

”... ei sairaalassa voi tehdä yksin tätä työtä...”

**Hyvän asiakaspalvelun ulottuvuudet sairaalan
sosiaalityössä**

Henna Parviainen ja Johanna Telilä
Pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Sosiaalityö
Syyskuu 2005

”... ei sairaalassa voi tehdä yksin tätä työtä...”

Hyvän asiakaspalvelun ulottuvuudet sairaalan sosiaalityössä

Henna Parviainen ja Johanna Telilä

Sosiaalityö

Syyskuu 2005

Jyväskylän yliopisto

132 sivua + liitteet (6 kpl)

TIIVISTELMÄ

Tutkielman tavoitteena oli selvittää Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa ja niiden alaisuudessa toimivissa yksiköissä työskentelevien sosiaalityöntekijöiden asiakaspalvelun laatua ja sitä, miten laadun ulottuvuudet toteutuvat käytännön asiakastyössä. Lisäksi selvitimme, mitä asiakaspalvelun piirteitä sosiaalityöntekijät pitävät tärkeimpinä hyvässä asiakastyössä. Muodostimme aiempien tutkimusten pohjalta viisi hyvän asiakaspalvelun ulottuvuutta, jotka ovat 1) työntekijän tiedot ja taidot, 2) tiedotus ja viestintä, 3) tavoitettavuus, 4) luotettavuus sekä 5) yhteistyön toimivuus.

Valitsimme sairaalan sosiaalityön tutkimusaiheeksi, koska sitä oli tutkittu aiemmin varsin vähän. Tutkielma oli kvantitatiivinen survey-tutkimus. Aineisto kerättiin postitse lähetetyillä kyselylomakkeilla helmi-maaliskuussa 2005. Kysymykset olivat sekä strukturoituja vaihtoehtokysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Aineisto analysoitiin spss-ohjelmalla käyttäen frekvenssi- ja prosenttijakaumia sekä ristiintaulukointia.

Kyselyyn vastasi 127 sosiaalityöntekijää. Vastausprosentti oli korkea (74 %). Sairaalassa työskentelevät sosiaalityöntekijät ovat tulosten perusteella ammattitaitoinen asiantuntijaryhmä. Työntekijät ovat enimmäkseen kokeneita ja koulutuksensa puolesta päteviä. Laadun ulottuvuuksien soveltaminen sairaalan sosiaalityössä osoittautui mahdolliseksi. Ulottuvuudet toteutuivat vaihtelevasti, mutta pääosin hyvin. Erityisesti yhteistyön toimivuuden toteutumisessa oli paljon ristiriitoja. Puutteita havaittiin sairaalan henkilökunnan tiedoissa sosiaalityön palvelusta sekä potilaiden ohjautumisessa sosiaalityön palvelun piiriin. Kuitenkin sosiaalityöntekijät pitivät yhteistyöhön liittyviä piirteitä hyvän asiakastyön tärkeimpinä osina. Tärkeinä asiakaspalvelun piirteinä pidettiin lisäksi luotettavuuteen liittyviä asioita sekä sitä, että sosiaalityöntekijä on pätevä.

Aiemmin sairaalan sosiaalityö on nähty hahmottomattomana, mutta tuloksista ilmeni, että ainakin sosiaalityöntekijät itse osaavat määrittää asiantuntijuutensa ja työnkuvansa. Tulokset parantavat mahdollisuuksia määrittellä hyvää sairaalan sosiaalityön asiakaspalvelua. Asiakaspalvelun kriteereitä luotaessa on kuitenkin huomioitava sairaala- ja osastokohtaiset erot. Tuloksia voidaan myös hyödyntää yleisesti sairaalan sosiaalityötä kehitettäessä.

Avainsanat: sairaalan sosiaalityö, laatu, asiakaspalvelu, ulottuvuus.

