä jakavat keskenään konstruktionismin keskeisimmät lähtökohtaoletukset, mutta tarkentavat analyyttisen katseen toiminnan ja sen määrittymisen eri ulottuvuuksiin. Tässä tutkimuksessa aineistojen lukutapani kohdistuu kulttuuristen luokittelujen eli kategorisointien luentaan.

Tässä alaluvussa tarkastelen kulttuurisiin luokitteluihin suuntautuvaa tutkimusotetta konstruktionistisen viitekehyksen lähtökohdista käsin. Jäsennän tarkasteluani käyttämällä hyväkseni Vivienn Burrin (1995) jaottelua, jossa hän ryhmittelee sosiaalisen konstrutionismin perusoletukset neljään pääkohtaan. Koska käsittelen kulttuuristen luokittelujen teoreettismetodologista viitekehystä jo teorialuvussa 3, tässä luvussa varustan lukijan ennen kaikkea käytännöllisemmillä ”tutkimustyökaluilla”, jotka edesauttavat toivoakseni analyysin etenemisen seuraamista.

Sosiaalikonstruktionistiset lähtökohdat ja kulttuuriset kategorisoinnit

Burrin (1995) jaottelussa sosiaalisen konstruktionismin ensimmäinen lähtökohtaoletus kohdistuu ”puhtaan”, objektiivisen tiedon kyseenalaistamiseen. Tämän käsityksen mukaan sosiaalisesta *todellisuudesta ei ole olemassa absoluuttisia totuuksia,* vaan pikemminkin erilaisia selitystapoja, kertomuksia ja tulkintoja. Samaa ilmiötä voidaan tehdä ymmärrettäväksi monin perustelluin tavoin. Todellisuutta koskevat erilaiset selitystavat ja tulkinnat kiinnittyvät rinnakkaisiin ja keskenään kilpaileviin merkitysjärjestelmiin. Tämä kriittinen näkemys ”puhtaan” tiedon olemassaolosta koskettaa erityisesti tutkimusta. Ensinnäkin, koska tutkittavien asioiden tilasta on harvoin olemassa yhtä yksiselitteistä totuutta, yksi tutkimustulos ei ole koskaan ainoa ja kaikenkattava tapa kuvata tutkitun ilmiön todellisuutta (Juhila 2004a, 166). Eero Suonisen (1999, 18) mukaan todellisuuksien moninaisuuksien vuoksi todellisuuden rakentumista voidaan selittää tutkimuksessa vain mutkan kautta. Tarkastelun kohteeksi ei täten asetu todellisuus itsessään vaan se, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä; millaisia tulkintoja aiheesta esitetään, ja millaisia seurauksia tulkinnoilla mahdollisesti on. Toiseksi, kuten Gubrium ja Holstein (1997, 9-10) muistuttavat, myös tutkijat ovat tutkimansa sosiaalisen todellisuuden sisällä. Tutkijoiden omat tulkinnat kietoutuvat siten väistämättä tutkimustuloksiin.

Edellisestä seuraa konstruktionismin toinen lähtökohtaoletus, jonka mukaan *käsityksemme todellisuudesta ovat aina relatiivisia, aikaan ja paikkaan sidottuja*. Todellisuuden luonteen käsittämisen tavat ovat sidoksissa siihen yhteiskunnan historialliseen ja kulttuuriseen toimintaympäristöön, joka muokkaa ihmisten kokemuksia. Sosiaalinen konstruktionismi ohjaa siten tulkitsemaan sosiaalista toimintaa ja käytäntöjä kontekstisidonnaisesti. Burr (1995) kuitenkin huomauttaa, että vaikka asioita koskeva ymmärrys syntyy tietynlaisissa aikaan ja paikkaan kiinnittyvissä olosuhteissa, samana historiallisena ajankohtana on myös erilaisia kulttuurisia tapoja ymmärtää todellisuutta ja sen ilmiöitä. Kulttuuristen luokittelujen näkökulmasta mielenkiinnon kohteeksi asettuu se, millä tavoin erilaiset kulttuuriset kategoriat aktualisoituvat toiminnassa tietyssä yhteiskunnallis-historiallisessa tilanteessa sekä kuinka eri kategorioiden välisiä hierarkioita perustellaan, oikeutetaan, kyseenalaistetaan tai haastetaan (Douglas 2000).

Konstruktionismin kolmannen lähtökohtaoletuksen mukaan *todellisuus rakentuu sosiaalisissa prosesseissa*. Tämän vuoksi konstruktionistisen tutkimuksen keskeisenä kohteena eivät ole yksilöt vaan ennen kaikkea sosiaaliset käytännöt. Juhila (2004a, 166) määrittelee vuorovaikutustilanteet ja sosiaaliset kohtaamiset *"paikoiksi, joissa osapuolet konstruoivat sekä itsensä ja toisen osapuolen että kulloinkin käsiteltävät asiat ja ongelmat."* Todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta seuraa, että todellisuutena näyttäytyvä asia ei perustu ainoastaan yksilöllisiin havaintoihin. Yksilölliset havainnot saavat merkityksenä vasta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, joko tietoisesti tai tiedostamatta, yhteisesti rakennettujen tulkintakehysten osana (Burr 1995). Kulttuuristen luokittelujen tarkastelu ohjaa katsomaan näiden tulkintakehysten kulttuuriseen perustaan, joka pohjautuu viime kädessä yhteisön moraalijärjestykseen ja siihen liittyviin arvoihin ja normeihin. Ihmiset pyrkivät luomaan järjestystä todellisuuksien kaaokseen ja moninaisuuteen luokittelemalla asioita ja ilmiöitä erilaisiin kategorioihin. Sosiaalisen toiminnan kautta ihmiset osallistuvat yhteisön sisäisten suhteiden ja yhteisten arvojen ja normien rakentamisprosessiin. (Douglas 2000)

Koska yksilöiden käsittämisen tapojen ja toiminnan nähdään määrittyvän osana laajempia merkityskokonaisuuksia, konstruktionistisessa tutkimuksessa kiinnostus kohdistuu minän tai identiteetin olemuksen sijasta identiteetin tai puhuja-aseman rakentamisen ja rakentumisen prosesseihin (Potter & Wetherell 2001). Siten esimerkiksi sosiaalisia representaatioita, asenteita, identiteettiä ja tunteita tarkastellaan yksilön sisäisten ominaisuuksien sijaan erilaisissa sosiaalisissa prosesseissa rakentuvina ilmiöinä (Jokinen ym. 1999). Minän ja identiteetin rakentamisprosessissa kulttuuriseen luokittelujärjestelmään sisältyvät kategoriat tarjoavat yksilöille erilaisia kiinnittymisen paikkoja. Kategorioihin tukeutuen ihmiset rakentavat itseään ja toisiaan osaksi tietynlaisia ihmisryhmiä. Samalla he uusintavat kategorioihin kiinnittyviä kulttuurisia odotuksia, velvollisuuksia ja sidoksia, jotka

saavat ilmaisunsa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. (Juhila 2004a, b) Kulttuuristen luokittelujen näkökulmasta kiinnostus ei näin ollen kohdistu siihen, mihin kategoriaan ihmiset tai asiat ”oikeasti” kuuluvat. Sen sijaan kiinnostus kohdistuu luokittelujärjestelmien rakennetta ja eri kategorioiden välisiä suhteita määritteleviin prosesseihin.

Konstruktionismin neljännen lähtökohtaoletuksen mukaan *tieto ja sosiaalinen toiminta kuuluvat yhteen*. Yleisesti omaksutuista ja hyväksytyistä käsityksistä tulee todellisia seuraamustensa kautta (Burr 1995). Tästä lähtökohdasta käsin erilaiset sosiaaliset konstruktiot, esimerkiksi ihmisten kategorisointi iän, etnisyyden tai sukupuolen perusteella, ovat todellisuuden kannalta merkittäviä, sillä niiden avulla rakennetaan institutionaalisia käytäntöjä (Alasuutari & Ruuska 1998). Alasuutari ja Ruuska (1998, 8) huomauttavatkin, että *”jokaista uutta määritelmää voi tältä kannalta tarkastella siirtona määrittelykamppailussa, joka on samalla kamppailua käytännöistä*”. Tätä kautta konstruktionistisen tutkimuksen huomio kiinnittyy toiminnan seuraamuksiin ja toimijoihin itseensä.

Lähiluvun avaimet

Analyyttisen lukutapani voi kiteyttää lähtökohdiltaan konstruktionistiseksi, kulttuurisiin luokitteluihin kohdistuvaksi luennaksi. Ymmärrän ja tulkitsen kategorisointeja yhteisön moraalijärjestyksen tuottamiseen kiinnittyvästä näkökulmasta, jolloin sosiaalinen toiminta näyttäytyy perimmältään kulttuuristen normien ja arvojen ohjaamana. Kulttuurisiin kategorisointeihin kohdistuvan lukutavan voi kiinnittää konstruktionistisessa perinteessä diskurssianalyyttisten lähestymistapojen sukulaisjoukkoon.

Etsin aineistosta sosiaalisessa toiminnassa ja institutionaalisissa käytännöissä tuotettavia kulttuurisia luokitteluja ja niihin sisältyviä eronteon perusteita, joiden kautta rakennetaan sosiaalisen järjestyksen logiikkaa. Mielenkiintoni kohdistuu ennen kaikkea maahanmuuttajuuteen ja sen saamiin merkityksiin yhtenä eronteon perusteena. Keskeisenä analyysini kohteena on, kuinka kategorisointien kautta rakennetaan maahanmuuttajasairaanhoitajien työnjaollisia asemia ja toimijuuden ehtoja muovaavia sosiaalisia jakoja ja hierarkioita (ks. Fairclough 1992, 86–91; myös Juhila 2004a). Analyyttisen katseeni kohteena on, miten näitä kategorisointeja rakennetaan, vahvistetaan ja kyseenalaistetaan institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä sekä sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa. Kiinnitän huomiota erityisesti siihen, millaisia funktioita ja seurauksia kategorisoinneilla on; millaisia ammattikuntaan kuulumisen mahdollisuuksia, rajoja ja marginaaleja niiden avulla tuotetaan.

Analysoin puhetta ja tekstiä sen sisältämien eroja, jakoja ja hierarkioita tuottavien merkitysten näkökulmasta (Fairclough 1989 & 1992; Juhila 2004a), mutta myös yhteisyyttä ja samuutta rakentavien merkitysten näkökulmasta. Aineistoa lukiessani kysyn, millaisia (erityisesti maahanmuuttajataustaan) perustuvia rajoja, erontekoja sekä sisään- ja ulossulkemisia siinä tuotetaan. Kohdistan analyysissä huomioni yhtäältä siihen, *mitä* tehdään ja toisaalta siihen, *miten* tehdään. Juhila (2004a) huomauttaa, että kielenkäyttöä tutkittaessa myös hiljaisuus on merkityksellistä. Aineistoa lukiessani kiinnitänkin huomiota sekä siihen, mitä sanotaan ja miten että siihen, mitä jätetään sanomatta.

5.4 Tutkimusetiikka

Koska sairaanhoitajina työskentelevien maahanmuuttajien määrä on Suomessa toistaiseksi hyvin pieni, kiinnitän tutkimukseen osallistuneiden maahanmuuttajasairaanhoitajien anonymiteetin suojaamiseen erityistä huomiota.

Litteroiduista haastatteluista on poistettu kaikki paikkakuntiin, tiettyihin organisaatioihin tai sairaalan osastoihin viittaavat tiedot. Tutkimuseettisistä syistä en myöskään mainitse pätevöitymiskoulutusohjelmien nimiä tai haastateltavien yhteyttä tiettyyn koulutusohjelmaan. Pätevöitymiskoulutusohjelmien ulkopuolella muita reittejä pitkin pätevöityneet haastateltavat minimoivat osaltaan pätevöitymiskoulutusohjelmien kautta syntyvää tunnistettavuusongelmaa. Kuten toin jo aiemmin esille, olen pyrkinyt minimoimaan haastateltujen tunnistettavuutta myös muokkaamalla litterointeja tarpeen vaatiessa - kuitenkin niin, ettei tekstin asiasisältö ole muuttunut (ks. myös Huttunen 2002, 22).

Aineistolainausten yhteydessä olen päätynyt esittämään haastateltavien entiset kotimaat maaryhmittelyä hyväksikäyttäen. Tällaisia informanttien lähtömaihin perustuvia maaryhmittelyjä on käytetty tietosuojasyistä maahanmuuttajia koskevissa tutkimuksissa (esim. Forsander 2002). Omassa tutkimuksessani viittaan Venäjään ja Kazakstaniin entisenä Neuvostoliittona (NL), Viroon, Bulgariaan ja Bosniaan Itä-Eurooppana sekä Iraniin ja Irakiin Lähi-itänä (ks. Kuula 2006, 218). Vaikka haastateltavan lähtömaa ei useimmiten ole merkityksellinen analyysin tai tuloksen kannalta, olen kirjannut ne näkyviin yleisön kiinnostuksen vuoksi. Samalla myös lukijoille avautuu mahdollisuus todeta itse lähtömaan merkitys tai merkityksettömyys haastateltavien kokemusten jäsentäjänä.

Haastateltavia informoitiin tutkimuksen tarkoituksesta ja toteuttamistavasta sekä tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta etukäteen lähetetyllä kirjeellä (liite 3). Kyselyyn osallistuneita informoitiin samoista asioista kyselylomakkeen yhteydessä olevalla saatekirjeellä (liite 2). Oppitunnin aikana tapahtuneeseen ky-

selylomakkeiden täytättämiseen pyysin tutkimusluvan kyseisiltä oppilaitoksilta. Kävin läpi tietosuojaan liittyviä asioita myös yhdessä haastateltavien kanssa ennen haastattelujen aloittamista. Tutkijan vaitiolovelvollisuuden, tietojen anonymisointiin sekä aineiston käyttämiseen ja säilyttämiseen liittyvien menetelmien selvittämisen jälkeen haastateltavat allekirjoittivat suostumuksensa haastatteluun (liite 4), josta he saivat itselleen kopion postitse.

6 Tutkimuksen tulokset

Tässä luvussa kokoan yhteen tutkimuksen keskeiset tulokset, ja pohdin niiden merkitystä tämän tutkimuksen kannalta kolmen keskeisen tutkimuskirjallisuuteen pohjautuvan teesin valossa. Ensimmäinen, *kansallisten työmarkkinoiden lohkoutumista koskeva teesi* kiinnittyy ennen kaikkea kansainvälisten muuttoliikkeiden tutkimuksessa käytäviin keskusteluihin. Toisen, *sairaanhoitajien ammattikunnan eriytymistä koskevan teesin* kautta tarkastelen tutkimustuloksia ja niiden merkitystä sosiologisen ammattien tutkimuksen näkökulmasta. Kolmas, *maahanmuuttotaustan ja/tai etnisyyden merkitystä maahanmuuttajien toimijuuden ehtojen määrittäjänä koskeva teesi* kiinnittyy erityisesti työmarkkinaorientoituneen maahanmuuttotutkimuksen keskusteluihin. Tämän toimijuuden näkökulmaan tarkentuvan teesin kautta kokoan tutkimukseni tuloksia yhteen myös ammattien tutkimuksen ja kansainvälisen muuttoliiketutkimuksen suuntiin.

Tutkimuksen avainkäsitteenä toimii *kuulumisen politiikka*. Tällä viittaan monitahoisiin ja –toimijaisiin neuvotteluihin, joiden ensisijaisena kohteena on EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta Suomeen muuttaneiden maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan sisäänpääsy ja sen ehdot. Laajemmin tulkittuna neuvottelujen ja määrittelyjen kohteena on samalla koko yhteiskuntaan kuuluminen, jota ammatti ja työ vahvasti määrittävät. Tästä lähtökohdasta tutkin, miten yhtäältä maahanmuuttajasairaanhoitajat itse ja toisaalta erilaisiin institutionaalisiin toimintaympäristöihin kiinnittyvät toimijat rakentavat maahanmuuttajasairaanhoitajien työnjaollisia asemia ja toimintaehtoja osana suomalaista sairaanhoitajien ammattikuntaa. Tutkimukseen sisältyvät neljä artikkelia avaavat monitahoisen näkökulman maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan kuulumisen paikoista, tavoista ja ehdoista globalisoituvan yhteiskunnan politiikkakeskusteluissa sekä terveydenhuollon työmarkkinoilla ja työyhteisöissä.

6.1 Maahanmuuttajasairaanhoitajat eriarvoistuvilla kansallisilla työmarkkinoilla

Ulkomaalaiset sairaanhoitajat ovat toistaiseksi muodostaneet suomalaisessa terveydenhuollossa lukumääräisesti sangen marginaalisen ryhmän. Maahan muuttaneiden ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien määrästä terveydenhuollon työmarkkinoilla ei ole saatavilla kovin tarkkoja tilastotietoja. Artikkeleissa I ja IV esittämiini tilastollisiin arvioihin perustuen kyse on joka tapauksessa vain muu-

tamista sadoista sairaanhoitajista, joista suuri osa on muuttanut Suomeen muista EU-maista. Nämä tilastot peittävät kuitenkin näkyvistä ne ulkomailla koulutuksensa saaneet sairaanhoitajat, joilla ei ole ammatinharjoittamislupaa Suomessa.

Sairaanhoitajien työvoimatilanteen kannalta keskeisten politiikka-asiakirjojen analyysi artikkelissa I osoittaa, että terveydenhuollon työvoimapulan uhkaamassa tilanteessa erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen pohdinta muodostaa varsin keskeisen teeman niin valtiollisten kuin työmarkkinatoimijoiden agendoilla. Vuosien 2000–2005 välille sijoittuneella tarkasteluajanjaksolla Suomi oli jo selvästi tähyämässä samoille kansainvälisille sairaanhoitajatyövoiman markkinoille, joilla useat länsimaat ovat kilpailleet ammattitaitoisesta työvoimasta vuosikymmeniä. Tämä politiikkasuuntaus näyttää voimistuneen kansallisessa politiikassa entisestään viime vuosien aikana. Valtiollisten toimijoiden rinnalle on liittynyt myös monitahoinen joukko yksittäisiä toimijoita kuten kaupunkeja, rekrytointifirmoja ja koulutuksen tarjoajia.

Kansainvälisessä muuttoliiketutkimuksessa sairaanhoitajien globaalista liikkuvuudesta käytävä keskustelu keskittyy työn perusteella tapahtuvaan muuttoliikkeeseen. Keskiluokkaisena naisammattina sairaanhoitajan ammatti on jäänyt väliinputoajan asemaan yhtäältä korkeasti koulutettuihin muuttajiin ja toisaalta kouluttamattomiin tai hyvin vähäisen ammattitaidon omaaviin muuttajiin keskittyneessä muuttoliiketutkimuksessa. Feministisesti suuntautunut muuttoliiketutkimus on nostanut tähän liittyen esiin kriittisiä näkökohtia, jotka koskevat sekä kansainvälistä muuttoliiketutkimusta että kansallisten työmarkkinoiden käytäntöjä. Feministisen tutkimuksen teesi kansainvälisten ja kansallisten työmarkkinoiden eriarvoistumisesta kiteytyy näkemykseen siitä, miten *sukupuoli, ammattiala ja maahanmuuton peruste ehdollistavat yhdessä kansainväliset rajat ylittävien muuttajien työmarkkina-asemia ja elettyjä kokemuksia*. Yhteiskunnallisten toimintaehtojen ja eriarvoistavien institutionaalisten käytäntöjen huomiotta jättämisen nähdään tuottavan tulkintavinoumia niin kansallisen työvoimapolitiikan linjauksissa kuin kansainvälisen muuttoliikkeen tutkimuksessakin (Kofman 2004b; Kofman & Raghuram 2005; Doyle, Mooney & Ku 2006).

Sairaanhoitajatyövoiman järjestämistä käsittelevien politiikka-asiakirjojen kielenkäytön ja siinä tuotettavien kulttuuristen kategorisointien analyysi artikkelissa I paljastaa, kuinka merkittävänä ehtona *maahanmuuton peruste* näyttäytyy ulkomaalaisten ammattilaisten työmarkkinoille kuulumista ehdollistavana tekijänä. Muista kuin työperusteisista syistä maahan muuttaneet sairaanhoitajat jäävät valtiollisissa linjauksissa epäolennaiseksi ja marginaaliseksi työvoimaresurssiksi. Etenkin pakolaiset ja muista humanitaarisista syistä maahan saapuneet ihmiset tulevat luokitelluksi yhtenäiseksi, ammattitaidoltaan vaatimattomaksi ja työelämään huonosti sopeutuvaksi ihmisryhmäksi.

Politiikka-asiakirjojen analyysin ohella nostan artikkelissa I esiin sen, miten myös kansainvälisten muuttoliikkeiden tutkimus tulee usein uusintaneeksi samaa näkökulmavinoumaa. Tämän perusteella esitän, että niin kansallista työvoimapolitiikkaa kuin kansainvälistä muuttoliiketutkimustakin näyttää hallitsevan kapea-alainen näkökulma, jossa koulutetusta (nais)ammattilaisesta ja ensisijaisesti muista kuin työperusteisista syistä maahan saapuvasta ulkomaalaisesta rakentuu helposti toisensa ohittavia – jopa ulossulkevia – kategorioita. Artikkelin keskeinen argumentti koskee sitä, kuinka maahanmuuton perusteen kautta maahan muuttavat ammattilaiset työvoimaresurssina tunnistava ja tunnustava sisään sulkemisen politiikka marginalisoi kansallisen työvoimapolitiikan reunamille huomattavan määrän sekä maahan muuttavia että maassa jo asuvia sairaanhoitajia.

Nostan artikkelissa esiin myös tällaiseen työvoiman luokitteluun pohjautuvien linjausten sukupuolittuneen ulottuvuuden. Kansainvälisiä muuttovirtoja koskevaan tutkimukseen nojautuen osoitan analyysissä, miten poliittiset linjaukset ja niissä esitetyt toimintaehdot ja rajaukset kohdistuvat ennen kaikkea koulutettuihin maahanmuuttajanaisiin. Tämä perustuu ensinnäkin siihen, että naiset muuttavat useimmiten muiden kuin työnperusteisiin syihin pohjautuvien kansainvälisten muuttovirtojen mukana (esim. Kofman 2004a). Toisekseen sairaanhoitajan ammatti on erittäin naisvaltainen ala. Näiden tekijöiden valossa on syytä olettaa, että ensisijaisesti erilaisten sosiaalisten tai humanitaaristen syiden perusteella maahan saapuvien ja/tai saapuneiden maahanmuuttajien keskuudessa on merkittävä määrä sairaanhoitajan koulutuksen käyneitä naisia, joihin kategorinen ulossulkeminen kohdistuu kaikkein voimakkaimmin.

Tarkastelemissani politiikka-asiakirjoissa ilmenee kuitenkin myös eroja eri toimijaryhmien linjauksissa. Valtiotoimijoista poiketen työmarkkinatoimijat – sairaanhoitajien edunvalvontajärjestö sekä kuntatyönantajien edunvalvoja – nostavat esiin tavoitteita ja keinoja, jotka koskevat myös muista kuin työperusteisista syistä maahan muuttaneiden sairaanhoitajien tasa-arvoista integroimista työmarkkinoiden ja työpaikkojen työnjaollisiin järjestyksiin. Artikkelissa II tarkastelemani maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymisprosessin analyysi osoittaa kuitenkin, että naisvaltaisen ammattikunnan ääni jää työvoimahallinnon ja koulutuspolitiikan institutionaalisissa käytännöissä ja niiden välisessä ristivedossa sangen hiljaiseksi.

Maahanmuuttajasairaanhoitajien haastatteluihin perustuva artikkeli II kertoo siitä, miten politiikka-asiakirjojen linjaukset todentuvat niissä institutionaalisissa toimintaympäristöissä, joissa maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan sisäänpääsystä ja sen ehdoista neuvotellaan. Tarkastelun kohteena olevat ammatilliseen pätevöitymiseen liittyvät käytännöt osoittavat, miten varsin erilaisista ammatti-, koulutus- ja työkokemustaustoista riippumatta länsimaiden ulkopuolelta saapuneet maahanmuuttajat tulevat helposti luokitelluiksi yhteen suureen, osaamattomaan maahanmuuttajien ryhmään. Työvoimapoliittisissa linjauksissa tuo-

tettava ulossulkeva näkymättömyys ilmenee institutionaalisten käytäntöjen tasolla ennen kaikkea siinä, miten vaikeaa maahanmuuttajasairaanhoitajien on saada ulkomailla hankkimaansa ammatillista osaamistaan tunnistetuksi ja tunnustetuksi. Ammatillisen sääntelyn ja työvoimahallinnon käytännöissä maahanmuuttajasairaanhoitajat ohjataan useimmiten hoitoapulaisiksi tai lähihoitajakoulutukseen.

Haastattelemieni maahanmuuttajasairaanhoitajien kokemukset pätevöitymisprosessista kulminoituivat usein turhautuneisuuden tunteen ympärille. Sairaanhoitajan työmarkkinakelpoisuuden hankkiminen näyttäytyy tutkimuksessa sangen vaihtelevana prosessina. Merkittävänä institutionaalisena esteenä ammattikuntaan sisäänpääsylle näyttäytyy pätevöitymisprosessiin osallistuvien tahojen keskinäisten tehtävä- ja vastuualueiden epäselvyys ja koordinoimattomuus sekä tähän liittyen pätevöitymiskäytäntöjä koskeva informaation puute. Informaation puutteen lisäksi maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymistä vaikeuttaa ja eriarvoistaa tilanne, jossa oppilaitokset arvioivat ja arvottavat ulkomailla hankittua sairaanhoitajakoulutusta varsin vaihtelevin käytännöin. Tämän voi nähdä olevan sidoksissa myös pätevöitymiskoulutusohjelmien vaihteleviin rahoitusjärjestelyihin. Artikkelissa II esittämäni keskeinen argumentti koskeekin sitä, kuinka 2000-luvun alkuvuosien koordinoimattomat ja pirstaleiset ulkomaalaisten sairaanhoitajien pätevöitymiskäytännöt ovat johtaneet ammattiin sisäänpääsyn ehtojen sattumanvaraisuuteen ja epätasa-arvoisuuteen. Kirjoittaessani tätä yhteenvetoa joitakin vuosia myöhemmin, pätevöitymiskäytännöissä ei edelleenkään ole tapahtunut perustavanlaatuista muutosta. Informaatiota ja koulutusohjelmia on tarjolla aikaisempaa enemmän, mutta pätevöitymiskoulutusten toteuttamiseen liittyvät ehdot ja käytännöt ovat edelleen hajanaisia. Tulkitsen maahanmuuttajasairaanhoitajien eräänlaiseen kansallisen koulutus- ja työvoimapolitiikan paitsioon jäämisen heijastelevan omalta osaltaan yhteiskunnassa vallitsevia, yhtäältä naisvaltaiseen hoiva-alaan ja toisaalta etnisyyteen kiinnittyviä sosiaalisia ja kulttuurisia jakoja.

Maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymistä koskevat tulokset artikkelissa III ja työyhteisöissä käytävien neuvottelujen tarkastelu artikkelissa IV avaavat mielenkiintoisen kontrastin politiikka- ja pätevöitymisartikkeleiden tuloksiin. Onnistuttuaan hankkimaan työmarkkinakelpoisuuden pätevöitymisprosessin kautta maahanmuuttajasairaanhoitajat saivat jalansijan työmarkkinoilla suhteellisen helposti ja saavuttivat ammatillisesti arvostettuja työnjaollisia asemia. Tätä dynamiikkaa käsittelen tarkemmin seuraavien teesien yhteydessä.

Tutkimuksen tulokset nostavat mielenkiintoisella tavalla esiin maahanmuutto-, työvoima- ja koulutuspoliittisten linjausten ja institutionaalisten käytäntöjen ristivedon. Samanaikaisesti kun kansallisissa politiikka-asiakirjoissa todetaan kasvanut työvoiman tarve ja toivotetaan ulkomainen sairaanhoitajatyövoima tervetulleeksi, maassa jo olevista maahanmuuttaja-ammattilaisista koostuva työvoimaresurssi sysätään työmarkkinoiden marginaaliin. Suomessa tällä hetkellä käytävä keskustelu

ulkomaisen sairaanhoitajatyövoiman tarpeesta ilmentääkin tältä osin kansainvälistä trendiä, jossa ulkomaalaisiin tai etnisiä vähemmistöjä edustaviin sairaanhoitajiin suhtaudutaan työvoimareservinä, johon turvataan vain silloin, kun työmarkkinoille syntyy vajetta kantaväestöä edustavista ammattilaisista (Hugman 1991; Thornley 1996). Kuten osoitan artikkelissa I, kansainvälistä muuttoliiketutkimusta tai työvoimapolitiikkaa hallitsevat tulkintakehykset ja kiinnostuksen kohteet eivät tämän tutkimuksen tarkasteluajankohtana ulottuneet ammattitaitoisiin, etupäässä ei-työperusteisista syistä maahan muuttaneisiin naisiin ja heidän työllistymistään koskeviin ehtoihin ja kysymyksiin. Tulokseni vahvistavatkin tältä osin teesiä siitä, että maahanmuuton perusteen, ammattialan ja sukupuolen yhteenkietoutuminen ehdollistaa merkittävällä tavalla maahanmuuttajien työmarkkina-aseman muotoutumista. Tässä uudessa terveydenhuollon työmarkkinoiden logiikassa maahanmuuttajat näyttävät korvaavan avustavan työvoiman eli niin sanotut työmarkkinoiden ”*vanhat Toiset*”, työväenluokkaiset naiset (Elston 1977).

6.2 Ammattikunnan eriytyminen ja kuulumisen kulttuuriset ehdot

Sairaanhoitajien ammattikunnassa on aina ollut sisäisiä jakoja. Sisään- ja ulossulkemisen perusteet ja käytännöt ovat kuitenkin vaihdelleet erilaisissa yhteiskunnallisissa tilanteissa (Gamarnikov 1978; Reverby 1989; Glazer 1991; Davies 1995). Ammattien tutkimuksessa on esitetty, että sosiaalisten jakojen ja eriarvoistumisen voimistuminen näkyy myös suomalaisen sairaanhoitajakunnan eriytymisenä ja sosiaalisen eriarvoisuuden kasvuna (Henriksson 1989; 1994; 1998; Wrede & Henriksson 2004). Työmarkkinatilanteen vaihteluiden seurauksena sairaanhoitajien ammattikunnan sisälle on syntynyt 1990-luvun lamavuosien jälkeen uusia sosiaalisia jakoja, joiden seurauksena ammattikunta on lohkoutunut esimerkiksi työsuhteen perusteella vakituisessa työssä oleviin, pätkätyöläisiin ja työttömiin (Santamäki 2004; Santamäki ym. 2009).

Nykyisessä tilanteessa monia länsimaita uhkaava ”demografinen aikapommi” johtaa lisääntyvään tarpeeseen rekrytoida sairaanhoitajia huolehtimaan vanhenevasta väestöstä. Sairaanhoitajan ammatin sosiaalisia jakoja tutkinut Michael Carpenter (1993) uskoo, että rekrytointitarve tulee kohdistumaan ennen kaikkea perushoidossa työskenteleviin ammattilaisiin. Tämän työnjaollisen asetelman Carpenter uskoo johtavan sosiaalisten jakojen voimistumiseen terveysammattien sisällä, sillä ammattiin sisäänpääsyn ja uralla etenemisen mahdollisuuksien on osoitettu jakautuneen epätasa-arvoisesti niin etnisyyden, sukupuolen kuin luokka-asemankin perusteella. Tältä perustalta yhteenkietoutuvat *teesit suomalaisen sai-*

raanhoitajien ammattikunnan eriarvoistumisen voimistumisesta ja sairaanhoitajien ammattikunnan etnisestä eriytymisestä näyttäytyvät ajankohtaisina nykyisessä yhteiskunnallisessa ja työvoimapoliittisessa tilanteessa. Sirpa Wrede (2008) pohtiikin terveydenhuollon protektionistista sääntelyä tarkastellessaan, tuleeko etnisyydestä uusi suomalaisen terveydenhuollon työnjakoa ja ammattikuntien eriytymistä hierarkisoiva kategoria samoin kuin monissa maissa on jo käynyt.

Artikkeli II nostaa esiin ammatillisen koulutuksen areenat merkittävänä toimintaympäristönä, joilla neuvotellaan ammattikuntaan kuulumisen paikoista ja ehdoista. Tulokset osoittavat, miten työvoimahallinnon ja oppilaitosten yhteistyössä suunnittelemissa ja toteuttamissa pätevöitymisprosesseissa maahanmuuttajia ohjataan vanhustyöhön, joka on perinteisesti tulkittu sairaanhoitajien ammattikulttuurissa vähemmän arvostetuksi työkentäksi (esim. Wrede & Henriksson 2004). Yleisiä työmarkkinoita lohkouttavien institutionaalisten käytäntöjen ohella maahanmuuttajasairaanhoitajille rakennetaan siten myös sairaanhoitajan ammatin sisällä työnjaollista asemaa segmenttiin, joka ei näytä kelpaavan kantasuomalaisille sairaanhoitajille.

Artikkelissa II esittämäni keskeinen argumentti koskee sitä, kuinka tiettyihin työnjaollisiin asemiin sisäänsulkevat käytännöt kiinnittyvät protektionistisen sairaanhoitajan ammattireviirin vartioinnin rinnalla olennaisesti myös sairaanhoitajan ammatin sisällä vallitseviin kulttuurisiin ja sosiaalisiin jakoihin ja hierarkioihin. Nämä jaot ja hierarkiat todentuvat ammatin sisällä käytävissä kamppailuissa, joiden kohteena on ammatillisuuden määrittely ja siitä tehtävät tulkinnat. Ammattikuntaan kuulumisen kulttuurisissa ehdoissa onkin kyse paitsi ammattitaidon ja –tiedon luonteesta myös kulttuurisiin ammatti-ihanteisiin kietoutuvasta moraalisesta ulottuvuudesta – oikeanlaisesta ”ammatillisesta mielenlaadusta”, kuten Henriksson (1998, 101) kuvaa. Ammatillisuuden moraalijärjestykseen pohjautuen ammatin edustajiin kohdistetaan kriteereitä, jotka koskevat tietynlaisia kulttuurisia odotuksia ja käsityksiä sekä ajattelun ja käyttäytymisen normeja.

Pätevöitymiskoulutuksen käytäntöjen ja vuorovaikutussuhteiden tarkastelu artikkelissa II osoittaa, kuinka pätevöitymiskoulutuksessa voi yhtäältä tulkita olevan kulttuurisesta näkökulmasta kysymys ulkomailla ammattitaidon ja -identiteettinsä hankkineiden ammattilaisten suomalaistamisesta. Toisaalta tulokset muistuttavat siitä, etteivät maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillisuuteen ja sen arviointiin kohdistuvat neuvottelut kytkeydy ainoastaan maahanmuuttajataustaan tai ulkomaalaisuuteen. Maahanmuuttajasairaanhoitajien kokemusten peilaaminen suomalaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksiin osoittaa, että ammattiosaamisen arvioinnissa on pitkälti kyse rajankäynnistä hoitotieteellisen ja lääketieteellisen tiedon ja osaamisen paikasta sairaanhoitajan ammatillisessa osaamisessa. Ammatillisuuden tulkinnat ja ehdot eivät näin ollen määrity ainoastaan maahanmuuttajataustan perusteella, vaan ne kiinnittyvät ammattikunnan sisäisiin laajempiin

määrittelykamppailuihin siitä, mikä on oikeaa ammatillista osaamista ja kuka on kelvollinen sitä harjoittamaan.

Tutkimuksen eri artikkelit tekevät näkyväksi sitä, kuinka ammatillisuuden tulkinnat ja niitä ohjaavat kulttuuriset odotukset ja normit määrittyvät eri tavoin erilaisissa toimintaympäristöissä. Työyhteisöihin kohdistuvan artikkelin IV keskeinen argumentti koskee sitä, kuinka erilaisia ihmisryhmiä kategorisoivat kulttuuriset odotukset ohjaavat myös käytännön työssä ammatillisuudesta tehtäviä tulkintoja. Artikkeli nostaa esiin, kuinka maahanmuuttajasairaanhoitajan ammatillisuus asettuu usein kyseenalaiseksi uudessa työympäristössä, jossa hän näyttäytyy sekä sosiaalisesti että kulttuurisesti vieraana. Tulosteni mukaan näiden kulttuuristen kategorisointien ylittämisen mahdollistavana resurssina toimii ennen kaikkea vahva ammatillinen osaaminen ja ammatti-identiteetti. Artikkeleiden II ja IV tulokset vahvistavat yhdessä käsitystä siitä, että sairaanhoitajan ammatillisuus jäsentyy käytännön työssä ennen kaikkea kliinisen osaamisen kautta. Työllistymistä käsittelevässä artikkelissa III puolestaan osoitan, kuinka maahanmuuttajasairaanhoitajat mieltävät ulkomailla hankkimaansa työkokemukseen perustuvan ammatillisen osaamisen merkittävänä työnantajien vakuuttamisen keinona ja työmarkkinatoimijuutensa resurssina.

Artikkelin IV tulokset kertovat erojen ja erottelujen lisäksi myös yhteisyyksistä. Kiinnitän artikkelissa huomiota siihen, kuinka työyhteisöissä käytävät neuvottelut maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillisuuden ja työnjaon ehdoista näyttävät kulminoituvan erityisesti vanhustenhuollossa sairaanhoitajien ja heidän lähiammattilaistensa välisissä suhteissa. Tarkastelu tuo esiin maahanmuuttajasairaanhoitajien työnjaollisen auktoriteettiaseman haasteellisuuden työyhteisösuhteiden näkökulmasta. Peilaus kotimaisiin tutkimuksiin kuitenkin osoittaa, että työnjaoltaan ja käskysuhteiltaan usein jännitteinen sairaanhoitaja-lähihoitajasuhde on etnistä luokittelua laajempi ongelmakenttä, joka koskettaa myös muiden terveydenhuollon ammattiryhmien välistä työnjakoa ja hierarkioita (ks. Henriksson 1998; 2008; Wrede & Henriksson 2004; Laiho & Ruoholinna 2008). Vaikka etnisyyteen perustuvat eronteot voivat värittää tai muovata jo olemassa olevia sosiaalisia jakoja, ammattien tutkimuksen näkökulma tuo etnisten suhteiden tutkimukseen tärkeän näkökohdan ja muistutuksen: Maahanmuuttajia(kin) tulisi tarkastella osana laajempaa yhteiskunnallista toimintaympäristöä, jonka työnjaollisia suhteita halkovat jo entuudestaan erilaiset sosiaaliset ja kulttuuriset jaot. Maahanmuuttajuuden merkityksistä neuvotellaan muiden olemassa olevien sosiaalisten ja kulttuuristen jakojen rajoissa ja ehdoin.

Yhtäältä tutkimukseni vahvistaa käsitystä sairaanhoitajien ammattikunnan lohkoutumista tuottavien institutionaalisten mekanismien olemassaolosta. Tutkimustulokseni politiikka-asiakirjoja tarkastelevassa artikkelissa I ja maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymisprosessia tarkastelevassa artikkelissa II kertovat

siitä, miten maahanmuuttajasairaanhoitajien tasa-arvoista työmarkkinoille osallistumista ja työnjaollisiin hierarkioihin sijoittumista rajataan ja ehdollistetaan sekä sairaanhoitajatyövoiman kannalta keskeisissä politiikkatoimijoiden linjauksissa että ammatillisen sääntelyn, työvoimahallinnon ja ammatillisen koulutuksen institutionaalisissa käytännöissä. Näiden tutkimustulosten valossa teesi suomalaisen sairaanhoitajien ammattikunnan eriytymisestä ja etnisyyden merkityksestä ammattikunnan työnjakoa jäsentävänä toimintaperusteena näyttää perustellulta.

Toisaalta tutkimukseni kuitenkin tuottaa ammattikunnan eriytymistä koskevaan kysymykseen osittain ristiriitaisia vastauksia. Eriyttävistä institutionaalisista käytännöistä huolimatta sairaanhoitajan ammattikunta ei näytä etnisesti jakautuneelta maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymistä tarkastelevan artikkelin III ja työyhteisöasemaa tarkastelevan artikkeli IV tulosten valossa. Vaikka maahanmuuttajasairaanhoitajien työelämään sisäänpääsy ja oman paikan löytäminen työyhteisöissä eivät näyttäydy ongelmattomina, heidän saavuttamansa työnjaolliset asemat eivät myöskään todista ammattikunnan jakautumista työmarkkinoiden ja työyhteisöjen tasolla. Kahdestakymmenestä haastattelemastani maahanmuuttajasairaanhoitajasta yksikään ei ollut sairaanhoitajan työmarkkinakelpoisuuden saavutettuaan työttömänä vasten tahtoaan. Yleisesti ottaen haastatellut olivat saavuttamiinsa työnjaollisiin ja sosiaalisiin asemiin varsin tyytyväisiä, artikkelissa III osoitetuista päinvastaisista ennakko-odotuksista huolimatta. Avaan näitä työmarkkinoiden ja ammattikunnan lohkoutumis- ja eriytymisteesien kannalta osittain ristiriitaisia tuloksia seuraavan, toimijuutta koskevan teesin valossa.

6.3 Maahanmuuttajuus ja toimijuuden ehdot

Yhteiskunnallisessa toimintaympäristössä vallitsevat kulttuuriset luokittelut, sosiaaliset jaottelut ja institutionaaliset rakenteet eivät useinkaan avaa maahanmuuttajille kovin otollisia toimintaehtoja työelämässä. Kuten etenkin artikkelini I ja II osoittavat, maahanmuuttotausta näyttäytyy työmarkkinoiden ja ammattikunnan rakenteellista hierarkisoitumista koskevien teesien valossa merkittävänä maahanmuuttajasairaanhoitajien toimintaehtojen rajoitteena. Tällainen tulos uusintaa helposti maahanmuuttotutkimuksessa korostuvaa teesiä siitä, *miten maahanmuuttajaryhmien asema työmarkkinoilla ja yhteiskunnassa määrittyy vallitsevien valtahierarkioiden ja (syrjivien) rakenteiden seurauksena.* Näin tulkittuna maahanmuuttajat näyttäytyvät ainakin epäsuorasti maahanmuuttajuutensa vankeina ja yhteiskunnallisten rakenteiden passiivisina uhreina. Mitä tutkimustulokseni sitten kertovat maahanmuuttotaustan merkityksestä kuulumisen politiikasta käytävissä

neuvotteluissa, ja millaisina toimijoina maahanmuuttajasairaanhoitajat tämän tutkimuksen valossa näyttäytyvät?

Tulokset osoittavat, etteivät tässä tutkimuksessa haastattelemani maahanmuuttajasairaanhoitajat ole valmiita hyväksymään yhteiskunnan syrjiviä käytäntöjä ilman vastarintaa. He rakentavat ammattikuntaan kuulumistaan luottaen ammatilliseen osaamiseensa ja tukeutuen ammattiinsa vahvoin tunnesitein. Artikkeleissa II, III ja IV tarkastelen sitä, miten maahanmuuttajasairaanhoitajat rakentavat toimijuuttaan erilaisissa toimintaympäristöissä. Näitä artikkeleita yhdistävä argumenttini koskee työkokemuksen sekä vahvan ammattiosaamisen ja -identiteetin merkityksiä maahanmuuttajasairaanhoitajien ensisijaisina toimijuuden resursseina. Luottamus omaan ammatillisuuteen muodostaa perustan, johon haastattelemani maahanmuuttajasairaanhoitajat tukeutuivat toimintaympäristöstä riippumatta. Artikkelissa II osoitan, kuinka useat haastattelemistani maahanmuuttajasairaanhoitajista raivasivat tiensä pätevöitymiskoulutukseen vahvan ammatti-identiteetin ja -ylpeyden voimaannuttamina. Ammatilliseen osaamiseensa vedoten he myös kieltäytyivät hyväksymästä vanhustyöhön ohjaavia, eriarvoistavaksi kokemiaan pätevöitymiskoulutuksen käytäntöjä. Artikkelin II tavoin myös maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymisodotuksia tarkasteleva artikkeli III osoittaa, että ”alemmalla tasolla” lähihoitajana työskenteleminen näyttäytyy useissa haastatteluissa poissuljetulta vaihtoehdolta. Yhdessä artikkeleiden II ja IV tulokset osoittavat, että maahanmuuttajasairaanhoitajien toimijuuden tapoja niin työmarkkinoilla kuin työyhteisöissä ohjaavat myös kantasuomalaisille sairaanhoitajille tyypilliset käsitykset ammattien välisistä ja niiden sisäisistä hierarkioista.