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	2
2	SOSIAALITYÖ TERVEYDENHUOLLON YMPÄRISTÖSSÄ	4
2.1	TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖN KEHITYS	5
2.2	TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ JA TEHTÄVÄT	8
2.3	TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖN ONGELMIA.....	10
3	NÄKÖKULMIA PALVELUJEN LAATUUN	13
3.1	LAADUN JA PALVELUN MÄÄRITTELYÄ	14
3.2	LAADUKASTA PALVELUA MÄÄRITTÄVÄT TAHOT	17
3.3	MITEN LAATU SOPII SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIHIN?	25
4	HYVÄN PALVELUN ULOTTUVUUDET	29
4.1	ULOTTUVUUKSIEN KÄYTTÖÄ HYVÄN PALVELUN MÄÄRITTELYSSÄ	29
4.2	TYÖNTEKIJÄN TIEDOT JA TAIDOT.....	34
4.3	TIEDOTUS JA VIESTINTÄ	36
4.4	TAVOITETTAVUUS.....	37
4.5	LUOTETTAVUUS	39
4.6	YHTEISTYÖN TOIMIVUUS.....	43
5	TUTKIELMAN TOTEUTUS	45
5.1	TUTKIMUSTEHTÄVÄ	45
5.2	SURVEY AINEISTONKERUUMENETELMÄNÄ.....	45
5.3	TUTKIELMAN KOHDEJOUKKO JA AINEISTON KERUU.....	47
5.4	KYSELYLOMAKKEEN RAKENTAMINEN JA MITTAAMISEN LUOTETTAVUUS.....	48
5.5	AINEISTON ANALYSOINTI.....	51
6	TUTKIMUSTULOKSET	53
6.1	TUTKIMUSAINEISTON KUVAUS	53
6.2	TYÖNTEKIJÄN TIEDOT JA TAIDOT.....	59
6.2.1	<i>ASiantunteva palvelujen määrittely</i>	59
6.2.2	<i>Pätevyys ja osaaminen</i>	61
6.2.3	<i>Työn kehittäminen ja ajan tasalla pysyminen</i>	65
6.3	TIEDOTUS JA VIESTINTÄ	67
6.3.1	<i>Tiedottaminen ja palautteen keruu</i>	67
6.3.2	<i>Monenlaiset kommunikointiongelmat</i>	74
6.4	TAVOITETTAVUUS.....	77
6.4.1	<i>Palvelun saamisen nopeus ja työntekijän tavoitettavuus</i>	77
6.4.2	<i>Palvelujen piiriin tulo ja palvelujen ulkopuolelle jäämisen syyt</i>	79
6.5	LUOTETTAVUUS	84
6.5.1	<i>Potilaan edun mukainen toiminta</i>	84
6.5.2	<i>Potilaan hyvät vaikutusmahdollisuudet</i>	87
6.5.3	<i>Sairaalan sosiaalityö ei leimaa</i>	88
6.6	YHTEISTYÖN TOIMIVUUS.....	90
6.7	TÄRKEIMMÄT LAATUTEKIJÄT	93
7	YHTEENVETO TULOKSISTA	96
8	POHDINTA	100
	KIRJALLISUUS	106
	ELEKTRONISET LÄHTEET	115
	LIITTEET	116

1 JOHDANTO

Laatukeskustelu liittyy pitkälti ajatukseen laadun kehittamisestä ja johtajuudesta¹. Julkiselle sektorille laatuajattelu on tullut yksityiseltä sektorilta ja 1990-luvulla laatua on alettu pitää yhtenä keskeisenä osana kehitettäessä ja arvioitaessa julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja². Terveyspalvelujen laadusta on runsaasti tutkimusta ja laadun arvioinnin menetelminä on käytetty usein standardeja, joiden avulla voidaan arvioida esimerkiksi hoitotyön laatua³. Terveystieteiden sosiaalityön laadusta ei ole olemassa laajaa tutkimusta. Terveystieteiden sosiaalityötä on muutenkin tutkittu suhteellisen vähän ja toistaiseksi tutkimukset ovat olleet lähinnä kartoituksia terveydenhuollon organisaatioissa. Yhteisenä teemana uusimmissa tutkimuksissa on ollut moniammatillisuus⁴.

Oma kiinnostuksemme terveydenhuollon sosiaalityön tutkimista kohtaan alkoi työskentelystä sairaalassa. Aloimme miettiä, miten lähestyä terveydenhuollon sosiaalityötä uudesta näkökulmasta. Erityisesti mietimme sosiaalityön asiakaspalvelua ja sitä, mikä merkitys hyvällä asiakaspalvelulla on koko sairaalalle ja sen eri henkilökuntaryhmille sekä sairaalan sosiaalityön asiakkaille. Koska hoitopalveluja on paljon tutkittu laatu- ja näkökulmasta, halusimme yhdistää laatuajattelun myös sairaalan sosiaalityöhön. Tätä lähdimme toteuttamaan hyvän asiakaspalvelun ulottuvuuksien kautta, jotka perustuvat aiempaan laadukkaan palvelun määrittelyyn⁵. Lähtöoletuksina tutkielman tekemiselle on ollut aikaisempien tutkimusten perusteella saatu kuva siitä, että terveydenhuollon sosiaalityö on hahmottomatonta ja työssä esiintyy monenlaisia yhteistyöongelmia⁶.

¹ Ks. Esim. Vedung 2004.

² Rajavaara 1997, 83.

³ Ks. Esim. Lumijärvi 1994 & 1996; Perälä 1995; Perälä & Räikkönen 1994.

⁴ Ks. Esim. Lindén 1999.

⁵ Ks. Esim. Grönroos 1987 & 1998; Lumijärvi 1994 & 1996; Wilding 1994; Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990.

⁶ Ks. Esim. Lindén 1999; Niemelä 1985.

Tutkielman tavoitteena on tutkia hyvän asiakaspalvelun piirteitä ja niiden toteutumista sairaalan sosiaalityössä asiantuntijoiden eli sosiaalityöntekijöiden näkökulmasta. Käytämme hyvän asiakaspalvelun määrittelyssä viittä ulottuvuutta, jotka ovat: työntekijän tiedot ja taidot, tiedotus ja viestintä, tavoitettavuus, luotettavuus sekä yhteistyön toimivuus. Tutkielman kohdejoukkona ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijät ja tutkimus on toteutettu kvantitatiivisin menetelmin postitse lähetyllä kyselylomakkeella. Kyseessä on survey-tutkimus, joka on analysoitu tilastollisin menetelmin.

Terveystieteiden sosiaalityön käsitettä käytetään yleisesti kaikista terveydenhuollon organisaatioissa tehtävästä sosiaalityöstä. Käytämme tässä tutkielmassa lisäksi käsitettä ”sairaalan sosiaalityö”, koska tutkielma on tehty sairaaloiden ja niiden alaisuudessa toimivien poliklinikoiden sosiaalityöstä. Terveystieteiden sosiaalityössä käytetään vaihtelevasti käsitteitä potilas ja asiakas. Olemme myös tässä tutkielmassa päätyneet käyttämään molempia käsitteitä riippuen siitä, mihin asiayhteyteen ne liittyvät. Asiakastyöllä tässä tutkielmassa tarkoitamme sosiaalityöntekijän tarjoamaa palvelua potilaalle.

Olemme kirjoittaneet koko pro gradu –tutkielman yhdessä, jotta tutkielman teksti ja rakenne pysyisi johdonmukaisena.

2 SOSIAALITYÖ TERVEYDENHUOLLON YMPÄRISTÖSSÄ

Sosiaalityö perustuu sosiaalihuoltolakiin. Laissa sosiaalihuollolla tarkoitetaan sosiaalipalveluja, toimeentulotukea, sosiaaliavustuksia, sosiaalista luottoa ja niihin liittyviä toimintoja, joiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä.⁷ Sosiaalityö on arkielämän jatkuvuutta ja normaalisuutta ylläpitävä yhteiskunnan osajärjestelmä⁸.