Vahvaan ammatilliseen osaamiseen ja identiteettiin perustuvat toimijuuden resurssit eivät kuitenkaan yksinään takaa toimijuuden mahdollisuuksia. Maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymistä ja työmarkkina-asemaa tarkastelevan artikkelin III keskeinen argumentti on, että maahanmuuttaja-ammattilaisten yksilöllisten voimavarojen käyttämisen ja näyttämisen kannalta myös otollisten yhteiskunnallisten olosuhteiden olemassaolo on tärkeää. Maahanmuuttajasairaanhoitajien kohdalla merkittävänä toimintaehtoja avaavana kontekstina näyttäytyy etenkin suuremmissa kaupungeissa vallitseva sairaanhoitajatyövoimapula. Artikkelin III tulokset nostavat esiin myös sen, miten merkittävä vaikutus pätevöitymiskoulutuksella on maahanmuuttajasairaanhoitajien työmarkkinatoimijuuden vahvistamisessa. Muodollisen työmarkkinakelpoisuuden ja suomalaisiin sairaanhoitajiin nähden yhdenmuotoisen tutkintotodistuksen lisäksi pätevöitymiskoulutukseen sisältyvät työharjoittelujaksot avaavat maahanmuuttajasairaanhoitajille tärkeitä toiminnan väyliä. Työharjoittelujaksoilla heillä on mahdollisuus solmia työllistymistä helpottavia sosiaalisia kontakteja sekä todistaa käytännössä ammattiosaamisensa mahdollisille työnantajille.

Maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymiseen, työllistymiseen ja työelämään kiinnittyvien kokemusten analysointi artikkeleissa II, III ja IV osoittaa, kuinka monitahoisena ja osin ristiriitaisena tekijänä maahanmuuttajatausta näyttäytyy kuulumisen politiikan neuvotteluissa. Pätevöitymisprosessissa maahanmuuttajatausta merkityksellistyy ennen kaikkea ulkomailla hankitun ammattitaidon mitätöimisen kautta. Maahanmuuttajasairaanhoitajien työelämäkokemukset puolestaan osoittavat, että ennen kaikkea uusissa työyhteisöissä maahanmuuttajatausta helposti peittoaa ammatillisen osaamisen. Työyhteisöjen vuorovaikutuskäytännöt puolestaan ilmentävät sitä, miten sosiaalisesti vieraana pidetty maahanmuuttajasairaanhoitaja tulee helposti nähdyksi myös kulttuurisesti vieraana. Uutena työntekijänä maahanmuuttaja-ammattilainen nähdään helposti ensisijaisesti maahanmuuttajakategorian eikä sairaanhoidon ammattilaiskategorian edustajana.

Tulokset maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymisodotuksista artikkelissa III osoittavat, kuinka maahanmuuttajatausta näyttäytyy maahanmuuttajasairaanhoitajien omissa odotuksissa ennen kaikkea heidän työmarkkinatoimijuuttaan rajoittavana tekijänä. Maahanmuuttajataustan rajoittavuus kiinnitetään erityisesti kielitaitoon. Työllistymiskokemukset kuitenkin osoittavat, että maahanmuuttajasairaanhoitajien on mahdollista päästä sairaanhoitajien työmarkkinoille heikommallakin suomenkielentaidolla. Tästä huolimatta erityisesti artikkelien II ja IV tulokset tähdentävät sitä, miten merkittävä resurssi hyvä suomenkielentaito on eri toimintaympäristöissä. Hyväksi koettu kielitaito näyttäytyy merkittävänä yhtäältä maahanmuuttajasairaanhoitajien itseluottamuksen ja ammatillisen toimijuuden tukijana sekä toisaalta ammattikuntaan ja työyhteisöihin sisäänpääsyä määrittävien institutionaalisten käytäntöjen näkökulmasta.

Artikkelin IV tulokset osoittavat, kuinka maahanmuuttajasairaanhoitajat pystyvät kääntämään maahanmuuttajataustan myös edukseen työyhteisöissä. Kuten politiikka-asiakirjojen tarkastelu artikkelissa I tuo esiin, vieraiden kulttuurien tuntemukseen ja laajaan kielitaitoon liittyvää osaamista pidetään nykyään toivottavana terveydenhuollon työntekijöiden resurssina. Tulokset maahanmuuttajasairaanhoitajien työelämäkokemuksista tuovat esiin, miten maahanmuuttajataustaisten potilaiden tulkkina toimiminen voi nostaa maahanmuuttaja-ammattilaiset usein lähes korvaamattomaan asemaan työyhteisöissä. Tulokset kertovat myös siitä, miten maahanmuuttajuuteen liittyvät kokemukset merkityksellistyvät haastattelemieni maahanmuuttajasairaanhoitajien puheessa myös omaa itsetuntemusta, identiteettiä ja ihmisymmärrystä vahvistavina resursseina. Sairaanhoitajan ihmisläheisessä työssä tämänkään näkökulman merkitystä ei ole syytä vähätellä.

Tutkimuksen perusteella voi kiteytetysti todeta, etteivät maahanmuuttajasairaanhoitajat näiden tulosten valossa vastaa odotuksia alistuneesta ja joustavasta (nais)työvoimasegmentistä, jonka edustajat olisivat kaikkeen mukautuvia, käskyt hyväksyviä tai tyytyväisiä kantaväestöä pienempään palkkaan tai heikompiin työ-

ehtoihin. Sen sijaan tutkimus nostaa esiin ja korostaa sellaisen tutkimusnäkökulman tärkeyttä, joka ottaa huomioon myös heikommissa asemissa olevien ihmisryhmien oman toimijuuden ja sen kulloiseenkin toimintaympäristöön liittyvät toiminnan ehdot ja resurssit. Rakenteellisten esteiden paikantaminen sekä kulttuuristen ja sosiaalisten rajoitusten tunnistaminen on tärkeää, mutta yhtä tärkeää on nostaa esiin maahanmuuttajien toimijuuden voimavaroja ja niiden toteuttamisen tapoja ja väyliä. Näin menetellen myös tutkimusasetelmaa koskevien valintojen kautta voi purkaa ja kyseenalaistaa yhteiskunnassa vahvoina eläviä eriarvoistavia kulttuurisia kategorisointeja, joissa maahanmuuttajat määrittyvät helposti työmarkkinoiden marginaaliin, ongelmallisiksi ja heikoiksi toimijoiksi, jotka asettuvat niille paikoille, jotka heille kulloinkin osoitetaan.

7 Lopuksi

Tutkimukseni päätavoitteena on ollut ymmärtää ja tehdä näkyviksi niitä kulttuurisia, yhteiskunnallisia ja sosiaalisia ehtoja, joiden ympäröimänä maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan kuulumisesta neuvotellaan Suomen terveydenhuollon toimintaympäristöissä. Empiirisen tutkimuksen kohteena ovat olleet sairaanhoitajatyövoiman tarvetta ja rakennetta määrittävä poliittinen kielenkäyttö sekä ammatin sääntelyyn osallistuvien organisaatioiden ja työyhteisöjen institutionaaliset ja sosiaaliset käytännöt. Olen rajannut tarkasteluni muista kuin työperusteisista syistä maahan muuttaneiden sairaanhoitajien näkökulmaan.

Tutkimukseni avainkäsitteenä on toiminut *kuulumisen politiikka*. Kuulumisen politiikassa on kyse niistä erilaisissa institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä ja kohtaamisissa käytävistä monitoimijaisista neuvotteluista, joissa määritellään maahanmuuttajasairaanhoitajien työnjaollista asemaa sekä sosiaalisen osallisuuden ja kuulumisen tunteen ehtoja. Tästä lähtökohdasta olen tutkinut, millaisten neuvottelujen kautta yhtäältä maahanmuuttajasairaanhoitajat itse ja toisaalta erilaisiin institutionaalisiin toimintaympäristöihin kiinnittyvät toimijat rakentavat maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan kuulumista suomalaisen terveydenhuollon työmarkkinoilla, sairaanhoitajien ammattikunnassa sekä terveydenhuollon työyhteisöissä. Tutkimukseen sisältyvät neljä artikkelia avaavat laajan ja monitasoisen näkökulman maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan kuulumisen paikoista, tavoista ja ehdoista globalisoituvan yhteiskunnan politiikkakeskusteluissa sekä ammattikunnan ja työyhteisöjen tasolla.

Tutkimus osoittaa, että maahanmuuttotausta jäsentää merkittävästi maahanmuuttajasairaanhoitajien kokemuksia ammattikuntaan kuulumisen ehdoista ja tavoista. Maahanmuuttajuus saa kuitenkin erilaisia merkityksiä erilaisissa toimintaympäristöissä ja sosiaalisen kohtaamisen tilanteissa. Erilaisiin maahanmuuttajaryhmiin kiinnittyvät kategorisoinnit johtavat niin yhteiskunnan, instituutioiden kuin työyhteisöjenkin tasolla helposti sellaisten toimijoiden roolien vähättelyyn, jotka eivät vastaa kulttuuristen kategorioiden stereotyyppisiä odotuksia. Nämä erottelut todentuvat erityisesti niiden koulutettujen naisammattilaisten kohdalla, jotka ovat muuttaneet maahan ensisijaisesti muista syistä kuin työn vuoksi. Heidän kohdallaan institutionaalisia käytäntöjä ohjaavat kulttuuriset jäsennykset merkitsevät paitsioon jäämistä paitsi sairaanhoitajatyövoimaa koskevissa poliittisissa linjauksissa, myös ammattikuntaan sisäänpääsyä määrittävissä institutionaalisissa käytännöissä. Tältä osin tutkimustulokseni tukevat teesiä kansallisten työmarkkinoiden eriarvoistumisesta, jossa eriarvoisuus määrittyy maahanmuuttoperusteen, sukupuolen ja ammatin yhteen kietoutumisen prosesseina.

Tutkimuksen perusteella voidaan tulla johtopäätökseen, jonka mukaan maahanmuuttajasairaanhoitajien kuulumisen politiikasta käytävät neuvottelut muotoutuvat tietynlaisiksi tietyssä kansainvälisessä ja kansallisessa toimintaympäristössä. Ne välittyvät kulttuurisiin luokittelujärjestelmiin pohjautuvien odotusten, normien ja asenteiden pohjalta ja saavat lopulta muotonsa ammatillisen sääntelyn, työmarkkinoiden ja työyhteisöjen käytännöissä ja vuorovaikutuksessa, joissa erilaisille ihmisryhmille määritellään hierarkkisia paikkoja ammattien ja työmarkkinoiden sosiaalisissa järjestyksissä. Tutkimuksessa nostan esiin kulttuuristen luokittelujen näkyviksi tekemisen tärkeän merkityksen osoittamalla, kuinka yhteiskunnassa tietynlaisia ihmisryhmiä koskevat kategoriset käsitykset voivat johtaa harhaanjohtaviin arvioihin ja ulossulkeviin käytäntöihin. On kuitenkin selvää, että erilaisia maahanmuuttokategorioita tarvitaan hallinnossa ja tutkimuksessa (ks. Portes 1997). Näiden kategorisointien merkitykset ja seuraukset olisi kuitenkin syytä tunnistaa ja huomioida nykyistä paremmin sekä kansainvälisessä muuttoliiketutkimuksessa, kansallisissa politiikkalinjauksissa että työelämän käytännöissä.

Vaikka tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole tuottaa yleistyksiä samoin tavoin kuin määrällisen tutkimuksen, on kuitenkin syytä pohtia sitä, missä määrin tutkimukseni ilmentää maahanmuuttajasairaanhoitajien asemaa Suomen terveydenhuollossa laajemmin. Tätä kirjoittaessani, vuonna 2011, kuvailemani toimijakenttä ei ole merkittävästi muuttunut maahanmuuttajasairaanhoitajien ja heidän työmarkkina-asemaansa kohdistuvasta näkökulmasta tulkittuna. Ministeriöiden organisaatiotasolla on tapahtunut joitain uudistuksia, mutta nämä eivät ole muuttaneet ministeriöiden vastuualueita keskeisesti tämän tutkimuksen näkökulmasta. Yhteiskunnallisessa ilmastossa ja tilanteessa on kuitenkin tapahtunut muutosta, joka heijastunee myös tämän tutkimuksen tarkasteluajanjaksoa uudempien poliittisten asiakirjojen lähtökohtiin ja ydinkysymyksiin. Maahanmuuttoon ja maahanmuuttajiin kohdistuvat kysymykset ovat nousseet yhteiskunnallisessa keskustelussa aikaisempaa merkittävämpään asemaan, samalla kun työvoimapulan uhka koskettaa Suomea ja erityisesti terveydenhuoltoa entistä enemmän.

Olen käyttänyt tutkimuksessani maahanmuuttajasairaanhoitajan termiä kategorisoivana yleiskäsitteenä. Olen samalla syvästi tietoinen siitä, etteivät maahanmuuttajasairaanhoitajat muodosta yhtään sen yhtenäisempää ryhmää kuin kantasuomalaiset sairaanhoitajat – päinvastoin. Vaikka tutkimuksessa haastattelemani maahanmuuttajasairaanhoitajat muodostivat taustaltaan varsin heterogeenisen ryhmän, he muodostavat kuitenkin monessa suhteessa varsin rajautuneen tutkimusjoukon.

Tulosten tarkastelussa on tärkeä huomioida *ensinnäkin* se, että EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta muuttaneista sairaanhoitajista vain murto-osa yltää Suomessa ammattinsa harjoittajiksi. Näiltä osin tutkimukseni valottaa siten vain harvojen onnistujien näkökulmaa. Onnistujienkin näkökulma kertoo kuitenkin niistä in-

stitutionaalisista ja sosiaalisista käytännöistä ja todellisuuksista, joihin myös muut EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta maahan muuttaneet sairaanhoitajat todennäköisesti törmäävät.

Toiseksi, kaikki tutkimuksessa haastattelemani maahanmuuttajasairaanhoitajat asuivat eteläisen Suomen suurissa kaupungeissa. Kuten tutkimuksessani osoitan, suurissa kaupungeissa vallitseva sairaanhoitajapula edesauttaa merkittävällä tavalla maahanmuuttajasairaanhoitajien työmarkkinoille pääsyä. Haastattelemieni maahanmuuttajasairaanhoitajien onnistuneiden työllistymisprosessien rinnalla pimentoon jää esimerkiksi se, mitä tapahtui niille kyselyaineiston sairaanhoitajille, jotka asuivat pienemmillä paikkakunnilla ja jotka olettivat työllistymisensä olevan tästä syystä vaikeaa.

Kolmas tutkimustuloksiani rajaava tekijä koskee tutkimusaineiston etnistä edustavuutta. Tutkimusaineistoon ei kuulunut yhtään tummaihoista, afrikkalaista syntyperää omaavaa henkilöä, joiden on osoitettu olevan työmarkkinoilla etnisistä ryhmistä kaikkein haavoittuvaisimmassa asemassa (esim. Forsander 2002; myös Doyle ym. 2006, 166). On kuitenkin mielenkiintoista, ettei haastattelemieni maahanmuuttajasairaanhoitajien kokemuksissa tullut esiin merkittäviä eroja esimerkiksi lähialueilta, Venäjältä tai Virosta, ja Lähi-idästä muuttaneiden välillä. Haastatteluaineiston pienuus (n=20) ei kuitenkaan mahdollista varsinaisen johtopäätöksen tekoa siitä, etteikö etnisiä hierarkioita olisi myös eri maahanmuuttajaryhmien välillä. Tämän aineiston valossa kysymys hyväksi koetun ammatillisen aseman saavuttamisesta näyttää kuitenkin kiinnittyvän enemmän työkokemukseen ja ammatilliseen identiteettiin kuin etniseen taustaan.

Neljänneksi haluan muistuttaa, että koska haastateltujen sukupuolijakauma oli vino – muistuttaen kuitenkin ammattikunnan yleistä sukupuolijakaumaa – eri sukupuolten toimijuudesta ja sitä määrittävien ehtojen eroista ei voi tämän tutkimuksen perusteella tehdä päätelmiä. Kahden haastatellun miessairaanhoitajan kokemukset ja näkemykset eivät poikenneet merkittävästi naishaastateltujen kokemuksista. Vaikka sukupuoli ei nouse merkittävään asemaan haastateltujen omissa näkemyksissä ja kokemuksissa, on kuitenkin syytä kysyä, missä määrin maahanmuuttajasairaanhoitajien jääminen paitsioon kansallisessa politiikassa heijastelee yhteiskunnassa vallitsevia, yhtäältä perinteisesti naisvaltaiseen hoiva-alaan ja toisaalta etnisyyteen kiinnittyviä sosiaalisia ja kulttuurisia jakoja.

Edellä käsittelemieni tekijöiden valossa en pyri väittämään, että tutkimustani tulisi tarkastella tyhjentävänä vastauksena maahanmuuttajasairaanhoitajien todellisuuksista ammattikuntaan kuulumista koskettavissa neuvotteluissa. Enemmän kuin ryhmästä nimeltä maahanmuuttajasairaanhoitajat katson tutkimukseni kertovan suomalaisesta yhteiskunnasta ja sen instituutioista sekä näiden toimintakäytäntöjä ohjaavasta kulttuurisesta arvo- ja normiperustasta. Vaikka tutkimusaineistoni ei vahvista teesiä suomalaisen sairaanhoitajien ammattikunnan etni-

sestä lohkoutumisesta, analyyseissä osoitetut marginaalistavat institutionaaliset käytännöt osoittavat, että lohkoutumisen uhka leijuu yllä. Tästä syystä toiminnan tarve on ilmeinen, jotta Suomen terveydenhuollon työmarkkinoilla ei tapahtuisi samanlaista etnistä lohkoutumista kuin monissa ulkomailta sairaanhoitajia rekrytoineissa länsimaissa on tapahtunut (esim. Hugman 1991; Carpenter 1993; Bach 2003; O'Brien 2007). Suomen tilanteen vertaaminen monien muiden länsimaiden tilanteisiin on silti tehtävä harkiten muun muassa erilaisista terveydenhuollon ammattiryhmien rakenteista ja kansallisista työmarkkinamekanismeista johtuen. Suomessa EU- ja ETA-maiden ulkopuolella tutkintonsa suorittaneiden sairaanhoitajien pätevöitymisvaatimukset ja käytännöt ovat olleet kansainvälisesti katsoen tiukkoja, vaikkakin varsin pirstaleisia. Tutkimuksen perusteella voidaan päätyä siihen, että maahanmuuttajasairaanhoitajien läpikäymällä vaativalla pätevöitymiskoulutuksella on keskeinen rooli maahanmuuttajasairaanhoitajien työmarkkinoille sisäänpääsyssä ja hyvän työmarkkina-aseman saavuttamisessa.

Tutkimuksen tulosten perusteella voi myös päätellä, että EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta Suomeen muuttaneiden sairaanhoitajien sisäänpääsyä suomalaisille sairaanhoitajatyömarkkinoille vaikeuttavat ennen kaikkea työmarkkinoita säätelevät instituutiot: terveydenhuollon ammatinharjoittamista koskeva sääntely, sen eri toimijatahoille hajautettu institutionaalinen toimeenpano sekä edellä mainittuja tekijöitä ohjaava julkinen valta. On huomionarvoista, että yhteiskunnassa vallitsevista ennakkoluuloista huolimatta työvoiman ostajat näyttävät tämän tutkimuksen valossa olevan valmiita palkkaamaan Suomessa pätevöityneitä maahanmuuttajasairaanhoitajia reiluin ehdoin. Tämä kohdistaa erityisiä haasteita maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymiskoulutusjärjestelmän kehittämiseen. Pätevöitymiskoulutusta olisi valtakunnallisesti yhtenäistettävä, jotta hakijat olisivat yhdenvertaisessa asemassa koulutuksen järjestävästä oppilaitoksesta ja koulutuksen rahoittajasta riippumatta. Hakijoiden yhdenvertaisen aseman lisäksi yhtenäisen pätevöitymisjärjestelmän kehittäminen on ensiarvoisen tärkeää myös sairaanhoitajan työmarkkinoille pääsevien ammattilaisten yhtenäisen laadun takaamiseksi. Yhtäläisen pätevyys on puolestaan edellytys sairaanhoitajien työmarkkinoiden eriytymisen välttämiselle.

Tutkimus nostaa esiin tärkeitä kysymyksiä niin taloudellisesti kuin eettisesti kestävistä ratkaisuista terveydenhuollon työvoimavajeen täyttämisessä. Tutkimus herättää kysymään, kannattaako taloudelliset resurssit suunnata ensisijaisesti ulkomailta rekrytoitaviin sairaanhoitajiin, joista ehkä vain harvat suunnittelevat asettuvansa vastaanottavaan maahan pidemmällä tähtäimellä, vai sellaisten maassa jo asuvien sairaanhoidon ammattilaisten täydennyskouluttamiseen, jotka jo joka tapauksessa ovat asettautuneet osaksi suomalaista yhteiskuntaa?

Tässä tutkimuksessa olen tarkastellut maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattikuntaan kuulumisen tavoista ja ehdoista käytäviä neuvotteluja monessa eri

toimintaympäristössä. Kokonaiskuvasta muodostuu tällöin laaja, mutta välttämättäkin melko pintapuolinen. Jatkotutkimuksen tehtäväksi jääkin kuvan tarkentaminen erilaisissa institutionaalisissa ympäristöissä. Nykyisessä tilanteessa, jossa Suomeen ollaan rekrytoimassa ja kouluttamassa sairaanhoitajia EU- ja ETA-maiden ulkopuolisista maista, näen tärkeäksi jatkotutkimuksen kohteeksi eri reittejä pitkin Suomeen saapuneiden ulkomaalaisten sairaanhoitajien pätevöitymisprosessien tutkimisen ja vertaamisen: Miten maahanmuuton reitti vaikuttaa sairaanhoitajien pätevöitymisprosessiin? Millaisia eroja eri ryhmien pätevöitymiskäytännöissä on, ja millaisia seurauksia tällä on yhtäältä ammattikunnan ja työmarkkinoiden rakenteen ja toisaalta maahanmuuttajasairaanhoitajien yhdenvertaisuuden kannalta? Pätevöitymiskäytäntöihin liittyen tutkittavan arvoista olisi myös pohjoismaisten pätevöitymiskäytäntöjen vertailu. Pohjoismaat avaavat monia muita maita relevantimman vertailevan tutkimuskontekstin siinä mielessä, että niiden terveydenhuollon toimintaympäristön rakenteelliset ja kulttuuriset järjestelmät ovat lähempänä toisiaan moniin muihin länsimaihin verrattuna.

Tutkimuksen tematiikasta avautuu lukuisia mielenkiintoisia ja yhteiskunnallisesti tärkeitä kysymyksiä jatkotutkimukselle, joista edellä nostin esiin vain muutamia. Ulkomaalaisten terveysammattilaisten rantautuminen suomalaiseen terveydenhuoltoon on dynaamisessa vaiheessa oleva ilmiö, joka nostaa esiin monenlaisia kokemuksia, tunteita, odotuksia ja asenteita ammattikuntien ja niitä ympäröivien instituutioiden lisäksi myös julkisessa keskustelussa. Samalla kun maahanmuuttajien määrä ja näkyvyys ovat yhteiskunnassamme hiljalleen kasvaneet, myös maahanmuuttajia koskeva yhteiskunnallinen keskustelu on yhä polarisoituneempaa (ks. Keskinen ym. 2009). Näissä keskusteluissa vastakkainasettelu yhtäältä työn ja toisaalta erilaisten sosiaalisten ja humanitaaristen perusteiden vuoksi maahan muuttavien ihmisten kesken näyttäytyy erityisen merkityksellisenä tutkimieni maahanmuuttajasairaanhoitajien näkökulmasta. Keskusteluihin näyttää kietoutuneen moraalisiksi tulkittavia kamppailuja siitä, millä perusteella on oikeus tulla maahan, olla maassa, tehdä työtä ja kuulua yhteiskuntaan. Katson tutkimukseni täyttäneen tehtävänsä, jos se on onnistunut ravistelemaan edes jossain määrin niitä syvään juurtuneita kulttuurisia käsityksiä ja odotuksia, jotka syrjäyttävät – ehkä tahattomastikin – osaavia maahanmuuttajataustaisia (nais)ammattilaisia työmarkkinoiltamme.

Kirjallisuusluettelo

Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor.* Chicago: The University of Chicago Press.

Abbott, A. (1997). Of Time and space: The contemporary relevance of the Chicago School. *Social Forces* 75, 1149–82.

Abbott, A. (2005). Sociology of work and occupations. Teoksessa N. Smelser & R. Swedberg (toim.): *The Handbook of economic sociology. Princeton, New Jersey:* Princeton University Press, 307–330.

Abel, E. K. & Nelson, M. K. (toim.) (1990). *Circles of Care. Work and identity in women's lives.* Albany: State University of New York Press.

Acker, J. (1990). Hierarchies, jobs and bodies: A theory of gendered organizations. *Gender & Society* 4, 139–158.

Acker, J. (2006). Inequality regimes: Gender, class, and race in organizations. *Gender & Society* 20, 441–464.

Ahmad, A. (2002). Yhteisten työmarkkinoiden erottelemia? Maahanmuuttajien työllistymismahdollisuudet suomalaisilla työmarkkinoilla. *Sosiologia* 39, 227–241.

Ahmed, S. (2000). *Strange encounters.* London: Routledge.

Alasuutari, P. (1994). *Laadullinen tutkimus.* Tampere: Vastapaino.

Alasuutari, P. & Ruuska, P. (1998). Johdanto. Teoksessa P. Alasuutari & P. Ruuska (toim.): *Elävänä Euroopassa. Muuttuva suomalainen identiteetti.* Tampere: Vastapaino, 5–18.

Alho, M. (2010). Maahanmuuttajien kokemukset ja ammattiliittojen näkemykset työehtojen polkemisesta Suomessa. Teoksessa S. Wrede & C. Nordberg (toim.): *Vieraita työssä*. Helsinki: Gaudeamus, 93–121.

Allan, H. T. & Larsen, J. A. (2003). *'We need respect' – Experiences of internationally recruited nurses in the UK.* London: The Royal College of Nursing. Saatavilla www-muodossa: http://www.rcn.org.uk/downloads/international/irn-report-we-need-respect.pdf. (Luettu 16.1.2007).

Antikainen, M. (2010). *Matkalla suomalaiseksi ja hoiva-alan ammattilaiseksi?: Venäläis- ja virolaistaustaisten naisten ja suomalaisuuden kohtaamiset kuulumista rakentamassa.* Helsingin yliopisto. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta.Väitöskirja.

Appadurai, A. (1996). *Modernity at Large: Cultural dimensions of globalization.* Minneapolis: University of Minnesota Press.

Bach, S. (2003). *International Migration of Health Workers: Labour and Social Issues.* Geneva: International Labour Office. Saatavilla www-muodossa: http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/wp209.pdf. (Luettu 10.11.2006).

Bach, S. (2006). *Going Global? The Regulation of Nurse Migration to the UK.* Paper presented at the British Journal of Industrial Relations Workshop on the Political Economy of Immigration and Migrant Labour, Centre for Economic Performance, London School of Economics, 10–11 March 2006.

Bairoh, S. & Trux, M-L. (2010). Identiteettejä, valtaa, kulttuuria – katsaus monimuotoisuusjohtamisen suuntauksiin. Teoksessa S. Wrede & C. Nordberg (toim.): *Vieraita työssä*. Helsinki: Gaudeamus, 193–228.

Ball, R. (2004). Divergent Development, Racialised Rights: Globalised Labour Markets and the Trade of Nurses – the Case of the Philippines. *Women's Studies International Forum* 27, 119–133.

Berger, P. L. & Luckmann, T. (1971). *The social construction of reality.* Harmondsworth: Penguin Books.

Brante, T. (1988). Sociological approaches to the professions. *Acta Sociologica* 31, 119–142.

O'Brien, T. (2007). Overseas nurses in the National Health Service: a process of deskilling. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2229–2236.

Buchan, J. & Calman, L. (2004). *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions.* Geneva: International Council of Nurses.

Buchan, J., Parkin, T. & Sochalski, J. (2003). *International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications. Saatavilla www-muodossa:* http://www.rcn.org.uk/downloads/InternationalNurseMobility. (Luettu 8.4.2007).

Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism.* London: Routledge.

Carling, J. (2005). Gender dimensions of international migration. *Global Migration Perspectives* 35. Saatavilla www-muodossa: http://www.gcim.org/mm/File/GMP%20No%2035.pdf. (Luettu 13.12.2006).

Carpenter, M. (1993). The subordination of nurses in health care: Towards a social divisions approach. Teoksessa E. Riska & K. Wegar (toim.): *Gender, work and medicine.* London: Sage, 95–130.

Dahle, R. (2003). Shifting boundaries and negotiations on knowledge: Interprofessional conflicts between nurses and nursing assistants in Norway. *International Journal of Sociology and Social Policy* 23, 139–158.

Daniel, P., Chamberlain, A. & Gordon, F. (2001). Expectations and experiences of newly recruited Filipino nurses. *British journal of nursing* 10, 254–265.

Davies, C. (1995). *Gender and the Professional Predicament of Nursing.* Buckingham: Open University Press.

Davies, C. (1996). The Sociology of professions and the profession of gender. *Sociology* 30, 661–678.

Davies, C. (2002a). Managing Identities: Workers, Professions and Identity. *Nursing Management* 9, 31–34.

Davies, C. (2002b). Continuing to Manage Identities. *Nursing Management* 9, 31–34.

Denzin, N. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods.* New York: McGraw-Hill.

Douglas, M. (1986). *How institutions think.* Syracuse, NY: Syracuse University Press.

Douglas, M. (2000). *Puhtaus ja vaara. Ritualistisen rajanvedon analyysi.* Suom. Virpi Blom ja Kaarina Hazard. Tampere: Vastapaino (alkuteos 1966).

Doyle, J., Mooney, N. & Ku, J. (2006). Why Not Me? Women Immigrants and Unemployment in New Brunswick. *Migration Letters* 3, 161–168.

Elston, M. A. (1977). Women in the medical profession: Whose problem? Teoksessa M. Stacey, M. Reid, C. Heath & R. Dingwall (toim.): *Health and the division of labour.* London: Croom Helm, 115–140.

Eskola, J. (2001). Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.): *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II.* Jyväskylä: PS-Kustannus, 133–157.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen.* Tampere: Vastapaino. Euroopan neuvoston ja parlamentin direktiivi 2005/36/EY. Saatavilla www-muodossa: http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:FI:PDF. (Luettu 7.11.2010).

Fairclough, N. (1989). *Language and Power.* London: Longman.

Fairclough, N. (1992). *Discourse and Social Change.* Cambridge: Polity Press.

Fisher, B. (1990). Alice in the Human services: a feminist analysis of women in the caring professions. Teoksessa E. K. Abel & M. K. Nelson (toim.): *Circles of Care. Work and identity in women's lives.* Albany: State University of New York Press, 108–131.

Forsander, A. (2002). *Luottamuksen ehdot. Maahanmuuttajat 1990-luvun Suomalaisilla työmarkkinoilla.* Helsinki: Väestöntutkimuslaitos, Väestöliitto.

Forsander, A. (2003). Maahanmuuttajat sukupuolitetuilla työmarkkinoilla – mistä löytyy naisen paikka? *Työpoliittinen aikakauskirja* 46, 64–73.

Forsander, A. (2007). Kotoutuminen sukupuolittuneille työmarkkinoille? Teoksessa T. Martikainen & M. Tiilikainen (toim.): *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ*. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 46/2007, 312–334.

Gamarnikov, E. (1978). Sexual division of labour: the case of nursing. Teoksessa A. Kuhn & A.M. Wolpe (toim.): *Feminism and materialism. Women and modes of production.* London: Routledge and Kegan Paul, 96–123.

George, S.M. (2005). *When women come first. Gender and class in transnational migration.* California: University of California Press.

Giddens, A. (1984). *The Constitution of society.* Cambridge: Polity Press.

Glazer, N. (1991). "Between a rock and a hard place": Women's professional organizations in nursing and class, racial, and ethnic inequalities. *Gender & Society* 5, 351–372.

Gordon, T. (2005). Toimijuuden käsitteen dilemmoja. Teoksessa A. Meurman-Solin & I. Pyysiäinen (toim.): *Ihmistieteet tänään.* Helsinki: Gaudeamus, 114-130.

Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (1997). *The New language of qualitative method.* New York, Oxford: Oxford University Press.

Haapakorpi, A. (2007). Työvoimapula ja etnospesifit työmarkkinat – miten edistää korkeakoulutettujen maahanmuuttajien ammatillista sijoittumista? *Työelämän tutkimus* 5, 213–226.

Haavisto, C., Kivikuru, U. & Lassenius, M. (2010). Toisesta työvoimaksi – maahanmuuttajat mediassa. Teoksessa S. Wrede & C. Nordberg (toim.): *Vieraita työssä.* Helsinki: Gaudeamus, 229–253.

Hagey, R., Choudhry, U., Guruge, S., Turrittin, J., Collins, E. & Lee, R. (2001). Immigrant nurse's experience of racism. *Journal of Nursing Scholarship* 33, 389–394.

Hall, S. (1999). *Identiteetti.* Suom. ja toim. Mikko Lehtonen ja Juha Herkman. Tampere: Vastapaino.

Hallituksen maahanmuuttopoliittinen ohjelma 19.10.2006. Saatavilla www-muodossa: http://www.mol.fi/mol/fi/99_pdf/fi/06_tyoministerio/06_julkaisut/10_muut/mamu_ohjelma19102006.pdf. (Luettu 2.12.2006).

Harinen, P. & Suurpää, L. (2003). Nuoret kulttuurisessa välimaastossa. Teoksessa P. Harinen (toim.): *Kamppailuja jäsenyyksistä. Etnisyys, kulttuuri ja kansalaisuus nuorten arjessa.* Nuorisotutkimusverkosto. Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 38, 5–14.

Henriksson, L. (1989). Sukupuolijako terveystyön ammatillistumisprosessissa. *Sosiaalipoliittisen yhdistyksen vuosikirja* 14, 105–126.

Henriksson, L. (1994). Ammatillisen sisaruuden uudet jaot - Sota terveystyön taitekohtana. Teoksessa A. Anttonen, L. Henriksson & R. Nätkin (toim.): *Naisten hyvinvointivaltio.* Tampere: Vastapaino.

Henriksson, L. (1998). *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka.* Tutkimuksia 88. Helsinki: Stakes.

Henriksson, L. (2008). Reconfiguring Finnish welfare service workforce: Inequalities and identity. *Equal Opportunities International* 27, 49–63.

Henriksson, L. (2010). Margaret Stacey terveystyön työnjaon tutkijana. Teoksessa U. Ashorn, L. Henriksson, J. Lehto & P. Nieminen (toim.): *Yhteiskunta ja terveys.* Helsinki: Gaudeamus, 113–125.

Henriksson, L. & Wrede, S. (toim.) (2004). *Hyvinvointityön ammatit.* Helsinki: Gaudeamus.

Hirstiö-Snellman, P. & Mäkelä, M. (1998). *Maahanmuuttajat sosiaali- ja terveysalan asiakkaina.* Selvityksiä 1998:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Hochshild, A. (2000). Global care chains and emotional surplus value. Teoksessa W. Hutton & A. Giddens (toim.): *On the edge: Living with global capitalism.* London: Jonathan Cape.

Hochschild, A. & Ehrenreich, B. (2002). *Global women: Nannies, maids and sex workers in the new economy.* London: Granta Books.

Hughes, E. C. (1958). *Men and Their Work.* Glencoe, Illinois: Free Press.

Hugman, R. (1991). *Power in Caring Professions.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Huttunen, L. (2002). *Kotona, maanpaossa, matkalla: Kodin merkitykset maahanmuuttajien omaelämäkerroissa.* Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Huttunen, L. (2004). Kasvoton ulkomaalainen ja kokonainen ihminen: marginalisoiva kategorisointi ja maahanmuuttajien vastastrategiat. Teoksessa A. Jokinen, L. Huttunen & A. Kulmala (toim.): *Puhua vastaan ja vaieta.* Helsinki: Gaudeamus, 134–154.

Huttunen, L. (2005). Etnisyys. Teoksessa A. Rastas, L. Huttunen & O. Löytty (toim.): *Suomalainen vieraskirja.* Tampere: Vastapaino, 117–160.

Huttunen, L. & Löytty, O. & Rastas, A. (2005). Suomalainen monikulttuurisuus. Teoksessa A. Rastas, L. Huttunen & O. Löytty (toim.): *Suomalainen vieraskirja.* Tampere: Vastapaino, 16–40.

Iredale, R. (1997). *Skills transfer: International migration and accreditation issues.* Wollongong: University of Wollongong Press.

Iredale, R. (2001). The Migration of Professionals: Theories and Typologies. *International Migration* 39, 7–26.

Iredale, R. (2005). Gender, Immigration Policies and Accreditation: Valuing the Skills of Professional Women Migrants. *Geoforum* 36, 155–166.

Jaakkola, M. & Reuter, A. (2007). Maahanmuuttajanaiset entisen Neuvostoliiton alueelta: Resurssit ja sijoittuminen työmarkkinoille. Teoksessa T. Martikainen & M. Tiilikainen (toim.) *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ.* Helsinki: Väestöliitto, 335–358

Jaakkola, M. (2009). *Maahanmuuttajat suomalaisten näkökulmasta. Asennemuutokset 1987-2007.* Tutkimuksia 1/2009. Helsingin kaupungin tietokeskus.

Jaakkola, T. (2000). *Maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt työhönotossa ja työelämässä.* Työpoliittinen tutkimus 218. Helsinki: Työministeriö.

Jackson, D. (1996). The multicultural workplace: comfort, safety and migrant nurses. *Contemporary Nurse 5*, 120–126.

Jein, R.-F. & Harris, B.L. (1989). Cross-Cultural Conflict: The American Nurse Manager and a Culturally Mixed Staff. *Journal of the New York State Nurses Association* 20, 16–19.

Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1999). *Diskurssianalyysi liikkeessä.* Tampere: Vastapaino.

Juhila, K. (2004a). Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. *Janus* 12, 155–183.

Juhila, K. (2004b). Leimattu identiteetti ja vastapuhe. Teoksessa A. Jokinen, L. Huttunen & A. Kulmala (toim.): *Puhua vastaan ja vaieta. Neuvotteluja kulttuurisista marginaaleista.* Helsinki: Gaudeamus, 20–32.

Jyrkämä, J. (2008). Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. *Gerontologia* 22, 90–203.

Keskinen, S. (2001). Ahdistavien tunteiden äärellä. Tutkijan, väkivaltaa kokeneiden naisten ja kulttuurin kohtaamisia. *Naistutkimus* 14, 29–40.

Keskinen, S., Rastas, A. & Tuori, S. (2009). *En ole rasisti mutta… Maahanmuutosta, monikulttuurisuudesta ja kritiikistä.* Tampere: Vastapaino & Nuorisotutkimusverkosto.

Kingma, M. (2007). Nurses on the move: A global overview. *Health Services Research* 42, 1281–1298.

Kinnunen, M. (2001). *Luokiteltu sukupuoli.* Tampere: Vastapaino.

Kofman, E. (2004a). Family-related Migration: A Critical Review of European Studies. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 30, 243–262.

Kofman, E. (2004b). Gendered Global Migrations. Diversity and Stratification. *International Feminist Journal of Politics* 6, 643–665.

Kofman, E. & Raghuram, P. (2005). Gender and Skilled Migrants: Into and beyond the Work Place. *Geoforum* 36, 149–154.

Kuula, A. (2006). *Tutkimusetiikka.* Tampere: Vastapaino.

Kyhä, H. (2006). Miksi lääkäri ei kelpaa lääkäriksi? Korkeakoulutetut maahanmuuttajat Suomen työmarkkinoilla. *Aikuiskasvatus* 2, 122–129.

Laiho, A. & Ruoholinna, T. (2008). Terveysalan ammattilaisten koulutuspuhe: Erontekoja, nostalgiaa sekä koulutuksen ja työn epäsuhtaa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73, 36–51.

Laiho, A. & Ruoholinna, T. (2011). Koulutus ja ammatillisuus terveysalalla - Lähtökohtia ilmiön tutkimiseen. Teoksessa A. Laiho & T. Ruoholinna (toim.): *Terveysalan ammatit ja koulutus.* Helsinki: Gaudeamus.

Larsen, J. A., Allan, H.T., Bryan, K. & Smith, P. (2005). Overseas nurses' motivations for working in the UK: Globalization and life politics. *Work, employment and society* 19, 349–368.

Laurén, J. & Wrede, S. (2008). Immigrants in Care Work: Distribution of Work and Ethnic Hierarchies in Finland. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 3, 20–31.

Leininger, M. (1978). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice.* New York: McGraw-Hill.

Lepola, O. (2000). *Ulkomaalaisesta suomenmaalaiseksi: Monikulttuurisuus, kansalaisuus ja suomalaisuus 1990-luvun maahanmuuttopoliittisessa keskustelussa.* Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

Lowenstein, A. J. & Glanville, C. (1995). Cultural diversity and conflict in the health care workplace. *Nursing economics* 13, 203–247.

Luibhéid, E. & Lentin, R. (2004). Introduction. *Women's Studies International Forum* 27, 293–300.

Löytty, O. (2005). Toiseuttamista ja tilakurittomuutta. Teoksessa O. Löytty (toim.): *Rajanylityksiä. Tutkimusreittejä toiseuden tuolle puolen.* Helsinki: Gaudeamus, 7–24.

Maahanmuuton vuosikatsaus 2009. Maahanmuutto-osasto, Sisäasiainministeriö.

Maines, D. (1977). Social organization and social structure in symbolic interactionist thought. *Annual Review of Sociology* 3, 235–259.

Maines, D. (1982). In search of mesostructure. *Urban Life* 11, 267–279.

Martikainen, T. & Tiilikainen, M. (toim.) (2007). *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ.* Helsinki: Väestöliitto.

McNeil-Walsh, C. (2004) Widening the Discourse: A Case for the Use of Post-colonial Theory in the Analysis of South-African Nurse Migration to Britain. *Feminist Review* 77, 120–124.

Mejía, A., Pizurki H. & Royston E. (1979). *Physician and nurse migration: Analysis and policy implications.* Geneva: World Health Organization.

Navarro, V. (1975). Womern in health care. *The New England Journal of Medicine* 8, 398–402.

Nieminen, S. & Henriksson, L. (2008). Immigrant nurses in Finland: Political negotiations on occupational membership. Teoksessa S. Wrede, L. Henriksson, H. Höst, S. Johansson & B. Dybbroe (toim.): *Care Work in Crisis.* Malmö: Studentlitteratur, 199–218.

Nieminen, S. (2010). Maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillinen jäsenyys terveydenhuollon työyhteisöissä. Teoksessa S. Wrede & C. Nordberg (toim.): *Vieraita työssä.* Helsinki: Gaudeamus, 147–171.

Nätti , J. (1988). *Työmarkkinoiden lohkoutuminen Suomessa.* Helsinki: Työministeriö.

OECD (2008). *The Looming crisis in the health workforce. How can OECD countries respond?* Paris: OECD Health Policy Studies, OECD.

Omeri, A. & Atkins, K. (2002). Lived experiences of immigrant nurses in New South Wales, Australia: searching for meaning. *International Journal of Nursing Studies* 39, 495–505.

Paananen, S. (1999). *Suomalaisuuden armoilla. Ulkomaalaisten työntekijöiden luokittelu.* Helsinki: Hakapaino.

Palonen, K. (2003). Politiikka. Teoksessa M. Hyvärinen, J. Kurunmäki, K. Palonen, T. Pulkkinen & H. Stenius (toim.): *Käsitteet liikkeessä.* Tampere: Vastapaino, 467–518.

Pietilä, I. (2010). Vieraskielisten haastattelujen analyysi ja raportointi. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen: *Haastattelun analyysi.* Tampere: Vastapaino, 411-423.

Portes, A. (1997). Immigration Theory for a New Century: Some Problems and Opportunities. *International Migration Review* 31, 799–825.

Potter, J. & Wetherell, M. (2001). Unfolding Discourse Analysis. Teoksessa M. Wetherell, S. Taylor & S.J. Yates: *Discourse Theory and Practice. A Reader.* London: Sage, 198–209.

Raghuram, P. (2004) The Difference That Skills Make: Gender, Family Migration Strategies and Regulated Labour Markets. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 30, 303–321.

Raghuram, P. & Kofman, E. (2004). Out of Asia: Skilling, Reskilling and Deskilling of Female Migrants. *Women's Studies International Forum* 27, 95–100.

Rantalaiho, L. (1991). Tiede ja professio. Sosiaalitieteet lääkärikoulutuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 3, 251–254.

Rastas, A. (2004). Am I Still 'white'? Dealing with the colour trouble. *Culture, Law and Colonialism,* 6, 94–106.