Terveydenhuollon sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityöntekijän toimintaa, jota tehdään terveydenhuollon organisaatioissa terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisesti, terveyden ja sosiaalisuuden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Työn lähtökohdaksi on kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Tavoitteena työssä on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen niin, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen selviytyminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen voisi jatkua mahdollisimman sujuvasti.⁹

Aikaisempaa tutkimusta terveydenhuollon sosiaalityöstä on vähän. Suomessa merkittävää tutkimusta terveydenhuollosta ja terveydenhuollon sosiaalityöstä on tehnyt Pauli Niemelä. Niemelä on selvittänyt 1985 julkaistussa tutkimuksessaan sosiaalityöntekijöiden, sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä sairaalan sosiaalityöntekijän työtehtävistä, tieto- ja taitovaatimuksista, roolista ja asemasta.¹⁰ Laajempaa tutkimusta terveydenhuollon sosiaalityöstä 1990-luvulla on tehnyt Mirja Lindén. Hän tutki sosiaalityötä Keski-Suomen keskussairaalassa, terveyskeskuksissa sekä syöpäklinikoilla painottaen moniammatillisuutta.¹¹ Myös Anna Metteri on tutkinut moniammatillisuutta terveydenhuollon sosiaalityössä¹².

Lisäksi Suomessa on tehty joitakin terveydenhuollon sosiaalityötä koskevia pro gradu- tutkielmia. Jaana Tulppo kartoitti sosiaalityöntekijöiden tehtäviä ja asemaa

⁷ Sosiaalihuoltolaki 1982.

⁸ Sipilä 1996, 61-62.

⁹ Lindén 1999, 55.

¹⁰ Niemelä 1985.

¹¹ Lindén 1999.

¹² Metteri 1996.

sairaalassa¹³. Jaana Peltonen pohti tutkielmassaan sosiaalityötä professionaalisuuden näkökulmasta¹⁴. Myös Maria Pylväs on tutkielmassaan käsitellyt sosiaalityön asiantuntijuutta erikoissairaanhoidossa jakaen asiantuntijuuden yleis-, ydin- ja erityisasiantuntijuuteen¹⁵.

1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alkupuolella on julkaistu joitakin ulkomaisia oppaita terveydenhuollon ympäristössä työskenteleville sosiaalityöntekijöille. Nämä teokset sisältävät useita artikkeleja, jotka käsittelevät sosiaalityötä terveydenhuollon organisaatioissa.¹⁶ Vuonna 2001 Tampereella pidettiin kolmas kansainvälinen terveydenhuollon sosiaalityön konferenssi, jossa esitettyjä puheenvuoroja ja materiaalia on koottu esimerkiksi alan tieteellisiin julkaisuihin.¹⁷

2.1 Terveydenhuollon sosiaalityön kehitys

Vuonna 1885 Englannissa aloitettiin lyhyt sairaalan sosiaalityön kokeilu. Tällöin sosiaalihoitaja, ”Lady Almoner”, aloitti työnsä lontoalaisessa sairaalassa (Royal Free Hospital), jossa hänen tehtävänä oli auttaa köyhiä potilaita saamaan lääketieteellistä hoitoa.¹⁸ Yhdysvalloissa perustettiin ensimmäinen sairaalan sosiaalityön osasto new yorakilaiseen sairaalaan (Massachusetts General Hospital) vuonna 1905. Siellä sosiaalityöntekijät auttoivat eri kulttuurista tulevia potilaita selviytymään terveydenhuollon ympäristössä.¹⁹ Yliopistollista sosiaalityieteellistä koulutusta, yksilökohtaista työmenetelmää ja sen toteutusta käytännön työssä alettiin kehittää heti 1900-luvun alussa sekä Yhdysvalloissa että Euroopassa. Yksilökohtaisen sosiaalityön malli omaksuttiin myös Suomessa sosiaalityön menetelmäksi muiden maiden tapaan.²⁰

¹³ Tulppo 1991.

¹⁴ Peltonen 1992.

¹⁵ Pylväs 2003.

¹⁶ Ks. Esim. Badawi & Biamonti 1990; Davidson & Clarke 1990; Kerson 1989.

¹⁷ Ks. Esim. Social Work in Health Care. A Quarterly Journal 2004; Social Work in Mental Health 2004.

¹⁸ Badawi 1990, 1-2.

¹⁹ Metteri 1996, 144.

²⁰ Sosiaalityö terveydenhuollossa 1983, 4.

Suomessa sairaalan sosiaalityö käynnistyi 1920-luvulla, kun lääkärit ja sairaanhoitajat havaitsivat potilaan ja omaisten sosiaalisen auttamisen tärkeäksi²¹. Työn alkuvaiheessa sosiaalihoitajan tehtävinä oli huolehtia ruumishuoneen järjestyksestä, ottaa vastaan kuolleiden omaisia ja lohduttaa heitä sekä huolehtia arkkujen ostosta. Myöhemmin sosiaalihoitaja huolehti myös sairaalassa olevien potilaiden asioiden hoitamisesta, esimerkiksi ilmoitti potilaan sairaalassa olosta omaisille, kirjoitti potilaan puolesta kirjeitä, saattoi potilaita erikoishoidon klinikoille ja toimitti potilaiden välttämättömiä asioita kaupungilla. Sosiaalihoitajan työn tarkoituksena oli siten tehdä potilaan sairaalassa olo turvalliseksi ja auttaa potilasta sairastumiseen liittyvien pelkojen ja huolien selvittämisessä.²²

Aluksi sosiaalihoitajat olivat koulutukseltaan yleensä sairaanhoitajia. Terveysisärkoulutuksen laajetessa ja tehostuessa 1930-luvulla alettiin sosiaalihoitajilta edellyttää terveystieteen pätevyyttä. Tätä perusteltiin sillä, että sosiaalihoitajat saisivat laajempaa näkemystä yhteiskunnasta ja sairauksien ehkäisystä sekä kokemusta avohuollosta. Sosiaalityön ongelmina nähtiin 1940-luvun alussa työn suunnittelemattomuus sekä oman ammattikoulutuksen puute²³. Sosiaalityön tarve terveydenhuollossa kuitenkin laajeni edelleen ja vuonna 1945 aloitettiin erillinen sosiaalihoitajakoulutus Valtion terveydenhuolto-opistossa. Aluksi koulutus kesti muutaman kuukauden, mutta se laajeni pian vuoden mittaiseksi jatkokoulutukseksi sairaanhoitajille.²⁴

Vähitellen huomattiin, että sosiaalityö muodostaa terveydenhuollossa oman, sairaanhoidosta poikkeavan erityisalueensa. Lyhytaikainen koulutus ei antanut sosiaalihoitajalle riittävää yhteiskuntatieteellistä asiantuntemusta, jota ammatissa vaadittiin.²⁵ Vuonna 1975 sosiaalihoitajan koulutus lopetettiin ja terveydenhuollon sosiaalityön opetus siirtyi yliopistoihin ja korkeakouluihin. Aluksi terveydenhuollon sosiaalityöntekijöitä koulutettiin omalla terveydenhuollon sosiaalityöhön keskittyvällä linjalla. Vuodesta 1986 lähtien sosiaalityön koulutusta uudistettiin,

²¹ Sosiaalityö terveydenhuollossa 1983, 3.

²² Liskola 1988, 1095-1096.

²³ Liskola 1988, 1096.

²⁴ Sosiaalityö terveydenhuollossa 1983, 6.

²⁵ Lehtinen 1986, 85.

jolloin terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden ja sosiaalihoitajien koulutus yhdistettiin ja vaatimukseksi sosiaalityön virkoihin tuli ylempi korkeakoulututkinto.²⁶

Uuden, 1.8.2005 voimaan tulleen asetuksen mukaan sosiaalityöntekijän virkoihin vaaditaan ”...ylempi korkeakoulututkinto, johon sisältyy tai jonka lisäksi on suoritettu pääaineopinnot tai pääainetta vastaavat yliopistolliset opinnot sosiaalityössä.”. Lain mukaan sosiaalityöntekijänä voi toimia myös henkilö, ”... joka tämän lain voimaan tullessa oli kelpoinen vastaavaan tehtävään sosiaalihoollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusehdoista annetun asetuksen 2 §:n 1 momentin tai mainitun asetuksen siirtymäsäännösten nojalla.”.²⁷ Uuden lain myötä sosiaalityöntekijän pätevyysvaatimukset ovat kiristyneet ja samalla myös selkeytyneet. Ainoastaan ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneet saavat jatkossa sosiaalityöntekijän pätevyyden. Kuitenkin laki turvaa ennen vuotta 2008 sosiaalihoitajatutkinnon tai vastaavan tutkinnon suorittaneille mahdollisuuden toimia edelleen sosiaalityöntekijän tehtävissä.