Rastas, A. (2005a). Rasismi. Teoksessa A. Rastas, L. Huttunen & O. Löytty (toim.): *Suomalainen vieraskirja.* Tampere: Vastapaino, 69–116.

Rastas, A. (2005b). Kulttuurit ja erot haastattelutilanteessa. Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittula. (toim.): *Haastattelu.* Tampere: Vastapaino, 78-102.

Rastas, A., Huttunen, L. & Löytty, O. (toim.) (2005). *Suomalainen vieraskirja.* Tampere: Vastapaino.

Raunio, M., Pihlajamaa, E. & Carroll, H. (2009). *Työmarkkinoiden kansainvälistymispalvelut: Ulkomaalaisen osaamisen kanava Suomen elinkeinoelämään.* Tutkimuksia 2009:3. Helsingin kaupungin tietokeskus.

Reverby, S. (1989). A Caring dilemma: Womanhood and nursing in historical perspective. Teoksessa P. Brown (toim.): *Perspectives in medical sociology.* Belmont, Ca: Wadsworth, 470–485.

Rinne, R. & Jauhiainen, A. (1988). *Koulutus, professionaalistuminen ja valtio.* Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta, julkaisusarja A:128.

Riska, E. (2001). *Medical careers and feminist agendas. American, Scandinavian and Russian women physicians.* New York: Aldine de Gruyter.

Riska, E. & Wegar, K. (1993). Women Physicians: a new force in medicine? Teoksessa E. Riska & K. Wegar (toim.): *Gender, work and medicine.* London: Sage, 77–94.

Ronkainen, S. (1999). *Ajan ja paikan merkitsemat. Subjektiviteetti, tieto ja toimijuus.* Helsinki: Gaudeamus.

Ronkainen, S. (2009). *Vanhaa, uutta, sinistä, lainattua – monimenetelmällinen tutkimus.* Luentomoniste, Metodifestarit 28.–29.5.2009, Jyväskylän yliopisto.

Sainola-Rodriguez, K. (2009). *Transnationaalinen osaaminen – uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus.* Kuopion Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Santamäki, K. (2004). Sairaanhoitajatyöttömyys ja ammattikunnan lohkoutuminen. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.) *Hyvinvointityön ammatit.* Helsinki: Gaudeamus, 144–167.

Santamäki, K., Kankaanranta, T., Henriksson, L. & Rissanen, P. (2009) *Sairaanhoitaja 2005. Perusraportti.* Tampereen yliopisto, Työelämän tutkimuskeskus. Työraportteja 83/2009.

Saukko, P. (2003). *Doing research in cultural studies.* London: Sage.

Simola, A. (2008). *Tervetullut työvoimaksi. Työperäinen maahanmuutto mediassa.* Tiedotusopin laitoksen julkaisuja, sarja A 109/2008. Tampereen yliopisto.

Sippola, A. (2007). *Essays on Human Resource Management Perspectives on Diversity Management.* Vaasa: Acta Wasaensia 180.

Stacey, M. (1981). The Division of labour revisited or overcoming the two Adams. Teoksessa P. Abrams, R. Deem, J. Finch & P. Rock (toim.): *Practice and Progress: British sociology 1950-1960.* London: George & Allen, 172–192.

Stacey, M. & Homans, H. (1978). The sociology of health and illness: Its present state, future prospects and potential for health research. *Sociology* 12, 281–307.

Strauss A., Schatzman, L., Ehrlich, D., Bucher, R. & Sabshin, M. (1963). The Hospital and its negotiated order. Teoksessa E. Freidson (toim.): *The Hospital in modern society.* London: Collier-Macmillan, 147–169.

Strauss, A. (1978). *Negotiations.* California: Jossey-Bass Publishers.

Suominen, T. & Henriksson, L. (2008). Työnjako vanhusten kotihoidossa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73, 625–639.

Suoninen, E. (1999). Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.): *Diskurssianalyysi liikkeessä.* Tampere: Vastapaino, 17–36.

Taavela, R. (1999). *Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa.* Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 72. Kuopio: Kuopion yliopisto.

TEO (2002). *Toimintakertomus 2002.* Terveydenhuollon oikeusturvakeskus.

TEO (2008). *Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen toimintakertomus 2008.* Terveydenhuollon oikeusturvakeskus.

Thornley, C. (1996). Segmentation and inequality in the nursing workforce. Re-evaluating the evaluation of skills. Teoksessa R. Crompton, D. Gallie & K. Purcell (toim.): *Changing forms of employment. Organisations, skills and gender.* London: Routledge, 160-181.

Tienari, J., Vaara, E. & Meriläinen S. (2005). Yhteisyyden rakentuminen haastattelussa. Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittula (toim.): *Haastattelu.* Tampere: Vastapaino, 103–124.

Trux, M-L. (2000). Monimuotoinen työyhteisö. Teoksessa M-L. Trux (toim.): *Aukeavat ovet – kulttuurien moninaisuus Suomen elinkeinoelämässä.* Helsinki: WSOY, 261–316.

Turner, V. (1977). *The Ritual process: structure and anti-structure.* Ithaca, N.Y.: Cornell University Press.

Werbner, P. & Modood, T. (toim.) (1997). *Debating cultural hybridity.* London: Zed Books.

Wickett, D. & McCutcheon, H. (2002). Issues of qualification assessment for nurses in a global market. *Nurse Education Today* 22, 44–52.

Witz, A. (1992). *Professions and patriarchy.* London: Routledge.

Wrede, S. (2001). *Decentering care for mothers: The politics of midwifery and the design of Finnish maternity service.* Åbo: Åbo Akademi University Press.

Wrede, S. (2008). Miten globalisaatio haastaa terveydenhuollon protektionismin? Ammattilaisten kansainvälinen liikkuvuus ja ammattijärjestöjen strategiat. Teoksessa M. Helander (toim.): *Going global. Ay-liikkeen menestysresepti globaalissa ajassa?* Jyväskylä: Minerva, 249–282.

Wrede, S. (2010a). Suomalainen työelämä, globalisaatio ja vieraat työssä. Teoksessa S. Wrede & C. Nordberg (toim.): *Vieraita työssä.* Helsinki: Gaudeamus, 7–31.

Wrede, S. (2010b). Everett C. Hughesin ammattiensosiologia ja professiotutkimuksen perinne. Teoksessa U. Ashorn, L. Henriksson, J. Lehto & P. Nieminen (toim.): *Yhteiskunta ja terveys.* Helsinki: Gaudeamus, 45–60.

Wrede, S. & Henriksson, L. (2004). Kahden kerroksen väkeä: Kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.): *Hyvinvointityön ammatit.* Helsinki: Gaudeamus, 210–234.

Yeates, N. (2004). A Dialogue with "Global Care Chain" Analysis: Nurse Migration in the Irish Context. *Feminist Review* 77, 79–95.

Yeates, N. (2009). *Globalizing care economies and migrant workers.* Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Yuval-Davis, N., Kannabiran, K. & Vieten, U. (toim.) (2006). *The Situated Politics of Belonging.* London: Sage Publications.

Liite 1

Politiikka-asiakirja-aineiston avaindokumentit

Kuntaliitto (2002). *Kuntien työvoima ja henkilöstö 2010.* Helsinki: Kuntaliitto.

Työministeriö (2003). *Työpolitiikan Strategia 2003 – 2007 – 2010.* Helsinki: Työministeriö.

STM (2001). *Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö.* Komiteamietintö 2001:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tehy (2005a). *Maahanmuuttajien vaikea saada hoitoalan työtä – Rasistiset kokemukset yleisiä.* http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/--print?x20983=10490. Haettu kesäkuussa 2005.

Tehy (2005b). *Hoitoala monikulttuuristuu – Maahanmuuttajien tukea ja työpaikkojen vetovoimaa parannettava.* http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/--print?x20983=10647. Haettu joulukuussa 2005.

Liite 2

Hyvä sairaanhoitajaopiskelija,

Olet pian valmistumassa pätevöitymiskoulutusohjelmasta, joka on suunnattu EU-/ETA-maiden ulkopuolella tutkintonsa suorittaneille sairaanhoitajille. Suomessa työskentelee maahanmuuttajataustaisia terveysalan ammattilaisia vielä melko vähän, mutta määrä lisääntyy koko ajan. On kaikkien etu, että maahanmuuttajien ammattitaitoa osataan arvostaa ja hyödyntää Suomen terveydenhuollossa oikealla tavalla. Siksi on tärkeää tietää, millaisia työllistymisen ja työn tekemisen mahdollisuuksia, käytäntöjä ja esteitä on olemassa, sekä kuinka niitä voisi parantaa.

Teen Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella väitöskirjatutkimusta maahanmuuttajataustaisten sairaanhoitajien asemasta ja kokemuksista Suomen terveydenhuollossa. Tutkimukseni tarkoituksena on tuottaa tietoa maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymiseen ja työelämään liittyvistä kokemuksista. Tutkimusta varten kerään tietoa oheisella lomakkeella sekä haastattelemalla myöhemmin keväällä henkilökohtaisesti tai ryhmässä yhteensä noin 20 maahanmuuttajataustaista sairaanhoitajaa. Toivon, että haluat osallistua tutkimukseen kertomalla mielipiteistäsi ja kokemuksistasi. Oheiseen kyselyyn vastaaminen ei velvoita Sinua osallistumaan haastatteluun, jos et halua.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimuksessa noudatetaan yleisiä henkilötietolain ohjeita. Henkilökohtaiset vastauksesi jäävät ainoastaan minun käyttööni, eivätkä joudu kenenkään ulkopuolisen tietoon. Lopullinen tutkimus kirjoitetaan niin, ettei ketään yksittäistä henkilöä ole siitä mahdollista tunnistaa.

Oheinen kyselylomake käsittelee työllistymistä koskevia odotuksiasi. *Vastaathan jokaiseen kysymykseen ympyröimällä sopivan vastauksen ja/ tai kirjoittamalla vastauksen viivalle.*

Toivotan Sinulle jaksamista viimeisiin koulutehtäviin!

Parhain terveisin,

Suvi Nieminen, terveystieteiden maisteri
Terveystieteen laitos
Tampereen yliopisto

Työllistymisodotuskysely maahanmuuttajasairaanhoitajaopiskelijoille

TAUSTATIETOLOMAKE

Ympyröi oikea vaihtoehto tai kirjoita vastaus viivalle.

Sukupuoli:
a) Olen mies
b) Olen nainen

Syntymävuosi: _____

Syntymämaa: _____

Kauanko olet asunut Suomessa?
a) 1-5 vuotta
b) 6-10 vuotta
c) 11 tai useampia vuosia

Millä perusteella muutit Suomeen?
a) Olen itse tai puolisoni on paluumuuttaja
b) Menin naimisiin Suomen kansalaisen kanssa
c) Tulin alaikäisenä perheen mukana
d) Tulin töihin
e) Tulin opiskelemaan
f) Tulin pakolaisena
g) Jokin muu syy

Missä maassa ja minä vuonna olet suorittanut sairaanhoitajan tai muun terveysalan tutkinnon? _____
_____

Onko Sinulla aikaisempaa hoitoalan työkokemusta?
a) Ei
b) Kyllä
Jos vastasit kyllä, niin kuinka monta vuotta yhteensä? _____
Millaisissa työpaikoissa?_____

TYÖLLISTYMISEEN LIITTYVÄT ODOTUKSET

1. Miltä hoitoalan työn saaminen Sinusta tällä hetkellä näyttää?
a) Minulla on jo sairaanhoitajan töitä tiedossa heti valmistumiseni jälkeen. Missä (sairaala, terveyskeskus, vanhainkoti, joku muu)?

_____
b) Uskon saavani sairaanhoitajan töitä 3 kuukauden kuluessa valmistumisestani
c) Minulla on muita hoitoalan (esim. lähihoitajan) töitä tiedossa heti valmistumisen jälkeen. Mitä töitä? _____
d) Uskon saavani jotain muita hoitoalan (esim. lähihoitajan) töitä 3 kuukauden kuluessa valmistumisestani
e) Sairaanhoitajan työn saaminen näyttää minusta vaikealta
f) En aio hakea töitä heti valmistumiseni jälkeen. Miksi? _____
_____

2. Oletko valmis ottamaan vastaan hoitoalalta myös muuta kuin sairaanhoitajan koulutusta vastaavaa työtä (esim. lähihoitajan töitä)?
a) kyllä
b) en
c) en tiedä

3. Luuletko, että Sinun on vaikeampi saada pitkäaikaista tai vakituista sairaanhoitajan työtä kuin syntyperäisen suomalaisen hoitajan?
a) kyllä
b) en
c) en tiedä

4. Oletko valmis muuttamaan asuinpaikkakuntaasi työn takia?
a) kyllä
b) en
c) en tiedä

5. Mihin hoitoalan työhön / työpaikkaan haluaisit mennä mieluiten töihin (esim. joku tietty erikoisala, osasto tai organisaatio)? _____
_____
_____
Miksi?
_____
_____

6. Onko sellaista hoitoalan työtä / työpaikkaa, johon et haluaisi mennä?
a) Ei, minulle käy kaikenlainen sairaanhoitajan työ
b) Kyllä. En haluaisi työskennellä: _____
Miksi?_____
_____

7. Luuletko maahanmuuttajataustan vaikuttavan työnsaantiin?
a) Kyllä, luulen sen helpottavan työnsaantia
b) Kyllä, luulen sen vaikeuttavan työnsaantia vähän
c) Kyllä, luulen sen vaikeuttavan työnsaantia paljon
d) En usko sillä olevan paljon merkitystä
e) En osaa sanoa
Kerro, miten? _____
_____

8. Miten arvioit kielitaitosi vaikuttavan työnsaantiin?
a) Sillä ei ole suurta merkitystä
b) Se helpottaa työnsaantia, koska osaan sujuvasti myös muita kieliä kuin suomea
Mitä kieliä? _____
c) Puutteellinen tai murteellinen suomenkieleni vaikeuttaa työnsaantia

9. Onko muita asioita, joiden arvioit helpottavan työnsaantiasi? Kerro, mitä:
_____
_____

10. Onko muita asioita, joiden arvioit vaikeuttavan työnsaantiasi? Kerro, mitä:
_____
_____

11. Kirjoita vapaasti, miltä Sinusta tuntuu lähteä työelämään?
_____
_____
_____
_____

Kiitos vastauksistasi!

Liite 3

Hyvä sairaanhoitaja,

Teen Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksella väitöskirjatutkimusta maahanmuuttajataustaisista sairaanhoitajista Suomen terveydenhuollossa. Tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, millaisia työllistymiseen, työhön ja sairaanhoitajan ammattiin sekä monikulttuurisuuteen liittyviä kokemuksia ja näkemyksiä maahanmuuttajataustaisilla sairaanhoitajilla on. Tutkimukseni on osa laajempaa Terveydenhuoltotutkimuksen tutkimusohjelmaa (TERTTU) ja sen projektia Rekrytoinnin politiikka. Ohjaajanani toimii dosentti Lea Henriksson Terveystieteen laitokselta.

Tutkimustani varten haastattelen vuoden 2006 aikana yhteensä noin 20 sairaanhoitajaa, jotka ovat suorittaneet sairaanhoitajan tutkinnon sekä ulkomailla että Suomessa. Haastattelu kestää noin 1-2 tuntia. Nauhoitan haastattelut, ja kirjoitan ne ääninauhalta tekstiksi. Kaikki vastaukset jäävät ainoastaan omaan tutkimuskäyttööni, eivätkä joudu sellaisenaan kenenkään ulkopuolisen tietoon. Lopullisen tutkimuksen kirjoitan niin, ettei ketään yksittäistä henkilöä ole sen perusteella mahdollista tunnistaa.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Toivon kuitenkin, että haluaisit osallistua ja kertoa minulle omista kokemuksistasi ja näkemyksistäsi. Sinulle parhaiten sopivasta haastattelupaikasta ja -ajasta voimme sopia yhdessä. Nimi- ja osoitetiedot olen saanut paikallisilta työvoimatoimistoilta maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöittämiskoulutusohjelmiin hyväksyttyjen henkilöiden listalta. Osoitteet ja puhelinnumerot olen tarkistanut valtakunnallisista osoite- ja numerotiedusteluista.

Vastaan mielelläni kaikkiin tutkimukseen liittyviin lisäkysymyksiin. Otan Sinuun lähiaikoina yhteyttä puhelimitse, ja voimme sopia haastatteluajasta, mikäli päätät osallistua. Voit myös ottaa yhteyttä minuun joko puhelimitse tai sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin,

Suvi Nieminen
tutkija, terveystieteiden maisteri
Terveystieteen laitos, Tampereen yliopisto
puh. xxx xxxx
e-mail: suvi.k.nieminen (at) uta.fi

Liite 4

Tutkimussuostumus haastatteluun

** Maahanmuuttajasairaanhoitajat Suomen terveydenhuollossa –väitöskirjatutkimus toteutetaan osana dosentti Lea Henrikssonin johtamaa Rekrytoinnin politiikka –tutkimusprojektia.*

** Tutkimusprojektia rahoittaa Suomen Akatemia ajalla 1.1.2004–31.12.2007.*

** Väitöskirjatutkimuksen tekijänä toimii TtM Suvi Nieminen, ja se tehdään Tampereen yliopiston Terveystieteen laitoksella. Tutkimuksen vastuullisena johtajana toimii dosentti Lea Henriksson Tampereen yliopistosta.*

** Lisätietoja väitöskirjatutkimuksesta antaa Suvi Nieminen, puh. xxx-xxx xxxx tai e-mail: suvi.k.nieminen(at)uta.fi.*

Olen saanut tietoa yllämainitusta väitöskirjatutkimuksesta ja sen tavoitteista.

Minulle on luvattu, että haastattelussa antamiani tietoja käsitellään seuraavasti:

1. Haastattelussa esittämäni asiat raportoidaan tutkimusjulkaisu(i)ssa tavalla, jossa minua tai haastattelussa mainitsemiani muita yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa.
2. Haastattelun salassapito turvataan niin, että aineistoa käsittelevät allekirjoittavat vaitiolositoumuksen.
3. Haastattelu kirjataan tekstitiedostoksi, ja siinä yhteydessä sekä minun että muiden haastattelussa esille tulevien henkilöiden ja organisaatioiden nimet muutetaan peitenimiksi.
4. Kun haastattelu on kirjattu tekstitiedostoksi, nimeni ja osoitetietoni hävitetään. Haastattelun ääninauha hävitetään tutkimuksen valmistuttua.
5. Tutkimuksen päättymisen jälkeen haastattelusta kirjattu tekstitiedosto talletetaan Suomen Akatemian suosituksen mukaisesti Yhteiskuntatieteelliseen tietoarkistoon. Haastattelusta kirjattua tekstitiedostoa voidaan käyttää yllämainitun tutkimuksen päätyttyä vain tieteellisessä tutkimuksessa ja opetuksessa, ja jokainen tekstitiedostoa käyttävä allekirjoittaa häntä sitovan vaitiololupauksen.

Tämän sopimuksen alkuperäiskappale jää tutkijalle, ja kopio sopimuksesta toimitetaan haastattelun jälkeen allekirjoittaneelle.

Paikkakunta ja päiväys:

Haastateltavan allekirjoitus:

Liite 5

Haastattelurunko

1. PÄTEVÖITYMINEN

(Tarkastellaan yhdessä elämänviivapaperia)

a) AIKAISEMPI KOKEMUS JA SUOMEEN MUUTTO

Millaisen terveydenhuoltoalan koulutuksen olet saanut entisessä kotimaassasi?
Millaista työkokemusta sinulla on entisestä kotimaastasi?
Koska ja millä perusteella muutit Suomeen?
Millaisia suunnitelmia sinulla oli työskentelyn suhteen Suomessa ennen maahanmuuttoa tai juuri sen jälkeen?

b) PÄTEVÖITYMISKOULUTUS

Miten lähdit viemään ammatinharjoittamisasiaa eteenpäin?
Olitko yhteydessä Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen ja/tai työvoimatoimistoon?
    Millaisia ohjeita/opastusta sait?
Millaista terveydenhuoltoalan koulutusta olet saanut Suomessa?
    Miten hakeuduit ko. koulutukseen?
Olisitko voinut ajatella hakeutuvasi esim. lähihoitajan koulutukseen?
Olitko ollut ennen tätä koulutusta muissa terveydenhuollon töissä (lh, hoitoapulainen…) Suomessa?
Millaisia työharjoittelukokemuksia sinulla oli?
Mitä mieltä olet koulutuksesta kokonaisuudessaan?
Mitä ajattelet siitä, että sinun piti suorittaa Suomessa lisäopintoja?
    Olisitko mennyt mieluummin suoraan töihin?
Oliko lisäkoulutus mielestäsi tarpeellista? Miksi?
    Mitkä olivat mielestäsi tärkeimmät asiat, joita siellä opit?
Mikä oli pätevöitymiskoulutuksessa mielestäsi hyvää, mikä huonoa?

c) PÄTEVÖITYMISPROSESSI KOKONAISUUDESSAAN

Mitä neuvoja antaisit X-maalaiselle sairaanhoitajalle, joka suunnittelee Suomeen muuttoa tai joka jo asuu Suomessa mutta ei ole pätevöitynyt?
Miten haluaisit kehittää ulkomaalaisten sairaanhoitajatutkintojen pätevöittämissysteemiä

Suomessa?

2. TYÖPAIKKA JA -KOKEMUS SUOMESSA

Missä olet työskennellyt Suomessa? Millä ammattinimikkeellä?
Oletko ollut työttömänä sairaanhoitajaksi pätevöitymisen jälkeen?
Miten sait nykyisen työpaikkasi?
Onko työpaikkasi vakituinen/ kauanko työsopimus kestää?
Millaiselta tuntui mennä ensimmäisiä kertoja valmiina/pätevöityneenä sairaanhoitajana töihin Suomessa?
Miten Sinut on otettu työpaikoilla vastaan?
    Tunsitko itsesi tervetulleeksi?
Mitä mieltä olet yleisesti nykyisen työyhteisösi ilmapiiristä? Miten kuvailisit sitä?
    Mikä siinä on hyvää, mikä huonoa?
Kuinka viihdyt nykyisessä työpaikassasi?
Haluaisitko vaihtaa työpaikkaa?
Mitä pidät omina parhaimpina ominaisuuksinasi sairaanhoitajana?
Mitä olet tuonut työpaikallesi? / Mitä ajattelet, että työpaikkasi on hyötynyt juuri sinusta?
Millaiset asiat Sinua ilahduttavat työssä?
Millaiset taas vihastuttavat tai tekevät surulliseksi?
Onko asioita, joita pelkäät työssäsi?

3. AMMATTIKUVA JA TYÖN SISÄLTÖ

Millainen ennakko-odotus tai -kuva sinulla oli sairaanhoitajan ammatista/ työstä Suomessa?
Kuinka odotuksesi ovat vastanneet todellisuutta?
    Mihin asioihin olet kiinnittänyt erityisesti huomiota; mitkä poikkeavat siitä, mihin olit aiemmin tottunut?
Mitä ajattelet suomalaisen sairaanhoitajan työstä ja ammattiroolista (jos vertaat sitä x-maalaiseen)? (Erot työnkuvassa, työtehtävissä, potilassuhteissa, suhteessa omaisiin, kollegoihin, lähiammattilaisiin)
Jos puhutaan etiikasta tai eettisistä kysymyksistä, niin onko suomalaisen sairaanhoitajan roolissa jotain itselle eettisesti vierasta tai vaikeaa? Jotain, mitä haluaisit muuttaa?
Koetko eroavasi sairaanhoitajana jossain suhteessa suomalaisista (pelkästään suomalaisen koulutuksen saaneista) sairaanhoitajista?
Onko suomalaisessa sairaanhoitajan työroolissa tai työpaikoilla ollut jotain sellaista, johon on ollut vaikea tottua?
Arvostetaanko ja hyödynnetäänkö mielestäsi Suomen työelämässä tarpeeksi muualla hankittua koulutusta ja työkokemusta?

4. MAAHANMUUTTAJATAUSTAN MERKITYS SAIRAANHOITAJAN TYÖSSÄ

a) **Työyhteisössä:** Mitä ajattelet, mitä maahanmuuttajatausta merkitsee sinulle työssäsi tai työyhteisösuhteiden/ työpaikan henkilösuhteiden kannalta?
Onko tilanteita, joissa maahanmuuttotausta erityisesti ilmenee tai tuntuu?

Nouseeko maahanmuuttotausta töissä jossain tilanteissa esille?
Missä?
Miksi luulet näin olevan?
Oletko saanut joskus joitain tiettyjä työtehtäviä maahanmuuttajataustasi takia?
Oletko toiminut joskus esim. tulkkina, tai ohjataanko Sinut monesti hoitamaan mamu-taustaisia potilaita?
Entä onko työtehtäviä, joita on vaikeampi tehdä tai joita on vaikeampi päästä tekemään?
Puhutteko työtovereiden kanssa kulttuurieroihin tai maahanmuuttajuuteen liittyvistä asioista?
Koetko, että sinua on kohdeltu oikeudenmukaisesti ja yhdenvertaisesti työpaikoilla?
Oletko törmännyt jonkinlaisiin ongelmiin?
Mihin liittyen, missä tilanteissa?
Miten ratkaistu?
Pitäisikö ulkomailta tulevat sairaanhoitajat ottaa mielestäsi jollakin erityisellä tavalla huomioon työpaikoilla (esim. perehdytyksessä, työtehtävien jaossa)?

4. b) **Potilastilanteissa:**

Millaisia kokemuksia sinulla on ollut potilaiden kanssa? Entä omaisten?
Kuinka potilaat ja heidän omaisensa ovat suhtautuneet Sinuun?

5. TRANSNATIONAALI SAIRAANHOITAJUUS

Oletko yhteydessä X-maalaisiin kollegoihisi?
Millainen tukiverkosto se on sinulle ammatin kannalta?
Keskusteletteko sairaanhoitajan työstä Suomessa?
/Millaisista asioista keskustelette?
Kuinka tärkeää yhteydenpito ja ajatusten vaihto on sinulle?

6. AMMATTILIITTO

Osallistutko aktiivisesti ammattiliiton toimintaan?

7. TULEVAISUUDEN SUUNNITELMAT

Millaisia työhön liittyviä unelmia sinulla on?
Millaisia tulevaisuuden suunnitelmia Sinulla on?
Aiotko jatkaa sairaanhoitajana?
Aiotko jatkaa opintoja?

8. LOPUKSI

Tuleeko mieleesi jotain sellaista tapahtumaa, joka olisi herättänyt Sinussa erityisen suuria tunteita?

Esim. Mikä on ollut työurasi huippukohta?

Entä kaikkein ikävin kokemus?

Jos minulla olisi tämän tutkimuksen kautta mahdollisuus vaikuttaa johonkin ulkomailta Suomeen muuttavien sairaanhoitajien kannalta tärkeään asiaan tai viedä jotain asiaa tai sanomaa eteenpäin, niin mitä toivoisit sen olevan?

Onko vielä jotain sellaista, josta haluaisit kertoa, joka ei ole tullut vielä esille? Onko jotain olennaista jäänyt käsittelemättä?

Millaisia ajatuksia haastattelu ja kysymykseni ovat sinussa herättäneet?

ELÄMÄNVIIVA

Nimi:
Syntymävuosi:

Merkitse alimmalle viivalle aikajärjestyksessä:

Viivan yläpuolelle:
- suorittamasi opinnot (vuosiluku ja tutkinto) sekä aikaisemmassa kotimaassasi että Suomessa
- Suomeen muutto vuosi

Viivan alapuolelle:
- työkokemus (millä virkanimikkeellä työskentelit, missä paikassa ja kuinka kauan) sekä aikaisemmassa kotimaassasi että Suomessa
- mahdolliset vanhempainvapaa- ja/tai työttömyysjaksot

ESIM.

1989 ylioppilas, Pietari	1989-1991 sairaanhoitajatutkinto, Pietari	1999 muutto Suomeen	2001-2003 sairaanhoitaja (AMK), Helsinki	
	1991-1999 sairaanhoitaja poliklinikka, Venäjä	1999-2001 äitiysloma	2003 3 kk työttömänä	2003 ->
Sh- sijaisuuksia HUS:issa eri osastoilla

SEVEN

Immigrant Nurses in Finland: Political Negotiations on Occupational Membership

Suvi Nieminen and
Lea Henriksson

Globalisation has had a tremendous influence on the terms and conditions of care work during the past few decades. The recruitment of care work professionals, most importantly nurses (Buchan & Calman 2004), presents a dynamic and challenging situation worldwide. In cases of a severe shortage of labour force, migrant care workers have become an increasingly significant part of the health care labour force in many Western countries. The labour-based migration of care workers is not a new phenomenon as such; many Western countries have depended on migrants for decades in meeting the demands for health care labour force (e.g., Buchan & Calman 2004). However, for some countries—like Finland—there is a new urgency to such migration as they try to cope with increasing demands for nurses that they are not able to meet nationally.

The international migration of care workers shows up in a rather specific context in Finland. Finland is a distinctive combination of a welfare state with a recent history of emigration in the international nursing workforce market and a very small immigrant population—which is practically non-existent among practicing nursing professionals. However, since the end of the 1990's the situation has been changing little by little and now, it can be argued, the national situation is in transition. The unemployment among nurses in the 1990's is expected to turn into an extensive fight for new nurse recruits by the first decades of the 2000's.

In the situation of a rapidly changing labour market and labour shortage, various political agencies are challenged into debates and action in order to manage the looming recruitment crisis in national health care. In this context, also various marginal groups, like immigrant professionals, attain a new kind of political interest: Many nation states have put into action changes in professional regulation and paid special attention to discriminatory practices along with new immigration policies (Kofman 2004, Iredale 2001). At the same time the cultural, occupational and juridical borders and regulations of different occupational groups become targets

 © The authors and Studentlitteratur

for redefinitions (see Henriksson 1998, Henriksson & Wrede 2004). In this redefinition, it is the gender and migration status that play significant roles in structuring the occupational opportunities of skilled migrants (c.f., Raghuram 2004, Iredale 2005).

As the terminology used in migration studies is somewhat mixed, a clarification about the terms used in this chapter is needed. The term *immigrant* is used here to refer to such persons who are of foreign origin and who have migrated to the destination country with an intention to settle down there permanently—whatever the reason for the migration may be. Instead, the term *migrant* is used to refer to a person who may migrate also on a short-term basis, often so for work. The difference between these terms is in places subtle and the meaning of the terms may overlap, but the differences are nonetheless relevant in some respects. In the research data there is no difference drawn between the terms; the term used is *maahanmuuttaja* in Finnish, correctly translated as immigrant, but in practice referring also to a migrant.

In this chapter the aim is to examine primarily the position of immigrant nurses in the context of the current transition in the Finnish health care labour market. The interest in this inquiry is, what kind of a membership is constructed for immigrant nurses as a labour force resource and as health care professionals in the multiculturalising welfare state of Finland? Firstly we introduce the analytical perspective of an occupational group. The argument is that the focal question about immigrant professionals not only concerns their possible exclusion from the membership of an occupational group; the question is also about the specific ways of inclusion. Secondly we describe the significant role that national policy agencies play in shaping the societal terms and conditions for immigrant nurses' occupational membership in the regulated health care labour market. Thirdly we explore empirically the ways in which different policy agencies configure the position of immigrant nurses in the country context of Finland. This analysis focuses on the intersections that migration status,

© The authors and Studentlitteratur

occupation and gender play in the political negotiations over immigrant nurses' occupational membership. In focus are the questions:[1] What is said about immigrant nurses as a national labour force resource and as professionals?[2] What kinds of categorisations are in-built in these accounts? and[3] How do migration status, occupation and gender intersect in these accounts? We conclude by arguing that the exclusion of other than labour-based skilled migration makes current research frameworks inadequate in analysing immigrant nurses as part of and from a perspective of an occupational group.

The empirical data consists of national policy documents produced by focal agencies at the state and the labour market organisations. These agencies take part in defining the policy needs regarding the nursing workforce in Finland, i.e: The Ministry of Labour (*MOL*), the Ministry of Social Affairs and Health (*MSAH*), The Association of Finnish Local and Regional Authorities (*Kuntaliitto*) and the Union of Health and Social Care Professionals (*Tehy*). For a detailed analysis we have chosen one key document from each actor. Other relevant documents of the selected actors are used as complementary data. The time period is from 2000 to 2005. The documents are read and interpreted as entities from the perspective of immigrant nurses. By adopting a discursive way of reading and interpreting the data, a special attention is paid to the functional nature of the speech (e.g., Wetherell & Potter 1992, Jokinen et al. 1993, Potter & Wetherell 2001). The functions are produced in language both explicitly and implicitly; thus also silences are significant. When reading the data, the modes of speaking are important alongside with the contents. We look for the contexts and the ways through which immigrant professionals are discussed, assessed and argued.

The perspective of migrant care workers in European welfare states

Many of the occupational groups in care work can be categorised under the vast concept of skilled workers. Skilled

 © The authors and Studentlitteratur

migration in care work is becoming a more significant part of the overall migration flow than ever before (Raghuram 2004), as migrants are expected to bring relief for the severe shortage of labour force driven by demographic challenges in many Western societies. For many countries, one of the most problematic human resource challenges is currently a shortage of nurses (e.g., Buchan & Calman 2004). However, the shortage of nursing professionals is not a new phenomenon as such, but has prevailed in many countries in cyclical periods also in previous decades. Furthermore, the concept of a shortage as such is relative and not easily quantifiable. Buchan and Calman (2004) remind that it should rather be understood as a shortage of professionals who are willing to work as nurses in present conditions; and thus it is primarily a crisis of recruitment. Migrants are used to do the marginal or otherwise less popular work in health care.

The theoretical frameworks of migration studies highlight many social, cultural and political aspects associated with international skilled migration (see Iredale 2001). There have also been a growing number of gendered analyses of such flows, acknowledging the importance that gender plays in shaping the conditions and experiences related to migration. As many occupational groups are strongly gendered, gender plays an important role in explaining migration flows. Men dominate movements within transnational corporations, information and communication technology and science, whereas women circulate through welfare service work such as education, health and social work (Kofman 2004). In health care the state usually plays a crucial role in regulating the labour market for higher skilled professionals. Thus skilled women migrants tend to be more at the mercy of the power of the state than men (Kofman 2004, Raghuram 2004).

The contemporary theoretical frameworks focus on the less skilled fields of productive and reproductive labour such as domestic work, entertainment and prostitution (Kofman 2004). The vast majority of international (nurse) migration research is also based on the premise that migration is intentional,

© The authors and Studentlitteratur

planned and takes place primarily for work-related reasons (e.g., Yeates 2004). They are therefore inadequate in analysing migrant nurses from a perspective of an occupational group, which is comprised of members with various migrational backgrounds. Sociology of professions is helpful here to widen the view on the reconfiguration of occupations and professions. It pays attention, for example, to the transformation of occupations through cultural segmentation and segregation, which shape the conditions of professionalism and play a role in inter- and intraprofessional relationships (e.g., Davies 1996, 2003, Henriksson & Wrede 2004). The focal question about migrant professionals not only concerns their possible exclusion from membership in an occupational group; the question is also about the specific ways of inclusion. The interest lies especially in how this inclusion is rhetorically constructed and cloaked into gendered and ethnocentric discourses which are rooted in the core understanding of professionalism and which are further interconnected to larger socio-political interests (c.f., Davies 1996).

The need to enlarge the perspective beyond the traditional labour-driven frameworks of migration studies is evident especially in a context in which migrant nurses have arrived mainly through other routes than labour migration and mostly on a permanent basis—as is the case in Finland. Finland has not attracted as a country nor has there been a strong demand for migrant nurses or other migrant health care professionals for work-related reasons until very recently, and thus most of the immigrants who are working in health care have come here for reasons other than work. Finland had a significant surplus of nurses throughout the 1990's and the beginning of the 2000's (see Santamäki 2004), and for example other Nordic countries have been able to fill part of their recruitment deficit by recruiting Finnish nurses. Furthermore, the policies related to the accreditation of nursing degrees taken outside of the EU or EEA countries have been rather strict and unorganised, preventing effectively migrant nurses from entering the Finnish health care labour market.

 © The authors and Studentlitteratur

According to the statistics of the National Authority for Medicolegal Affairs, there were only about 140 foreign nurses and 1000 physicians who had been trained outside the EU or EEA countries and who had been granted a permit to practice their occupation in Finland by May 2005 (L. Kinnunen, TEO, personal notification 26.8.2005). In 2005, there were no new permits granted to nurses trained outside the EU or EEA countries and 56 new permits were granted to nurses trained in other EU or EEA countries. For physicians the numbers were 146 and 311 respectively. (TEO 2005.) In comparison, in Ireland 69 per cent of the nurses recruited in 2001 were international recruits, in the UK 52 per cent and in Norway 28 per cent (Buchan et al. 2003).

Thus, according to statistics, immigrant nurses do appear as a very marginal group in Finland, whether in relation to the total number of nurses or to the proportion of immigrant workers in other occupational groups like physicians. However, the statistics presented above do not describe the whole phenomenon of immigrant nurses in Finland in 'reality', but rather the interests of the various institutional actors who regulate the accreditation of foreign professional degrees and compile the statistics (cf. Ronkainen 2004). There are no statistics available concerning the numbers of such immigrant nurses who have not been granted a permit to practice nursing in Finnish health care. Numbers have the status of 'factual knowledge' and they are used as a method of factual rhetorics (see Ronkainen 2004). Indeed, in policy making arenas it is the statistics that count.

Political agencies: regulating the entry to the occupational fields

The research on immigrants' position in the labour market has proven that there is overt racism in the labour market that appears in personal forms and on organisational levels (e.g., Paananen 1999, Ahmad 2002, Forsander 2002, Kyhä 2006, also Hugman 1991, 147–173). However, the conditions for

© The authors and Studentlitteratur

acquiring formal accreditation, and thus fulfilling the preconditions for achieving occupational membership in the receiving society and its labour market, are defined beyond the personal and organisational levels. Obtaining entry to care work can be prevented already on the policy level. Policy frameworks have significant, but still little considered and documented, implications for the migrant professionals' position in the labour market (Hugman 1991).

The extent of internationalisation varies between occupational groups and a unique situation pertains to each of these arenas. The interactions between the market, the state and the occupation play significant roles in explaining the status and positions available to migrant health care workers (see Iredale 2001, Bach 2006). Health care professionals have been traditionally closely tied to state and corporatist regulation, and the skill and competence have so far been less readily transferable (Iredale 2001, Kofman 2004). The requirements for qualification in health care are thoroughly defined in the EU directives and in national legislation. The national legislation and the process of qualification assessment in regard to the degrees taken abroad differ between countries (Wickett & McCutcheon 2002). Thus, in the context of the migration of health care professionals and the experiences of migrant professionals, the state operates through complex intersections of the regulation of vocational training, accreditation, ethics and standards, besides defining broader migration regulations (Iredale 2001, 2005, Yeates 2004, Bach 2006).

In Finland the areas of responsibilities related to the governance of migrant health professionals are fragmented, the two most central agencies being the Ministry of Social Affairs and Health (MSAH) and the Ministry of Labour (MOL). The Ministry of Social Affairs and Health is responsible for national health and social policies, covering the overall functioning of the country's health care, including ensuring the appropriate workforce in quality and quantity (MSAH 2006). As a key document presenting MSAH's visions concerning the health care labour force, we examined *the Report of the Commission on*

 © The authors and Studentlitteratur

Anticipating the Need for Labour in Social and Health Care (MSAH 2001, authors' translation). It assesses the need for social care and health care labour, the scale of professional education and other questions related to the recruitment of the workforce for the time period 2001–2010 (MSAH 2001). The field of the Ministry of Labour covers national labour and immigration policies as well as immigrants' integration into the society and the promotion of ethnic equality in the society (MOL 2006). It is also responsible for arranging complementary vocational education for unemployed adult immigrants. The key document representing the governmental employment administration is *Labour Policy Strategy for 2003 to 2007 to 2010* (MOL 2003a), authors' translation, which presents the vision, challenges and aims of the national labour policies.

Also various meso-level actors like labour market organisations and professional bodies intervene actively with a variety of instruments in migrant professionals' position in the labour market (Iredale 2001, Raghuram 2004, Bach 2006). Professional associations and trade unions are not the authors of rules like the state, but they mediate governmental regulations in many ways (Bach 2006) and are important cooperation partners with the state's different administrative branches. Hugman (1991, 156–157), for instance, suggests that the trade unions may strengthen racism 'by pursuing policies which have the unintended consequence of perpetuating racist divisions of access to the labour market.' Iredale (2001) brings up the significance and power of professional bodies in the regulation of the labour market in regard to migrant professionals. However, it should be acknowledged that there are fundamental variations in regard to the power that different occupational groups possess. Hence different professional bodies are not actors of the same weight. In health politics it is the medical profession—and thus the medical professional bodies—that have traditionally possessed the power (e.g., Julkunen 2004).

Meso-level actors are represented in the empirical data of this study by two agencies. The Union of Health and Social

© The authors and Studentlitteratur

Care Professionals (*Tehy*) is explored as a guardian of the professional interests of nurses. The rate of unionisation is high among nurses in Finland, almost 90 per cent of the employees, and *Tehy* is the biggest trade union of nursing professionals with its 124 000 members, a majority of whom are nurses (Tehy 2005a). The data is based primarily on a short report titled *the Account of Multiculturality*, published in two parts (Tehy 2005a, b, authors' translation). The issues discussed include immigrant nurses' position in work organisations, the employment situation and immigrant professionals' expectations regarding the trade union's activities. The Association of Finnish Local and Regional Authorities (*Kuntaliitto*) is explored as a representative of the most significant employers of nurses, the municipalities. In Finland around 80–85 percent of nurses are employed in the public sector by the municipalities (MSAH 2001, 60). It is thus the municipal sector that is going to be hit hardest by the shortage of nursing personnel. The key report *The Workforce and Personnel of Municipalities 2010* (Kuntaliitto 2002, authors' translation) focuses on the preparations for the looming recruitment crisis.

Political agencies set formal regulations on the membership of migrant professionals in receiving countries by elaborating and promoting definitions of migrant professionals as well as allocating resources for authorities. However, they also reconstruct more broadly immigrant professionals' modes of belonging to the nation state. Policy makers conduct their activities based on certain representations, on image construction and the labelling of migrants; thus also the regulations draw on and rearticulate different kinds of gendered, racialised and nationalised hierarchies and categorisations. Political language and stands have significant roles and implications in constructing national and cultural meaning-making and categorisations of different groups of people. (Carling 2005, 15, Huttunen et al. 2005, 25)

© The authors and Studentlitteratur

Choosing from the margins: are immigrant nurses needed?

The shortage of the labour force in health care, the factors affecting it and the means for coping with it form central topics in the research data. Indeed, there seems to be a shared political consensus about the need to take active measures in order to battle the looming recruitment crisis. The need for new nurse employees is estimated to range between 32 000–50 000 persons in the years 2000–2010 (MSAH 2001, 112, MOL 2003a, 32) and 40 000 persons during 2010–2030 (MSAH 2001, 112). The growing multiculturality in Finnish society and its health care services is recognised in the data all down the line. It is acknowledged that a growing number of immigrants need diverse backup services (MSAH 2001, 99) and that multicultural work generates the need for special know-how (MSAH 2001, 107).

One of the five strategies lined up in the Ministry of Labour's labour policy strategy is an active, work-based immigration policy. Migrants are thus considered as an essential labour force resource in the future. Geographical areas possible for recruitment are targeted outside the EU and EEA countries, especially Russia, but also the population-rich Asian countries (MOL 2003a, 90, 94). Estonia is also regarded as one possibility (MOL 2003b, 37). However, Estonia is particularly vulnerable to the out-migration of nurses; its reserve of nurses is very small, with less than 7000 nurses and midwives altogether, and there is also a prevailing lack of nursing staff (Järvinen 2004). Thus Estonia can hardly be considered as a substantial source of nurses for Finland.

The Association of Finnish Local and Regional Authorities also regards the migrant labour force as an essential resource for future social care and health care and expresses the need to promote more active immigration policies than the current one (Kuntaliitto 2002, 16). The Union of Health and Social Care Professionals takes a rather moderate stance by regarding migrant nurses as one of the possible resources on

© The authors and Studentlitteratur

a small scale but not solving the recruitment problem (Tehy 2005a, b).

This is in contrast to the Ministry of Social Affairs and Health's pragmatic view according to which 'the migrant workforce will enter social and health sectors in the same volumes as in other sectors' (MSAH 2001, 112–113), and no special measures are needed to promote this recruitment. It is noted though that the vocational education of the immigrants is an issue to be taken care of (MSAH 2001, 124). This viewpoint is in contrast with the statement of the equivalent Swedish Report of the Commission on Anticipating the Need for Labour force in Social and Health Care made in 1999, stating that the young and the immigrants are clearly underrepresented in the health sector in Sweden (MSAH 2001, 33). The Swedish report, which is introduced by the MSAH in detail as an example (MSAH 2001, 32–34), features the importance of immigrant labour throughout its agenda. Against this background it is even more interesting to note that the questions related to the immigrant labour force are rather thoroughly silenced in the Finnish proposals.