Sosiaalityöntekijän asema on vuosien kuluessa muuttunut avustavasta, hoivaan keskittyvästä työntekijästä kohti yhteiskunnallista ja sosiaalista tietoa hallitsevaa, itsenäistä asiantuntijaa. Koulutus on työn vaativuuden kasvaessa ja työtehtävien muuttuessa kehittynyt muutaman kuukauden mittaisesta kurssista ylemmäksi korkeakoulututkinnoksi. Muutoksien myötä terveydenhuollon sosiaalityöntekijän koulutus ei enää sisällä hoitotieteeseen liittyviä opintoja, vaan koulutus on sama kaikille eri aloilla työskenteleville sosiaalityöntekijöille.

²⁶ Sosiaalityö terveydenhuollossa 1989, 8-9.

²⁷ Laki sosiaalihoollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 2005.

2.2 Terveysthuollon sosiaalityön toimintaympäristö ja tehtävät

Organisaatioita, joissa terveydenhuollon sosiaalityötä tehdään, ovat esimerkiksi terveyskeskukset, sairaalat, mielenterveyspalveluita tarjoavat yksiköt, kuntoutusorganisaatiot sekä terveysjärjestöt²⁸. Lähtöoletuksemme on, että sosiaalityö erilaisissa terveydenhuollon organisaatioissa on erilaista. Kuitenkin terveydenhuollon sosiaalityön peruseriaatteen rakentuvat samalle pohjalle. Terveysthuollon sosiaalityö jaotellaan tässä tutkielmassa karkeasti psykiatrisilla ja somaattisilla osastoilla tehtävään työhön.

Terveysthuollon organisaatioissa potilasta pyritään hoitamaan kokonaisvaltaisesti, jolloin fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin lisäksi kiinnitetään huomiota potilaan sosiaaliseen elämäntilanteeseen. Terveysthuollon prosessissa potilaan hyvinvointi nähdään merkityksellisenä, joten myös sosiaalityö liittyy kiinteästi laadukkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen.²⁹ Kokonaisvaltaisen hoidon voidaan siis ajatella merkitsevän eri ammattiryhmien välisen yhteistyön toimimista moniammatillisesti³⁰.

Koska sairaalassa ammattikuntien tehtävät perustuvat sairauden eri ulottuvuuksiin, korostuu lääketieteellinen ja hoitotieteellinen viitekehys. Sosiaalityön tehtävänä on olla "siltana" sosiaaliseen todellisuuteen, hoitaa potilaan sosiaalista kuntoa ja minimoida sairastamiseen liittyvää toimintakyvyttömyyttä.³¹ Sairaalan toiminnan luonteesta johtuen sosiaalityön asiakkaiksi voivat tulla ihmiset, jotka ovat kohdanneet esimerkiksi onnettomuuden, vakavan tai pitkäaikaisen sairauden, päihteiden väärinkäyttöä tai itsetuhoisuutta. Asiakkaina voivat olla joko sairaalassa hoidettavana olevat potilaat tai heidän läheisensä.³²

²⁸ Holma 1998.

²⁹ Holma 1998, liite 2; 8-10.

³⁰ Metteri 1996, 145.

³¹ Niemelä 1985, 38-39.

³² Lindén 1999, 24.

Terveydenhuollon sosiaalityöntekijän työtehtäviä on luokiteltu jakamalla työ viiteen eri osa-alueeseen³³. Osa-alueet koskevat yleisesti erilaisissa terveydenhuollon organisaatioissa tehtävää sosiaalityötä. Työtehtävät vaihtelevat kuitenkin organisaatioittain ja työyksiköittäin.³⁴ Luokituksessa työn osa-alueet on jaettu yksityiskohtaisempiin alaluokkiin. Luokituksen mukaan terveydenhuollon sosiaalityö koostuu sosiaalisesta arvioinnista, sosiaalisen toimintakyvyn tukemisesta, toimeentulon turvaamisesta, asiantuntija- ja koulutustehtävistä sekä hallinnosta ja kehittämisestä. Asiakastyö sisältyy suurelta osin kolmeen ensimmäiseen luokkaan.³⁵ Sairaalassa tehtävä sosiaalityö on pääasiassa asiakastyötä³⁶.