The Ministry of Social Affairs and Health takes a rather ambiguous stand in positioning migrant professionals in relation to Finnish health care. On the one hand, the ministry states that the national reserves are adequate in meeting the need for new recruits (MSAH 2001, 112–113). Policy addresses various *domestic* marginal groups—the aged, the young and the people in 'various ways not fully fit for work'—as potential sources of labour and thus in need of special measures. Immigrants are not mentioned as a part of these national resevoirs, as one of the diverse domestic marginal groups. On the other hand, however, it is stated that 'the growth in the need for services, the working conditions and the development of the personnel and pay policies in regard to the other sectors affect the matter if the Finnish social and health sectors are able to get labour from other sectors in our own country or if we follow the model of other Nordic countries and acquire workforce beyond our borders' (MSAH 2001, 85). It is also

 © The authors and Studentlitteratur

worth noting that the model of the other Nordic countries in 'acquiring labour' has relied rather substantially on Finnish recruits and has partially been based on collaboration with the governments (e.g., Piippola 2003).

Categories of the respectable nurses

In the policy accounts there can be seen different kinds of discourses that segregate between the 'potential' migrant professionals on various bases. Although the Ministry of Labour considers migrant professionals as an essential labour force resource in the future, the distinction can be seen made on the basis of the form of migration. Labour migrants are labelled as 'well-educated, skilful migrants with good labour market competences' (MOL 2003a, 53), whereas many of those already living in the country, notably refugees, are pointed at as people who face major difficulties in employment (MOL 2003a, 42, 53). Furthermore, cultural differences and language problems are attached especially to refugees (MOL 2003a, 42). Hence, it is not only the skill and competence or the employment opportunities of the migrants that are being defined on the basis of the form of migration, but also the cultural competence and adaptability of the migrants in working life—or rather, in the whole Finnish society indeed. Refugee flows and family reunion are not acknowledged as possible types of skilled (nurse) migration.

This discourse, where the recognition of skills and qualifications is primarily determined by the conditions applicable to different forms of entry (c.f., Iredale 2001, 2005), asserts the view that skilled migrants outside the category of labour-based migration seldom invoke any interest related to a labour market—in spite of the fact that these categories form the major part of international migration and an overwhelming majority in particular in Finland. By ranking the migrants' skills and adaptability in working life as well as in the whole society on the basis of their reason for migration, the overwhelming majority of the current immigrant population and

© The authors and Studentlitteratur

migrant professionals who work in Finnish health care are excluded from the segments of the potential and valued professional labour force. Yet the skills are not dependent on the reason for immigration, though the skills of other than labour-based immigrants are not 'known' beforehand in the same way. For immigrant professionals the segregation conducted through this discourse will bear notable consequences through proposed labour policy activities as well as through the process of cultural meaning-making.

Despite the subtle discrepancy within the Ministry of Social Affairs and Health's account of the need for migrant labour in health care, we argue that the statements can be interpreted to draw on and reconstruct rather congruent discourses on migrant professionals and the immigrant population as whole. In case the national reservoirs are not adequate, the question of a migrant workforce seems to appear to the Ministry as a rather simple question of *'acquiring'* them, *'like the others have done'*. Immigrant professionals are not taken into account as active actors. One may also see the same discourse on skills recognition and the reason for migration in work here as in the account of the Ministry of Labour: It is the 'invited'—or in this case indeed the acquired—*labour*-based migrant professionals who may be needed. The segmentation occurs also by excluding immigrants from the potential categories of recruitment of the other 'domestic marginal groups'. In this context it is not only the potential occupational competency of immigrants already living in the country that is being pointed to. In addition, segregating immigrants outside the categories of 'domestic' can be interpreted as excluding them from a fully authorised, (occupational) membership in the Finnish society.

We argue that these accounts draw on and rearticulate a discourse of 'clientelisation' that is common in Western societies. There immigrants are—many times unremarkedly—fixed in the position of the objects of care, that of 'recipients' of the services rather than that of possible 'givers' or active professional actors. Despite the fact that the growing meanings of multiculturality in health care settings are acknowledged,

 © The authors and Studentlitteratur

immigrant professionals and their know-how may be left invisible.

However, this discourse is not applied alike in regard to different occupational groups; rather they are placed in a hierarchy. While immigrant nurses are practically dealt with as a trivial question, immigrant physicians' position in the Finnish health care labour market is highlighted by paying attention to the facilitation and (re)organisation of their accreditation process (MSAH 2001, 71). This is done despite the fact that the labour shortage is expected to concern most severely the nurses. We interpret this change of discourse to reflect the fundamental power structures that are intertwined in the interoccupational relations, with the domination of the medical profession (see Hugman 1991, Julkunen 2004). It can also be linked to the issue of gender. Nurses represent clearly one of the most women-dominated occupations. While the medical profession is also women-dominated in many countries nowadays (Riska 2001), for physicians the prominent 'idea of a medical doctor' is still male (Löyttyniemi 2004). However, the gender relations are mediated by other socially constructed categories such as class, age, 'race' and ethnicity (Carling 2005). We suggest that the occupational group is one of these mediators: Being a woman means different things for an immigrant nurse than for an immigrant physician.

The Association of Finnish Local and Regional Authorities approaches the issue of the migrant labour force through a discourse in which immigrants' occupational and cultural capital and assets are acknowledged and the focus is primarily placed on other than labour-based skilled migrants:

> Among immigrants there are many of those who have acquired basic education and have graduated in various occupations. But so far immigrants' know-how has not been put to use sufficiently. The municipalities need teachers, nurses, home aids, social workers—thus well-educated personnel, who have personal experience or a background in different cultures. Auxiliary tasks traditionally assigned to immigrants can serve as a route to Finnish labour markets and learning the language, but moving and schooling for

© The authors and Studentlitteratur

> more demanding tasks is important for the municipal labour force supply. (Kuntaliitto 2002, 15)

Also from the perspective of the Union of Health and Social Care Professionals, strengthening the position of those immigrant nurses who are already living in the country is the most vital. Evidently it is also in the interest of the trade union to protect its members' labour markets from a flow of international, possibly cheaper labour force. This union and the Association of Finnish Local and Regional Authorities share a similar kind of discourse by stressing the importance of qualifying vocational education, acknowledgement of the skill and competence obtained abroad and the overall development of foreign professional degree accreditation schemes. Immigrant nurses are constructed as 'experienced professionals', who offer language skills, cultural knowledge, work experience and further undefined 'positive skills' for the benefit of national health care (Kuntaliitto 2002, 15, Tehy 2005b). It is further reminded that 'Without specific measures immigrants' recruitment into vocational education and the labour market will not bring desirable results.' (Tehy 2005b).

Conclusion

The migration of health care professionals is attaining more significance than ever before, as many Western societies have turned to migration and migrants as solutions to demographic challenges and the shortage of labour in health care. In regulated sectors such as health care, various stakeholders in national and professional politics play significant roles in defining and reshaping the juridical, occupational and cultural borders and regulations for migrant health professionals' membership in the labour market of the receiving countries. A detailed analysis of (political) language may reveal discourses with their in-built categorisations that are many times unconscious but important to be made visible, as they can lead to discriminatory policies and misleading accounts of

© The authors and Studentlitteratur

migration. Indeed, expectations related to different kinds of migrant groups may result in downplaying the roles of those who do not fit the stereotypical patterns (Carling 2005). The frameworks for the policies on the occupational groups in care work have significant but still under-acknowledged and examined implications for the migrant professionals and their position in the labour market (Hugman 1991).

This analysis of the political negotiations on immigrant nurses' occupational membership in the Finnish health care labour market illustrates how different discourses construct and define the position of varied kinds of migrant professionals through various categorisations and segmentations. There are divergent views among stakeholders, and so the position of immigrant nurses in the Finnish health care labour market is defined in conflicting ways. These perspectives draw different kinds of cultural and structural borders and conditions for immigrant nurses' occupational membership in the national health care labour market. It is important to reflect on the political debates and negotiations in terms of the broader historical, structural and socio-cultural contexts, which have obvious effects on the discussions. Yet we argue, firstly, that the terms and conditions for immigrant nurses' occupational membership are dependent on the international and national labour market situation. Secondly, we argue that these conditions are mediated through national immigration regimes and occupational rules and regulations. Finally, we argue that the conditions are shaped by discourses and categorisations related to hierarchical notions of (skilled) migrants, occupation and gender.

The exclusion of other than labour-based skilled migrants makes current frameworks inadequate in analysing migrant nurses from the perspective of an occupational group. This applies especially in a context where the nurses have immigrated to the country mainly through other routes than labour migration, like in the case of immigrant nurses in Finland. Skilled migrants tend to be framed only from the perspective of labour-driven migration both in policy making and in the field

© The authors and Studentlitteratur

of research, leaving those immigrants, who move primarily for humanitarian or social reasons, deskilled. Thus a significant number of immigrant nurses are given a powerful shove towards deskilling their occupational competence. Different migrant categories are needed in administration and research (see Portes 1997), but we argue that the meanings and consequences of these categorisations must be reflected on and analysed, both within policy agendas and research. There is a need to question the relegation of other than labour-based skilled migrants to the subordinate circuits of labour-based migrants.

References to the data

Kuntaliitto (Association of Finnish Local and Regional Authorities) (2002) *Kuntien työvoima ja henkilöstö 2010.* (The Workforce and Personnel in Municipalities in 2010.) Helsinki: Kuntaliitto.

MOL (Ministry of Labour) (2003a) *Työpolitiikan strategia 2003–2007–2010.* (Labour Policy Strategy for 2003 to 2007 to 2010.) Helsinki: Työministeriö.

MOL (Ministry of Labour) (2003b) *Osaamisen ja täystyöllisyyden Suomi. Työvoima 2020. Loppuraportti.* (Finland of Competence and Full-employment. Workforce 2020. Final Report.) Helsinki: Työministeriö.

MSAH (Ministry of Social Affairs and Health) (2001) *Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö.* (The Report of the Commission of Anticipating the Need of Labour Force in Social and Health Care.) Komiteamietintö 2001:7. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tehy (The Union of Health and Social Care Professionals) (2005a) *Maahanmuuttajien vaikea saada hoitoalan työtä—Rasistiset kokemukset yleisiä.* http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/--print?x20983=10490 Retrieved June 2005.

Tehy (The Union of Health and Social Care Professionals) (2005b) *Hoitoala monikulttuuristuu—Maahanmuuttajien tukea ja työpaikkojen vetovoimaa parannettava.* http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/--print?x20983=10647 Retrieved December 2005.

 © The authors and Studentlitteratur

References

Ahmad, A. (2002) Yhteisten työmarkkinoiden erottelemia? Maahanmuuttajien työllistymismahdollisuudet suomalaisilla työmarkkinoilla. *Sosiologia* 39(3), 227–241.

Bach, S. (2006) *Going Global? The Regulation of Nurse Migration to the UK.* Paper presented at the British Journal of Industrial Relations Workshop on the Political Economy of Immigration and Migrant Labour, Centre for Economic Performance, London School of Economics, 10–11 March 2006.

Buchan, J. & Calman, L. (2004) *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions.* Geneva: International Council of Nurses.

Buchan, J., Parkin, T. & Sochalski, J. (2003) *International Nurse Mobility: Trends and Policy Implications.* http://www.rcn.org.uk/downloads/InternationalNurseMobility Retrieved August 2007.

Carling, J. (2005) Gender dimensions of international migration. *Global Migration Perspectives* May 2005(35). http://www.gcim.org/mm/File/GMP%20No%2035.pdf Retrieved December 2006.

Davies, C. (1996) The Sociology of Professions and the Profession of Gender. *Sociology* 4(30), 661–678.

Davies, C. (Ed.) (2003) *The Future of Health Workforce.* London: Macmillan.

Forsander, A. (2002) *Luottamuksen ehdot. Maahanmuuttajat 1990-luvun suomalaisilla työmarkkinoilla.* Helsinki: Väestöntutkimuslaitos, Väestöliitto.

Henriksson, L. (1998) *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka.* Tutkimuksia 88. Helsinki: Stakes.

Henriksson, L. & Wrede, S. (Eds) (2004) *Hyvinvointityön ammatit.* Helsinki: Gaudeamus.

Hugman, R. (1991) *Power in Caring Professions.* Basingstoke: Macmillan.

Huttunen, L., Löytty, O. & Rastas, A. (2005) Suomalainen monikulttuurisuus. In A. Rastas, L. Huttunen & O. Löytty (Eds) *Suomalainen vieraskirja. Kuinka käsitellä monikulttuurisuutta* (pp. 16–40). Tampere: Vastapaino.

Iredale, R. (2001) The Migration of Professionals: Theories and Typologies. *International Migration* 39(5), 7–26.

Iredale, R. (2005) Gender, Immigration Policies and Accreditation: Valuing the Skills of Professional Women Migrants. *Geoforum* 36(2), 155–166.

Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1993) *Diskurssianalyysin aakkoset.* Tampere: Vastapaino.

Julkunen, R. (2004) Hyvinvointipalvelujen uusi politiikka. In L. Henriksson & S. Wrede (Eds) *Hyvinvointityön ammatit* (pp. 168–186). Helsinki: Gaudeamus.

Järvinen, A. (2004) Virossa pulaa sairaanhoitajista. *Tehy* 23(9), 32–33.

© The authors and Studentlitteratur

Kofman, E. (2004) Gendered Global Migrations. Diversity and Stratification. *International Feminist Journal of Politics* 6(4), 643–665.

Kyhä, H. (2006) Miksi lääkäri ei kelpaa lääkäriksi? Korkeakoulutetut maahanmuuttajat Suomen työmarkkinoilla. *Aikuiskasvatus* 26(2), 122–129.

Löyttyniemi, V. (2004) *Auscultatio Medici: Kerrottu identiteetti, neuvoteltu sukupuoli*. Tampere: Tampere University Press.

MOL (2006) *Työministeriö*. http://www.mol.fi/mol/fi/06_tyoministerio/index.jsp Retrieved June 2006.

MSAH (2006). *Tietoa ministeriöstä*. http://www.stm.fi/Resource.phx/orgns/index.htxinternetpages Retrieved July 2006.

Paananen, S. (1999). *Suomalaisuuden armoilla: Ulkomaalaisten työnhakijoiden luokittelu*. Helsinki: Tilastokeskus.

Piippola, S. (2003). *Gränsvandrare Positioner sig på Arbetsmarknaden*. Institutionen för Arbetsvetenskap 2003:22. Luleå: Luleå Tekniska Universitet.

Portes, A. (1997) Immigration Theory for a New Century: Some Problems and Opportunities. *International Migration Review* 31(4), 799–825.

Potter, J. & Wetherell, M. (2001) Unfolding Discourse Analysis. In M. Wetherell, S. Taylor & S.J. Yates: *Discourse Theory and Practice. A Reader* (pp. 198–209). London: Sage.

Raghuram, P. (2004) The Difference That Skills Make: Gender, Family Migration Strategies and Regulated Labour Markets. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 30(2), 303–321.

Riska, E. (2001) *Medical Careers and Feminist Agendas*. New York: Aldine de Gruyter.

Ronkainen, S. (2004) Kvantitatiivisuus, tulkinnallisuus ja feministinen tutkimus. In M. Liljeström (Ed.) *Feministinen tietäminen* (pp. 44–69). Tampere: Vastapaino.

Santamäki, K. (2004). Sairaanhoitajatyöttömyys ja ammattikunnan lohkoutuminen. In L. Henriksson & S. Wrede (Eds) *Hyvinvointityön ammatit* (pp. 144–167). Helsinki: Gaudeamus.

TEO (The National Authority for Medicolegal Affairs) (2005) *Annual Report 2005*. http://www.teo.fi/uusi/engl_1.htm Retrieved December 2006.

Wetherell, M. & Potter, J. (1992) *Mapping the Language of Racism. Discourse and the Legitimation of Exploitation*. Cornwall: Harvester Wheatsheaf.

Wickett, D. & McCutcheon, H. (2002) Issues of qualification assessment for nurses in a global market. *Nurse Education Today* 22(1), 44–52.

Yeates, N. (2004) A dialogue with 'global care chain' analysis: Nurse migration in the Irish context. *Feminist Review* 77(1), 79–95.

© The authors and Studentlitteratur

Maahanmuuttajasairaanhoitajien työläät tiet ammattiin

Suvi Nieminen

Sairaanhoitajan ammatti mielletään usein melko helposti eri maiden rajat ylittäväksi ammatiksi.[1] Sairaanhoitajien kansainvälinen liikkuvuus muodostaakin nykyään yhden merkittävimmistä globaaleista ammattilaisten muuttovirroista,[2] ja useat länsimaat ovat turvautuneet sairaanhoitajien ulkomaiseen rekrytointiin vuosikymmeniä paikatakseen jatkuvasti pahenevaa terveydenhuollon työvoimapulaa. Suomessa terveydenhuollon työmarkkinat ovat vasta viime vuosina alkaneet hitaasti avautua ulkomaalaistaustaiselle työvoimalle. Erityisesti ulkomaalaisten sairaanhoitajien rantautuminen terveydenhuollon ammattikuntiin ja työyhteisöihin on ollut mittakaavaltaan pienimuotoista: ulkomailla tutkintonsa suorittaneita sairaanhoitajia oli rekisteröity Suomessa vuonna 2005 kaikkiaan hieman alle kolmesataa, johon sisältyy myös suomalaiset ulkomailla opiskelleet sairaanhoitajat. Harva sairaanhoitaja on muuttanut Suomeen työn vuoksi, mutta heitä on saapunut maahan muiden maahanmuuttovirtojen mukana.[3] Suomeen muuttaneiden ulkomaalaisten ammattilaisten pääsyä terveydenhuollon työmarkkinoille on kuitenkin rajoitettu tehokkaasti protektionistisin, ammatinharjoittamisoikeuksien hallintaan perustuvan ammatillisen sääntelyn keinoin.[4] Vasta aivan viime vuosina ulkomaalaiset sairaanhoitajat ovat alkaneet kiinnostaa myös Suomea terveydenhuoltoa uhkaavan työvoimapulan ja rekrytointikriisin takia.[5]

Laajamittaisesta kansainvälisestä liikkuvuudesta huolimatta valtiorajojen ylittäminen voi rajoittaa tai estää merkittävästi terveydenhuollon ammattilaisten ammatinharjoittamista. Ulkomaisen sairaanhoitajan tutkinnon tunnustaminen ja pätevöittäminen on todettu monissa maissa hankalaksi prosessiksi.[6] Valtiovallan tarkoin sääntelemällä terveydenhuoltoalalla ammattitutkinnot muodostavat tärkeän professionaalisen sisään- ja ulossulkemisen välineen, joiden kautta valvotaan ja rajoitetaan ammatteihin sisäänpääsyä.[7] Sairaanhoitajien

ja muiden laillistettujen ammattihenkilöiden[8] ammattiin sisäänpääsyä säännellään ammatinharjoittamisoikeuden kautta, jonka saaminen edellyttää tiettyjen lainsäädännössä määriteltyjen pätevyysvaatimusten täyttämistä. Pätevyysvaatimukset piirtävät siten muodolliset rajat ja ehdot sille, kuka katsotaan kelvolliseksi toimimaan terveydenhuollon ammatin edustajana. Ammattipätevyyden – ammatillisten tietojen, taitojen ja työvalmiuksien – määrittely ja tulkinta ovat kuitenkin sisällöiltään, rajoiltaan ja ideologioiltaan muuttuvia. Terveysammattien ja -työn sosiologian näkökulmasta ammatillisen pätevyyden määrittelyssä ja tulkinnoissa onkin kysymys jatkuvista rajanmäärittelyjen prosesseista, joissa neuvotellaan paitsi muodollisten myös kulttuuristen ehtojen täyttämisestä.[9] Ammattipätevyydestä eri konteksteissa käytäviä keskusteluja on tulkittu osana ammatillisuuden diskurssia, jossa rakennetaan ammatillista (itse)kuria, identiteettiä ja työnjakoa tiettyihin normatiivisiin arvoihin ja käsityksiin tukeutuen. Ammatillisen pätevyyden arviointi näyttäytyy tästä näkökulmasta diskursiivisena vallankäyttönä, jolla tuotetaan ja uusinnetaan ammattikunnassa ja laajemmin koko yhteiskunnassa vallitsevia sosiaalisia ja kulttuurisia jakoja.[10] Historiallisesti katsottuna sairaanhoitajan ammattiin sisäänpääsyä ja sen työnjaolliseen hierarkiaan sijoittumista ovat muovanneet niin luokkataustaan, kieleen ja sukupuoleen[11] kuin etniseenkin taustaan[12] perustuvat sosiaaliset ja kulttuuriset hierarkiat. Globaalissa ja yhteiskunnallisessa kontekstissa tapahtuvat muutokset asettavat ammatillisuuden ehdoille uusia haasteita ja johtavat ammatillisten rajojen ja niiden läpäisevyyden uudelleenneuvotteluihin.[13]

Tässä luvussa tarkastelen EU- ja ETA-alueen[14] ulkopuolelta Suomeen muuttaneiden ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien ammattiin pätevöitymisen prosesseja Suomessa. Koska EU- ja ETA-alueen ulkopuolella suoritettuja sairaanhoitajatutkintoja ei tunnusteta Suomessa automaattisesti, on tällaisen tutkinnon suorittaneiden sairaanhoitajien pätevöidyttävä ammattiinsa uudelleen suomalaisten vaatimusten mukaisesti. Tarkastelen maahanmuuttajasairaanhoitajien[15] pätevöitymisprosessia yhtäältä terveydenhuollon työmarkkinoiden ja sairaanhoitajan ammatin työnjakokysymyksiin kohdentuvasta rakenteellisesta näkökulmasta, toisaalta ”oikeanlaisesta” ammatillisuudesta käytävien neuvottelujen kulttuurisesta näkökulmasta. Mielenkiintoni kohdistuu pätevöitymisprosessiin liittyvissä institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä tuotettaviin sosiaalisiin ja kulttuurisiin erotteluihin. Erityisen analyyttisen kiinnostukseni suuntaan maahanmuuttotaustan saamiin merkityksiin ammattiin sisäänpääsyn ja ammatillisuuden ehtojen neuvotteluissa sekä tapoihin, joilla maahanmuuttajasairaanhoitajat itse näihin kulttuurisiin jäsennyksiin vastaavat. Kysyn, millaisina maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillisen

pätevöitymisen reitit näyttäytyvät Suomessa, millaisia terveydenhuollon työmarkkinoihin ja sairaanhoitajien ammattikuntaan kiinnittyviä rakenteellisia jakoja pätevöitymisprosessin käytännöissä tuotetaan, ja millaisista ammatillisuuteen liittyvistä kulttuurisista rajoista ja ehdoista pätevöitymisprosessissa neuvotellaan.

Maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymisprosessin tarkastelu kuvaa ammatillisen pätevyyden tunnistamisen ja tunnustamisen kontekstisidonnaista ja tulkinnallista luonnetta. Ammattiin sisäänpääsyn ehtojen määrittymisen voikin tulkita kiinnittyvän merkittävällä tavalla kysymykseen siitä, kenen katsotaan olevan myös kulttuurisesti sopiva sairaanhoitajaksi.[16]

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen empiirinen aineisto perustuu kahteenkymmeneen EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta Suomeen muuttaneen ja Suomessa pätevöityneen sairaanhoitajan haastatteluun vuodelta 2006. Olen tavoittanut haastateltavat pääasiassa kolmen maahanmuuttajasairaanhoitajille suunnatun pätevöitymiskoulutusohjelman kautta. Lisäksi sain muutaman muita reittejä pitkin pätevöityneen haastateltavan tietooni median tai muiden kontaktien avulla. Haastattelut on toteutettu puolistrukturoituun haastattelulomakkeeseen tukeutuen, joskin haastattelut etenivät käytännössä melko vapaamuotoisesti eri haastatteluteemojen (Suomen ulkopuolella hankitun koulutuksen ja työkokemuksen, pätevöitymisprosessin, työelämään siirtymisen ja siellä saatujen kokemusten) ympärillä. Haastatteluiden tukena olen käyttänyt myös edellä mainittuihin pätevöitymiskoulutusohjelmiin liittyviä dokumentteja: raportteja, opetussuunnitelmia, projektiarvioita ja koulutuksesta laadittuja mediatiedotteita. Näihin en kuitenkaan viittaa tekstissä tietoturvasyistä.

Olen jäsentänyt aineistoa ensin pätevöitymisprosessin eri vaiheiden kannalta mielekkäisiin teemoihin.[17] Analysoin tällä tavoin teemoiteltua aineistoa konstruktionistisesta, kielenkäytön merkityksiä rakentavasta ja sosiaalista todellisuutta tuottavasta viitekehyksestä käsin.[18] Brittiläisen kulttuuriantropologin Mary Douglasin[19] tavoin ymmärrän niin institutionaaliset kuin sosiaalisetkin käytännöt kulttuuria välittävinä kommunikaation muotoina. Tulkitsen siten sekä kielenkäyttöä että institutionaalisia ja sosiaalisia käytäntöjä aikaan ja paikkaan sidottuna toimintana, jotka yhtä aikaa ilmentävät ja uusintavat yhteiskunnassa vallitsevia kulttuurisia merkityksenantoja ja luokitteluja.[20] Tarkastelen maahanmuuttajasairaanhoitajien ammattiin sisäänpääsyn ehtoja erilaisissa

institutionaalisissa ja sosiaalisissa käytännöissä rakentuvina konstruktioina, joiden avulla kamppaillaan kulttuuristen ajatusrakennelmien ytimistä, rajoista, marginaaleista sekä niiden välisistä suhteista.[21]

Haastattelemani maahanmuuttajasairaanhoitajat muodostavat monessa suhteessa hyvin monimuotoisen joukon. Suurin osa oli kotoisin Venäjältä (12), loput olivat Virosta (2), Iranista (2), Kazakstanista (1), Bulgariasta (1), Bosniasta (1) ja Irakista (1). Tunnistettavuuden minimoimiseksi käytän aineistositaateissa haastateltujen synnyinmaiden sijaan laajempaa vapaamuotoista maaryhmittelyä, jossa viittaan Venäjään ja Kazakstaniin entisenä Neuvostoliittona (NL), Viroon, Bulgariaan ja Bosniaan Itä-Eurooppana sekä Iraniin ja Irakiin Lähi-itänä. Sairaanhoitajan tai muun vastaavan tutkinnon haastatellut olivat suorittaneet entisissä kotimaissaan vuosien 1974 ja 2001 välillä. Suomessa he olivat pätevöityneet eri reittejä pitkin vuosien 2004 ja 2005 aikana, vain vähän ennen haastatteluajankohtaa. Suomen maahanmuuttokontekstille tyypillisesti kaikki olivat muuttaneet Suomeen ensisijaisesti muista kuin työhön liittyvistä syistä: suurin osa perheen – erityisesti avioliiton – takia, mutta myös pakolaisina, turvapaikan hakijoina tai paluumuuttajina. Suomessa he olivat asuneet haastatteluhetkellä kahdesta neljääntoista vuotta. Myös haastateltujen koulutus- ja työkokemukset Suomessa olivat hyvin vaihtelevia ennen pätevöitymiskoulutukseen hakeutumista. Useimmat olivat käyneet maahanmuuttoa seuraavina kuukausina ja vuosina suomen kielen kursseilla sekä tutustuneet suomalaiseen työelämään erityisillä, usein hoitoalalle suuntautuneilla työharjoittelujaksoilla. Yhtä lukuun ottamatta kaikilla haastatelluilla oli ainakin jonkinlaista Suomessa hankittua hoitoalan työkokemusta ennen pätevöitymisprosessia.

Maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillisen pätevöitymisen reitit Suomessa

Erilaisten koulutusjärjestelmien vuoksi eri maissa suoritetut sairaanhoitajan tutkinnot ovat usein vaikeasti suoraan rinnastettavissa. Ne voivat poiketa toisistaan merkittävästi niin koulutuksen järjestävän oppilaitoksen aseman (yliopisto, ammattikorkeakoulu, ammatillinen oppilaitos), koulutuksen pituuden kuin sen sisällönkin mukaan. Koulutuksen sisältöön vaikuttaa merkittävästi myös opiskeluajankohta.[22]

Ulkomailla suoritetun sairaanhoitajatutkinnon arviointiin ja tunnustamiseen liittyvät prosessit ja käytännöt vaihtelevat huomattavasti eri maiden

välillä.[23] Suomessa sairaanhoitajan muodolliset pätevyysvaatimukset perustuvat kansalliseen lakiin ja asetukseen terveydenhuollon ammattihenkilöistä[24] sekä EU-direktiiveihin ja lainsäädäntöön.[25] Samoin kuin lääkäreiden kohdalla (ks. Kyhä tässä teoksessa) Suomessa hyväksytään lainsäädäntöön nojautuen automaattisesti vain muissa EU- tai ETA-maissa suoritetut sairaanhoitajan tutkinnot. Arvioitaessa näiden maiden ulkopuolella suoritettua sairaanhoitajan koulutusta sitä verrataan nykyiseen ammattikorkeakoulutasoiseen suomalaiseen koulutukseen. Ammattipätevyyden tunnustaminen edellyttää EU- tai ETA-alueen ulkopuolella koulutuksensa saaneelta sairaanhoitajalta lisäksi todistusta riittävästä suomen kielen taidosta, mikäli hän ei ole jonkin muun EU- tai ETA-maan kansalainen.[26] Lopullisen tunnustamispäätöksen ulkomaisten terveydenhuollon ammattilaisten kohdalla tekee sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira,[27] joka myöntää Suomessa ammatinharjoittamisoikeuden kaikille laillistettujen terveydenhuollon ammattien edustajille.

Suomessa ei ole yhtenäistä järjestelmää EU- ja ETA-maiden ulkopuolella suoritettujen sairaanhoitajan tutkintojen pätevöittämiseksi toisin kuin EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta tulevien lääkäreiden kohdalla (ulkomaalaisten lääkäreiden kuulustelujärjestelmästä ks. Kyhä tässä teoksessa). Suomessa EU- ja ETA-maiden ulkopuolella suoritettujen sairaanhoitajan koulutusten arviointi on hajautettu ammattikorkeakouluille. Yksittäinen ammattikorkeakoulu antaa hakijan pyynnöstä lausuntonsa siitä, onko kyseinen tutkinto ylipäänsä täydennettävissä vastaamaan suomalaista sairaanhoitajan tutkintoa sekä siitä, kuinka paljon ja minkälaisia lisäopintoja hakijan tulisi pätevöityäkseen suorittaa kyseisessä ammattikorkeakoulussa.[28]

EU- ja ETA-maiden ulkopuolella tutkintonsa suorittanut sairaanhoitaja voi hakeutua pätevöittämään tutkintonsa ammattikorkeakoulussa joko normaalin yhteishaun kautta, ammattikorkeakoulun kanssa yksilöllisesti sovittavan suunnitelman mukaisesti tai erityisten maahanmuuttajasairaanhoitajille suunnattujen pätevöitymiskoulutusohjelmien[29] kautta. Jälkimmäiset on toteutettu yksittäisinä alueellisina työvoimapoliittisina koulutuksina. Tämän tutkimuksen tarkasteluajanjaksolle sijoittuneista, vuoden 2005 loppuun mennessä toteutetuista kolmesta eri pätevöitymiskoulutusohjelmasta yhdelle oli myönnetty myös Euroopan sosiaalirahaston rahoitusta. Aloitteet pätevöitymiskoulutusohjelmien järjestämiseen olivat tulleet joko maahanmuuttajien kotouttamistoimien piirissä toimivilta työntekijöiltä tai maahanmuuttajasairaanhoitajilta itseltään. Samaan sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkintoon johtavien pätevöitymiskoulutusohjelmien kestot vaihtelivat puolestatoista vuodesta kahteen ja puoleen vuoteen. Opintoviikkomääriltään ne olivat 60, 79 ja 100

opintoviikkoa. Merkittävästä koulutusohjelmien laajuuksien vaihtelusta huolimatta muodolliset sisäänpääsyvaatimukset näihin ohjelmiin olivat samat. Keston vaihtelua ei selitä maahanmuuttajasairaanhoitajan lähtömaa tai maa, jossa sairaanhoitajan tutkinto on suoritettu, ei myöskään tutkinnon suorittamisvuosi tai alalta hankittu työkokemus.[30]

Haastattelemistani maahanmuuttajasairaanhoitajista suurin osa pätevöityi edellä mainituissa koulutusohjelmissa. Kolme haastateltua pätevöityi ammattikorkeakouluissa yksilöllisesti räätälöityjen suunnitelmien mukaisesti. Heistä kaksi osallistui suomalaisen terveydenhuollon opistoasteen tutkinnon suorittaneille tarkoitetulle puolitoistavuotiselle täydennyskurssille, minkä lisäksi he suorittivat vuoden sairaanhoidon suuntautumisopintoja tavallisissa nuorisoasteen koulutusryhmissä. Yksi haastateltu täydensi opintojaan osittain kansainvälisen englanninkielisen sairaanhoitajalinjan mukana, minkä ohella hän suoritti kursseja muilta opintolinjoilta. Pätevöitymiseen vaadittujen opintojen kokonaiskestoksi muodostui kaikissa kolmessa yksilöllisesti räätälöidyssä opintosuunnitelmassa kaksi ja puoli vuotta.

Maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymisreitit näyttäytyvät Suomessa siis hyvin moninaisina. Juuri työvoimapoliittisten koulutusten alueellisen luonteen, rahoituksen satunnaisuuden ja koulutusten projektimaisuuden on katsottu yhdessä uusliberalistisen koulutuspalvelujen kilpailuttamisvaateen kanssa estävän maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymiskoulutuksen pitkäjänteistä kehittämistä valtakunnan tasolla (lääkäreiden osalta ks. myös Kyhä tässä teoksessa).[31]

Ammattipätevyyden epäyhtenäinen (ali)arviointi

Vain muutama haastattelemistani maahanmuuttajasairaanhoitajista oli Suomeen saapuessaan tietoinen EU- ja ETA-maiden ulkopuolella suoritetun sairaanhoitajan tutkinnon pätemättömyydestä Suomessa. Tieto koulutuksen kelpaamattomuudesta tuli haastatelluille yleensä yllätyksellisenä ja sattuman kautta saatuna. Puolet haastatelluista kertoi saaneensa tiedon työvoimatoimistosta,[32] toinen puoli joko sosiaalisten verkostojensa kautta tai vasta pätevöitymiskoulutuksen aikana.

Pätevöitymismahdollisuuksien kartoittaminen näyttäytyy kokonaisuudessaan hyvin turhauttavana prosessina. Useimmat yrittivät selvitellä pätevöitymismahdollisuuksiaan työvoimatoimistoissa. Työvoimatoimistojen rooli ja vastuu maahanmuuttajien ohjaamisessa ammatilliseen koulutukseen ja

työmarkkinoille onkin painava.[33] Maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymisprosessiin osallistuvien tahojen keskinäisten tehtävä- ja vastuualueiden epäselvyyttä ja koordinoimattomuutta kuvaa kuitenkin, ettei työvoimatoimistoista osattu ohjata yhtäkään tässä tutkimuksessa haastateltua ottamaan yhteyttä ammattikorkeakouluun aikaisemman koulutuksen arvioimista varten. Muutama maahanmuuttajasairaanhoitaja kertoi saaneensa kehotuksen kääntyä pätevöitymisasiassa terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen, Opetushallituksen tai työministeriön puoleen. Lopulta vain yksi tutkimuksen kahdestakymmenestä haastatellusta oli ottanut työministeriöstä saamastaan neuvosta yhteyttä ammattikorkeakouluun vaadittavien lisäopintojen arvioimiseksi. EU- ja ETA-maiden ulkopuolella suoritettujen sairaanhoitajatutkintojen pätevöittämiskäytännöistä ei ollut tarjolla tietoa myöskään Valviran internetsivustolla vuonna 2005, toisin kuin vastaavien lääkäritutkintojen pätevöittämiskäytännöistä.

Maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymismahdollisuuksia merkittävästi vaikeuttava tiedon siirtymisen ongelma liittyy osittain myös pätevöitymiskoulutusohjelmien työvoimapoliittiseen luonteeseen. Kun työvoimapoliittiseen koulutukseen hakeutumisen ensisijaisena ehtona on työttömyys tai sen uhka,[34] eivät työssä – vaikkakin oman ammattialansa ulkopuolella – käyvät maahanmuuttajasairaanhoitajat välttämättä saa tietoa koulutuksesta. Olemassa oleva työpaikka saattaa myös näyttäytyä institutionaalisena esteenä työvoimapoliittiseen koulutukseen pääsylle kuten seuraava haastateltu kuvailee:[35]

> Yksi joku tuttu sanoi, että se nyt se EU järjestäis jotain koulutus. Mä kävin siellä työvoimatoimistossa ja kyllä he sanoivat että se [koulutus] on, mutta mä en pääse koska mulla oli työpaikka [hoitoapulaisena]. Mutta ainakin minä laitoin paperit, ja kyllä mä pääsin sitten. (H7, ent. NL)

Haastattelemieni maahanmuuttajasairaanhoitajien eri viranomaistahoilta saamat arviot ulkomaisen sairaanhoitajan koulutuksen ja työkokemuksen arvosta eivät juuri valaneet toivoa helposta pääsystä sairaanhoitajan ammattiin Suomessa:

> Mulla on kotona sellainen lausunto. Mä en muista, mikä se on virallinen nimitys sen paikan [joka antoi lasunnon]. Elikä mulle oli lähetetty vastaus, että valitettavasti sun pitäis oppia uudestaan, koska sulla on koulutus saatu monta vuotta sitten, ja nyt koulutus muuttunut ja Suomessa se ei käy. Sellainen oli vastaus. […] Että mun juttuani ei niin kun arvostettu täällä. […] Ihan ystävällisellä kielellä, mutta koko tutkinto uudestaan. Ja mä olen ihan pettynyt, että miksi, mistä syystä? (H18, ent. NL)

Sairaanhoitajakoulutuksen siirtyminen ammattikorkeakouluihin 1990-luvun lopulla vaikeuttaa huomattavasti varsinkin EU- ja ETA-maiden ulkopuolella hankitun sairaanhoitajakoulutuksen rinnastettavuutta nykyiseen suomalaiseen tutkintoon. Useimpien haastateltujen ulkomailla suorittama sairaanhoitajan tutkinto oli opistotasoinen, vaikka joukossa oli joitakin alemman korkeaasteenkin tutkintoja. Maahanmuuttajasairaanhoitajien aiempien koulutusten mitätöimistä voi tältä osin suhteuttaa katkeriakin sävyjä saaneeseen keskusteluun suomalaiseen vanhamuotoiseen sairaanhoitajan opistoasteen tutkintoon sisältyvien opintojen vähäisestä hyväksilukemisesta ammattikorkeakoulututkinnon osana.[36] Ulkomailla suoritetun sairaanhoitajan koulutuksen mitätöimistä voi kuitenkin tulkita myös maahanmuuttajien työelämäkompetenseihin yleisesti kohdistuvana hierarkkisena luokitteluna. Tästä näkökulmasta ammatillisten tietojen ja taitojen aliarvioiminen koskettaa erityisesti länsimaiden ulkopuolelta muuttaneita ihmisiä.[37] Seurauksena on ammatillisuuden muodollisena todisteena toimivan tutkinnon tunnustamattomuus ja koulutuksen mitätöiminen uudessa kotimaassa.[38]

Ammattikorkeakoululaissa[39] ja -asetuksessa[40] ammattikorkeakouluille myönnetty laaja autonomia antaa niille mahdollisuuden arvioida ulkomailla hankittua koulutusta koulukohtaisesti vaihtelevin kriteerein. Tämä ilmenee niin pätevöitymiskoulutusohjelmien laajuuksia vertailtaessa kuin yksittäisissä tilanteissakin, joissa eri koulut voivat tarjota samasta tutkinnosta korvaavuuksia esimerkiksi kolmesta opintoviikosta 110 opintopisteeseen:[41]

> H: [Työministeriöstä] sanottiin mulle et mennä kysymään eri ammattikorkeakouluista kuinka paljon opintoviikkoja hyväksytään mun opinnoista entisestä ammattikorkeakoulusta. Sitten minä soitin tänne ammattikorkeakouluun. Ne katseli mun diplomin ja mun cv:n. Ne sano että ne luulee että tosi vähän pitäis olla koulussa ja että hyväksytään mun diplomi tähän Suomeen. Mutta sen jälkeen sain kirjeen kotiin, että vain kolme opintoviikkoja annetaan mulle.
> Haastattelija: Just. No mitä sää sitten?
> H: Sitten ajattelin, että pitää soittaa seuraavalle [nauraen] ammattikorkeakoululle ja soitin sitten ammattikorkeakouluun X [jossa ulkomaisesta tutkinnosta hyväksyttiin yhteensä 110 opintopistettä]. (H17, Itä-Euroopasta)

Tällaisen normittamattoman tilanteen voi katsoa avaavan maahanmuuttajasairaanhoitajille eräänlaisen toiminnan areenan,[42] jossa heidän on koulutusmarkkinoiden asiakkaina mahdollista kilpailuttaa koulutuksen tarjoajia aikaisemman koulutuksensa markkina-arvosta. Edellisestä lainauksesta poiketen

koulujen kilpailuttaminen näyttäytyy useimpien maahanmuuttajasairaanhoitajien näkökulmasta kuitenkin lähinnä näennäisenä mahdollisuutena, sillä olemassa olevat resurssit – esimerkiksi tieto, asuinpaikkakunta tai yleinen elämäntilanne – tukevat harvoin tällaisen toiminta-areenan haltuunottoa.

Vaikka haastattelemani maahanmuuttajasairaanhoitajat näkevät ammattitietojensa päivittämisen yleisesti ottaen tarpeelliseksi erityisesti suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän ja ammattisanaston osalta, mittavat lisäkouluttautumisvaateet näyttäytyvät useimpien mielestä silti kohtuuttomina. Omaa ammatillisuutta ei haluta antaa mitätöitäväksi myöskään puutteellisen suomen kielen taidon vuoksi:[43]

> Voi olla kieli ei toimi hyvin mutta kuitenkin mulla on kokemusta. Minä osaan hoitaa potilaat. Sitä ei tartte kaikkea opiskella tai oppia ihan alusta. (H8, Lähiidästä)

Koulutusmarkkinat ja terveydenhuollon työmarkkinoiden etninen lohkoutuminen

Muutama haastatelluista maahanmuuttajasairaanhoitajista pyrki normaalin yhteishaun kautta suomenkieliselle sairaanhoidon linjalle ammattikorkeakouluun. Valintakokeessa maahanmuuttajien esteeksi muodostuu kuitenkin usein riittämätön suomen kielen taito. Opiskelupaikka englanninkielisissä sairaanhoitajien koulutusohjelmissa näyttäisi englanninkieltä osaaville ulkomaalaistaustaisille maahanmuuttajille helpommin saavutettavalta, vaikkakin suomen kielen ja ammattisanaston oppimisen kannalta huonommalta vaihtoehdolta.

Sen sijaan lähihoitajakoulutuksen ovet avautuvat maahanmuuttajasairaanhoitajille helpommin. Lähihoitajakoulutukseen tai hoitoapulaisen töihin ohjaaminen näyttääkin olevan sekä tämän haastatteluaineiston että aikaisemman tutkimuksen[44] valossa työvoimatoimistoissa vallalla oleva käytäntö niin maahanmuuttajasairaanhoitajien kuin muun maahanmuuttajaväestönkin kohdalla. Maahanmuuttajataustaisten naisten sijoittumista suomalaisille työmarkkinoille tarkasteleva Annika Forsander[45] puhuu ”mahdollisuuksien hierarkiasta”, jossa työmarkkinat avautuvat maahanmuuttajille ikään kuin luontevimmin alimman hierarkiatason (nais)ammattien kautta.[46] Runsaan lähihoitajakoulutustarjonnan myötä maahanmuuttajia kanavoidaan yhteiskunnan näkökulmasta sopivaan koulutukseen ja työhön – yleensä sinne, minne kantaväestöä on vaikea houkutella.[47] Tällaista yhteiskuntapolitiikan keinoihin

kätkeytynyttä erottelua voi käsitteellistää myös institutionaaliseksi rasismiksi. Terveystyön valtasuhteita tutkineen sosiologi Richard Hugmanin[48] mukaan institutionaalinen rasismi merkitsee yhteiskunnallisten instituutioiden kyvyttömyyttä tunnistaa institutionaalisia käytäntöjä jäsentäviä, epätasa-arvoisuutta tuottavia valtarakenteita. Kysymys ei siten ole välttämättä tahallisesta syrjinnästä.[49] Joka tapauksessa maahanmuuttajille avautuvien koulutusmahdollisuuksien rajallisuus tuottaa ja uusintaa terveydenhuollon työmarkkinoiden etnistä lohkoutumista, jolloin suuri osa koulutetuistakin maahanmuuttajista sijoittuu matalapalkkaisiin töihin ammattihierarkioiden pohjalle.[50] Sen sijaan tässä tutkimusaineistossa ei ole havaittavissa viitteitä erilaisia maahanmuuttajaryhmiä koskevista etnisyyshierarkioista, joissa esimerkiksi ulkonäöllisesti valtaväestöstä eniten erottuvat maahanmuuttajat sijoittuisivat muita maahanmuuttajia heikompaan asemaan.[51]

Maahanmuuttajasairaanhoitajat asettuvat toiminnallaan kuitenkin vahvasti maahanmuuttotaustan perusteella tuotettavaa työmarkkinoiden lohkouttamista vastaan. Työvoimavirkailijoiden esittämät tarjoukset lähihoitajan koulutuksesta ja ammatista eivät herätä haastatelluissa vastakaikua, ja ne hylätään lähes järjestäen vetoamalla korkea(mpa)an ammatilliseen osaamiseen:

> Mä luulen, että meillä on aika korkea ammattitaso. Meillä on aika vahvat akateemiset kaikki koulutusjärjestäjät ja koulut aika vahvat oikeasti ja meillä on aika taitavat sairaanhoitajat. […] Ja oikein perushoitaja mua ei kiinnosta, koska jos mä kouluttautunut paljon mä en halua siihen mennä lähihoitajaksi työskentelemään. (H13, ent. NL)

On muistettava, että koulutuksen hankkimiseen on usein investoitu sekä taloudellisesti että emotionaalisesti.[52] Investointien lisäksi koulutus ja työkokemus rakentavat ammatin edustajille merkittävällä tavalla ammatti-identiteettiä ja ammattiylpeyttä,[53] jotka erottavat hoitotyön eri ammattiryhmiä toisistaan.[54] Perustellessaan lähihoitajan koulutuksen ja työn sulkemista omien ammatillisten rajojensa ulkopuolelle haastatellut uusintavat samalla terveydenhuollossa lähiammattien välillä tyypillisesti vallitsevia voimakkaita hierarkkisia rajoja.[55] Hoitotyön sisäinen hierarkia ilmenee haastatteluissa niin vahvana, että useampi haastateltu kertoo olleensa valmis menemään tai menneensä joksikin aikaa mieluummin aivan toiselle ammattialalle kuin ”alemmalle tasolle” lähihoitajaksi.

Vain yksi tässä tutkimuksessa haastatelluista maahanmuuttajasairaanhoitajista oli aloittanut lähihoitajakoulutuksen. Lähihoitajan ja sairaanhoitajan

ammattiero paljastui hänelle kuitenkin ikävänä yllätyksenä vasta koulutuksen aikana, ja lähihoitajakokeilu loppui sen myötä lyhyeen:

> Vähän aikaa olin [lähihoitajakoulutuksessa], kun [x-kaupungissa] maahanmuuttajille oli lähihoitajakoulutus. […] En mä oikein tiennyt mikä on lähihoitaja. […] Sitten kun vähän aikaa olin koulussa se tuli selvä, että ensinkin tämä ammatti mitä minun pitäisi opiskella kaksi ja puoli vuotta, se on alempana kun mitä kuitenkin mä olin kotimaassa ja toisaalta, että kaks ja puoli vuotta. Mun mielestä oli … liikaa. […] Eli se tuli tälläin että täytyi aloittaa ihan alusta taas täällä Suomessa. (H8, Lähi-idästä)

Joskus vuosiakin kestäneen odotuksen ja etsimisen jälkeen tieto mahdollisesta pätevöitymisreitistä kantautui puolelle haastatelluista jonkin viranomaistahon, etupäässä työvoimatoimistojen kautta. Toinen puoli taas sai tietää pätevöitymisen mahdollisuudesta onnellisen sattuman kautta joko ystävältä tai aiemmin sairaanhoitajaksi pätevöityneeltä maahanmuuttajalta. Jotkut löysivät tiedon itse internetistä.

Koulussa – neuvotteluja ammatillisuuden ehdoista ja ammattikunnan sisäisestä työnjaosta

Muodollisten kvalifikaatioiden tuottamisen ohella koulutuksella on tärkeä kulttuurinen merkitys ammatti-identiteettien, ammatillisten hierarkioiden sekä ammatillisen ja yhteiskunnallisen toimijuuden tuottamisessa.[56] Sairaanhoitajan ammattikulttuuria voimakkaasti määrittävät samanlaisuusvaatimukset[57] jäsentävät keskeisesti maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymisprosessissa käytäviä neuvotteluja ”oikeanlaisesta” ammatillisesta osaamisesta. Suomalaisista ammattikulttuurisista käytännöistä poikkeavat työskentelytavat leimautuvat pätevöitymiskoulutuksessa helposti epäpuhtaiksi,[58] jo lähtökohtaisesti huonommiksi suomalaisiin käytäntöihin verrattuna. Kulttuurisessa mielessä pätevöitymiskoulutuksessa voikin katsoa olevan kysymys ulkomailla ammattitaidon ja -identiteettinsä hankkineiden ammattilaisten suomalaistamisesta.

> Kyllä suhtautuminen yleensä [entiseen Neuvostoliittoon] on vähän semmoinen, että ei kannata kauheesti kehua, koska [naurahtaa] vähän paheksuntaa se vois tuoda. Kyllä mä voin sanoa, että joitakin asioita suomalaisetkin [sairaanhoitajat]

> vois omaksua, mutta ei mitään semmoista, että teidän kannattais miettiä tai että [entisessä Neuvostoliitossa] tehdään näin. Koska heti vastataan että olemme Suomessa, että koulutuksen aikanakin on ollut näin että opettaja sanoi: olemme Suomessa. No jos olemme, niin antaa olla, [naurahtaa] niin, niin olkoon näin. (H4, ent. NL)

Entisessä kotimaassa hankittujen ja käytännössä hyväksi todettujen taitojen ojennetuksi tulemisen ohella myös ammatillisten perustietojen ja -taitojen kertaaminen mieltyy haastateltujen keskuudessa helposti ulkomailla hankitun ammatillisen osaamisen aliarvioimiseksi tai mitätöimiseksi. Ammatillisesti turhauttavinta perusasioiden kertaaminen on pitkän työkokemuksen omaaville hoitajille. Tunne oman ammatillisuuden mitätöidyksi tulemisesta ilmenee korostuneesti tilanteissa, joissa vanhempaa ikäluokkaa edustavat maahanmuuttajasairaanhoitajat joutuvat opiskelemaan samalla viivalla sairaanhoitaja n ammattiin ensimmäistä kertaa opiskelevien, nuoremman sukupolven edustajien kanssa:

> Puoli vuotta mä nuorison kanssa istuin penkillä ja kuuntelin, kun umpisuoli-leikkauksia, tyräleikkauksia, mitä mä oon tehnyt 24 vuotta omassa ammatissa, se oli vähän turhaa. […] Niin, se oli mulle sitä puoli vuotta opetella käsihygieniat, peittelyjä ja tämmöistä […] 27 vuotta olisi työkokemusta ja nuorison kanssa istun penkillä ja... (H3, Itä-Euroopasta)

Vaikka monet haastateltavat kritisoivat pätevöitymiskoulutuksen laajuutta, koulutukseen sisältyvien käytännöllisten aineiden vähyys aiheuttaa myös runsaasti kritiikkiä.[59] Konkreettisimmin käytännöllisten aineiden vähäisyys koskettaa silloin, kun edellisestä koulutuksesta tai sairaanhoitajana työskentelystä on kulunut pidempi aika:

> Just nämä käytännölliset jutut ne jäivät pois siitä [koulutuksesta], koska ne [opettajat] vain viittaavat, että no kyllä teillä on työkokemus, että te osaatte ja te tunnette kaikki lääke.. Mutta esimerkiksi ne unohtavat, että mä olen ollut osastolla siellä viisitoista vuotta sitten. Nyt on aivan uusi polvi antibioottia tullut ja kipulääkkeitäkin. Että mä en tunne niitä, jopa [edes] synonyymeja. (H12, ent. NL)

Maahanmuuttajasairaanhoitajien esittämä kritiikki pätevöitymiskoulutusten käytännöllisten ja teoreettisten sisältöjen painotusalueita kohtaan kietoutuu laajempaan sairaanhoitajien ammattikunnan sisällä käytävään keskusteluun

ammatillisuuden ehdoista ja rajoista. Kamppailuja käydään niin hoitotieteellisen ja lääketieteellisen tietoperustan[60] kuin työkokemuksen ja muodollisen koulutuksenkin[61] välisistä suhteista ammatillisuuden määrittelyssä. Ammatillistumisprosessinsa tueksi sairaanhoitajien on katsottu tarvitsevan professioille ominaista ”intellektuaalista pääomaa”. Tämä on kuitenkin johtanut muodollisen, hoitotieteeseen perustuvan teoreettisen koulutuksen korostamiseen ja työkokemuksen väheksymiseen.[62] Nykyisessä suomalaisessa sairaanhoitajakoulutuksessa painottuvat hoitotieteen opinnot, kun taas useissa muissa maissa sairaanhoitajakoulutus kiinnittyy edelleen vahvasti lääketieteelliseen, käytännönläheisempään tietoperustaan.[63]

Koulutuksen keskittyminen hoitotieteellisiin teorioihin, filosofioihin, tieteellisiin tutkimusmenetelmiin sekä opinnäytetyöhön koetaan helposti turhauttavaksi, koska ”tieteellisten” osa-alueiden ei nähdä palvelevan ”sairaanhoitajan käytännön työhön liittyviä asioita”. Maahanmuuttajasairaanhoitajien esittämän kritiikin pätevöitymiskoulutusten sisältöjä kohtaan voi rinnastaa suomalaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiin ammattikorkeakouluopintojen sisällöstä.[64] Kantasuomalaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden tavoin myös maahanmuuttajasairaanhoitajat korostavat kliinisten taitojen merkitystä ammatillisuuden määrittäjinä. Oma ammatillinen osaaminen ankkuroidaankin vahvasti entisessä kotimaassa hankittuun koulutukseen ja työkokemukseen:

> [Aiemman] työn takia pärjään hyvin, kaikilla tiedoilla mitä sain [entisessä kotimaassa]. Kaikki nämä diagnosointi, kaikki pillerit, farmakologia, kirurgia, sisätautitiedot, gynekologian tiedot, lastentaudit, mitä vaan oli annettu. Suomessa sain kaikki hoitomenetelmät ja hoitofilosofiat, filosofia ja mitä vaan. Mitä muuta? (H12, ent. NL)

Sairaanhoitajan ammatin edellyttämät tiedot, taidot ja eettinen perusta mielletään vahvasti universaaleiksi.[65] Silti sairaanhoitajan työn vastuullisuus Suomessa tuottaa haastatteluissa runsaasti pohdintaa oman ammatillisuuden rajoista. Vaikka pätevöitymiskoulutuksen anti piirtyykin haastateltujen kertomuksissa esiin usein ammatillisiksi katsottujen käytännön taitojen kannalta vähäisenä, koulutus voi kuitenkin näyttäytyä tilaisuutena oman ammatillisen identiteetin ja toimijuuden vahvistamiseen:

> Jos mä nyt vertaan mikä nyt mä olen oppinut ja osannut, jos mä vertaan siihen, mikä mulla on ollut siellä pitkä työkokemusta kotimaassa, mutta mulla oli tietyt rajat. Eli ehkä mä olen pärjännyt hyvin kotimaassa, mutta mulla ei ollut niin

suurta vastuuta. Ehkä mulla on ollut paljon tietoo ja työkokemuksia, mutta nyt ehkä minä olen vahvempi. (H5, Lähi-idästä)

Ensisijaisesti haastatellut määrittelevät pätevöitymiskoulutuksen arvon kuitenkin työmarkkinakelpoisuuden takaavan suomalaisen tutkintotodistuksen kautta:

No se on tärkeetä, mä sain sen tutkinnon tällä hetkellä. Mä en voi sanoa että mä olen niin… sanotaan tyytyväinen koulutuksesta, mutta kyllä… tosi tyytyväinen, että se oli järjestetty meille, että meillä oli mahdollisuus saada se tutkinto on tärkeä. (H7, ent. NL)

Hugman[66] argumentoi yhdenmukaisen muodollisen pätevyyden puolesta ammattien sisäistä lohkoutumista ehkäisevänä ja yhdenvertaisia työllistymismahdollisuuksia edistävänä tekijänä. Tutkintotodistuksen merkityksen puolesta puhuvat myös useat ulkomaiset tutkimukset, joissa on todettu eri maissa hankittujen tutkintojen muodostavan selkeitä hierarkkisia rajoja sairaanhoitajan ammatin sisällä.[67] Suomessa maahanmuuttajasairaanhoitajien yhdenvertaista muodollista pätevyyttä suhteessa tutkintonsa kokonaan Suomessa suorittaneisiin sairaanhoitajiin tuetaan yhtenevillä tutkintotodistusten muodoilla.[68] Haastattelemani maahanmuuttajasairaanhoitajat näkevätkin samanlaisen tutkintotodistuksen saamisen suomalaisiin ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneisiin sairaanhoitajiin nähden ensiarvoisen tärkeänä. Kun muodollinen pätevyys on kaikilla sama, ei epätasa-arvoa ja sosiaalisia jakoja voida perustella yhtä helposti.[69]

Tutkintotodistus on kuitenkin vain yksi ammatillisia hierarkioita koulutuksen kontekstissa tuottavista institutionaalisista tekijöistä. Ammatillisten yhteisöjen uusintamisprosesseja tarkastellut Paul Atkinson[70] muistuttaa myös opetussuunnitelmien merkityksestä ammatin sosiaalisten hierarkioiden tuottajana ja ammattikunnan sisäisten intressien ilmentäjänä. Yhdenmukaisuutta ja -vertaisuutta tukevasta tutkintotodistuksesta huolimatta maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymiskoulutuksessa ilmenee viitteitä ammattikunnan sisäisten jakojen rakentamisesta opetuksen sisällöllisen suuntaamisen kautta.

Alun perin meidän kurssit oli tarkoitettu työllistää vanhustenhoitoon. Meille sanottiin [se] sitten melkein loppuvaiheessa. […] Mä olin sanonut [opiskelutovereille] koko [koulutuksen] ajan, että miettikää mihin meitä valmistetaan, että sen takia meillä ei oo mitään sen kummempia juttuja. […] *Miksi, miksi*

> vanhustenhoito? Ollaanko me niin aliarvoisia, että me voimme mennä vaan vanhustenhoitoon? Mikä meissä on vikana et me emme voi erikoissairaanhoidossa olla? (H15, ent. NL)

Suurin osa pätevöitymiskoulutusohjelmien kautta pätevöityneistä haastatelluista jakaa edellä lainaamani maahanmuuttajasairaanhoitajan näkemyksen koulutuksen vanhustyöhön painottuvasta sisällöstä. Vanhustyön painotus on kuitenkin ilmaistu suoraan vain yhden pätevöitymiskoulutusohjelman tavoitteissa ja opetussuunnitelmassa. Maahanmuuttajien ohjaaminen vanhustyöhön, sairaanhoitajan ammatissa vähempiarvoisena, ”likaisena työnä”[71] pidetylle alueelle, näyttäytyy ammatin sisäistä työnjakoa eriyttävänä käytäntönä. Samalla maahanmuuttajasairaanhoitajat tulevat luokitelluiksi vähempiarvoisiksi *toisiksi*, sopiviksi työtehtäviin, jotka eivät kelpaa syntyperäisille suomalaisille hoitajille.[72] Edellinen lainaus paljastaa lukijalle kuitenkin myös sen, kuinka syvään ja laajalle juurtunut käsitys vanhustyön marginaalisesta asemasta sairaanhoitajan työn symbolisessa hierarkiassa on. Kantasuomalaisten tavoin myös maahanmuuttajasairaanhoitajat sijoittavat vanhustyön sairaanhoitajan työn marginaaliin tulkitsemalla vanhustenhuollon ulkopuolisen työn sairaanhoitajan *normaaliksi* työksi. Tämän aineiston perusteella maahanmuuttajasairaanhoitajat eivät näytäkään ryhmätasolla olevan yhtään kantasuomalaisia halukkaampia kouluttautumaan tai sijoittumaan vanhustyöhön.

Ammatillisuuden todistaminen työharjoittelussa

Koulutukseen sisältyvillä työharjoittelujaksoilla on keskeinen asema terveysalan ammattikorkeakoulutuksessa.[73] Työharjoittelut toimivat tärkeinä ammatillisen sosialisaation toimintaympäristöinä,[74] joissa opiskelijat sosiaalistetaan ”oikeille” ammattikulttuurisille tavoille ammatissa keskeisinä pidettyjen arvojen, normien ja toimintakäytäntöjen havainnollistamisen kautta.[75]

Maahanmuuttajasairaanhoitajien haastatteluissa käytännön harjoittelujaksot näyttäytyvät lähes poikkeuksetta pätevöitymiskoulutuksen parhaana antina. Myös erästä maahanmuuttajasairaanhoitajille suunnattua pätevöitymiskoulutusohjelmaa pro gradu -tutkielmassaan tarkastelleen Leena Soinnteen[76] mukaan sekä opiskelijoiden, harjoittelujaksojen ohjaavien sairaanhoitajien että opettajien kokemukset harjoittelujaksoista olivat suurimmaksi osaksi hyvin myönteisiä. Koulutukseen sisältyvät työharjoittelujaksot kuvautuvat haastatteluissa areenana, joka tarjoaa maahanmuuttajasairaanhoitajille mahdollisuuden

oman ammattiosaamisen näyttämiseen ja joka samalla opettaa parhaiten suomalaisille tavoille:

> Me oltiin tätä mieltä, että työharjoittelun kautta me saadaan kielitaito ja me saadaan kokemusta ja me voidaan näyttää ihmisille [jotka] on sairaalassa töissä, ketkä ovat maahanmuuttajahoitajat, kuinka ne osaavat hoitaa vaikka se ei ole täällä Suomen leima meidän paperin päällä. Kuitenkin kun me osataan hoitaa, kuinka me olemme pärjänneet, miten me olemme toiminut kotimaassa. (H8, Lähi-idästä).

Työharjoittelun areenalla konkretisoituu maahanmuuttajasairaanhoitajien kaksijakoinen asema yhtäältä opiskelijoina ja toisaalta valmiina ammattilaisina. Haastatelluista enemmistö mieltää tulleensa asemoiduksi työharjoittelujaksoilla pikemmin varteenotettavina ammattilaisina ja kollegoina kuin opiskelijoina, joskin tämän korostetaan olevan kiinni osastosta ja sen henkilökunnasta. Merkittävää on, että suomalaiset sairaanhoitajat ottavat maahanmuuttajakollegansa usein arvostavammin vastaan kuin muiden ammattiryhmien edustajat, kuten lääkärit ja perushoitajat.

> Mun ohjaaja pyysi, että mä laitan kestokatetrin potilaalle. Sitten yks perushoitaja sanoi, osaako hän [haastateltava] tehdä? [Sairaan]hoitaja sanoi, että älä katso häntä opiskelijana täällä, hänellä on pitkä työkokemus takana. Sitten [perushoitaja] sanoi, mut onko [Lähi-idässä] tehdään sama? Et se vähän harmitti, että hän (perushoitaja) ei luota minuun vaikka se [sairaan]hoitaja antoi. (H5, Lähi-idästä)

Työharjoitteluissa useiden maahanmuuttajasairaanhoitajien etuina ”tavallisiin” suomalaisiin sairaanhoitajaopiskelijoihin verrattuna näyttäytyvät motivaatio, elämänkokemus ja ammattitaito.[77] Kun ammatillinen osaaminen kiinnitetään kouluissa keskeisesti hoitotieteellisen tiedon hallintaan, ammatillisen osaamisen tunnustaminen perustuu käytännön työssä ennen kaikkea kliinisten hoitotaitojen osaamiseen.[78] Kliinisten taitojen hallintaa korostava ympäristö mahdollistaa vahvassa lääketieteellisessä eetoksessa koulutuksensa suorittaneelle ja vankan työkokemuksen omaavalle maahanmuuttajasairaanhoitajalle vahvan ammatillisen aseman haltuunoton jo työharjoittelujaksoilla.

Ammattilaiseksi luokittelu työharjoittelujaksoilla herättää haastateltavissa ristiriitaisia tunteita. Yhtäältä ammattiosaamisen tunnustaminen tuottaa tyydytystä ja lisää luottamusta omaa ammatillisuutta ja suomalaisessa työelämässä pärjäämistä kohtaan. Toisaalta ammattilaisen asema voi näyttäytyä myös

ongelmallisena harjoittelujaksoille asetettujen oppimistavoitteiden saavuttamisen sekä korkealle asetettujen suoriutumisvaatimusten kannalta:

> Mä olin ammatillinen. Pakko oli odotus, että mä teen enemmän työtä kuin mikä opiskelijan pitäisi tehdä. Ei sillä mulle tullut paha mieli vaan siitä että mitä mun pitäisi opiskella tai oppia [tällä harjoittelujaksolla]. […] Ne sanoivat kyllä, että valitettavasti me käytetään sua niin paljon. Ei pitäisi olla näin mutta se on tilanne näin, että se on kiire. (H8, Lähi-idästä)

> Jos sä teet jotakin väärin, sä olet ihan kauhea [nauraa]. Mutta jos tekee väärin vain suomalainen opiskelija, se on tavallista, koska hän on ihan opiskelija, mutta mä ihan [ammattilainen].. [nauraa] (H18, ent. NL)

Aineisto antaa viitteitä siitä, että ammattiosaamisen odotukset jo kerran alalle valmistuneelle henkilölle voivat olla korkeammat kuin ensikertalaisille (suomalaisille) sairaanhoitajaopiskelijoille asetetut odotukset – siitä huolimatta, että ulkomailla hankittu ammattiosaaminen saattaa näyttäytyä suomalaisesta näkökulmasta ”vääränlaisena”. Maahanmuuttajasairaanhoitaja saattaakin kokea törmäävänsä jo työharjoittelujaksoilla eräänlaiseen virheettömyyttä edellyttävään todistamisen taakkaan, jossa maahanmuuttajan on hyväksytyksi tullakseen osoitettava olevansa parempi kuin kantasuomalaiset opiskelijat.[79] Tällainen todistamisen taakka kohdistuu usein ennen kaikkea sellaisten sosiaalisten ryhmien edustajille, jotka ovat kulttuuristen käsitysten mukaan ”väärällä” alueella. Tästä ovat esimerkkeinä myös professiososiologien Elianne Riskan ja Katarina Wegarin[80] tarkastelemat naispuoliset lääkäriopiskelijat perinteisesti miehiseksi työnjaolliseksi alueeksi ymmärretyssä kirurgisessa työssä.

On kiinnostavaa, etteivät haastattelemani maahanmuuttajasairaanhoitajat juurikaan esitä kulttuureihin tai uskontoihin kiinnittyvien näkemysten ja tapojen tuottavan sen enempää ideologisia kuin käytännöllisiäkään yhteentörmäyksiä oman ammatillisuuden harjoittamisessa uudessa maassa. Sen sijaan julkisessa puheessa tällaisiin näkökantoihin[81] törmää usein. Haastatteluissa harvinaisten ristiriitatilanteiden taustalla nähdään ennen kaikkea institutionalisoitujen käytäntöjen jähmeys terveydenhuollon organisaatioissa, minkä vuoksi kaikki vähänkään erilaiset tavat tehdä ja toimia tulevat helposti torjutuiksi. Terveydenhuollon organisaatioiden ja niissä vallitsevien jäykkien toimintakulttuureiden haastaminen ei näyttäydy helppona myöskään kantasuomalaisten sairaanhoitajien näkökulmasta, kuten Lea Henrikssonin[82] suomalaisten hoitajien haastatteluaineistoon perustuva analyysi paljastaa.

Ammattilaisuuden monisäikeiset ehdot

Säänneltyjen terveydenhuollon ammattien kohdalla pätevöitymiseen liittyy keskeisesti kysymys ammatillisuuden määrittelystä, tulkinnoista ja tunnustamisesta. Ammattiin sisäänpääsyä rajaavat pätevyysvaatimukset heijastelevat kunakin historiallisena hetkenä oikeanlaisena pidettyä ammatillista osaamista ja koulutusta. Pätevyysvaatimusten kautta määritellään paitsi ammattitaitoa ja ammatillista ideaalia,[83] myös yhteiskunnassa vallitsevia valtasuhteita sosiaalisine ja kulttuurisine jakoineen.[84] Eri maissa suoritettujen koulutusten rinnastettavuuden arvioinnissa ja osaamisen tunnustamisessa voi katsoa olevan perimmältään kysymys tulkinnoista,[85] joita ohjaavat ammatillisuuden diskurssiin kiinnittyneet kulttuuriset jäsennykset. Ammattikorkeakouluille myönnetty valta päättää EU- ja ETA-maiden ulkopuolella hankitun sairaanhoitajakoulutuksen tunnustettavuuden ehdoista ja rajoista asettaa ammattikorkeakoulut merkittävään portinvartijan asemaan. Niiden vaihtelevat käytännöt koulutuksen arvioimisessa ja arvottamisessa näyttäytyvät kuitenkin maahanmuuttajasairaanhoitajien välille eriarvoisuutta tuottavana rakenteena. Maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymisprosessissa neuvotellaankin keskeisesti sosiaalisesta ja kulttuurisesta järjestyksestä, erilaisista jaoista ja hierarkioista sairaanhoitajien ammattiryhmässä, terveydenhuollon työmarkkinoilla ja koko suomalaisessa yhteiskunnassa.

Tämän luvun kulttuurisia erotteluja painottava analyysi osoittaa, kuinka ongelmallista koulutettujen maahanmuuttajien kannalta on työvoima- ja koulutuspolitiikassa vallitseva kulttuurinen jäsennystapa, jossa hyvin erilaisista ammatti-, koulutus- ja työkokemustaustoista riippumatta niin kutsuttujen länsimaiden ulkopuolelta saapuneet maahanmuuttajat tulevat helposti luokitelluiksi yhteen suureen osaamattomaan maahanmuuttajien ryhmään.[86] Ulkomaalaisten lääkäreiden pätevöitymisjärjestelmä on organisoitu valtakunnan tasolla keskitetysti, ja lähihoitajakoulutus edustaa maahanmuuttajien koulutuksessa eräänlaista perusratkaisua. Sairaanhoitajan ammatti näyttää kuitenkin jääneen maahanmuuttajille suunnatussa terveydenhuoltoalan koulutustarjonnassa eräänlaiseen väliinputoajan asemaan. Uusliberalistinen koulutuspolitiikka on epäilemättä myötävaikuttanut nykyisenlaisten pirstaloituneiden pätevöitymiskäytäntöjen syntymiseen korostamalla koulujen autonomista asemaa ja koulutuksen kilpailutusvaateita. Uusliberalistisen tehokkuustavoitteiden mukaiseksi voisi kuitenkin katsoa myös jo maassa asuvien, ulkomaalaistaustaisten sairaanhoitajien olemassa olevien ammatillisten resurssien mahdollisimman hyvän hyödyntämisen terveydenhuollossamme.[87] Voi kysyä, kuinka paljon

maahanmuuttajasairaanhoitajien jääminen eräänlaiseen paitsioon kansallisessa koulutuspolitiikassa heijastelee yhteiskunnassa vallitsevia sekä perinteisesti naisvaltaiseen hoiva-alaan että etnisyyteen kiinnittyviä sosiaalisia ja kulttuurisia jakoja?

Viitteet

1. Tutkimus on osa Suomen Akatemian tutkimusprojektia ”Rekrytoinnin politiikka” (207402).
2. Esim. Kingma 2007.
3. Ks. myös Nieminen 2007.
4. Ks. Wrede 2008.
5. Ks. Nieminen & Henriksson 2008.
6. Ks. Doyle ym. 2006; Iredale 1997; Wickett & McCutcheon 2002.
7. Abbott 1988; Witz 1992, 64.
8. Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat sairaanhoitajan lisäksi lääkäri, hammaslääkäri, proviisori, psykologi, puheterapeutti, ravitsemusterapeutti, farmaseutti, kätilö, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja, hammashuoltaja ja suuhygienisti, toimintaterapeutti, optikko ja hammasteknikko.
9. Hughes 1958, 287–292; ks. myös Atkinson 1983.
10. Davies 1996; Evetts 2003; Fournier 2000.
11. Ks. esim. Henriksson 1998; Witz 1992.
12. Ks. esim. Glazer 1991; Hugman 1991; Carpenter 1993.
13. Ks. Henriksson & Wrede 2004.
14. ETA-alueeseen kuuluvat EU:n jäsenvaltioiden lisäksi Islanti, Norja ja Liechtenstein.
15. ”Maahanmuuttajasairaanhoitajilla” viitataan tässä luvussa ulkomaalaistaustaisiin sairaanhoitajiin, jotka ovat suorittaneet sairaanhoitajatutkintonsa EU- ja ETA-alueen maiden ulkopuolella ennen Suomeen muuttoaan. Vaikka lähtökohtaisesti kritisoin ulkomailta muuttaneiden sairaanhoitajien kategorisointia suomalaisista sairaanhoitajista erilliseksi, yhtenäiseksi ryhmäksi, on jonkinlaisen erottelevan ja yhdenmukaistavan termin käyttö välttämätöntä ilmiön tarkastelun mahdollistamiseksi. Kohderyhmään viittaaminen olisi muilla tavoin varsin monisanaista.
16. Ks. myös Henriksson 1998; Nieminen & Henriksson 2008, 211–214.
17. Ks. Tuomi & Sarajärvi 2002.
18. Berger & Luckmann 1971.
19. Douglas 2000.
20. Ks. Douglas 2000; Juhila 2004.
21. Ks. Douglas 2000.
22. SATU 2005, 9.
23. Wickett & McCutcheon 2002.
24. Finlex 1994b; Finlex 1994a.
25. EurLex 1977; EurLex 1977b; EurLex 1989.
26. Valvira 2009.
27. Vuoteen 2009 asti Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO).
28. Valvira 2009.
29. Koulutusohjelmien viralliset nimet poikkeavat toisistaan jonkin verran, mutta koska niiden kohderyhmä ja tavoite ovat samat, kutsun niitä tässä selkeyden vuoksi yhdellä termillä.
30. Vertailun vuoksi todettakoon, että Filippiineiltä Suomeen keväällä 2010 rekrytoitujen sairaanhoitajien odotetaan suorittavan pätevöitymisopintonsa työn ohessa n. kolmessa kuukaudessa (*Aamulehti* 23.4.2010). Filippiiniläiset sairaanhoitajat Suomeen tuottaneen rekrytointifirman edustajan mukaan monimuotokoulutuksena toteutettavan (yksi opiskelupäivä viikossa) pätevöitymiskoulutuksen arvioitu kestoaika on kuitenkin kuudesta kuukaudesta

vuoteen (Melina Niemi, henkilökohtainen tiedonanto 10.9.2009). Filippiiniläissairaanhoitajien pätevöitymiskoulutus järjestetään tilauskoulutuksena rekrytointifirman ja ammattikorkeakoulun välillä.
31. SATU 2005, 51.
32. Vuodesta 2009 alkaen työ- ja elinkeinotoimistoja. Tässä luvussa käytän vanhaa nimitystä ”työvoimatoimisto”, koska nimi muuttui vasta tämän tutkimuksen aineistonkeruun jälkeen.
33. Ks. Pitkänen & Kouki 2002.
34. Työ- ja elinkeinotoimisto 2009.
35. Aineistoesimerkkejä on stilisoitu luettavuuden parantamiseksi.
36. Ks. Laiho & Ruoholinna 2008, 43–44.
37. Ks. esim. Forsander 2002; Jaakkola 2000; Nieminen 2007 & 2010.
38. Ks. myös Lerner & Menahem 2003; Sorainen 2007, 65.
39. Finlex 2003b.
40. Finlex 2003a.
41. Yksi opintoviikko vastaa puoltatoista opintopistettä.
42. Strauss 1978.
43. Ks. myös Nieminen 2010.
44. Esim. Forsander 2003; Pitkänen & Kouki 2002, 110–112; myös SATU 2005.
45. Forsander 2007, 329.
46. Ks. myös Doyle ym. 2006.
47. Ks. myös Henriksson 2008.
48. Hugman 1991, 149–155.
49. Ks. myös Lauren & Wrede 2008.
50. Forsander 2007, 325; Hugman 1991, 150–155.
51. Vrt. esim. Doyle ym. 2006, 163.
52. Doyle ym. 2006.
53. Davies 1996, 664–665; ks. myös Soinne 2005.
54. Henriksson 1998.
55. Ks. Henriksson 1998, 185; Laiho & Ruoholinna 2008, 46–47.
56. Rantalaiho 2004, 237.
57. Ks. Henriksson 1998; Laiho & Ruoholinna 2008, 37.
58. Ks. myös Henriksson 1998.
59. Ks. myös Soinne 2005.
60. Ks. Laiho & Ruoholinna 2008.
61. Ks. esim. Thornley 1996; Henriksson 1998.
62. Thornley 1996.
63. SATU 2005.
64. Ks. Kilpiäinen 2003.
65. Ks. myös Nieminen 2010.
66. Hughman 1991, 151, 157.
67. Esim. Larsen ym. 2005; O’Brien 2007.
68. SATU 2005, 52.
69. Vrt. Glazer 1991, 362–363.
70. Atkinson 1983, 239.
71. Hughes 1958; Wrede & Henriksson 2004.
72. Ks. myös Hugman 1991, 148; lähihoitajista Lauren & Wrede 2008.
73. Finlex 2003a.
74. SATU 2005.
75. Rantalaiho 1991; Henriksson 1998.
76. Soinne 2005.
77. Vrt. Henriksson 2001.
78. Ks. Henriksson 2001, 138–140; Laiho & Ruoholinna 2008; Nieminen 2010.
79. Ks. myös Nieminen 2010.
80. Wegar 1993, 87.
81. Ks. esim. Simola 2008; myös Soinne 2005, 64.
82. Henriksson 2001, 132, 137. Henriksson on myös yksi tämä kirjan kirjoittajista (ks. kirjoittajien esittely kirjan lopussa).

83. Ks. Laiho & Ruoholinna 2008.
84. Henriksson 1998.
85. Acker 2006, 450; myös SATU 2005, 13.
86. Ks. myös esim. Forsander 2003.
87. Ks. Hilpelä 2004.

Lähteet

Abbott, A. (1988). *The system of professions. An essay on the division of expert labor.* Chicago: The University of Chicago Press.

Acker, J. (2006). Inequality regimes: Gender, class, and race in organizations. *Gender & Society* 20:4, 441–464.

Atkinson, P. (1983). The Reproduction of the professional community. Teoksessa R. Dingwall & P. Lewis (toim.): *The Sociology of the professions*. London: The Macmillan Press, 224–241.

Berger, P. & T. Luckmann (1971). *The social construction of reality*. Harmondsworth: Penguin Books.

Carpenter, M. (1993). The subordination of nurses in health care: Towards a social divisions approach. Teoksessa E. Riska & K. Wegar (toim.): *Gender, work and medicine*. London: Sage, 95–130.

Davies, C. (1996). The Sociology of professions and the profession of gender. *Sociology* 30:4, 661–678.

Douglas, M. (2000). *Puhtaus ja vaara. Ritualistisen rajanvedon analyysi*. Suom. V. Blom & K. Hazard. Tampere: Vastapaino (eng. alkuteos 1966).

Doyle, J., N. Mooney & J. Ku (2006). Why not me? Women immigrants and unemployment in New Brunswick. *Migration Letters* 3:2, 161–168.

EurLex (1977a). Neuvoston direktiivi yleissairaanhoidosta vastaavien sairaanhoitajien tutkintotodistusten, todistusten ja muiden muodollista kelpoisuutta osoittavien asiakirjojen vastavuoroisesta tunnustamisesta sekä toimenpiteistä, jotka helpottavat liikkeenperustamisoikeuden ja palvelujen tarjoamisen vapauden tehokasta käyttämistä, 77/452/ETY. EYVL N:o L 176, 15.7.1977, 1–7. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31977L0452:FI:HTML>. Katsottu 10.4.2011.

— (1977b). Neuvoston direktiivi yleissairaanhoidosta vastaavien sairaanhoitajien toimintaa koskevien lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten yhteensovittamisesta, 77/453/ETY. EYVL N:o L 176, 15.7.1977, 8–10. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31977L0453:FI:HTML>. Katsottu 10.4.2011.

— (1989). Neuvoston direktiivi yleissairaanhoidosta vastaavien sairaanhoitajien tutkintotodistusten, todistusten ja muiden muodollista kelpoisuutta osoittavien asiakirjojen vastavuoroisesta tunnustamisesta sekä toimenpiteistä sijoittautumisvapauden ja palvelujen tarjoamisen vapauden tehokaan käyttämisen helpottamiseksi annetun direktiivin 77/452/ETY ja yleissairaanhoidosta vastaavien sairaanhoitajien toimintaa koskevien lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten yhteensovittamisesta annetun direktiivin 77/453/ETY muuttamisesta, 89/595/ETY. EYVL N:o L 341, 23.11.1989, 30–32. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0595:FI:HTML>. Katsottu 10.4.2011.

Evetts, J. (2003). The Sociological analysis of professionalism: Occupational Change in the Modern World. *International Sociology* 18:2, 395–415.

Finlex (1994a). Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 564/1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>. Katsottu 10.4.2011.

— (1994b). Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, 559/1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Katsottu 10.4.2011.

— (2003a). Asetus ammattikorkeakouluista, 352/2003. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030352>. Katsottu 10.4.2011.

— (2003b). Laki ammattikorkeakouluista, 351/2003. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030351>. Katsottu 10.4.2011.

Forsander, A. (2002). *Luottamuksen ehdot. Maahanmuuttajat 1990-luvun suomalaisilla*

työmarkkinoilla. Helsinki: Väestöliitto.
— (2003). Maahanmuuttajat sukupuolitetuilla työmarkkinoilla – mistä löytyy naisen paikka? *Työpoliittinen aikakauskirja* 46:1, 64–73.
— (2007). Kotoutuminen sukupuolittuneille työmarkkinoille? Teoksessa T. Martikainen & M. Tiilikainen (toim.): *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ*. Helsinki: Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 46, 312–334.
Fournier, V. (2000). Boundary work and the (un-)making of the professions. Teoksessa N. Malin (toim.): *Professionalism, Boundaries and the Workplace*. London: Routledge, 67–86.
Glazer, N. (1991). 'Between a rock and a hard place': Women's professional organizations in nursing and class, racial, and ethnic inequalities. *Gender & Society* 5:3, 351–372.
Henriksson, L. (1998). *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka*. Tutkimuksia 88. Helsinki: Stakes.
— (2001). Kun kädet ja jalat eivät riitä. Teoksessa A. Heikkinen, M. Borgman, L. Henriksson, M. Korkiakangas, L. Kuusisto, P. Nuotio & L. Tiilikkala: *Niin vähän on aikaa – ammatillisen kasvun katoava aika, paikka ja tila?* Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus. Tampere: Tampereen yliopisto, 125–147.
— (2008). Reconfiguring Finnish welfare service workforce: Inequalities and identity. *Equal Opportunities International* 27, 49–63.
Henriksson, L. & S. Wrede (toim.) (2004). *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus.
Hilpelä, J. (2004). Järjen epäilyä ja suunnittelemattomuuden ylistystä? Ekskursio uusliberalistiseen koulutuspolitiikkaan. *Kasvatus* 34:1, 55–65.
Hughes, E. C. (1958). *Men and their work*. Glencoe, IL: Free Press.
Hugman, R. (1991). *Power in caring professions*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
Iredale, R. (1997). *Skills transfer: International migration and accreditation issues*. Wollongong: University of Wollongong Press.
Jaakkola, T. (2000). *Maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt työhönotossa ja työelämässä*. Työpoliittinen tutkimus 218. Helsinki: Työministeriö.
Jokinen, A., K. Juhila & E. Suoninen (1999). *Diskurssianalyysi liikkeessä.* Tampere: Vastapaino.
Juhila, K. (2004). Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. *Janus* 12:2, 155–183.
Kilpiäinen, S. (2003). *Odotetaan käytäntöä ja saadaan teoriaa. Tutkimus Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun terveysalan opiskelijoiden käsityksistä ja kokemuksista opetuksesta ja ohjauksesta vuosina 1995–1997 ja 2000–2001.* Acta Universitatis Lapponiensis 59. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
Kingma, M. (2007). Nurses on the move: A global overview. *Health Services Research* 42:3, 1281–1298.
Laiho, A. & T. Ruoholinna (2008). Terveysalan ammattilaisten koulutuspuhe: erontekoja, nostalgiaa sekä koulutuksen ja työn epäsuhtaa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73:1, 36–51.
Larsen, J. A., H. T. Allan, K. Bryan & P. Smith (2005). Overseas nurses' motivations for working in the UK: Globalization and life politics. *Work, Employment and Society* 19:2, 349–368.
Lauren, J. & S. Wrede (2008). Immigrants in care work: ethnic hierarchies and work distribution. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 3:3, 20–31.
Lerner, M. & G. Menahem (2003). Decredentialization and recredentalization: The role of governmental intervention in enhancing occupational status of Russian immigrants in Israel in the 1990s. *Work and Occupations* 30:1, 3–29.
Nieminen, S. (2007). Negotiating skilled migration: Professional membership of nurse immigrants in Finland. Teoksessa Ö. Wahlbeck (toim.): *Ny migration och etnicitet i Norden.* Åbo: Ekonomisk-Statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi, 99–120.
— (2010). Maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillinen jäsenyys terveydenhuollon työyhteisöissä. Teoksessa S. Wrede & C. Nordberg (toim.): *Vieraita työssä*. Helsinki: Gaudeamus.
Nieminen, S. & L. Henriksson (2008). Immigrant nurses in Finland: Political negotiations on occupational membership. Teoksessa S. Wrede, L. Henriksson, H. Høst, S. Johansson & B. Dybbroe (toim.): *Care Work in Crisis*. Malmö: Studentlitteratur, 199–218.
O'Brien, T. (2007). Overseas nurses in the National Health Service: A process of deskilling. *Journal of Clinical Nursing* 16:12, 2229–2236.
Pitkänen, P. & S. Kouki (2002). Meeting foreign cultures: A survey of the attitudes of Finnish authorities towards immigrants and immigration. *Journal of Ethnic and Migration Studies* 28:1, 103–118.

Rantalaiho, L. (2004). Loppusanat. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.): *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 235–242.
SATU (2005). Sairaanhoitajia Turkuun maahanmuuttajista. Projektin loppuraportti. Turku: Työvoimatoimisto.
Simola, A. (2008). *Tervetullut työvoimaksi. Työperäinen maahanmuutto mediassa.* Tiedotusopin laitoksen julkaisuja A 109. Tampere: Tampereen yliopisto.
Soinne, L. (2005). SATU-projekti. Sairaanhoitajia Turkuun maahanmuuttajista. Maahanmuuttajasairaanhoitajien hoitamaan oppimista estävät ja edistävät tekijät. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.
Sorainen, O. (2007). *Ulkomaalainen työntekijä. Rekrytointi, maahantulo ja työnteko*. Helsinki: Edita.
Strauss, A. (1978). *Negotiations*. California: Jossey-Bass.
Thornley, C. (1996). Segmentation and inequality in the nursing workforce. Re-evaluating the evaluation of skills. Teoksessa R. Crompton, D. Gallie & K. Purcell (toim.): *Changing forms of employment. Organisations, skills and gender*. London: Routledge.
Tuomi, J. & A. Sarajärvi (2004). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
Työ- ja elinkeinotoimisto (2009). Työvoimakoulutus. <http://www.mol.fi/mol/fi/03_koulutus_ura/01_tyovoimakoulutus/index.jsp.>. Katsottu 2.2.2009.
Valvira (2009). EU/ETA-maiden ulkopuolella suoritettu koulutus. <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/hakemusohjeet/eu_eta_maiden_ulkopuolella_koulutetut/ohje.>. Katsottu 18.3.2009.
Wickett, D. & H. McCutcheon (2002). Issues of qualification assessment for nurses in a global market. *Nurse Education Today* 22:1, 44–52.
Witz, A. (1992). *Professions and patriarchy*. London: Routledge.
Wrede, S. (2008). Miten globalisaatio haastaa terveydenhuollon protektionismin? Ammattilaisten kansainvälinen liikkuvuus ja ammattijärjestöjen strategiat. Teoksessa M. Helander (toim.): *Going global. Ay-liikkeen menestysresepti globaalissa ajassa?* Jyväskylä: Minerva, 249–282.
Wrede, S. & L. Henriksson (2004). Kahden kerroksen väkeä: Kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.): *Hyvinvointityön ammatit*. Helsinki: Gaudeamus, 210–234.