Sosiaalinen arvio on sosiaalityön perustutkimusta, johon sosiaalityön interventiot perustuvat. Arvio voi olla yleiseen ammatilliseen tietoon, sosiaalisen tilanteen yksilölliseen selvittämiseen, sosiaaliseen tutkimukseen tai johonkin tiettyyn erityisalueeseen, esimerkiksi työkykyyn tai kuntoutukseen, syventyvä arvio. Arvio tehdään joko potilaan aloitteesta tai osana moniammatillista terveydenhuollon palvelua ja siinä selvitetään potilaan sosiaalinen tilanne yhteiskunnallisissa yhteyksissään.³⁷

Sosiaalisen toimintakyvyn tukemisella tarkoitetaan potilaan psyykkistä ja sosiaalista tukemista, tiedon ja välineiden antamista, potilaan avustamista (esimerkiksi hakemusten ja valitusten teossa) sekä yhteistyötä potilaan omaisten ja viranomaisten kanssa. Toimintakyvyn tukemisella pyritään siihen, että potilas saavuttaa mahdollisuuden elämäntilanteensa hallintaan, tarvittavien ratkaisujen ja valintojen tekemiseen sekä arkielämässä selviytymiseen. Sosiaaliseen toimintakyvyn tukemiseen liittyvät erilaiset tukea antavat ja terapeuttiset keskustelut sekä psykoterapia ja kuntouttava valmennus. Ohjaukseen ja neuvontaan sisältyy potilaan tilanteeseen sovelletun tiedon antaminen sekä mahdollisuuksien ja ratkaisujen kartoittaminen (esimerkiksi sosiaaliturvaneuvonta, kuntouttamista

³³ Holma 1998, 54.

³⁴ Lindén 1999, 25.

³⁵ Holma 1998, 54.

³⁶ Lindén 1999, 96; 99.

³⁷ Holma 1998, 45-46.

tukeva ohjaus ja neuvonta). Lisäksi toimintakyvyn tukemiseen liittyy palvelujen koordinointi sekä moniammatillinen yhteistyö, esimerkiksi jatkohoidon ja sijoitusten koordinointi sekä kuntoutukseen liittyvä yhteistyö.³⁸

Toimeentulon turvaaminen tarkoittaa edellytysten luomista hoidon, toipumisen ja kuntoutuksen toteutumiselle. Välittömänä tavoitteena on potilaan välttämättömän taloudellisen toimeentulon turvaaminen, oikea-aikaisuus ja väliinpuotoamisen ehkäiseminen. Konkreettisesti toimeentulon turvaaminen voi olla esimerkiksi taloudellisen avun hankkimista potilaalle, sosiaalihuoltoon ja -palveluihin, eläke-etuuksiin ja vakuutusturvaan liittyvää ohjausta ja neuvontaa sekä yhteistyötä viranomaisten kanssa sosiaalietuuden saamiseksi potilaalle.³⁹

Asiantuntija- ja koulutustehtävät ovat asiantuntijatyötä palvelujen ja työyhteisöjen kehittämisessä sekä yhteiskunnallisessa vaikuttamisessa. Asiantuntijana voi toimia omassa työyhteisössä tai erilaisissa yhteistyöverkostoissa. Työtehtäviin liittyy myös tiedotusta esimerkiksi potilasryhmille ja henkilökunnalle. Koulutustehtäviä voivat olla esimerkiksi kouluttajana, työnohjaajana ja perehdyttäjänä toimiminen. Hallinto- ja kehittämistehtävät tarkoittavat sosiaalityön henkilöstöresursseista, ammattitaidosta ja toimintaedellytyksistä huolehtimista sekä laadunhallintaan ja kehittämistyöhön osallistumista.⁴⁰

2.3 Terveystieteiden huollon sosiaalityön ongelmia

Vaikka sairaalassa on tehty sosiaalityötä jo varsin pitkään, on ammatin asema ja työnkuva aiempien tutkimusten mukaan osin epäselvä.⁴¹ Ongelmia ovat aiheuttaneet esimerkiksi yhteistyövaikeudet muiden ammattiryhmien kanssa, muiden vähäiset tai riittämättömät tiedot sosiaalityöntekijän palveluista ja tehtävistä, sosiaalityön erilainen orientaatio ja kieli lääke- ja hoitotieteeseen nähden,

³⁸ Holma 1998, 47-49.