Maahanmuuttajasairaanhoitajien työmarkkina-asema ja toimijuuden ehdot

Tiivistelmä

Artikkelissa tarkastellaan EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta ensisijaisesti muista kuin työperusteisista syistä Suomeen muuttaneiden maahanmuuttajasairaanhoitajien työmarkkina-aseman muodostumista ja heidän toimijuutensa mahdollisuuksia, rajoitteita ja resursseja työmarkkinoille sisäänpääsyssä. Keskeinen kiinnostuksen kohde on, miten sairaanhoitajien työmarkkinoita ympäröivä sosiokulttuurinen toimintaympäristö määrittää ja ehdollistaa maahanmuuttajasairaanhoitajien näkökulmasta heidän työmarkkinatoimijuuttaan. Tutkimusaineisto perustuu maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymisodotuksia kartoittavaan kyselyyn (n=30) sekä haastatteluihin (n=20). Analyysi avaa mielenkiintoisia jännitteitä yhtäältä maahanmuuttajasairaanhoitajien omien työllistymis*odotusten* ja *toteutuneen* työllistymisen välille ja toisaalta ammattialaa ympäröivien sosiokulttuuristen *ehtojen* sekä maahanmuuttajasairaanhoitajien oman *toimijuuden* resurssien ja tapojen välille. Maahanmuuttajasairaanhoitajien työmarkkina-aseman tarkastelu osoittaa, että tietyllä ammattialalla yleisillä työmarkkinoilla heikossa työmarkkina-asemassa näyttäytyvät ryhmät, kuten länsimaiden ulkopuolelta erilaisista sosiaalisista ja humanitaarisista syistä muuttaneet naiset, voivat saavuttaa myös keskiluokkaisen (nais)ammatin työmarkkinoilla verrattain hyvän työmarkkina-aseman.

Johdanto

Väestön ikääntyessä ja työvoimapulan uhatessa eri syistä työmarkkinoiden marginaalin määrittyneiden työntekijöiden asemasta ja työllistymisen ehdoista on muodostunut ajankohtainen yhteiskunnallinen kysymys. Terveydenhuollossa uhkakuvat julkista sektoria koskettavasta työvoimapulasta ovat jo osittain toteutuneet tietyillä maantieteellisillä ja työnjaollisilla alueilla. Yhtä osaratkaisua sairaanhoitajatyövoimapulaan on ryhdytty etsimään monien muiden länsimaiden tapaan ulkomaisista sairaanhoitajista. Samanaikaisesti kuitenkin mediajulkisuus ja tutkimukset rakentavat karua kuvaa maahanmuuttajiin kohdistuvasta kielteisestä asenneilmastosta sekä maahanmuuttajien heikosta asemasta työmarkkinoilla. Tämä herättää kysymään, ketkä kelpaavat suomalaisen terveydenhuollon työmarkkinoille, ja millaisin ehdoin heidän työmarkkinatoimijuutensa voi tällaisessa toimintaympäristössä rakentua?

Työmarkkinoiden näkökulmasta maahanmuuttajat jaotellaan yleensä kahteen ryhmään: työn vuoksi sekä erilaisista sosiaalisista ja humanitaarisista syistä maahan muuttaviin (Forsander 2002; Kofman & Raghuram 2005). Samalla kun julkinen huomio ja työnantajien mielenkiinto suuntautuvat tällä hetkellä ennen kaikkea ulkomailta – lähinnä

Filippiineiltä, Kiinasta ja Unkarista – Suomeen rekrytoitaviin sairaanhoitajiin, maahan on muuttanut vuosien saatossa EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta huomattava määrä sairaanhoitajan tai vastaavan koulutuksen saaneita ammattilaisia myös muista kuin työperusteisista syistä. Maahanmuuttajien työmarkkina-asemaa määrittäviä tekijöitä käsittelevän aikaisemman tutkimuksen perusteella (esim. Knocke 2000; Forsander 2002; Liebkind ym. 2004) viimeksi mainitun ryhmän voi olettaa näyttäytyvän työmarkkinoilla melko marginaalisessa asemassa. He ovat muuttaneet maahan erilaisista sosiaalisista ja humanitaarisista syistä, ja he ovat enimmäkseen kotoisin länsimaiksi laskettujen maiden ulkopuolelta. He ovat valtaosin myös naisia. Sairaanhoitajina he edustavat ammattikuntaa, jonka työmarkkinoille pääsyä säädellään varsin protektionistisin ammatinharjoittamissäännöksin (ks. Iredale 1997; Wickett & McCutcheon 2002; Wrede 2008) ja jossa korostuu kieli- ja kulttuurispesifinen osaaminen.

Maahanmuuttajien työmarkkina-aseman tutkimus on keskittynyt Suomessa yleisten työmarkkinoiden tasolle (esim. Knocke 2000; Ahmad 2002; Forsander 2002) ja/tai tiettyjen etnisten ryhmien työmarkkina-aseman tarkasteluun (esim. Liebkind ym. 2004; Jaakkola & Reuter 2007). Kansainvälisestä näkökulmasta maahanmuuttajia eri ammattialojen näkökulmasta tarkastelevat tutkimukset ovat polarisoituneet yhtäältä korkeasti koulutettujen maahanmuuttajien (Raunio 2002; Haapakorpi 2007) ja toisaalta alhaisen ammatillisen statuksen omaavien maahanmuuttajien (esim. Hochschild & Ehrenreich 2002) työmarkkina-aseman tarkasteluun. Tutkimus on myös painottunut rekisteriaineistoihin, ja maahanmuuttajia – etenkään naisia – on harvemmin tarkasteltu työmarkkinoiden näkökulmasta itsenäisinä, omaa elämäänsä ja asemaansa rakentavina toimijoina.

Tässä artikkelissa tarkastelun kohteena on EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta muista kuin työperusteisista syistä Suomeen muuttaneiden sairaanhoitajien työmarkkina-aseman muodostuminen sekä heidän toimijuutensa mahdollisuudet, rajoitteet ja resurssit työmarkkinoille sisäänpääsyssä. Tarkastelu rajautuu sairaanhoitajien työmarkkinoille ja maahanmuuttaja-ammattilaisten näkökulmaan. Tulkitsen työmarkkinoita ajallisesti ja paikallisesti muodostuvana sosiokulttuurisena toimintaympäristönä (Abbott 2005), joka heijastaa ja uusintaa yhteiskunnan sosiaalista järjestystä (Forsander 2002, 11–12). Kiinnostukseni kohdistuu niihin ammattialan toimintaympäristöön kiinnittyviin sosiokulttuurisiin tekijöihin, jotka jäsentävät ja ehdollistavat maahanmuuttajasairaanhoitajien[1] asemaa ja toimijuutta niin yksilöllisesti kuin kollektiivina

[1] *Maahanmuuttajasairaanhoitajilla* viittaan tässä artikkelissa ulkomaalaistaustaisiin sairaanhoitajiin, jotka ovat suorittaneet sairaanhoitajatutkintonsa EU- ja ETA-alueen ulkopuolisissa maissa ennen Suomeen muuttoaan. Vaikka termin käyttö kategorisoi, joskin tahattomasti, maahan muuttaneet sairaanhoitajat suomalaisesta sairaanhoitajien

sairaanhoitajien työmarkkinoilla. Kysyn artikkelissa, *millaisin ehdoin, resurssein ja tavoin maahanmuuttajasairaanhoitajat rakentavat toimijuuttaan suomalaisilla terveydenhuollon työmarkkinoilla*. Tutkimusaineisto koostuu maahanmuuttajasairaanhoitajien haastatteluista (n=20) sekä suomalaisessa pätevöitymiskoulutuksessa olleiden maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymis- ja työelämäodotuksia kartoittavasta pienimuotoisesta kyselystä (n=30).

Artikkelin aluksi paikannan tutkimukseni lähtökohtia sosiokulttuurisesti määrittyneiden työmarkkinoiden ja maahanmuuttajien työmarkkinatoimijuuden näkökulmasta. Tämän jälkeen esittelen tutkimusaineiston ja menetelmät. Tutkimuksen empiirisessä osassa etenen ajallisesti maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymisodotuksista työhön pääsyyn ja edelleen heidän tulevaisuusnäkymiinsä. Tutkimuksellani pyrin osoittamaan, miten tärkeää maahanmuuttajien työmarkkina-aseman tarkastelussa on huomioida yhteiskunnallisten rakenteiden sekä erilaisten yksilöön ja ryhmään liittyvien tekijöiden lisäksi ammattiala tietynlaisena työmarkkinatoimijuutta ja sen ehtoja jäsentävänä sosiokulttuurisena toimintaympäristönä. Sosiokulttuurisen toimintaympäristön huomioiminen tutkimuksen lähestymistavassa edesauttaa myös sitä, ettei tutkimus tule tahattomasti tuottaneeksi tai ylläpitäneeksi kategorisia ja yleistäviä tulkintoja maahanmuuttajista työmarkkinarakenteiden passiivisina uhreina.

Maahanmuuttajat sairaanhoitajien työmarkkinoilla Suomessa

Maahanmuuttajien työmarkkina-asema on yleisesti ottaen monin verroin heikompi kantaväestöön verrattuna. Suomessa maahanmuuttajista on työttöminä lähes kolminkertainen määrä koko työvoiman työttömyysasteeseen verrattuna (Maahanmuuttajien työllistyminen… 2009). Amerikkalainen professiososiologi Andrew Abbott (2005) muistuttaa, että tietyn väestöryhmän asema työmarkkinoilla ja ammattiryhmässä on sidoksissa tiettyyn historialliseen, taloudelliseen, poliittiseen ja sosiaaliseen toimintaympäristöön. Työmarkkinaorientoitunut muuttoliiketutkimus on puolestaan osoittanut, että maahanmuuttajien työmarkkina-asemaa tietyssä historiallisessa tilanteessa määrittävät ennen kaikkea työmarkkinoiden rakenne ja toimintamekanismit, etnisten ryhmien väliset suhteet ja niihin kytkeytyvä yleinen asenneilmasto sekä maahanmuuttajien oikeudellisen aseman säätely (esim. Forsander 2002; Martikainen & Tiilikainen 2007, 30). Tässä artikkelissa

ammattiryhmästä erilliseksi ja sisäisesti yhtenäiseksi ryhmäkseen, on jonkinlaisen erottelevan ja yhdenmukaistavan termin käyttö kuitenkin välttämätöntä ilmiön tarkastelun mahdollistamiseksi ja kielenkäytön helpottamiseksi.

lähden siitä, että yhteiskunnan institutionaaliset, sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät muodostavat yhdessä ne *työmarkkinoiden sosiokulttuuriset mahdollisuusrakenteet*, joissa maahanmuuttajien työmarkkina-asema ja toimijuuden ehdot muodostuvat.

Työmarkkinat avautuvat maahanmuuttajille yleensä sitä helpommin, mitä vähemmän työvoimaa on saatavilla kantaväestön keskuudesta (Knocke 2000; Forsander 2002). Vallitsevan työvoimapulan vuoksi terveydenhuolto on tältä osin muuttunut varsin suotuisalta näyttäväksi toimintaympäristöksi maahanmuuttajien näkökulmasta. Työvoiman kysyntäpuolen luomien mahdollisuuksien hyödyntämistä vaikeuttaa EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta muuttaneiden terveysammattilaisten kohdalla kuitenkin terveydenhuollon ammattien harjoittamista Suomessa sääntelevä lainsäädäntö ja viranomaiskäytännöt (Wrede 2008). EU- ja ETA-maiden ulkopuolella hankitun koulutuksen realisoiminen työmarkkinakelpoisuuden hankkimiseksi tuottaa merkittäviä hankaluuksia säänneltyjen ammattiryhmien, kuten lääkäreiden ja sairaanhoitajien, edustajille (ks. Kyhä 2006; Nieminen 2011). Suomalaisille sairaanhoitajien työmarkkinoille onkin ollut tähän asti ominaista varsin marginaalinen maahanmuuttajataustaisten työntekijöiden määrä.

Työmarkkinoiden näkökulmasta maahanmuuttajat muodostavat kuitenkin hyvin heterogeenisen joukon, jolle mahdollisuusrakenteet avautuvat erilaisin ehdoin. Merkittävimpänä tekijänä maahanmuuttajien kohdalla on näyttäytynyt niin hallinnon, politiikan kuin tutkimuksen näkökulmasta maahanmuuton peruste (Forsander 2002; Kofman & Raghuram 2005). Maahanmuuttajat voidaan jakaa maahan muuton syyn perusteella yhtäältä työperusteisiin muuttajiin, jotka muuttavat Suomeen työn perässä, ja toisaalta sosiaalisista ja humanitaarisista syistä muuttaneisiin, jotka saapuvat maahan pakolaisina, turvapaikanhakijoina, paluumuuttajina, opiskelijoina tai erilaisista perhesyistä. Ryhmien välinen ero syntyy paitsi erilaisista yhteiskunnallisiin tukitoimiin kohdistuvista tarpeista, myös institutionaalisia ja sosiaalisia käytäntöjä ja vuorovaikutusta ohjaavista kulttuuristen merkityksenantojen ja jäsennysten perusteista. Yhteiskunnassa ja sen eri toimintaympäristöissä vallitsevat kulttuuriset luokittelujärjestelmät määrittävät niitä normeja, asenteita, odotuksia ja käsityksiä, joiden kautta erilaisia ihmisiä ja ihmisryhmiä yhteiskunnassa arvioidaan ja arvotetaan (Douglas 2000). Näiden sosiokulttuuristen tekijöiden seurauksena pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden työmarkkina-asema näyttää erityisen heikolta (esim. Kofman & Raghuram 2005). Maahan muuton perusteen ohella myös naissukupuolen, länsimaiden ulkopuolisen lähtömaan sekä korkeamman iän on osoitettu heikentävän maahanmuuttajien työmarkkina-asemaa (Knocke 2000; Forsander 2007; Jaakkola & Reuter 2007).

Rakenteellisen työmarkkina-aseman lisäksi yksilöiden kannalta on kuitenkin

olennaista ottaa huomioon myös kysymykset siitä, mitä he kokevat tahtovansa, kykenevänsä, osaavansa ja voivansa tehdä tietyssä toimintaympäristössä (Gordon 2005, 115). Toimijuuden näkökulmasta sosiokulttuuriset mahdollisuusrakenteet luovat yksilöiden toiminnalle ja valinnoille tietynlaiset mahdollisuudet, rajoitukset ja ehdot. Näiden puitteissa ihmiset tekevät aktiivisesti erilaisia valintoja ja ratkaisuja sen mukaan, minkä he näkevät omasta näkökulmastaan tavoiteltavaksi ja mahdolliseksi (Jyrkämä 2008). Ihmiset rakentavat toimijuuttaan työmarkkinoilla erilaisin päämäärin, resurssein ja keinoin. Merkityksellisiksi yksilöllisiksi resursseiksi on maahanmuuttajien kohdalla osoitettu muun muassa koulutus, kielitaito, työkokemus ja Suomi-spesifi kulttuurinen osaaminen, joihin on viitattu tutkimuksissa myös inhimillisenä pääomana (esim. Jaakkola & Reuter 2007, 337–338; Martikainen & Tiilikainen 2008, 30). Myös omaan etniseen taustaan sitoutunut osaaminen voi toimia maahanmuuttajan resurssina tietyillä työmarkkinoiden osalohkoilla (Haapakorpi 2007).

Ymmärrän yksilöllisten resurssien todellisen työmarkkina-arvon määrittyvän kuitenkin aina tietynlaisessa sosiokulttuurisessa toimintaympäristössä (Ahmad 2002), jossa institutionaalisia ja sosiaalisia toimintakäytäntöjä ohjaavat yhteisössä vallitsevat kulttuuriset normit, arvot ja odotukset (Douglas 2000). Tästä työmarkkinoiden sosiokulttuurisesta sidonnaisuudesta seuraa, että samat yksilölliset resurssit voivat saada erilaisia merkityksiä ja paino-arvoja eri ammattialojen sosiokulttuurisesti spesifeillä työmarkkinoilla. Artikkelissani tarkastelen maahanmuuttajasairaanhoitajien käsityksiä, kokemuksia ja tunteita omista mahdollisuuksistaan ja rajoistaan suomalaisilla työmarkkinoilla kohdistaen tarkastelun erityisesti toimijuuden näkökulmaan. Empiirinen tarkasteluni kohdistuu keskiluokkaisen naisisen ammattiryhmän, sairaanhoitajien, osatyömarkkinoille ja siihen, miten maahanmuuttajasairaanhoitajien toimijuus rakentuu tässä tietyin sosiokulttuurisin mahdollisuusrakentein määrittyvässä toimintaympäristössä. Kysyn, millaisia resursseja ja mahdollisuuksia maahanmuuttajasairaanhoitajilla on työmarkkinoilla käytettävissään, ja millä tavoin he hyödyntävät niitä rakentaessaan toimijuuttaan työmarkkinoilla.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto muodostuu kahdesta erityyppisestä aineistosta: kyselyaineistosta ja haastatteluaineistosta. Kyselyyn ja haastatteluun osallistuneet informantit ovat osittain samoja. Kaikki haastatellut eivät kuitenkaan vastanneet kyselyyn, eikä osa-aineistoja pysty yhdistämään yksittäisten informanttien osalta. Kysely ja haastattelut toimivat tutkimuksen aineistona rinnakkain, toistensa tuottamaa tietoa syventäen ja laajentaen. Aineistojen

painoarvo vaihtelee artikkelin eri osioissa: Työllistymiseen liittyvät odotukset painottuvat kyselyyn, kun taas varsinainen työllistymisprosessi ja tulevaisuuden suunnitelmat painottuvat haastatteluihin. Aineistositaateissa sulkumerkeissä oleva (K) viittaa kyselyaineistoon, (H) haastatteluaineistoon. Tunnistettavuuden minimoimiseksi käytän aineisto-otteissa informantin synnyinmaan sijaan laajempaa maaryhmittelyä, jossa viittaan Venäjään ja Kazakstaniin entisenä Neuvostoliittona (NL), Viroon, Bulgariaan ja Bosniaan Itä-Eurooppana sekä Iraniin ja Irakiin Lähi-itänä.

Pienimuotoinen *kyselyaineisto* (n=30) on kerätty vuonna 2005 maahanmuuttajasairaanhoitajilta, jotka opiskelivat kahdessa eri EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta muuttaneille sairaanhoitajille suunnatussa pätevöitymiskoulutusohjelmassa. Kyselyyn vastasivat lähes kaikki koulutusohjelmissa opiskelleet maahanmuuttajasairaanhoitajat. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää pätevöitymiskoulutuksensa loppuvaiheessa olleiden maahanmuuttajasairaanhoitajien suunnitelmia, ennakko-odotuksia ja käsityksiä omaan työllistymiseensä sekä työelämään siirtymiseen liittyen. Kaksisivuisella lomakkeella tiedusteltiin muun muassa vastaajien sen hetkisiä työhön pääsyn näkymiä, valmiutta ottaa vastaan hoitoalalta muita kuin sairaanhoitajan töitä tai muuttaa asuinpaikkakuntaa työn vuoksi, näkemyksiä maahanmuuttajataustan ja kielitaidon merkityksestä työnsaannissa sekä käsityksiä työn saantia helpottavista ja sitä vaikeuttavista tekijöistä. Suuri osa kysymyksistä oli avoimia, ja kirjoitustilaa käytettiin yleisesti ottaen hyvin. Lopuksi vastaajia pyydettiin kirjoittamaan vapaasti työelämään lähtemiseen liittyvistä tunnoistaan. Kyselyn lisäksi vastaajilta pyydettiin seuraavia taustatietoja: sukupuoli, ikä, syntymämaa, Suomessa asuttu aika, maahan muuton peruste, sairaanhoitajan tutkinnon suoritusvuosi ja -paikka sekä hoitoalan työkokemus. Kyselyaineistoa ei ole sen pienuuden vuoksi mielekästä analysoida tilastollisesti, mutta se mahdollistaa kuitenkin karkean kuvauksen maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymistilanteesta.

Haastatteluaineisto muodostuu vuonna 2006 toteuttamistani temaattisista, puolistrukturoiduista EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta Suomeen muuttaneiden ja Suomessa pätevöityneiden sairaanhoitajien haastatteluista (n=20). Tavoitin haastateltavat pääasiassa kolmen maahanmuuttajasairaanhoitajille suunnatun pätevöitymiskoulutusohjelman kautta. Lisäksi muutaman muita reittejä pitkin pätevöityneen haastateltavan sain tietooni median tai muiden kontaktien avulla. Haastattelut toteutettiin viidellä eri paikkakunnalla Etelä-Suomessa, kullekin haastateltavalle parhaiten sopivassa paikassa: terveydenhuolto-oppilaitosten työtiloissa, kahviloissa, kirjastojen ryhmähuoneissa ja haastateltavien kodeissa. Haastatteluteemat käsittelivät Suomen ulkopuolella hankittua koulutusta ja työkokemusta,

suomalaista pätevöitymisprosessia, työelämään siirtymistä sekä työelämässä saatuja kokemuksia. Nauhoitetut haastattelut kestivät keskimäärin 1 tunti 17 minuuttia. Pisin haastattelu kesti 2 tuntia 32 minuuttia, lyhyin 31 minuuttia. Haastattelut toteutettiin suomeksi. Haastatteluiden litteroinnissa olen korjannut yksittäisiä äännevirheitä sekä poistanut useasti toistuvia täytesanoja ennen kaikkea sillä perusteella, ettei haastateltavia olisi niiden perusteella mahdollista tunnistaa. [2]

Haastattelemani maahanmuuttajasairaanhoitajat muodostavat hyvin monimuotoisen ryhmän. Joukossa oli kaksi miestä ja 18 naista. Haastatelluista 12 oli kotoisin Venäjältä, kaksi Virosta[3] ja Iranista sekä yksi niin Kazakstanista, Bulgariasta, Bosniasta kuin Irakista. Suomen maahanmuuttokontekstille tyypillisesti kaikki haastatellut olivat muuttaneet maahan ensisijaisesti muista kuin työhön liittyvistä syistä: suurin osa perhesyiden – erityisesti avioliiton – takia, mutta myös pakolaisina, turvapaikan hakijoina tai paluumuuttajina. Haastatellut olivat saaneet sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeuden Suomessa pätevöitymisensä myötä vuonna 2004 tai 2005. Haastatteluhetkellä he olivat asuneet Suomessa kahdesta neljääntoista vuotta. Kaikki asuivat ja työskentelivät sairaanhoitajina eteläisen Suomen suurissa kaupungeissa.

Analyysi etenee kaksivaiheisesti. Ensin olen jäsentänyt aineiston aikaperspektiivistä maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymistä koskeviin ennakko-odotuksiin, toteutuneeseen työllistymisprosessiin (työhön ottoon ja sen lopputulokseen) sekä työmarkkina-asemaan kohdistuviin tulevaisuudennäkymiin. Näin teemoitellusta aineistosta olen paikantanut aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen tukeutuen työmarkkina-asemaa muovaavia tekijöitä, joiden kautta maahanmuuttajasairaanhoitajat aineistossa selittävät ja tulkitsevat työmarkkina-asemaansa ja toimijuutensa ehtoja. Analyysin toisessa vaiheessa mielenkiintoni on kohdistunut niihin kulttuurisiin merkityksenantoihin ja erityisesti maahanmuuttajataustan saamiin merkityksiin, jotka ohjaavat sekä maahanmuuttajasairaanhoitajien että työmarkkinoiden toimintaa. Huomion kohteena ovat ne kulttuuriset normit, arvot ja odotukset, jotka ilmenevät sosiaalisessa ja institutionaalisessa toiminnassa (Billig ym. 1988; Douglas 2000).

[2] Haastattelusitaateissa alleviivaus merkitsee sanan painotusta, (.) lyhyttä taukoa, - - tekstin katkaisua välistä. (Sulkumerkkien) sisään on lisätty ymmärtämisen kannalta merkityksellisiä sanoja tai muutettu tunnistamista helpottavia sanoja kuten erisnimiä. [Hakasulut] sisältävät tilannetta kuvaavia selityksiä. SN viittaa haastattelijaan, H haastateltavaan.

[3] Virolaiset haastatellut olivat muuttaneet Suomeen ennen Viron liittymistä Euroopan Unioniin vuonna 2004.

Työllistymisodotukset: Maahanmuuttajan rajalliset toimintamahdollisuudet?

Tämän tutkimuksen informantit ovat työmarkkinoille pääsyä ajatellen erityisasemassa moniin muihin koulutettuihin maahanmuuttajiin verrattuna: He ovat ylittäneet jo yhden koulutettujen maahanmuuttajien suurimmista kompastuskivistä työmarkkinoilla, ulkomaisen tutkinnon mitätöimisen (esim. Kyhä 2006; Haapakorpi 2007). He ovat hankkineet sairaanhoitajan ammatissa vaadittavan muodollisen työmarkkinakelpoisuuden eri reittejä ja mahdollisuuksia hyödyntäen (ks. Nieminen 2011). Pätevöitymisen myötä he ovat työmarkkinoilla muodollisesti yhtä päteviä kuin Suomessa kokonaan tutkintonsa suorittaneet sairaanhoitajat. Maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymiseen kohdistuvia odotuksia tarkasteltaessa on hyvä pitää mielessä, että pätevöitymiskoulutus työharjoitteluineen toimii myös eräänlaisena tutustumis- ja sisäänajoväylänä suomalaiseen terveydenhuoltoon. Tutkimuksen informanteilla on siten jo ennen varsinaista työllistymistään omakohtaista kokemusta ammattialasta ja siitä sosiokulttuurisesta toimintaympäristöstä, jossa sairaanhoitajat Suomessa toimivat.

Kyselyn perusteella maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymisodotuksista ja -näkymistä piirtyy varsin pirstaleinen kuva. Vastaajista neljänneksellä oli tiedossaan työpaikka heti valmistumisensa jälkeen. Puolet arveli saavansa sairaanhoitajan töitä kolmen kuukauden kuluessa valmistumisestaan. Neljänneksen osalta sairaanhoitajan työn saaminen näytti kuitenkin vaikealta. Lähitulevaisuuden näkymien eroista huolimatta työllistymisodotusten yhteisenä nimittäjänä toimii suurimman osan kohdalla jonkinasteinen epäilys siitä, että maahanmuuttajatausta rajaa heidän työllistymismahdollisuuksiaan merkittävällä tavalla. Kyselyyn vastanneista yli kaksi kolmannesta arvelee maahanmuuttajataustan vaikeuttavan työnsaantia. Mielenkiintoista on myös, että lähes kolmasosa ei ota asiaan lainkaan kantaa.

Niin kysely- kuin haastatteluaineistossa maahanmuuttajasairaanhoitajat tulkitsevat maahanmuuttajataustan kielteistä vaikutusta työmarkkina-asemaansa kahdesta toisiinsa linkittyvästä näkökulmasta. Kaikkein eniten maahanmuuttajuuden merkityksen odotetaan konkretisoituvan työmarkkinoilla kielitaidon kautta. Maahanmuuttajasairaanhoitajien odotuksissa suurimpana työllistymisesteenä näyttäytyy puutteellinen suomen kielen taito, mikä myötäilee maahanmuuttajien työllistymisesteitä koskevia aikaisempia tutkimustuloksia (esim. Forsander 2002). Vastaavasti hyvän suomenkielentaidon odotetaan muodostavan merkittävän yksilöllisen toimintaresurssin ja kilpailuedun työmarkkinoilla. Yksilöiden puutteellisten taitojen rinnalla kielitaito-ongelman juuret sijoittuvat maahanmuuttajasairaanhoitajien näkemyksissä kuitenkin myös laajemmalle, yhteiskunnan

asenteelliselle tasolle. Kyse on siten myös kantaväestön valmiudesta, tai ehkäpä ennen kaikkea heidän halukkuudestaan yrittää ymmärtää murteellista suomen kieltä (ks. myös Ahmad 2002):

> *Suomalaiselle maahanmuutto vielä on uusi asia, ei kaikki valmis ymmärrä tai kuulla ulkomainen kielen sävy tai työskennellä ihmisen kanssa kenellä on toinen väri ihossa*. (K20, ent. NL)

Toinen puoli maahanmuuttajan painolastista muodostuu maahanmuuttajasairaanhoitajien odotuksissa työnantajien kielteisistä stereotypioista ja ennakkoluuloista. Oman toimijuuden mahdollisuudet työmarkkinoilla saattaa näyttäytyä mitättömän pienenä maahanmuuttajuuteen kiinnittyvän vahvan kulttuurisen leimautumisen taakan alla:

> *Haluan lähtee töihin, mutta en usko että onnistuu. Olen maahanmuuttaja ja se on leima.* (K16, ent. NL)

Kielteiseksi koetusta asenneilmastosta huolimatta kuitenkin vain muutama maahanmuuttajasairaanhoitaja odottaa työmarkkinoilla esiintyvän tietoista rasismia. Lopputulos voi olla maahanmuuttajan työllistymisen kannalta kuitenkin yhtä huono, vaikka kyse olisikin ”vain” työnantajan epätietoisuudesta ja kokemuksen puutteesta johtuvista ennakkoluuloista. Valistumattoman työnantajan silmissä suomalaisenkaan koulutuksen läpikäymisen ei välttämättä uskota tuottavan riittäviä takeita oikeanlaisista ammatillisista ja kulttuurisista taidoista, kuten työllistymisesteitään seuraavassa aineisto-otteessa pohtiva maahanmuuttajasairaanhoitaja arvioi:

> *Työnantajalle on epäselvää, mitä hän voi odottaa maahanmuuttajalta, vaikka koulutus on sama. Suomalaiset ovat kasvatettu samassa kulttuurissa.* (K18, ent. NL)

Vaikka kielitaito on varsin konkreettinen, mitattavissakin oleva yksilöllinen resurssi, sen merkitys määrittyy tietyn sosiokulttuurisen toimintaympäristön ehdoin. Kielitaidon onkin havaittu toimivan kulttuurisesti korrektina perusteena sulkea tai rajata maahanmuuttajien toimintamahdollisuuksia työmarkkinoilla (Ahmad 2002; Jasinskaja-Lahti ym. 2002; Liebkind ym. 2004). Kielitaidon puutteilla perustellaan myös niitä pätevöitymiskoulutukseen institutionalisoituneita käytäntöjä, joiden kautta maahanmuuttajasairaanhoitajia ja heidän työmarkkinaodotuksiaan ohjataan kohti vanhustyötä, jossa työvoimapula on polttavin ja

jonne kantasuomalaisia työntekijöitä on vaikea saada (ks. Nieminen 2011). Nämä työmarkkinoita lohkouttavat käytännöt eivät kuitenkaan näytä ohjaavan merkittävästi maahanmuuttajasairaanhoitajien tulevaisuuden suunnitelmia. Koko aineistosta vain yksi kyselyyn vastannut kertoi haluavansa työllistyä vanhustyöhön – nimenomaisesti heikon suomen kielen taitonsa vuoksi.

Osa informanteista näyttää olevan varsin vakuuttuneita sairaanhoitajana työllistymisen mahdollisuuksistaan muuallekin kuin vanhustyöhön, eikä puutteellisemmankaan kielitaidon uskota välttämättä asettuvan tässä esteeksi. Heikompaa kielitaitoa uskotaan voitavan kompensoida muutolla johonkin eteläisen Suomen suurista kaupungeista, joissa työvoimapula on suurinta ja työpaikkatarjonta monipuolisinta. Maahanmuuttajia syrjivät ennakkoluulot ikään kuin peittyvät runsaan työvoiman kysynnän alle, kun lähes kenen tahansa uskotaan kelpaavan: ”*Mahdoton työntekijöiden pula, ottavat ketä vain, vain työskentele!*” (K18, ent. NL). Työpaikkojen vähäisyyden ohella myös maahanmuuttajiin kohdistuvan epäluottamuksen ja ennakkoluulojen uskotaan olevan voimakkaampia pienemmillä paikkakunnilla. Muutto suurelle paikkakunnalle muodostaakin tärkeän toimintaväylän, jonka kautta omia työllistymismahdollisuuksia uskotaan voitavan merkittävästi parantaa. Kyselyyn vastanneista kuitenkin vain vajaa kolmannes ilmaisi olevansa valmis muuttamaan asuinpaikkakuntaansa työn vuoksi. Työn perässä muuttaminen näyttäytyy selvästi sukupuolittuneena toimintamahdollisuutena, sillä perheeseen liittyvät sosiaaliset velvoitteet rajaavat merkittävästi naisten mahdollisuuksia hyödyntää tätä toiminnan väylää. Pienet lapset ja yksinhuoltajuus nimetään useissa vastauksissa työllistymistä vaikeuttaviksi tekijöiksi. Perheellisyys vähentää huomattavasti sitä jouston varaa, jota työllistymisen odotetaan vaativan erityisesti maahanmuuttajan kohdalla.

Maahanmuuttajasairaanhoitajien toimijuuden näkökulmasta on varsin mielenkiintoista, että kyselyyn vastanneiden joukossa on useita, jotka uskovat sairaanhoitajan työn saannin olevan vaikeaa, mutta jotka eivät siitä huolimatta ole halukkaita vastaanottamaan hoitoalalta muita kuin sairaanhoitajan töitä. Doylen, Mooneyn ja Kun (2006) tutkimustuloksiin viitaten voi yhtäältä ajatella, että niin lähtömaassa kuin Suomessakin usein suuria taloudellisia ja sosiaalisia panostuksia vaatineen kouluttautumisen johdosta maahanmuuttajasairaanhoitajien keskuudessa korostuu halu ja motivaatio tehdä nimenomaan omaa koulutustaan vastaavaa työtä. Suomalainen pätevöitymiskoulutus ja sitä kautta saavutettu sairaanhoitajan ammattikorkeakoulututkinto vahvistavatkin monen kohdalla luottamusta työllistymiseen. Toisaalta ilmiön voi tulkita liittyvän vahvaan ammatilliseen identiteettiin, jonka merkitys korostuu työkokemuksen myötä entisestään. Useissa kyselyvastauksissa vahvan ammattitaidon uskotaankin olevan suomenkielentaidon

ohella merkittävä työmarkkinatoimijuuden resurssi. Hyvän suomenkielen ja ammattitaidon yhdistelmällä voi odottaa pystyvänsä ylittämään maahanmuuttajataustasta kumpuavia esteitä työmarkkinoilla: ”*Jos maahanmuuttaja on ammattilainen ja osaa suomee, ei tule ongelmia*” (K30, ent. NL). Maahanmuuttajan ei silti kannata aliarvioida rasistisia käytäntöjä ja tuudittautua osaamisensa varaan, kuten eräs haastateltava epäilee: ”*Jos työnantajalla on mahdollisuus valita kahden(kin) tasavertaisen sairaanhoitajan välillä, hän valitsee suomalaisen*” (K27, Itä-Euroopasta).

Vaikka maahanmuuttajien työllistymistä koskeva tutkimus on osoittanut ennen kaikkea maahanmuuttajan lähtömaan, sukupuolen ja Suomessa asutun ajan merkittäviksi tekijöiksi työllistymisen kannalta (Forsander 2003; 2007; Jaakkola 2000), tässä tutkimusaineistossa nämä tekijät eivät tarjoa johtolankoja maahanmuuttajasairaanhoitajien vaihtelevien työllistymisodotusten selittämiseen. Ainoastaan *iän* merkitys tulee esiin tekijänä, jonka odotetaan tuottavan eräänlaista kaksoistaakkaa varttuneempien maahanmuuttajasairaanhoitajien harteille (ks. myös Jaakkola & Reuter 2007): ”*Kun on paljon suomalaisia nuoria tyttöjä, kuka ottaa neljä-viisikymmentävuotias vanha nainen töihin?*” (H8, Lähi-idästä). Ennakko-odotuksissa korostetaan myös persoonallisten piirteiden, kuten sosiaalisuuden, ahkeruuden ja rohkeuden merkitystä yksilöllisinä työllistymisen resursseina.

Maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymistä koskevat odotukset muodostuvat varsin monen osatekijän summasta. Odotukset kertovat paitsi maahanmuuttajasairaanhoitajien yksilöllisistä resursseista ja käsityksistä, myös siitä sosiokulttuurisesta toimintaympäristöstä, jossa he neuvottelevat asemastaan, toimintaehdoistaan ja -keinoistaan työmarkkinoilla. Informanttien käsityksen maahanmuuttajataustan kielteisestä merkityksestä työmarkkinoille sisäänpääsyssä voi tulkita ilmentävän heidän odotuksiaan tietyin sosiokulttuurisin ehdoin määrittyneestä toimintaympäristöstä, jossa keskeisintä ei ole välttämättä työn vaatima osaaminen ja ammattitaito vaan kulttuurisesti oikeanlainen työntekijä (ks. myös Ahmad 2002). Vaikka maahanmuuttajiin kohdistuvan kielteisen asenneilmaston uskotaan rajoittavan toimijuutta työmarkkinoilla, työllistymisen kannalta kaikkein merkittävimmiksi tekijöiksi arvioidaan kuitenkin yksilölliset, omaan elämäntilanteeseen tai osaamiseen liittyvät tekijät (myös Liebkind ym. 2004, 212). Työllistymisnäkymät näyttävät heikoilta, jos yksilön käytettävissä olevat resurssit ja toimintamahdollisuudet eivät ole yhteensopivia maahanmuuttajan asemaa rajaavien sosiokulttuurisin ehtojen kanssa.

Maahanmuuttajasta työntekijäksi: Työvoimapulan ja ammatillisen osaamisen realisoiminen

Kuten maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymistä koskevat odotukset osoittavat, useimmat informanteista olivat valmistautuneet pitkään ja haastavaan työnhakuprosessiin. Pelot työllistymisen vaikeudesta osoittautuvat kuitenkin monen kohdalla turhiksi: Kukaan kahdestakymmenestä haastatellusta ei ollut valmistumisensa jälkeen ollut vasten tahtoaan työttömänä, ja kaikki saivat koulutustaan vastaavaa työtä. Epäileviin odotuksiin suhteutettuna jo pelkkä työelämään sisään pääsy näyttäytyy monen haastatellun kohdalla uran huippukohtana:

> *SN: Mikä on ollut sun työuran huippukohta täällä Suomessa, semmoinen huippukohta tai mukavin muisto?*
> *H: Hmh [nauraa]. No ehkä just se, että vaan otettiin töihin, koska on kuultu kauheesti suhtautumisesta ulkomaalaisiin, että ei oteta ulkoisista syistä. Se, että vaan on päässyt töihin, se on ilahduttava asia. - - Siitä pitäis olla jo kiitollinen.* (H4, ent. NL)

Vaikka työllistyminen osoittautuu ilahduttavaksi yllätykseksi, matkan varrelle mahtuu myös toisenlaisia tunteita. Edellä siteeraamani haastatellun toinen kertomus ilmentää sitä ristiriitaa ja vaikeutta, jonka edessä maahanmuuttaja joutuu punnitsemaan epäilyksiään mahdollisesta syrjinnästä:

> *SN: Miten sä sitten ajattelisit kun vertaat, että kuinka sut on esimerkiks otettu vastaan siihen verrattuna kuin syntyperäiset suomalaiset, osaatko sä nähdä siinä mitään eroa?*
> *H: No minulla on ollut näin, että ei vaan otettu töihin aivan ihmeellisistä tai siis minulle tietämättömistä syistä. Netissä oli ilmoitus, että osastolla x, jossa olin joskus aikoinaan harjoittelussa, haetaan sijaisia. Minä soitin, ja ylihoitaja kyllä tunsi minut - - ja sanoi, että mikä työpaikka? Ei tässä ole mitään työpaikkoja, ehkä se oli joku virhe tai jossain toisella osastolla, mutta meillä ei ole mitään. - - Kyllä toisaalta jotkut suomalaiset sanoo, että <u>heillekin</u> on käynyt näin, eli että suomalaistenkin kesken voi olla tämmöisiä asioita.*
> *SN: Joo, [aika ikävää*
> *H: Niin niin] joo. Tai siis kyllä minä luulen, että samalla tavalla, että sattuma vaan on että..* (H4, ent. NL)

Itseen kohdistuvan syrjinnän vertaamisen kantasuomalaisten työntekijöiden kokemukseen voi yhtäältä tulkita haastatellun tarpeena päästä yli itseen kohdistuvasta kielteisestä maahanmuuttajataustaan kiinnittyvästä kategorisoinnista, joka tuottaa kohteelleen leimatun identiteetin (ks. Juhila 2004). Toisaalta esimerkki kuvastaa vaikeutta päästä monessa tapauksessa selville ulossulkemisen perimmäisestä syystä ja siitä, milloin kyse on nimenomaan etnisyyteen perustuvasta syrjinnästä, ja milloin taas jostain muusta, kenen tahansa kohdalle mahdollisesti sattuvasta asiasta.

Edellinen esimerkki on tässä aineistossa ainoa tapaus, jossa haastateltu esittää edes epäilyksen kohdalleen sattuneesta syrjinnästä työhönotossa. Työllistymisprosessissa havaituissa vaikeuksissa on usein kyse huomattavasti käytännönläheisemmistä ongelmista kuin ennakko-odotuksia hallinneesta kielteisestä asenneilmastosta (ks. myös Doyle, Mooney and Ku, 2006, 166–167):

> *Mulla oli vähän hankala niistä, miten mä menen hakemaan töihin, mä en osannut. Kenen kautta mä menen? Mihin mä menen?* (H5, Lähi-idästä)

Puutteellisten työnhakutaitojen suhteen tärkeimmäksi avunlähteeksi osoittautuvat pätevöitymiskoulutuksen viime metreillä työharjoitteluosastoilla työskentelevät kollegat, jotka tarjoavat maahanmuuttajasairaanhoitajille kädestä pitäen varsin konkreettista apua työnhakuun liittyvissä käytännöissä. Pätevöitymiskoulutukseen kuuluvat työharjoittelujaksot näyttäytyvät maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymisen kannalta erittäin merkittävinä areenoina myös toisella tavalla. Keikkatöiden ohella ne tarjoavat väylän päästä näyttämään ja vakuuttamaan mahdollinen työnantaja omista taidoista: ”*Työnantaja tietää jo, että osaan tehdä hyvin työtä*.” (K24, ent. NL). Työharjoittelujen kautta syntyvät sosiaaliset suhteet auttavat ylittämään maahanmuuttajiin työntekijöinä ja ihmisinä kohdistettuja stereotypioita ja ennakkoluuloja (myös Nieminen 2010). Yli puolet haastatelluista maahanmuuttajasairaanhoitajista työllistyikin joko työharjoittelun tai muun aikaisemman työkokemuksen kautta tutuksi tulleeseen työpaikkaan. Haastateltujen kokemukset osoittavat, että työnantajien luottamusta voi vahvistaa myös toinen maahanmuuttajasairaanhoitaja, joka voi oman esimerkkinsä kautta raivata ennakkoluuloja ja aukaista työpaikan ovet myös muille maahanmuuttajataustaisille kollegoille. Samoin syntyperäinen suomalainen suosittelija voi helpottaa maahanmuuttajan pääsyä työmarkkinoille erityisesti silloin, kun työnantajalla ei ole aikaisempaa kokemusta ulkomaalaisista työntekijöistä (myös Jaakkola 2000).

Vaikka haastattelut tukevat tältä osin aikaisempia tutkimustuloksia sosiaalisten

verkostojen tärkeydestä maahanmuuttajien työmarkkinoille pääsyssä (esim. Ahmad 2002), tässä aineistossa työllistyminen onnistui helposti myös työvoimatoimiston, sairaalan työhönottotoimiston tai internetin kautta. Oleellisena mahdollisuuksia avaavana toimintaympäristön tekijänä näyttäytyy tässä suhteessa työvoimapula. Työvoimapulasta johtuen moni haastateltu kertoo jopa pystyneensä valikoimaan laajasta työmahdollisuuksien kirjosta itselleen sopivimman työpaikan: *”Isot määrät työpaikkoja kutsuvat työporukkaa. - - Minä valitsen mitä otan, tämä tai tämä”* (H20, Itä-Euroopasta).

Myös kielitaitoon kohdistuvat vaatimukset näyttävät olevan yhteydessä työvoiman tarpeeseen. Kun työntekijöistä on tarpeeksi suuri pula, kielitaidon merkitys työmarkkinatoimijuutta rajaavana tekijänä vähenee. Odotus puutteellisen suomenkielentaidon merkityksestä työnsaantia huomattavasti vaikeuttavana tekijänä ei näytä todentuvan haastateltujen työllistymiskokemuksissa.

> *SN: Olenko mä ymmärtänyt oikein, että sä olet sitä mieltä että se että on muuttanut ulkomailta, niin sillä ei tavallaan ole merkitystä sitten työpaikalla tai työelämässä?*
> *H: Ei.*
> *SN: Ainakaan sillä negatiivisella..?*
> *H: Ainakaan hoitoalalla. Onneksi se on niin pula-asia, että (meitä) tarvitaan [naurua]. - - Varmaan heillä (sairaalassa) on kokemusta, että me olemme, tai maahanmuuttajat on, pärjännyt hyvin vaikka on vähäinen kieli.* (H8, Lähi-idästä)

Kukaan tutkimuksessa haastatelluista ei hakeutunut vanhustyöhön huonon kielitaitonsa vuoksi. Yhteiskunnalliseen keskusteluun ja viranomaistoimintaan institutionalisoituneisiin odotuksiin, ohjeistuksiin ja käytäntöihin nähden (ks. Nieminen 2011) on mielenkiintoista todeta, etteivät maahanmuuttajasairaanhoitajat kantaväestöä edustavien sairaanhoitajien tavoin näe vanhustyötä kovin houkuttelevana työalueena (ks. myös Wrede & Henriksson 2004). Kuten seuraava aineisto-ote ilmentää, osa haastatelluista näyttää suhtautuvan yhteiskunnassa vallitsevien marginalisoivien odotusten ja omien työllistymiskokemustensa välillä vallitsevaan ristiriitaan jopa vahingoniloisesti. Samalla vanhustyö tulee luokitelluksi kulttuurisesti sairaanhoitajan ”normaalin” työn ulkopuolelle:

> *Mä katsoin, että meidän (pätevöitymiskoulutus)ryhmästä on (..) - - <u>Kaikki,</u> kaikki on ihan [nauraa] saanut sit normaalin työpaikan. Ei kukaan meistä oo työssä vanhainkodissa, ei kukaan [nauraa].* (H10, ent. NL)

Haastatteluhetkellä kahdestakymmenestä haastatellusta viisi työskenteli sairaanhoitajana erilaisissa vanhustyöhön suuntautuneissa terveydenhuollon yksiköissä. Vanhustyöhön hakeutumisen perusteluina näyttäytyvät tässä aineistossa halu työskennellä vanhusten kanssa, aikaisemman työkokemuksen perusteella tuttu työpaikka tai vakituisen viran saaminen. Suurin osa haastatelluista työllistyi kuitenkin ammatin kulttuurisessa työnjaon hierarkiassa korkealle sijoittuviin työpaikkoihin, jollaisia edustavat esimerkiksi vaativat erikoisalat yliopistosairaaloissa.

Haastatelluista moni arvioi saaneensa työpaikkansa nimenomaan ammatillisen osaamisensa turvin, jonka perustana on ennen kaikkea ulkomailla hankittu työkokemus. Ammatillisen osaamisen merkitys saattaisi näyttää kuitenkin huomattavasti vähäisemmältä, jos haastatelluilla ei olisi ollut mahdollisuuksia päästä käytännössä todistamaan osaamistaan ennen työhön pääsyään (vrt. Ahmad 2002; Doyle ym. 2006; Haapakorpi 2007). Tuttuuden rinnalla vankka ammatillinen osaaminen näyttäytyy kuitenkin toimijuuden resurssina ja kilpailuvalttina, jonka avulla voi olla mahdollista päihittää myös suomalainen työnhakija viranhaussa, kuten seuraava esimerkki osoittaa:

> *Yleensä ei ole helppoa maahanmuuttajille päästä suomalainen ryhmään (töihin). Mielellään ne ottavat suomalainen henkilö töihin. Mutta minun tapauksessa se peruu (puhuu vastaan) tätä asiaa kun ajattelen, (että) - - en ollut (ylihoitajan) viimeinen valinta, mä olin hänen kolmas valinta. Joo, se vaan on se minun kokemus ja minun (työ)tausta, että olin siellä töissä (aiemmin) ja hän tunsi minua jonkun verran. Se varmaan vaikutti asiaan (että sain vakituisen paikan).* (H1, Lähi-idästä)

Vahvan ammatillisen osaamisen ja työkokemuksen merkitystä työmarkkinatoimijuuden resurssina ja ehtona vahvistaa myös päinvastainen tapaus, jossa ammatillisesti varsin kokematon maahanmuuttajasairaanhoitaja näyttäytyy alttiimpana työmarkkinoiden hyväksikäytölle. Työnantajaosapuoli perustelee suomalaisen pätevöitymiskoulutuksen suorittaneelle maahanmuuttajasairaanhoitajalle tarjottua työharjoittelupaikkaa nimenomaan sairaanhoitajan puutteellisen ammattikokemuksen – eikä esimerkiksi kielitaidon – perusteella:

> *H: Halusin kylläkin saada sairaanhoitajan työtä, niin kun palkallisen. - - Sain vain työharjoittelupaikan, en sairaanhoitajan (sijaisuutta). Päätin (kuitenkin mennä), kerta (se on) samaa (sairaanhoitajan) työtä kuus viikkoa, ja sitten sen jälkeen ehkä mä jatkaisin siellä sairaanhoitajana. Mutta (6 viikon jälkeen) osastonhoitaja sanoi,*

että jos sä jatkat vielä ainakin puoli vuotta työharjoittelua. - -
SN: Just. No sanoiko se osastonhoitaja sit mitään syytä siihen?
H: No, mulla ei oo kokemusta. Kyllä mä tiesin, että mulla ei oo kokemusta (.) no ehkä tietoja mulla on vähän sairaudesta ja jotain. (H14, Itä-Euroopasta)

Lähtömaata on pidetty maahanmuuttajan työmarkkina-aseman kannalta yhtenä tärkeimmistä tekijöistä: mitä kaukaisempi ja kulttuurisesti vieraampi lähtömaa, sitä enemmän työllistymisvaikeuksia maahanmuuttajan on todettu yleensä kohtaavan (Forsander 2002). Tämän aineiston työllistymiskokemukset eivät kuitenkaan viittaa minkäänlaisiin etnisiin hierarkioihin eri maista kotoisin olevien maahanmuuttajasairaanhoitajien välillä. Syy voi kuitenkin olla myös tutkimusaineiston rajautuneisuudessa. Seuraava haastateltava antaakin ymmärtää, että todellisuudella saattaa olla myös synkempi puolensa, jossa kärsijöinä näyttäytyvät ennen kaikkea ulkoisesti kantaväestöstä eniten poikkeavat maahanmuuttajat:

Haluaisin sanoa, (että) vaikka olen helposti löytänyt työn, jos vertailee toisiin, kuka vähän eri (näköinen) - - koska ulkomaalaisten ulkonäkö on erilainen. Meillä (työpaikalla) on paljon mustaihoisia (lähihoitajina ja avustavissa tehtävissä). - - 95 prosenttia työpaikoista ei ota heitä. (H20, Itä-Euroopasta)

Tulevaisuuden näkymät: Varovaisen optimismin alla kaihertavia epäilyksiä

Maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymiskokemukset osoittavat, kuinka maahanmuuttaja näyttäytyy työntekijänä yhä varteenotettavampana vaihtoehtona silloin, kun kotimaisen työvoiman saanti näyttäytyy ongelmallisena (myös Ahmad 2002). Sukupuolittuneiden työmarkkinoiden näkökulmasta (ks. Forsander 2003; 2007; Joronen 2007) on merkittävää, että sairaanhoitajatyövoimapula avaa ennen kaikkea maahanmuuttaja*naisille* väylää keskiluokkaiseen ammattiin. Heikon työmarkkina-aseman ja sukupuolittuneiden työmarkkinarakenteiden seurauksena koulutetuillakin maahanmuuttajanaisilla on yleensä mahdollisuuksia lähinnä vain heikomman statuksen (nais)ammatteihin, toteaa Forsander (2002). Forsanderin huomio saa vastakaikua myös tässä tutkimuksessa kohderyhmän suhteellisen helposta työllistymisestä huolimatta. Vaikka sairaanhoitajapulan nähdään yhtäältä toimineen haastateltujen itsensä kohdalla merkittävänä työllistymistä edistävänä tekijänä, pelätään hoitoalan hyvän työllisyystilanteen voivan toisaalta johtaa myös maahanmuuttajien työmarkkina-aseman ja toimintavaihtoehtojen kapeutumiseen:

SN: Millaisia ajatuksia tää haastattelu ja nää kysymykset on herättäneet sussa?
H: No tietysti ulkomaalaisten kohtaloista Suomessa. - - Että, niin, aika moni (maahanmuuttaja) opiskelee hoitoalaa juuri sen takia, että ei ole saanut, kun ei voi saada töitä muualta. - - Ja kun just hoitoalalla on hyvä kysyntä ja työllistämistilanne, niin just sen takia. Ei sen takia, että olis kutsumusta tai jotain halua auttaa ihmisiä tai luonne olis (sopiva), vaan se että ei ole muita vaihtoehtoja. (Se) on kyllä kauheaa. (H4, ent. NL)

Hoitoalasta puhuessaan haastateltava viittaa nimenomaan lähihoitajiin. Hoitoalan muuntuminen pakon edessä maahanmuuttajien työmarkkinalohkoksi nostattaa haastateltavassa paitsi ärtymystä ”oikeanlaisen” ammatillisuuden katoamisesta (ks. Henriksson 1998), myös huolta siitä, että ammattien välisessä hierarkiassa alemmalle tasolle määrittyvään (lähihoitaja)rivistöön joutuvat kategorisesti kaikki maahanmuuttajat, sairaanhoitajiksi ja lääkäreiksi kouluttautuneet mukaan luettuina. Omasta onnistumisestaan huolimatta useat haastateltavat eivät välttämättä näekään sairaanhoitajien työmarkkinoille tulevaisuudessa pyrkivien maahanmuuttajien mahdollisuuksia kovin ruusuisesti. Institutionaalisten esteiden lisäksi tiellä arvellaan olevan myös tietotaitoihin, ikään, varallisuuteen tai itseluottamukseen liittyviä yksilöllisten resurssien puutteita:

Maahanmuuttajasairaanhoitajat erittäin uusi asia Suomessa ja vielä ei paljon (heitä ole). (Maahanmuuttajia on) lähihoitajina ja apulaisina paljon, kukaan ei usko että jaksaa opiskella (sairaanhoitajaksi Suomessa), vaikka omassa maassa onkin ollut sairaanhoitajana. En tiedä, (onko esteenä) opiskelutaito tai korkea ikä tai - - rahaongelmat. - - Semmoisia ihmisiä (on) paljon. - - Mutta semmoiset kuka onneksi [naurahtaa] uskoo, että jaksaa ja osaa (.) Meillä on nyt erittäin pieni määrä kuka sitten onnistuu. (H20, Itä-Euroopasta)

Tämän tutkimuksen valossa sairaanhoitajien työmarkkinoiden sisällä ei kuitenkaan näy merkkejä etnisesti kahtiajakautuneista työmarkkinoista (vrt. Wrede 2008). Ammatin sisäisessä hierarkiassa hyvän statuksen omaavien työpaikkojen lisäksi monien haastateltujen näköpiirissä siintää erilaisia uralla etenemisen mahdollisuuksia. Jonkin asteisesta tyytyväisyydestä sen hetkiseen työmarkkina-asemaan kertoo myös se, että suurin osa haastatelluista arvioi pystyvänsä toteuttamaan itseään mielekkäällä tavalla nykyisessä työpaikassaan ja kertoi haluavansa jatkaa samassa paikassa. Useampaa haastateltua oli kehotettu hakemaan omalla osastolla avautuvia virkoja, ja he suhtautuivat omiin

mahdollisuuksiinsa varovaisen optimistisesti. Haastatelluista useimpien tulevaisuuden toivetyöpaikkana on nimenomaan senhetkinen työpaikka tai osasto. Haastatelluista ne kaksi, jotka olivat heikoksi kokemansa suomen kielen taidon vuoksi hakeutuneet ensin työpaikkoihin, joissa ei tarvinnut puhua paljon, suunnittelivat työpaikan vaihdosta, jotteivät unohtaisi kokonaan suomen kieltä ja ammattitaitoaan.

Sosiokulttuuriset tekijät saattavat kuitenkin myötävaikuttaa siihen, että maahanmuuttajien halukkuus vaihtaa työpaikkaa näyttäytyy vähäiseltä. Haastateltujen kokemukset viittaavat siihen, että uudessa toimintaympäristössä maahanmuuttajasairaanhoitaja määrittyy usein ensisijaisesti kategorisesti *maahanmuuttajaksi*, ennen kuin hän on todistanut itsensä näyttämisen kautta *ammattilaiseksi* (ks. myös Nieminen 2010). Työmarkkinoilla pärjäämisen uskotaan vaativan maahanmuuttajalta usein sataprosenttista täydellisyyttä. Kyse ei ole silti aina pelkästään maahanmuuttajiin ulkopuolelta kohdistetuista vaatimuksista ja normeista, vaan myös omaan toimijuuteen sidoksissa olevasta itseluottamuksesta ja itseen kohdistetuista korkeista vaatimuksista.

> *Kun mä olen nyt tutussa paikassa kaikki tuntee minut. Kaikki luottaa minuun. Sen takia mä en vielä halua vaihtaa työpaikkaa. Ehkä silloin kun ihan sataprosenttisesti pärjään kielen kannalta ja ihan kaikissa, ehkä silloin, mutta nyt mä en tykkää.* (H5, Lähi-idästä)

Moni haastatelluista nimeää työhön liittyväksi unelmakseen pysyvän työpaikan saamisen. Pätkätöiden hallitsema työura voikin näyttäytyä maahanmuuttajataustaisen työntekijän näkökulmasta erityisen stressaavana juuri todistamisen taakan vuoksi:

> *Kun löydän vakituinen työpaikan, se helpottaa minun elämän, koska siinä on aina samat työkaverit, ei tarvi enää taistella että olen hyvä sairaanhoitaja*. (K19, ent. NL)

Kyselyssä lähes neljä viidestä maahanmuuttajasairaanhoitajasta kuitenkin uskoo, että maahanmuuttajataustan vuoksi hänen on vaikeampi saada pitkäaikaista tai vakituista sairaanhoitajan työtä kuin syntyperäisen suomalaisen. On mielenkiintoista, että vaikka haastateltavat olisivatkin tyytyväisiä omaan asemaansa nykyisessä työpaikassaan, häilyy taustalla kuitenkin usein epäilys ja pelko syrjinnän kohteeksi joutumisesta. Hyväkään työllisyystilanne ei riitä poistamaan vahvaan juurtunutta epäilystä siitä, että

maahanmuuttajiin kohdistuvat kielteiset asenteet määrittävät työmarkkina-asemaa lopulta kaikkein vahvimmin:

> *SN: Mikä sulla olisi sitten semmoinen työhön liittyvä unelma?*
> *H: Niin kun varmaan kaikille, mullekin on varmaan se, jos rehellisesti vastaan, ehkä on viran saaminen. - - Vaikka olen (ollut) vuoden täällä, mutta joka kerta ennen kuin se (työvuorolista) tulee, tätä työsopimusta mä mietin, että tuleeko mun lista. En varmaan minä ole ainoa. Kyllä suomalaisellekin on, esimerkiksi mun (työharjoittelua) ohjaava sairaanhoitaja aina sanoi, että katsotaan mikä seuraava kerta tulee, olenko saanut tai en saanut (töitä). (Hän on) suomalainen, ahkera, ihan hyvä sairaanhoitaja, mutta (..) Minä en ole varmaan ainoa. Mutta ehkä mun kohdalla vähän enemmän kuin (suomalaisten) kuitenkin*. (H5, Lähi-idästä)

Haastatteluaineistosta voi päätellä, ettei ajatus ulkomaille rekrytoitumisesta muodosta kovin monelle kohderyhmään kuuluvalle toteuttamiskelpoista tai mielekästä vaihtoehtoa. Kaksi perheetöntä haastateltua haikaili sairaanhoitajan töihin ulkomaille etupäässä paremman palkan vuoksi. Suunnitelman toteuttamista rajoitti kuitenkin puutteellinen englannin- tai ruotsinkielen taito. Perheellisten kohdalla työn perässä ulkomaille muutto näyttää puolestaan poissuljetulta vaihtoehdolta ennen kaikkea perhesyistä:

> *Jos olisin yksin, voisin muuttaa. Mutta koska minulla on kaksi lasta ja he puhuvat vain suomea ja (toista kotikieltään) - - Lasten takia en voi muuttaa.* (H20, Itä-Euroopasta)

Haastatteluaineisto viittaakin siihen, että muista kuin työperusteisista syistä Suomeen muuttaneet ja täällä ammattiinsa usein hankalan tien kautta pätevöityneet maahanmuuttajasairaanhoitajat ovat asettautuneet maahan vankasti (vrt. Larsen ym. 2005). Heidän työmarkkinatoimijuuteensa liittyy siten vahvasti kotoutumisen näkökulma, sillä työsidonnaisessa ja individualistisessa yhteiskunnassa ihmisen osallisuus ja asema yhteiskunnassa määräytyy ennen kaikkea hänen ammattinsa ja työmarkkina-asemansa kautta (myös Forsander 2002).

Pohdinta ja johtopäätökset

Muista kuin työperusteisista syistä EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta Suomeen muuttaneet, naisvaltaista ammattia edustavat maahanmuuttajasairaanhoitajat täyttävät monilta osin vaikeasti työllistyvien maahanmuuttajakategorioiden kriteerit. He ovat muuttaneet maahan perinteisten länsimaiden ulkopuolelta, ensisijaisesti muista kuin työperusteisista syistä, ja ovat suurimmalta osin naisia. He edustavat ammattia, jossa korostuu kielitaidon ja tiettyjen muodollisten ammatillisten osaamisvaatimusten merkitys sekä vahvat kulttuuriin sidotut odotukset ”hyvästä” ja ”oikeanlaisesta” sairaanhoitajuudesta (Henriksson 1998).

Maahanmuuttajasairaanhoitajien työllistymiskokemukset kuitenkin osoittavat, että tietyssä toimintaympäristössä yleisillä työmarkkinoilla heikossa työmarkkina-asemassa näyttäytyvät ryhmät voivat ylläpitää ammatillista osaamistaan ja saavuttaa sitä kautta hyvän työmarkkina-aseman. Epäilysten sävyttämien ennakko-odotustensa vastaisesti tässä tutkimuksessa haastatellut maahanmuuttajasairaanhoitajat löysivät paikkansa sairaanhoitajien työmarkkinoilla suhteellisen helposti. Vastoin Joan Ackerin (2006, 450) esiin nostamaa työnantajien näkökulmaa, maahanmuuttajasairaanhoitajat eivät näytä vastaavan odotuksia sellaisesta joustavasta (nais)työvoimasegmentistä, jonka edustajat olisivat mukautuvia, käskyt hyväksyviä ja tyytyväisiä pienempään palkkaan tai heikompiin työehtoihin kuin kantaväestön edustajat. On kuitenkin hyvä huomioida, että tutkimusaineisto muodostuu osittain varsin valikoituneesta joukosta kaikkiin EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta maahan muuttaneisiin sairaanhoitajiin nähden. Jo ennen työnhakuprosessin mahdollistumista he ovat onnistuneet ylittämään työmarkkinoille pääsyn suurimman esteen hankkimalla varsin haastavan pätevöitymisprosessin (ks. Nieminen 2011) kautta työmarkkinakelpoisuuden säännellyillä sairaanhoitajien työmarkkinoilla. Toiseksi, kaikki haastatellut asuivat eteläisen Suomen suurissa kaupungeissa, joissa hyvä työllisyystilanne näyttäytyy merkittävänä työmarkkinatoimijuutta mahdollistavana tekijänä. Kolmanneksi, koko aineistossa ei ollut yhtään tummaihoista, afrikkalaista syntyperää omaavaa informanttia. Juuri he ovat kuitenkin niitä, joiden on tutkimuksissa todettu kärsivän etnisestä syrjinnästä työmarkkinoilla kaikkein eniten (esim. Forsander 2002; myös Doyle ym. 2006, 166).

Annika Forsander (2002, 38–42) tähdentääkin, että työmarkkinat tulee ymmärtää monin eri kriteerein lohkoutuneena sosiokulttuurisena toimintakenttänä, jossa eri kriteerein lasketuista yhtälöistä muodostuu enemmän kuin osiensa summa. Useat tutkimukset (Knocke 2000; Ahmad 2002) osoittavat, että työmarkkinoiden suhtautuminen maahanmuuttajiin heijastelee pitkälti kotimaisen työvoiman saatavuutta. Analyysi osoittaakin, että otollisissa

olosuhteissa – tässä tapauksessa ennen kaikkea sairaanhoitajiin kohdistuvassa työvoimapulassa – ja ammatissa arvostettavien yksilöllisten resurssien avulla hyvän työmarkkina-aseman saavuttaminen on mahdollista, vaikka yhteiskunnan yleinen asenneilmasto ja institutionaaliset toimintakäytännöt eivät tätä edistäisikään. Yksilöllisten resurssien painoarvo määrittyy kutakin ammattialaa ympäröivässä sosiokulttuurisessa toimintaympäristössä. Siten sosiokulttuuriset mahdollisuusrakenteet voivat konkretisoitua eri tavoin erilaisissa ammatillisissa toimintaympäristöissä.

Työvoimapulatilanteessa edes heikko suomenkielentaito ei näytä välttämättä estävän maahanmuuttajasairaanhoitajien työelämään pääsyä, jos sairaanhoitaja on valmis joustamaan työtehtävien suhteen tai muuttamaan työn perässä. Tämän tutkimuksen informantit vahvistavat kuitenkin myös aikaisemman tutkimuksen tuottamaa käsitystä siitä, että hyvä suomenkielentaito nähdään yhtenä tärkeimmistä maahanmuuttajan työmarkkina-asemaa muovaavista tekijöistä. Kielitaidon ohella aikaisempi sairaanhoitajan työkokemus ja vahva ammatillinen osaaminen näyttäytyvät tässä aineistossa merkittävinä maahanmuuttajien työmarkkinatoimijuuden resursseina. Yhtäältä vahva ammatillinen osaaminen toimii työnantajia vakuuttavana resurssina, johon on tutkimuskirjallisuudessa viitattu myös inhimillisen pääoman käsitteellä (esim. Forsander 2002, 52–55). Toisaalta se näyttää myös vahvistavan monen haastatellun omanarvontunnetta sekä itseluottamusta omaan toimijuuteen ja sen mahdollisuuksia luovaan voimaan. Työmarkkinatoimijuutta rajoittavaa maahanmuuttajataustaa uskotaan ylitettävän ennen kaikkea Suomessa hankitun pätevöitymiskoulutuksen ja sitä kautta saadun suomalaisen ammattikorkeakoulututkintotodistuksen, entisessä kotimaassa hankitun työkokemuksen, korkean ammattitaidon ja hyvän suomen kielen taidon avulla.

Tämän aineiston valossa erityisesti pätevöitymiskoulutukseen sisältyneissä työharjoitteluissa luodut sosiaaliset verkostot näyttäytyvät merkittävänä toiminta-areenana ja -väylänä työmarkkinoille pääsemisessä. Jos maahanmuuttaja määrittyy samaan aikaan sekä kulttuurisesti että sosiaalisesti vieraaksi, ei suomalaisenkaan koulutuksen läpikäyminen välttämättä tuota työnantajan silmissä riittäviä takeita oikeanlaisista ammatillisista ja kulttuurisista taidoista. Voikin ajatella, että samalla kun maahanmuuttaja muuttuu kasvottomasta maahanmuuttajasta tutuksi, hän muuttuu myös kulttuurisesti turvallisemmaksi rekrytoitavaksi.

Kirjallisuus

Abbott, A. (2005). Sociology of work and occupations. Teoksessa N. Smelser & R. Swedberg (toim.): *The Handbook of economic sociology.* Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 307–330.

Acker, J. (2006). Inequality regimes: Gender, class, and race in organizations. *Gender & Society* 20, 441–464.

Ahmad, A. (2002). Yhteisten työmarkkinoiden erottelemia? Maahanmuuttajien työllistymismahdollisuudet suomalaisilla työmarkkinoilla. *Sosiologia* 39, 227–241.

Billig, M. et al. (1988). *Ideological dilemmas. A Social Psychology of everyday thinking.* London: Sage.

Douglas, M. (2000). *Puhtaus ja vaara.* Tampere: Vastapaino (alkuteos 1966).

Doyle, J., Mooney, N. & Ku, J. (2006). Why Not Me? Women Immigrants and Unemployment in New Brunswick. *Migration Letters* 3, 161–168.

Forsander, A. (2002). *Luottamuksen ehdot. Maahanmuuttajat 1990-luvun suomalaisilla työmarkkinoilla.* Helsinki: Väestöliitto.

Forsander, A. (2003). Maahanmuuttajat sukupuolitetuilla työmarkkinoilla – mistä löytyy naisen paikka? *Työpoliittinen aikakauskirja* 46, 64–73.

Forsander, A. (2007). Kotoutuminen sukupuolittuneille työmarkkinoille? Teoksessa T. Martikainen & M. Tiilikainen (toim.): *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ.* Helsinki: Väestöliitto, 312–334.

Gordon, T. (2005). Toimijuuden käsitteen dilemmoja. Teoksessa A. Meurman-Solin & I. Pyysiäinen (toim.): *Ihmistieteet tänään.* Helsinki: Gaudeamus, 114–130.

Haapakorpi, A. (2007). Työvoimapula ja etnospesifit työmarkkinat – miten edistää korkeakoulutettujen maahanmuuttajien ammatillista sijoittumista? *Työelämän tutkimus* 5, 213–226.

Henriksson, L. (1998). *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka.* Tutkimuksia 88. Helsinki: Stakes.

Hochschild, A. & Ehrenreich, B. (2002). *Global women: Nannies, maids and sex workers in the new economy.* London: Granta Books.

Iredale, R. (1997). *Skills transfer: International migration and accreditation issues.* Wollongong: University of Wollongong Press.

Jaakkola, M. & Reuter, A. (2007). Maahanmuuttajanaiset entisen Neuvostoliiton alueelta: Resurssit ja sijoittuminen työmarkkinoille. Teoksessa T. Martikainen & M. Tiilikainen (toim.): *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ.* Helsinki: Väestöliitto, 335–358.

Jaakkola, T. (2000). *Maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt työhönotossa ja työelämässä.* Työpoliittinen tutkimus 218. Helsinki: Työministeriö.

Jasinskaja-Lahti, I. (2002). *Rasismi ja syrjintä Suomessa. Maahanmuuttajien kokemuksia.* Helsinki: Gaudeamus.

Joronen, T. (2007). Työmarkkinoiden monenlaiset maahanmuuttajanaiset: Haaste suomalaiselle sukupuolijärjestelmälle. Teoksessa T. Martikainen & M. Tiilikainen (toim.): *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ.* Helsinki: Väestöliitto, 285–311.

Juhila, K. (2004): Leimattu identiteetti ja vastapuhe. Teoksessa A. Jokinen, L. Huttunen & A. Kulmala (toim.): *Puhua vastaan ja vaieta. Neuvotteluja kulttuurisista marginaaleista*. Helsinki: Gaudeamus, 20–32.

Jyrkämä, J. (2008). Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. *Gerontologia* 22, 90–203.

Knocke, V. (2000). Integration or segregation? Immigrant populations facing the labour market in Sweden. *Economic and Industrial Democracy* 21, 361–380.

Kofman, E. & Raghuram, P. (2005). Gender and Skilled Migrants: Into and beyond the Work Place. *Geoforum* 36, 149–154.

Kyhä, H. (2006). Miksi lääkäri ei kelpaa lääkäriksi? Korkeakoulutetut maahanmuuttajat Suomen työmarkkinoilla. *Aikuiskasvatus* 26, 122–129.

Larsen, J. A., Allan, H. T., Bryan, K. & Smith, P. (2005). Overseas nurses' motivations for working in the UK: Globalization and life politics. *Work, employment and society* 19, 349–368.

Liebkind, K., Mannila, S., Jasinskaja-Lahti, I., Jaakkola, M., Kyntäjä, E. & Reuter, A. (2004). *Venäläinen, virolainen, suomalainen. Kolmen maahanmuuttajaryhmän kotoutuminen Suomeen.* Helsinki: Gaudeamus.

Maahanmuuttajien työllistyminen ja kannustinloukut. Sisäasiainministeriön julkaisuja 2/2009. Sisäasiainministeriö.

Martikainen, T. & Tiilikainen, M. (2007). Maahanmuuttajanaiset: Käsitteet, tutkimus ja haasteet. Teoksessa T. Martikainen & M. Tiilikainen (toim.): *Maahanmuuttajanaiset: Kotoutuminen, perhe ja työ*. Helsinki: Väestöliitto, 15–37.

Nieminen, S. (2010). Maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatillinen jäsenyys terveydenhuollon työyhteisöissä. Teoksessa S. Wrede & C. Nordberg (toim.): *Vieraita työssä.* Helsinki: Gaudeamus, 147–171.

Nieminen, S. (2011). Maahanmuuttajasairaanhoitajien työläät tiet ammattiin. Teoksessa A. Laiho & T. Ruoholinna (toim.): *Terveysalan ammatit ja koulutus.* Helsinki: Gaudeamus, 224–246.

Raunio, M. (2002). *Suomi globaalitalouden osaajien valintojen kentällä. Ulkomaalaisten huippuosaajien mielikuvat ja todellisuudet suomalaisessa työ- ja kaupunkiympäristössä*. Sente-julkaisut 15, Tampereen yliopisto.

Wickett, D. & McCutcheon, H. (2002). Issues of qualification assessment for nurses in a global market. *Nurse Education Today* 22, 44–52.

Wrede, S. (2008). Miten globalisaatio haastaa terveydenhuollon protektionismin? Ammattilaisten kansainvälinen liikkuvuus ja ammattijärjestöjen strategiat. Teoksessa M. Helander (toim.): *Going global. Ay-liikkeen menestysresepti globaalissa ajassa?* Jyväskylä: Minerva, 249–282.

Wrede, S. & Henriksson, L. (2004). Kahden kerroksen väkeä: Kotihoidon ammatillinen uusjako. Teoksessa L. Henriksson & S. Wrede (toim.): *Hyvinvointityön ammatit.* Helsinki: Gaudeamus, 210–234.

7
Neuvotteluja ammatillisesta jäsenyydestä

Maahanmuuttajasairaanhoitajat terveydenhuollon työyhteisöissä

Suvi Nieminen

Kansallisten terveydenhuoltojärjestelmien kamppaillessa yhä pahenevien rekrytointikriisien kanssa sairaanhoitajista on muodostunut maailmanlaajuisesti yksi kysytyimmistä ammattiryhmistä (esim. Kingma 2007). Samaan aikaan kun useat maat ovat tukeutuneet jo vuosikymmeniä ulkomailta rekrytoituihin sairaanhoitajiin, Suomi on vasta tähyämässä samoille markkinoille (ks. Nieminen & Henriksson 2008). Toistaiseksi ulkomailta Suomeen muuttaneet sairaanhoitajat ovat kuitenkin muodostaneet terveydenhuollossamme lukumääräisesti varsin marginaalisen ryhmän. Tähän ovat vaikuttaneet niin sosiaalisiin ja humanitaarisiin syihin painottunut, suhteellisen pienimuotoinen maahanmuuttohistoriamme kuin terveydenhuollon työmarkkinatilanne, jossa työvoimaa on ollut tarjolla

* Tutkimus on osa Suomen Akatemian tutkimusprojektia ”Rekrytoinnin politiikka” (#207402).

runsaasti omastakin takaa. Nyt työvoimapulan uhatessa kiinnostus ulkomaalaisia sairaanhoitajia kohtaan on herännyt niin kansallisessa politiikassa (ks. Nieminen & Henriksson 2008), mediassa (ks. Haavisto ym, luku 10 tässä teoksessa) kuin yksittäisten työnantajien keskuudessa.

Monikulttuuristuva työntekijäjoukko haastaa sekä yhteiskunnassa että terveydenhuollon ammatti- ja työyhteisöissä vallitsevat erilaiset muodolliset ja kulttuuriset luokitukset, säännöt ja käytännöt. Keskeiseksi nousee kysymys, kenestä voi tulla yhteisöjen täysivaltainen jäsen ja millä ehdoin. (Strauss 1978.) Kansainvälisen tutkimuskirjallisuuden mukaan ulkomaisten sairaanhoitajien integroitumisessa ja ammatillisessa asemassa vastaanottavien maiden työyhteisöissä on ollut monia ongelmia. Ammatillisen statuksen laskun lisäksi he ovat kokeneet ammattitaidon aliarvioimista, voimattomuutta ja alisteisuutta sekä rasismia, jota ovat harjoittaneet sekä kollegat että potilaat (esim. Hagey ym. 2001; Larsen ym. 2005; O'Brien 2007).

Sosiologisen terveysammattien ja työn tutkimuksen näkökulmasta sairaanhoitajan ammatin sisällä on koko sen historian ajan käyty kamppailua "oikean" ammattitaidon ja koulutuksen määrittelystä sekä työnjako- ja käskysuhteista. Luokittelujen perusteina on käytetty niin yhteiskunnallista luokkajakoa, sukupuolta kuin koulutus- ja kielitaustaa. (ks. Henriksson 1998). Maahanmuuttajatausta näyttäytyy siten yhtenä monista eronteon perusteista ammattiryhmän sisällä, kun kamppaillaan yhteisöjen rajoista, ammatillisista keskuksista ja marginaaleista sekä "oikeasta" ammatillisuudesta ja hierarkiasta yhteisöjen sisällä (ks. esim. Hughes 1958; Henriksson & Wrede 2004). Brittiläinen terveyssosiologi Celia Davies (1996) nostaa ammatillisten asemien neuvotteluissa keskeisiksi seikoiksi ammatillisen sisään sulkemisen tavat ja ehdot, jotka ovat yhteydessä yhteiskunnallisiin rakenteisiin ja kulttuurisiin järjestyksiin. Ammatillisesta ja työyhteisöjen jäsenyydestä neuvotellaan siis yksilöllisen, yhteisöllisen ja yhteiskunnallisen keskinäisessä vuorovaikutuksessa.

Tässä luvussa tarkastellaan ammatillisen jäsenyyden neuvotteluja suomalaisissa terveydenhuollon työyhteisöissä sellaisten ulko-

maalaisten sairaanhoitajien näkökulmasta, jotka ovat muuttaneet Suomeen ensisijaisesti muista syistä kuin työn vuoksi, suorittaneet sairaanhoitajan tutkinnon EU- ja ETA-maiden ulkopuolella ja pätevöityneet alalle Suomessa. *Ammatillisessa jäsenyydessä* on kysymys niin ammatillisesta asemasta kuin osallisuudesta arjen kanssakäymisissä sekä kuulumisen tunteesta. Laajemmin ajateltuna ammatillinen jäsenyys on kiinteästi sidoksissa kansalaisuuteen koko yhteiskunnassa, johon kiinnittymistä työ ja ammatti vahvasti jäsentävät (ks. myös Nordberg, luku 11 tässä teoksessa).

Maahanmuuttajasairaanhoitajien ammatti- ja työyhteisöjen jäsenyydestä käytäviä neuvotteluja tarkastellaan symbolisten, kulttuurisesti määrittyvien kategorioiden ja niiden välisten rajapintojen neuvottelun näkökulmasta. Neuvottelun näkökulma kiinnittyy sosiologian interaktionistiseen teoriaperinteeseen. Se avaa näkökulmaa eri osapuolten väliseen vuorovaikutukseen ja toimintaan, joiden avulla rakennetaan yhteisön sosiaalista järjestystä ja sen ehtoja. *Maahanmuuttajasairaanhoitajilla* viitataan tässä luvussa ulkomaalaistaustaisiin sairaanhoitajiin, jotka ovat suorittaneet sairaanhoitajatutkintonsa ETA-alueen ulkopuolisissa maissa ennen Suomeen muuttoaan. Vaikka lähtökohtaisesti tässä kritisoidaan ulkomailta muuttaneiden sairaanhoitajien kategorisointia suomalaisista sairaanhoitajista erilliseksi ja keskenään yhtenäiseksi ryhmäksi, jonkinlaisen erottelevan ja yhdenmukaistavan ilmauksen käyttö on kuitenkin välttämätöntä, jotta ilmiötä voitaisiin ylipäätään tarkastella. Kohderyhmään viittaaminen muilla tavoin olisi varsin monisanaista.

Brittiläisen antropologin Mary Douglasin (2000) mukaan yhteisöjen sosiaalisen ja moraalisen järjestyksen tuottaminen ja ylläpitäminen perustuvat olennaisesti kulttuurisiin kategorisointeihin, joiden avulla yksilöille ja toimijoille rakennetaan tiettyä paikkaa ja asemaa sosiaalisissa järjestelmissä. Kulttuuristen kategorisointien avulla jäsennetään ja tehdään elämän monimuotoisuutta hallittavammaksi. Samalla ne kuitenkin yksinkertaistavat elettyä todellisuutta, sillä ihmiset kiinnittyvät samanaikaisesti useisiin keskenään risteytyviin kategorioihin. Kategorisoiminen toimii tyypillisesti

kaksinapaisena järjestelmänä, jolloin yhteen kategoriaan kuuluminen voi estää toiseen kategoriaan kiinnittymisen. Sosiaalisia kohtaamisia valtasuhteiden näkökulmasta eritellyt Olli Löytty (2005, 9) huomauttaakin kategorisoinnin olevan juuri tästä syystä usein toiseutta tuottavaa. Vaikka kulttuurinen luokittelujärjestelmä on kiinnittynyt yhteiskunnallisiin arvoihin ja sosiaalisiin hierarkioihin, kategorioiden suhteista neuvotellaan kuitenkin tilanteisesti. Kategorioihin liittyvät tulkinnat ovat siten myös häilyvärajaisia ja uusiutuvia (Douglas 2000).

Länsimaiden ulkopuolelta Suomeen ensisijaisesti muista syistä kuin työn vuoksi muuttaneiden ja keskiluokkaista naisammattia edustavien sairaanhoitajien voi ajatella haastavan vallitsevat tavat käsittää maahanmuuttajakategoriaan miellettyjen yksilöiden rooleja yhteiskunnassamme. (ks. Nieminen 2007; Simola 2008; myös Haavisto ym, luku 10 tässä teoksessa). Kulttuurisen luokittelun näkökulmasta mielenkiinnon kohteena ei näyttäydy kysymys siitä, mihin kategoriaan maahanmuuttajasairaanhoitajat ”oikeasti” kuuluvat. Sen sijaan kiinnostavaa on, millaisena ja millaisia seurauksia tuottavana erottelujärjestelmänä kategorisointi näyttäytyy, kun maahanmuuttajasairaanhoitajat neuvottelevat ammatillisesta jäsenyydestään sekä sen ehdoista ja rajoista suomalaisissa terveydenhuollon työyhteisöissä.

Seuraavassa etsitään haastatteluja analysoimalla vastauksia kysymyksiin: Millaiset kulttuuriset kategorisoinnit ohjaavat ammatillisen jäsenyyden neuvotteluja työyhteisöissä, ja miten ne merkityksellistyvät maahanmuuttajasairaanhoitajien näkökulmasta? Miten maahanmuuttajasairaanhoitajat ylittävät marginalisoivia kategorisointeja, ja millaisiin ammatti- ja työyhteisöön kiinnittymisen tapoihin he tukeutuvat? Analyysi perustuu vuonna 2005 tekemieni 20 maahanmuuttajasairaanhoitajan haastattelun teemalliseen ja diskursiiviseen erittelyyn. Diskursiivisen lähestymistavan avulla tulkitsen aineistoa sekä maahanmuuttajasairaanhoitajien suomalaisessa työelämässä vallitsevan sosiaalisen todellisuuden että laajempien yhteiskunnallisten ja kulttuuristen jäsennysten ilmentäjänä (ks. Jokinen ym. 1999).

Maahanmuuttajatausta voi yhteyden mukaan saada merkityksen niin ammatillisen jäsenyyden rajoituksena kuin sen resurssina. Toisiinsa nähden kulttuurisesti ristiriitaisesti määrittyvät maahanmuuttajan ja sairaanhoitaja-ammattilaisen kategoriat voivat hahmottua sekä toisensa pois sulkevina että toisiinsa liittyneinä, uudenlaista toimijuutta luovina yhdistelminä (ks. Löytty 2005, 13–15; myös Werbner & Modood 1997). Keskeisenä kysymyksenä maahanmuuttajataustaisten työntekijöiden integroitumisessa suomalaiseen työelämään näyttäytyy siten ihmisiä tietyin kulttuurisin perustein olemukselistavien, kulttuuriseen luokittelujärjestelmään perustuvien stereotypioiden haastaminen.

Maahanmuuttajasairaanhoitajat Suomessa

Suomessa asuvista tai työskentelevistä ulkomaalaisista terveydenhuollon ammattihenkilöistä ei ole saatavilla tarkkoja tilastotietoja. Erityisen vaikea on arvioida, kuinka monta tässä luvussa käsiteltävään ryhmään eli EU- ja ETA-maiden ulkopuolella koulutuksensa suorittaneisiin ja Suomessa pätevöityneisiin sairaanhoitajiin kuuluvaa henkilöä Suomessa on. Jonkinlaista suuntaa antaa kuitenkin Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran[1] tilasto, jonka mukaan vuoden 2005 toukokuuhun mennessä sairaanhoitajan ammatin harjoittamisoikeus oli myönnetty yhteensä noin 140 EU- ja ETA-maiden ulkopuolella koulutetulle ulkomaalaiselle sairaanhoitajalle ja noin tuhannelle taustaltaan vastaavanlaiselle lääkärille (L. Kinnunen, Valvira, henkilökohtainen tiedonanto 26.8.2005). Vuosina 2006–2008 on rekisteröity yhteensä ainoastaan kahdeksan sellaista EU- ja ETA-maiden ulkopuolella koulutuksensa saanutta sairaanhoitajaa, jotka ovat täydentäneet tutkintonsa vaadituilta osin Suomessa. (S. Natunen, Valvira, henkilökohtainen tiedonanto 10.3.2009.) Edellä mainituissa määrissä eivät ole mukana sellaiset EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta muuttaneet sairaanhoitajat, jotka ovat suorittaneet

Suomessa kokonaisen pätevöitymiskoulutusohjelman, sillä he saavat suomalaisen tutkintotodistuksen ja heidät rekisteröidään tätä kautta. Näitä pätevöitymiskoulutusohjelmista valmistuneita sairaanhoitajia arvioin olevan Suomessa tällä hetkellä noin sata. Yhteensä noin 250 EU- ja ETA-maiden ulkopuolelta muuttaneen sairaanhoitajan lisäksi Suomessa on rekisteröity joitakin satoja EU- ja ETA-alueella koulutuksensa saaneita ulkomaalaistaustaisia sairaanhoitajia. Joka tapauksessa kysymys on pienestä joukosta verrattuna Valviran rekisteröimään yli sadantuhannen sairaanhoitajan kokonaismäärään.

Maahanmuuttajasairaanhoitajat muodostavat hyvin heterogeenisen ryhmän. Tämänkin tutkimuksen aineistossa eri puolelta maailmaa ja varsin erilaisista taustoista tulleita haastateltuja yhdistävät oikeastaan vain juuri tutkimuskohdekriteerit eli Suomeen muutto sekä ETA-maiden ulkopuolella hankittu ja sittemmin Suomessa pätevöitetty sairaanhoitajan tutkinto. Kaikki haastatellut sairaanhoitajat olivat päätyneet Suomeen ensisijaisesti muista kuin työhön liittyneistä syistä. Suurin osa heistä oli muuttanut tänne perhesyiden, erityisesti avioliiton, takia tai sitten pakolaisina, turvapaikan hakijoina tai paluumuuttajina. Suomessa he olivat asuneet haastatteluhetkellä kahdesta neljääntoista vuotta. 20 haastatellusta 12 oli kotoisin Venäjältä, kaksi oli Virosta ja kaksi Iranista. Kazakstanista, Bulgariasta, Bosniasta ja Irakista oli jokaisesta yksi haastateltu. Tunnistettavuuden minimoimiseksi käytän aineistolainauksissa haastateltujen synnyinmaiden sijaan laajempaa vapaamuotoista maaryhmittelyä, jossa viittaan Venäjään ja Kazakstaniin entisenä Neuvostoliittona, Viroon, Bulgariaan ja Bosniaan Itä-Eurooppana ja Iraniin ja Irakiin Lähi-itänä. Haastatelluista kaksi oli miehiä. Haastatteluiden litteroinnissa on korjattu yksittäisiä äännevirheitä sekä poistettu useasti toistuvia täytesanoja. Luvussa käytetyissä lainauksissa alleviivaus tarkoittaa sanan painottamista, merkintä (.) lyhyttä taukoa ja merkintä (...) tekstin katkaisua välistä. Hakasulkujen sisällä on litteroijan kommentteja ja selityksiä tilanteesta.

Haastatellut olivat suorittaneet sairaanhoitajan tai muun vastaavan tutkinnon entisissä kotimaissaan vuosien 1974 ja 2001 välillä.

Suomen ulkopuolella hankittua työkokemusta heillä oli 0–27 vuotta, mediaanina kahdeksan vuotta. Saadakseen ammatinharjoittamisluvan Suomessa ETA-maiden ulkopuolella koulutettujen sairaanhoitajien on pätevöidyttävä täällä uudelleen. Tämän kansainvälisessä vertailussa melko perinpohjaisen pätevöitymisprosessin tuloksena maahanmuuttajasairaanhoitajat eivät astu terveydenhuollon palvelukseen Suomessa aivan kylmiltään. Pätevöitymisprosessissa saavutetun suomalaisen ammattikorkeakoulun tutkintotodistuksen myötä maahanmuuttajasairaanhoitajat saavat myös saman muodollisen pätevyyden kuin suomalaiset kollegat. (ks. Nieminen tulossa) Tämä lähtökohta tekee Suomesta kansainvälisesti melko ainutlaatuisen ympäristön, kun ajatellaan ulkomailta muuttaneiden sairaanhoitajien työyhteisöihin ja työelämään integroitumista.

Haastatteluhetkellä haastateltavat työskentelivät sairaanhoitajina eteläisen Suomen suurissa kaupungeissa. Suurin osa heistä oli määräaikaisissa työsuhteissa yliopistosairaaloissa. Viisi työskenteli erilaisissa vanhustenhuollon yksiköissä, osa myös vakinaisissa viroissa. Sairaanhoitajan työkokemusta haastatelluille oli karttunut Suomessa puolesta vuodesta reiluun kahteen vuoteen.

Maahanmuuttajan painolastit ammattilaisena

Kulttuurisia yhteentörmäyksiä korostavasta julkisesta keskustelusta ja omista ennakko-odotuksistaan poiketen haastatellut luonnehtivat vastaanottoaan terveydenhuollon työyhteisöissä yleisesti positiiviseksi. He katsovat saaneensa osakseen tukea, apua, ymmärtäväisyyttä ja ystävällisyyttä. Myös tutkimuskirjallisuudessa (esim. Jaakkola 2000; Forsander 2002; myös Ahmad, luku 4 tässä teoksessa) ja julkisessa puheessa maahanmuuttajataustaisten työntekijöiden suurimmaksi integroitumisen esteeksi kuvattuun puutteelliseen suomen kielen taitoon näyttävät terveydenhuollon työyhteisöt ja potilaat suhtautuvan varsin suurella ymmärtäväisyydellä. Toisaalta, kuten

maahanmuuttajien kotoutumiskokemuksia tutkinut Laura Huttunen (2002, 50) huomauttaa, maahanmuuttajataustaan myönteisestikin suhtautuva puhetapa voi olla maahanmuuttajan näkökulmasta toiseutta tuottavaa. Maahanmuuttajataustaan kohdistettu huomio ja sen nostaminen rutiininomaisesti yhdeksi tärkeimmistä (ammatti) henkilöä määrittävistä ominaisuuksista kiinnittää yksilön yhä uudelleen maahanmuuttajakategoriaan ja muistuttaa samalla yhteisön ulkopuolisuudesta (myös Hall 1999, 10):

> Minun mielestäni heille ei kuulu minun tausta eikä muuta tämmöistä. Minä hoidan samalla tavalla kun kaikki muutkin sairaanhoitajat. Ja se, että mistä päin olen kotoisin, että periaatteessa heillä ei ole minkäänlaista asiaa tai miksi minä muutin Suomeen. (H 4, ent. Neuvostoliitosta.)

Haastatellut pyrkivät irti ulossulkevasta ja marginaalistavasta kategorisoinnista tekemällä aktiivisesti eroa julkista puhetta hallitsevaan mielikuvaan, jossa maahanmuuttajilla nähdään olevan erityisiä vaikeuksia sopeutua suomalaiseen työelämään. Tätä käsitystä haastetaan kuvaamalla uuteen työyhteisöön sopeutuminen myös kokeneita suomalaisia sairaanhoitajia koskettavana prosessina:

> Mä oon huomannut, että suomenkielinen sairaanhoitaja, jotka ovat valmistunut heti ja sitten tulevat töihin, se melkein kolme kuukautta kestää että ne (.) tulevat sisään, ryhmään sisälle ja osaavat itsenäisesti tehdä sairaanhoitajan töitä, mutta joskus enemmänkin. Joskus oon huomannut, että jotka on sairaanhoitaja, heillä on tosi paljon kokemustakin, työkokemusta, mutta hekin kun menevät uudelle osastolle, kaikki aloittaa alusta. (H 1, Lähi-idästä.)

Vaikka haastatellut useimmiten sanoutuvat irti maahanmuuttajataustan merkityksestä työyhteisöön sopeutumisen rajoittajana, se toimii kuitenkin olennaisena ammatillisen jäsenyyden neuvotteluja

organisoivana tekijänä. Työyhteisöissä vallitsevien, yhteiskunnallisiin arvoihin ja hierarkioihin kiinnittyneiden kulttuuristen jäsennystapojen avulla maahanmuuttajataustainen sairaanhoitaja tulee helposti nähdyksi yksilöllisten ominaisuuksiensa ja taitojensa sijaan yhdenmukaistavien ja marginalisoivien stereotypioiden läpi:

> Monet suomalaiset luulevat, että esimerkiksi, ei se tarkoita pahalla, mutta heillä kuitenkin on tällainen ymmärtäminen tai käsittely, että kun hän on maahanmuuttaja tai ulkomainen, ehkä ei osaa tai ei tiedä. (H 8, Lähi-idästä.)

Maahanmuuttajakategoriaan kiinnittyminen vaikuttaa konkreettisesti maahanmuuttajataustaisen työntekijän ammatilliseen jäsenyyteen ennen kaikkea ammatilliseen osaamiseen ja tietämykseen kohdistuvien epäilysten myötä. Marginalisoivan kategorisoinnin kohteeksi joutuminen voi näyttäytyä ammattilaisen kokemuksena siitä, että hänen työtehtävistä suoriutumistaan valvotaan ja ammatillisia perustietojaan varmistellaan tai että häntä juoksutetaan kenttätöissä muiden apulaisena. (Ks. myös Laurén & Wrede, luku 8 tässä teoksessa.) Marginalisoiminen voi saada muotonsa myös konkreettisempien rajoitusten avulla:

> Sen perehdytyksen aikana mä olin yhdellä osastolla. Siellä mä otin tipan pois potilaalta, se loppui. Sitten yks hoitaja sanoi, onko sulla iv-lupa? Sitten mä sanoin, en mä saanut vielä sitä, mutta mä olen laittanut paljon kanyylia, mä osaan sen. Sitten hän sanoi, että kun sä kosket ihan kaikki ja teet vähän kaikki, että sä ihan ilman lupaa sä kosket kaikkiin. (...) Jotenkin se tuntui tosi, se sattui tosi paljon, kun mä heti mä mietin, mitä mä tein, mitä mä olin kotimaassa. Kaikki opiskelijat olivat mun kanssa, mä opetin heitä. Ja nyt täällä sen kielen takia eivät usko mua, että mä otan sen letkun vain pois potilaalta. (H 5, Lähi-idästä.)

Hieman myöhemmin haastateltu raskauttaa tapahtumaa entisestään toteamalla, että kyseisellä osastolla perushoitajillakin oli lupa irrottaa potilaalta tyhjä tippaletku. Vaikka tämänkaltaiset ammatilliset ulossulkemiset eivät ole haastatteluaineistossa yleisiä, ammattitaidon aliarvioiminen tai kyseenalaistaminen on kansainvälisesti tavallinen ulkomaalaisten sairaanhoitajien kokema ongelma (esim. Larsen ym. 2005; O'Brien 2007). Juuri teknistä taitoa vaativien, sairaanhoitajan työtehtävien hierarkiassa korkealle sijoittuvien hoitotoimenpiteiden rajaaminen näyttäytyy yhtenä keskeisimmistä tavoista rakentaa ammatin sisäistä hierarkiaa (ks. esim. Laiho & Ruoholinna 2008).

Kategorioiden sisään rakentuvien hienovireisempien erontekojen (Huttunen 2004, 139) myötä maahanmuuttajatausta tuottaa erilaisia seurauksia eri maista muuttaneille ihmisille. "Tietämättömän maahanmuuttajan" stereotypia koettelee haastateltujen kertomuksissa erityisesti ei-länsimaalaisia ammattilaisia: mitä kaukaisempi lähtömaa niin maantieteellisesti kuin kulttuurisesti, sitä vahvempia ammatilliseen koulutukseen ja osaamiseen sekä teknisten laitteiden hallintaan kohdistuvia epäilyjä maahanmuuttajasairaanhoitaja vaikuttaisi kohtaavan (ks. myös Simola 2008, 23). Vastaavanlaisia etnisiä hierarkioita vaikuttaisi syntyvän myös muilla aloilla, joihin on tullut paljon työntekijöitä ulkomailta (ks. Alho, luku 5 tässä teoksessa).

Maahanmuuttajuuden toiseuttava merkitys näyttää konkretisoituvan erityisesti vanhustenhuollossa tilanteissa, joissa maahanmuuttajataustainen sairaanhoitaja toimii avustavan hoitohenkilökunnan esimiehenä. Useimmat vanhustenhuollossa työskennelleet haastatellut toistavat kertomusta lähi- ja perushoitajien sekä hoitoapulaisten vaikeuksista hyväksyä maahanmuuttajataustainen sairaanhoitaja esimiehenä ja työn organisoijana:

> Se on perushoitaja, ja hän on viis- (...) ollut kaksikymmentä vuotta töissä, hänellä ei ole helpointa, kun sairaanhoitaja on ulkomaalainen ja jonkun asia on hänen kädessään (...) Se, mä oon huomannut, se ei mene heihin ihan helposti, tulee ongelma. (H 1, Lähi-idästä.)

Vaikka maahanmuuttajataustainen työntekijä voidaan vielä hyväksyä kollegana (vrt. Laurén & Wrede, luku 8 tässä teoksessa), maahanmuuttajataustaisen työtoverin nouseminen institutionaalisessa hierarkiassa esimiesasemaan ylittää kulttuuriseen luokittelujärjestelmään sisältyvät normatiivisuuden rajat. Valtakamppailussa maahanmuuttajasairaanhoitajien arvovallan nujertamiseksi haastatellut kertovat avustavan hoitohenkilökunnan ilmaisevan negatiivisia tunteitaan hyvinkin avoimesti. Myös Helen Allan ja John Aggergaard Larsen (2003) tuovat esiin Isoon-Britanniaan sijoittuvassa, ulkomaalaisten sairaanhoitajien kokemuksia käsitelleessä tutkimuksessaan, että ulkomaalaiset sairaanhoitajat joutuvat helposti avustavan hoitohenkilökunnan kiusanteon kohteiksi sikäläisessä terveydenhuollossa. Toisaalta hankaluudet hoitotyön eri ammattiryhmien suhteissa koskettavat myös kantasuomalaisia ammattien edustajia. Terveydenhuollon ammattien ja työn sosiologisen tutkimuksen näkökulmasta työnjaoltaan ja käskysuhteiltaan ongelmallinen sairaanhoitaja–lähihoitajasuhde onkin etnistä luokittelua laajempi, enemmänkin eri ammattiryhmien välistä rajanvetoa kuvaava ilmiö (ks. Henriksson 1998, 136–141; Dahle 2003; Wrede 2008).

Avustavien hoitotyöntekijöiden suhdetta lukuun ottamatta maahanmuuttajataustaan tavalla tai toisella kiinnittyvät ikävät tapahtumat esiintyvät ennen kaikkea perehdytysvaiheessa, lyhytaikaisissa sijaisuuksissa tai tilanteissa, joissa työyhteisöön on saapunut yhteisön ulkopuolinen työntekijä. Stereotyyppinen maahanmuuttajakategoria näyttääkin määrittävän suhteita ennen kaikkea silloin, kun maahanmuuttajataustainen työntekijä on työyhteisössä uusi ja tuntematon:

> Mä en tiedä eikä se [maahanmuuttotausta] vaikuta sitten, kun mä olen vähän pitemmän aikaa ollut siellä ja ne kaikki tuntee minut. Ehkä sekin vaikuttaa, mutta kun alussa mä olin monissa muissa paikoissa, mä siellä huomasin, että ei kaikki tule lähelle. Kun ne eivät tunteneet mua. Ehkä ne ajattelivat, että mä en osaa puhua. En tiedä mikä se syy oli. Mutta kun mä olen täällä

> ja kaikki tuntevat minut, mä en huomannut, että ne katsovat minua niin kuin erilaista ihmistä. (H 5, Lähi-idästä.)

Selittäessään itseensä kohdistuneita ennakkoluuloja haastatellut rakentavat samalla suomalaisia koskevaa etnisyyskategoriaa. Ennakkoluulot, epäluulo ja tarkkailu tulevat ymmärretyiksi haastateltujen puheessa usein ikään kuin ”luonnollisena” suomalaisuuteen kuuluvana tiedon ja aikaisemman kokemuksen puutteena. Tämä merkityksellistämisen tapa tuottaa ymmärtäväisen näkökulman suomalaisia työtovereita kohtaan mutta samalla se liittää suomalaisuuteen eräänlaisen tietämättömyyden ennakko-oletuksen (ks. Rastas 2004).

Voi ajatella, että kenen tahansa uuteen yhteisöön sisään pääsemiseen sisältyy jonkinlainen kategorioiden välisessä tilassa olemisen prosessi, jonka myötä yksilö siirtyy yhteisön reuna-alueilta sen täysivaltaiseksi jäseneksi. Maahanmuuttajasairaanhoitajien näkökulmasta ammatillisen jäsenyyden neuvotteluissa on ensisijaisena tavoitteena tulla nähdyksi stereotyyppisen maahanmuuttajakategorian edustajan sijaan yksilönä, jolla on sairaanhoitajan ammatin edustajalle kuuluvat taidot ja tiedot. Stereotypioista on silti vaikea päästä kokonaan yli tutustumisenkaan jälkeen. Jonkinlainen ”todistamisen taakka” saattaa seurata maahanmuuttajataustaisen työntekijän painolastina tutussakin työyhteisössä:

> En voi olla, siis jos oot sairas [naurahtaa] pitää miettiä kaks kertaa, otatko sairauslomaa vai et ja kuinka usein. Ei sais tehdä virhettä. Sitten helposti menee siks, koska hän on maahanmuuttaja ja ne on aina myöhässä [nauraa]. (H 17, Itä-Euroopasta.)

Maahanmuuttajasairaanhoitajien kokema paine olla virheetön muistuttaa niitä paineita, joita naiset pitkään kohtasivat ja osin edelleen kohtaavat työmarkkinoilla (ks. Haavisto ym, luku 10 tässä teoksessa; teema nousee esiin myös Olga Silfverillä, joka käsittelee maahanmuuttajatyöntekijöiden kokemusta ilmiön kääntöpuolesta, luku 6 tässä teoksessa).

Ambivalentti rasismi

On mielenkiintoista, etteivät haastatellut yleensä tulkitse toiseuttavien kategorisointien kohteeksi joutumista varsinaisesti rasismiksi. Haastateltujen rasismia koskevassa puheessa korostuu usein *toisten* kokeman rasismin esiin tuominen, samalla kun omat rasismikokemukset kielletään:

> SN: Mitä sanoisit, että ook sä kokenut rasismia jossain vaiheessa?
> H: (...) Kyllä varmaan se on ollut, mutta se ei oo sanottu suoraan. Mutta mä en oo kokenut itse.
> SN: Missään –
> H: Koskaan ei, ei. Vaikka kyllä mä kuulin, että meidän [pätevöitymiskoulutus]ryhmästä tytöt on kokenut sitä rasismia kyllä. (H 7, ent. Neuvostoliitosta.)

Toisaalta kuten edellä oleva lainaus osoittaa, rasismia kyllä *epäillään* kohdatuksi, vaikkei sitä olisikaan huomattu. Tulkitsen tämän sekä kertovan haastateltujen kokemasta rasismin määrittelyn vaikeudesta (ks. Rastas 2005) että viittaavan marginaalistavien kategorisointien olemassaoloon työyhteisöissä, vaikka niiden eritteleminen ja sanoiksi pukeminen olisikin vaikeaa:

> Ehkä piilo[rasismia] kyllä [on olemassa], että musta tuntuu, että minusta vain jutellaan selkäni takana [nauraa]. Niin, että tämmöistä kyllä on olemassa, mutta mä en tiedä mitä. Ja sitten se, että ehkä on olemassa osastolla kaksinaamaisia ihmisiä, jotka hymyilee mutta selän takana kauheita puhuu. (H 4, ent. Neuvostoliitosta.)

Haastateltujen omaksumassa rasismin ja muulla tavoin epäoikeudenmukaiseksi koetun kohtelun käsittelemisessä voi tulkita olevan samanlaista pyrkimystä välttää yhdenmukaistavia kategorisointeja

kuin heidän uuteen työyhteisöön integroitumista käsittelevässä puheessaan. Kategoristen ominaisuuksien sijaan haastateltujen tulkinnoissa korostuvat sekä maahanmuuttajien että kantasuomalaisten yksilölliset ominaisuudet:

> Se varmaan riippuu ihmisestä, minkälainen (.) minkälainen säkin itekin oot, kuinka sä vaikutat ihmisiin, sekin varmaan riippuu [siitä, kuinka ihmiset kohtelevat sinua]. (H 2, Itä-Euroopasta.)

Ongelmia ei siten aiheuta erilaisten kulttuurien kohtaaminen vaan ihmisten yksilölliset piirteet ja käytös. Taustasta riippumatta kaikki eivät voi pitää kaikista, ja kaikissa maissa on hyviä ja huonoja ihmisiä (ks. Rastas 2004). Itseä koskettaneet ikävät kokemukset selitetään useimmiten vetoamalla toisen väsymykseen ja henkilökohtaisiin ongelmiin sekä tiedon puutteeseen. Tämä yksilön toimijuutta korostava näkökulma sysää samalla maahanmuuttajalle huomattavan vastuun mahdollisen rasismin kohteeksi joutumisesta.

Viimeisenä mahdollisuutena kategorisointiin perustuvien toiseuttavien käytäntöjen ikeestä pääsemiseksi näyttäytyy työpaikan vaihtaminen. Se muodostaa nykyisessä työmarkkinatilanteessa maahanmuuttajasairaanhoitajille varsin realistisen ratkaisun, jos olo työpaikalla ei ponnisteluista huolimatta tunnu hyvältä:

> Joskus työpaikalla ei kukaan odota sinua. Mutta ei pitäisi noin henkilökohtaisesti reagoida, että koko Suomi hylkää sinua. Pitää vaikka vaihtaa työpaikkaa, jos siellä on hankalaa. (...) Ei pidä tehdä semmoinen suotta, olen ulkomaalainen, kuka hyväksyy minut? Ensin katso, minkälaiset ihmiset, mikä on osasto ja onko semmoiset porukat, jotka ei anna työtä. Sitten vaihtaa. (H 20, Itä-Euroopasta.)

Sairaanhoitajan ammattikategoriaan kiinnittymisen paikat ja tavat

Samalla kun ulkomaalaisen sairaanhoitajan ammatillinen asema notkahtaa usein maahanmuuton myötä ja aikaisempi käsitys itsestä ammattilaisena joutuu uudessa työyhteisössä kyseenalaistetuksi (esim. O'Brien 2007), myös oma ammatillinen identiteetti joutuu uudelleen pohdiskelujen kohteeksi (Eteläpelto 2007, 93–94). Mistä maahanmuuttajasairaanhoitajat sitten löytävät ammattiin ja työyhteisöihin kiinnittymisen paikkoja ja tapoja, joiden avulla he voivat ponnistella marginaalistavan maahanmuuttajakategorian sisältä kohti täysivaltaista sairaanhoidon ammattilaisen asemaa?

Maahanmuuttajakategorian kasvottomasta lokerosta ulospääseminen ja yhteisön jäseneksi kiinnittyminen vaativat ennen kaikkea molemminpuolista tutustumista (myös Huttunen 2004), joka tarjoaa väylän luottamuksen syntymiselle. Luottamuksen saavuttamisessa ja sairaanhoitajan kategoriaan kiinnittymisessä haastatellut korostavat ensisijaisena resurssinaan vankkaa ammatillista osaamista, joka rakentuu aikaisemmalle, entisessä kotimaassa hankitulle työkokemukselle. Vahva ammatillinen osaaminen kantaa yli kategorisointien ja kielivaikeuksien:

> Minulla on paljon työkokemusta entisessä maassa. Minä annan jonkun hyvän esimerkin toimenpiteissä, mikä suomalaiselle myös kiinnostava. Ensiksi tottakai, kun aloitan puhuun, ensin pari päivää he ihmettelevät, no miten minä voin tehdä [kun olen ulkomaalainen]. Mutta kun monta kertaa per päivä nousevat ammatilliset taidot ja tasot ja minä osaan ja minä annan hyvän esimerkin. (...) Tämä työ mitä kuuluu sairaanhoitajalle minä helposti teen, koska se on tuttu minulle ja minulla on tuplakoulutus plus harjoittelujaksot. Ei se mitään vaikeuksia tullut minulle, koska minä osaan sen työn. (H 20, Itä-Euroopasta.)

Vahva ammatillinen osaaminen antaa mahdollisuuden vastustaa ammattitaidon aliarvioimista. Oma ammattitaito todistetaan epäilijöille yksinkertaisesti tekemällä:

> Mä vain näytän heille, että minä osaan, vaikka mulla ei ole kielitaitoa niin kuin te suomalaiset. (...) Ei mun tartte riidellä tai tapella tai kenelle todistaa kielellä että mä osaan, mä vain näytän että kyllä mä osaan. (H 8, Lähi-idästä.)

Työkokemus rakentaa ammatillisen osaamisen lisäksi myös ammatillista identiteettiä. Sairaanhoitajien ammatti-identiteetin rakentumista tarkastellut Simone Kirpal (2004) esittää ihmiskeskeisyyden tarjoavan hoitotyön ammattikulttuureissa olennaisen ammattiin kiinnittymisen kohteen, joka luo jatkuvuutta ammatti- ja työidentiteettiin myös suurten muutosten keskellä. Haastatelluille maahanmuuttajasairaanhoitajille ihmiskeskeisyys näyttäytyy hoitotyön kliinisten taitojen tapaan universaalina, kulttuuriset rajat ylittävänä ammatillisena perustana. Tämä universaali perusta helpottaa olennaisesti ammattiin ja työyhteisöön kiinnittymistä myös silloin, kun maahanmuuttajataustaisia työntekijöitä yritetään sulkea ammatillisen hierarkian alareunamille. Potilailta saatu positiivinen palaute muodostuu haastateltujen puheessa erittäin tärkeäksi tekijäksi työelämässä jaksamisessa. (Positiivinen) potilaspalaute tuo esimerkiksi lohtua työtovereilta saadun negatiivisen palautteen keskellä, kuten eräs haastateltu järkeilee: ”[K]oska yksikään potilas ei oo sanonut, että mä en halua sitä hoitajaa” (H 3, Itä-Euroopasta). Hoitotyön ihmiskeskeiseen eetokseen nojautuen monet haastatellut antavatkin suuremman merkityksen potilaille kuin kollegoille ammatillisuuttaan ja osaamistaan määrittelevinä toimijoina.

Konfliktitilanteissa vahva tietoisuus omasta ammatti-identiteetistä ja -roolista sekä kollegoilta ja esimiehiltä saatu tuki auttavat pitämään kiinni omasta ammatillisesta asemasta (Ks. myös Davies 2002a; 2002b; Eteläpelto 2007, 102):

> En mä kuullu mitään mä kaikki unohdin. Mulla on oma työ ja hänellä [lähihoitajalla] on omat työt. Mä järjestän, jos [hän] ei halua kuulla, mä ilmoitan eteenpäin. (...) Mä pärjään. Mä teen sen. Ei lähihoitaja järjestä mun työtä, vastaava sairaanhoitaja ja osastonhoitaja järjestää. Hän voi arvioida mun työtä. (...) Vastaava sairaanhoitaja antaa mulle ihan hyvät arvot, hänhän ihan sanoo mulle, ett unohda kaikki [nauraa] (...) Hän sanoo, älä nyt stressaa, mun mielestäni sinä oot pärjänny ja teet omat työt. (H 9, ent. Neuvostoliitosta.)

Vastaavasti ne sairaanhoitajat, joilla ei ole juuri aikaisempaa työkokemusta, kokevat asemansa osastoilla yleensä vaikeimpana. Omassa ammatillisessa kokemuksessa ja tietämyksessä koetut puutteet voivat heikon kielitaidon ohella korostaa kokemusta maahanmuuttajakategorian marginalisoivasta voimasta. Tätä osoittaa esimerkiksi seuraava haastateltu, jolla on hyvin vähän aiempaa työkokemusta. Hän peilannee näkemystään omiin kokemuksiinsa sairaalassa X, jossa hän oli työskennellyt aiemmin:

> SN: No vaikuttaako se maahanmuuttajatausta sitten työpaikalla jotenkin?
> H: Mä oon kuullut paljon, että [sairaalassa X] [maahanmuuttajatausta] vaikuttaa, mutta ei meidän sairaalassa. (...)
> SN: Osaak sä sanoa tarkemmin että millä tavalla?
> H: Ihan vaan kolme tärkeätä asiaa: suomen kielen taito, kokemuksen puuttuminen sekä sisätautisairaalan tietämys. Miten sä, en mä tiä paljon sairaudesta (.) no, tietoja ihan [puuttuu]. (H 14, Itä-Euroopasta.)

Samalla kun ammatillisen ulossulkemisen tilanteet kohdistuvat eniten työtehtävien hierarkiassa korkealla oleviin teknisiin hoitotoimenpiteisiin, tarjoaa juuri vaativiin teknisiin taitoihin tai teknisten laitteiden hallintaan liittyvien työtehtävien hallinta useille haastatelluista kokeneista maahanmuuttajasairaanhoitajista erityisosaajan

aseman omissa työyhteisöissään. Tällaisen erityisaseman mahdollistavana kliinisenä erityistaitona näyttäytyy ennen kaikkea kanylointi: ”Jos joku vaikea kanyyli, ne eivät soita anestesialle, ne ensin pyytävät minua [nauraa], koska mä olen lapsille tosi paljon kanyylia laittanut kotimaassa.” (H 5, Lähi-idästä.)

Aikaisempi ulkomailla hankittu työkokemus näyttäytyy siis maahanmuuttajasairaanhoitajille huomattavana resurssina ammatillisen aseman haltuun ottamisessa. Työkokemus tuottaa vahvan ammatillisen identiteetin ja konkretisoituu ammatillisen osaamisen avulla. Osaaminen puolestaan edistää luottamuksen saavuttamista työyhteisössä. Myös Anne Kovalaisen ja Johanna Österberg-Högstedtin (2008) kunnallisalan yksityisesti tuotettujen palvelujen sopimismekanismeja käsittelevässä tutkimuksessa ammatillinen osaaminen näyttäytyy terveydenhuoltoalalla tuttuuden ohella ensiarvoisena luottamuksen synnyttäjänä. Aikaisempaan maahanmuuttajia käsittelevään tutkimukseen verrattuna haastattelemani maahanmuuttajasairaanhoitajat ovat tässä suhteessa poikkeuksellisia: esimerkiksi niin transnationaalisia käytäntöjä tutkinut antropologi Aihwa Ong (1999, 87–109) kuin maahanmuuttajien työmarkkina-asemaa ja työllistymistä Suomessa tutkineet Annika Forsander (2002, 218–221) sekä Anne Alitolppa-Niitamo (Forsander & Alitolppa-Niitamo 2000, 31–32) ovat osoittaneet, että maahanmuuttajien on vaikea muuttaa ulkomailla hankkimaansa työkokemusta pääomaksi uudessa kotimaassaan.

Maahanmuuttajatausta ammatillisena pääomana

Marginaalistavista merkityksistä huolimatta maahanmuuttajatausta saa haastateltujen puheessa myös paljon positiivisia merkityksiä (ks. myös Forsander 2002, 226). Maahanmuuttajuuteen liittyvien kokemusten katsotaan vahvistavan omaa identiteettiä ja tuottavan joustavuutta, rohkeutta sekä ymmärrystä muita ihmisiä kohtaan:

> Tämä [maahanmuuttajuuteen liittyvä kokemus] on mun paras mitä mulla on annettavaa näille asiakkaille. (...) Olen eri kulttuurista ja mulla on aika pitkä tie tähän asti. Olen pohtinut aika paljon, kuinka paljon ihmisestä on omaa itseensä, kuinka paljon hän tuo omasta perheestä missä hän on kasvanut ja kuinka paljon hän tuo omasta kulttuuristaan. Eli joutuen vastaamaan itselle myös tämän kysymyksen, kuka mä oon todellinen minä [nauraa], se ei oo [huokaa] helppo kysymys. Ja sitten tällä tavalla olen oppinut tuntemaan enemmän ihmisten luonnetta ja se on antanut mulle joustavuutta. (H 17, Itä-Euroopasta.)

Maahanmuuttajatausta voi tuottaa sairaanhoitajuuteen yhdistettynä myös uudenlaisia toimijarooleja työyhteisöissä. Kuten kansallisten politiikka-asiakirjojen tarkastelu (Nieminen & Henriksson 2008, 209) osoittaa, vieraiden kulttuurien tuntemukseen ja laajaan kielitaitoon liittyvää osaamista pidetään nykyään toivottuna työntekijöiden ominaisuutena myös terveydenhuollossa. Maahanmuuttajasairaanhoitajat näyttävätkin kykenevän kääntämään tällaisen pääoman edukseen. Koska terveydenhuollon henkilöstö kokee maahanmuuttajat hankalaksi asiakasryhmäksi etupäässä juuri kieliongelmien ja tulkkauksen huonon saatavuuden takia (Taavela 1999), relevantti kielitaito nostaa maahanmuuttajasairaanhoitajat työyhteisöissä usein lähes korvaamattomaan asemaan. Tässä asiassa terveydenhuolto muodostanee erityisen kontekstin, sillä esimerkiksi maahanmuuttajien työhönottoa tarkastelleen Timo Jaakkolan tutkimuksessa (2000) työnantajat eivät juuri antaneet maahanmuuttajien vieraiden kielten taidoille merkitystä (ks. myös Forsander 2002, 190–191).

Omaan etniseen taustaan liittyvän asiantuntijuuden lisäksi useat haastatellut tuovat esiin oman maahanmuuttokokemuksensa tuottaman asiantuntijuuden merkityksen maahanmuuttajapotilaiden hoitamisessa (vrt. Sainola-Rodriguez 2009). Kielitaidon tavoin myös tämän kompetenssin hyötyjinä näyttäytyvät niin maahanmuuttajasairaanhoitajat, maahanmuuttajataustaiset potilaat kuin koko työyhteisö. Tämä ei kuitenkaan tuota maahanmuuttajasairaan-

hoitajille terveystyön valtakysymyksiä tutkineen sosiologi Richard Hugmanin (1991, 158) esittämää ”alentavaa” asemaa ainoastaan tai ensisijaisesti kaikkien maahanmuuttajapotilaiden hoitajana. Kuten aikaisemmatkin haastattelukatkelmat kertovat, maahanmuuttaja-sairaanhoitajien arvo työyhteisöissä yltää paljon korkeammalle kuin pelkästään maahanmuuttajapotilaiden hoitoon liittyvään ”etniseen osaamiseen”.

> Se kuitenkin tuo hirveästi, se on rikkaus, kun on ulkomaalais-syntyinen mun mielestä, että mä saan hirveästi kanssa paljon siitä ja kokemuksiakin tulee. Jollakulla on jotakin muuta, että tuo osastolle. Ett on vähän toisenlainen tapa työskennellä, ett mä saan palautetta siitä. (...) Mutta ne tykkää siis ja ihan hyvää palautetta mä olen saanut jokaisella osastolla miss mä olen. (H 15, ent. Neuvostoliitosta.)

Lopuksi

Julkisessa puheessa työkansalaisuuden marginaaliin määrittyvä maahanmuuttaja on keskiluokkaista ja koulutettua (nais)ammattia edustavana ikään kuin ”asiaankuulumattomassa” paikassa (ks. Douglas 2000; Doyle ym. 2006). Maahanmuuttajakategoriaan liitettyjen stereotyyppisten oletusten ja käsitysten asettuminen ristiriitaan sairaanhoitaja-ammattilaisen kategoriaan liitettävien mielikuvien kanssa ilmenee haastattelemillani maahanmuuttajasairaanhoitajilla ammattiosaamisen epäilyn ja luottamuksen puutteen kaltaisina, toiseutta tuottavina kokemuksina. Maahanmuuttajataustaiselle ammattilaiselle toiseutta tuottava kategorisointi ilmenee voimakkaimmin vieraassa työyhteisössä, jolloin maahanmuuttajan ja sairaanhoitajan kategorioiden välinen raja piirtyy näkyviin tuttuuden ja vierauden sekä epäluottamuksen ja luottamuksen välisenä rajana.

Haastatellut pyrkivät pääsemään ulos maahanmuuttotaustan määrittelemästä kapeuttavasta kategoriasta ja tulemaan nähdyiksi ensisijaisesti sairaanhoitajina suomalaisten kollegojensa tavoin. Tässä he tukeutuvat ihmisten (etnisestä) taustasta riippumattomaan universaaliin ihmiskäsitykseen sekä yksilön toimijuutta korostavaan näkökulmaan. Sairaanhoitajan ammatissa universaaleiksi koetut hoitotyön perusteet sekä potilas työn kohteena ylittävät kulttuurierot ja tarjoavat vahvan kiinnittymismahdollisuuden myös marginalisoivien kulttuuristen luokitusten keskellä. Toisaalta työkokemuksesta kumpuava vankka ammatillinen identiteetti ja osaaminen luovat toimintakykyä vaikeissakin tilanteissa. Maahanmuuttajasairaanhoitajien neuvottelumahdollisuuksia laajentaa hyvä terveydenhuollon työmarkkinatilanne, joka tarjoaa tarvittaessa eräänlaisen ”varaoven” hankalasta tilanteesta ulospääsemiseksi.

Haasteista huolimatta haastatellut näyttävät kuitenkin myös arvostavan maahanmuuttotaustaansa erityisenä voimavarana. Maahanmuuttotausta avaa mahdollisuuden toisaalta erityiseen osaamiseen kulttuuristen ja kielellisten taitojen saralla ja toisaalta henkilökohtaiseen kehittymiseen ja vahvistumiseen. Maahanmuuttajataustan voikin tulkita tuottavan yhdessä sairaanhoitajuuden kanssa uudenlaisia ajattelu- ja toimintatapoja, jotka laajentavat sairaanhoitajan ammatin rajoja ja auttavat samalla purkamaan käsitystä yhdestä yhtenäisestä ammattikunnasta. Maahanmuuttajasairaanhoitajat näyttäytyvät näin aktiivisina toimijoina, jotka materialisoivat sekä maahanmuuttaja- että sairaanhoitajakategorian tarjoamia resursseja, sen sijaan että he jäisivät näihin kategorioihin perinteisesti liitettyjen kulttuuristen stereotypioiden määrittämien rajoitusten vangeiksi (ks. myös Huttunen 2002, 214).

Tässä esitellyn aineiston perusteella sairaanhoitajan ammatti näyttäisi siis muodostavan areenan, jolla voidaan luoda tässä historiallisessa, kulttuurisessa ja yhteiskunnallisessa kontekstissa erilaiset etniset ja kulttuuriset rajat ylittävää yhteisöllisyyttä. Maailman, yhteiskunnan ja ammattien haasteiden ja ihanteiden muuttuessa ”uudet” sairaanhoitajat näyttävät löytävän oman paikkansa

terveydenhuollon työyhteisöissä ennakkoluulot ylittävän molemminpuolisen tutustumisen avulla. Tutustuminen avaa portin myös kategorisoinnin kääntöpuoleen eli partikularisoimiseen, jossa poikkeustapaukset avaavat mahdollisuuden purkaa ryhmiin perinteisesti liitettäviä kategorisia käsityksiä (Douglas 2000). Voidaankin kysyä, muodostuuko maahanmuuttajasairaanhoitajista ajan kuluessa osa terveydenhuollon työyhteisöjemme normaaliutta ja järjestystä.

Viitteet

1. Valvira oli ennen vuotta 2009 Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO).

Lähteet ja kirjallisuus

Haastattelut

H 1: kotoisin Lähi-idästä. Haastateltu tammikuussa 2006.
H 2: kotoisin Itä-Euroopasta. Haastateltu helmikuussa 2006.
H 3: kotoisin Itä-Euroopasta. Haastateltu maaliskuussa 2006.
H 4: kotoisin entisen Neuvostoliiton alueelta. Haastateltu maaliskuussa 2006.
H 5: kotoisin Lähi-idästä. Haastateltu maaliskuussa 2006.
H 7: kotoisin entisen Neuvostoliiton alueelta. Haastateltu maaliskuussa 2006.
H 8: kotoisin Lähi-idästä. Haastateltu huhtikuussa 2006.
H 9: kotoisin entisen Neuvostoliiton alueelta. Haastateltu huhtikuussa 2006.
H 14: kotoisin Itä-Euroopasta. Haastateltu elokuussa 2006.
H 15: kotoisin entisen Neuvostoliiton alueelta. Haastateltu syyskuussa 2006.
H 17: kotoisin Itä-Euroopasta. Haastateltu syyskuussa 2006.
H 20: kotoisin Itä-Euroopasta. Haastateltu marraskuussa 2006.

Allan, H.T. & John Aggergaard Larsen (2003). *"We need respect" – Experiences of Internationally Recruited Nurses in the UK.* London: The Royal College of Nursing. <http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0008/78587/002061.pdf>

Dahle, Rannveig (2003). Shifting Boundaries and Negotiations on Knowledge: Interprofessional Conflicts between Nurses and Nursing Assistants in Norway. *International Journal of Sociology and Social Policy* 23:4/5, 139–158.

Davies, Celia (1996). The Sociology of Professions and the Profession of Gender. *Sociology* 30:4, 661–678.

— (2002a). Managing Identities: Workers, Professions and Identity. *Nursing Management* 9:5, 31–34.

— (2002b). Continuing to Manage Identities. *Nursing Management* 9:6, 31–34.

Douglas, Mary (2000). *Puhtaus ja vaara. Ritualistisen rajanvedon analyysi.* Suomentaneet Virpi Blom & Kaarina Hazard. Tampere: Vastapaino. (Englanninkielinen alkuteos *Purity and Danger. An Analysis of. Concepts of Pollution and Taboo* 1966.)

Doyle, Judith, Nicola Mooney & Jane Ku (2006). Why Not Me? Women Immigrants and Unemployment in New Brunswick. *Migration Letters* 3:2, 161–168.

Eteläpelto, Anneli (2007). Työidentiteetti ja subjektius rakenteiden ja toimijuuden ristiaallokossa. Teoksessa Anneli Eteläpelto, Kaija Collin & Jaana Saarinen (toim.): *Työ, identiteetti ja oppiminen.* Helsinki: WSOY, 90–141.

Forsander, Annika (2002). *Luottamuksen ehdot. Maahanmuuttajat 1990-luvun suomalaisilla työmarkkinoilla.* Helsinki: Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos.

Forsander, Annika & Anne Alitolppa-Niitamo (2000). *Maahanmuuttajien työllistyminen ja työhallinto – keitä, miten ja minne.* Työhallinnon julkaisu 242. Helsinki: Työministeriö.

Hagey, Rebecca, Ushi Choudhry, Sepali Guruge, Jane Turritin, Enid Collins & Ruth Lee (2001). Immigrant nurses? Experience of Racism. *Journal of Nursing Scholarship* 33:4, 389–394.

Hall, Stuart (1999). *Identiteetti*. Suomentaneet ja toimittaneet Mikko Lehtonen & Juha Herkman. Tampere: Vastapaino.

Henriksson, Lea (1998). *Naisten terveystyö ja ammatillistumisen politiikka.* Tutkimuksia 88. Helsinki: Stakes.

Henriksson, Lea & Sirpa Wrede (toim.) (2004). *Hyvinvointityön ammatit.* Helsinki: Gaudeamus.

Hughes, Everett C. (1958). *Men and Their Work.* Glencoe, Ill.: Free Press.

Hugman, Richard (1991). *Power in Caring Professions*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Huttunen, Laura (2002). *Kotona, maanpaossa, matkalla: kodin merkitykset maahanmuuttajien omaelämäkerroissa.* Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.

— (2004). Kasvoton ulkomaalainen ja kokonainen ihminen: marginalisoiva kategorisointi ja maahanmuuttajien vastastrategiat. Teoksessa Arja Jokinen, Laura Huttunen & Anna Kulmala (toim.): *Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista.* Helsinki: Gaudeamus, 134–154.

Jaakkola, Timo (2000). *Maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt työhönotossa ja työelämässä.* Työpoliittinen tutkimus 218. Helsinki: Työministeriö.

Jokinen, Arja, Kirsi Juhila & Eero Suoninen (1999). *Diskurssianalyysi liikkeessä.* Tampere: Vastapaino.

Kingma, Mireille (2007). Nurses on the Move: A Global Overview. *Health Services Research* 42:3, 1281–1298.

Kirpal, Simone (2004). Work Identities of Nurses. Between Caring and Efficiency Demands. *Career Development International* 9:3, 274–304.

Kovalainen, Anne & Johanna Österberg-Högstedt (2008). *Sopimisen mekanismit sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Helsinki: Kunnallisalan kehittämissäätiö.

Laiho, Anne & Tarita Ruoholinna (2008). Terveysalan ammattilaisten koulutuspuhe: erontekoja, nostalgiaa sekä koulutuksen ja työn epäsuhtaa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73:1, 36–51.

Larsen, John Aggergaard, Helen T. Allan, Karen Bryan & Pam Smith (2005). Overseas Nurses' Motivations for Working in the UK: Globalization and Life Politics. *Work, Employment and Society* 19:2, 349–368.

Löytty, Olli (2005). Toiseuttamista ja tilakurittomuutta. Teoksessa Olli Löytty (toim.): *Rajanylityksiä. Tutkimusreittejä toiseuden tuolle puolen.* Helsinki: Gaudeamus, 7–24.

Nieminen, Suvi (2007). Negotiating Skilled Migration: Professional Membership of Nurse Immigrants in Finland. Teoksessa Östen Wahlbeck (toim.): *Ny migration och etnicitet i Norden*. Ekonomisk-Statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi, 99–120.

— (tulossa). Maahanmuuttajasairaanhoitajien pätevöitymisprosessi. Teoksessa Anne Laiho & Tarita Ruoholinna (toim.): *Terveysalan koulutus*. Helsinki: Gaudeamus.

Nieminen, Suvi & Lea Henriksson (2008). Immigrant Nurses in Finland: Political Negotiations on Occupational Membership. Teoksessa Sirpa Wrede ym. (toim.): *Care Work in Crisis*. Malmö: Studentlitteratur, 199–218.

O'Brien, Terri (2007). Overseas Nurses in the National Health Service: a Process of Deskilling. *Journal of Clinical Nursing* 16:12, 2229–2236.

Ong, Aihwa (1999). *Flexible Citizenship: The Cultural Logics of Transnationality.* Durham: Duke University Press.

Rastas, Anna (2004): Am I Still 'White'? Dealing with the Colour Trouble. Balayi: *Culture, Law and Colonialism* 6, 94–106.

— (2005). Rasismi. Teoksessa Anna Rastas, Laura Huttunen & Olli Löytty (toim.): *Suomalainen vieraskirja. Kuinka käsitellä monikulttuurisuutta.* Tampere: Vastapaino.

Sainola-Rodriguez, Kirsti (2009). Transnationaalinen osaaminen – uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Kuopion yliopisto.
Simola, Anna (2008). *Tervetullut työvoimaksi. Työperäinen maahanmuutto mediassa.* Tiedotusopin laitoksen julkaisuja, sarja A 109/2008. Tampereen yliopisto.
Strauss, Anselm (1978). *Negotiations.* California: Jossey-Bass Publishers.
Taavela, Raija (1999). *Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa*. Kuopion yliopisto.
Werbner, Pnina & Tariq Modood (toim.) (1997). *Debating Cultural Hybridity. Multi-cultural Identities and the Politics of Anti-racism.* London: Zed Books.
Wrede, Sirpa (2008). Educating Generalists: Flexibility and Identity in Auxiliary Nursing in Finland. Teoksessa Ellen Kuhlmann & Mike Saks (toim.): *Rethinking Professional Governance. International Directions in Health Care.* Bristol: Policy Press, 127–140.