³⁹ Holma 1998, 50-51.

⁴⁰ Holma 1998, 51-53.

⁴¹ Ks. Esim. Lindén 1999; Niemelä 1985; Peltonen 1992; Pylväs 2003; Tulppo 1991.

tutkimus- ja kehittämistoiminnan vähäisyys sekä sosiaalityön ammatillisen ohjauksen, koordinoinnin ja yhteistyön puutteellisuus⁴². Lisäksi ongelmana on pidetty sitä, ettei sosiaalityöntekijän virkoja ole riittävästi⁴³. Osittain samat ongelmat ovat liittyneet sairaalassa tehtävään sosiaalityöhön sen alkuajoista lähtien ja ne näkyvät myös tämän päivän sosiaalityössä sekä Suomessa että ulkomailla. Ulkomaisessakin tutkimuksessa on korostettu sosiaalityöntekijöiden työnkuvan epäselvyyttä sekä ongelmallista suhdetta lääketieteen ja sosiaalityön kesken.⁴⁴

Vaikka terveydenhuollon sosiaalityön luokituksessa sosiaalityöntekijän työtehtävät on määritelty selkeästi, ilmenee työtehtävien hahmottamisessa käytännössä ongelmia. Ongelmat johtuvat muun muassa siitä, että muut ammattiryhmät eivät tunne sosiaalityön työtehtäviä riittävän hyvin. Osittain myös työnjaossa on ongelmia, josta seuraa päällekkäistä työtä ja asioiden hoitamatta jäämistä. Lisäksi eri ammattiryhmien näkemyserot saattavat vaikeuttaa työn tavoitteiden määrittelyä. Moniammatillinen työ vaatii jokaisen ammattiryhmän toiminnan määrittelyä, jäsenystä ja yhteistyöstä sopimista.⁴⁵ Moniammatillisuudella tarkoitetaan sitä, että eri asiantuntijat tarkastelevat samaa ilmiötä useasta eri näkökulmasta, keskustelevat keskenään ja muodostavat yhdessä kokonaiskäsitystä potilaan tilanteesta. Moniammatillisuutta pidetään terveydenhuollon perustana.⁴⁶

Yhteistyöhön liittyvistä ongelmista on keskusteltu jo pitkään ja vain pientä parannusta voidaan katsoa tapahtuneen. Kokeneet sosiaalityöntekijät ovat pystyneet paremmin vakiinnuttamaan asemansa ja tekemään työnsä tunnetuksi muille ammattiryhmille⁴⁷. Kuitenkin ongelmia on yhä siinä, ettei yhteistyö toteudu tehokkaasti ja siinä, että sosiaalityöntekijän on vaikea löytää rooliaan lääketiede- ja hoitotyökeskeisissä tiimeissä⁴⁸. Sosiaalinen tieto nousee lääketieteellisen tiedon rinnalle vasta silloin, kun se auttaa täsmentämään lääketieteellistä näkemystä.⁴⁹

⁴² Sosiaalityö terveydenhuollossa 1989, 10-11.

⁴³ Sosiaalityö terveydenhuollossa 1983, 46.

⁴⁴ Badawi 1990, 1.

⁴⁵ Lindén 1999, 136-137; 143.

⁴⁶ Holma 1998, 8.

⁴⁷ Pylväs 2003, 58-61.

⁴⁸ Lindén 1999, 98.

⁴⁹ Metteri 1996, 147.

Sairaala on perinteisesti ollut hierarkkinen organisaatio, jossa eri ammattiryhmien edustajilla on erilainen ammattiasema. Työntekijän asema organisaatiossa riippuu esimerkiksi koulutuksesta ja perinteestä. Lisäksi organisaation ensisijainen tehtävä vaikuttaa työntekijän aseman vakiintumiseen. Koska sairaalan toiminnan perustana pidetään lääkintätehtäviä, on lääkärinkunta hallitsevassa asemassa. Tämän vuoksi voivat muut tehtävät, esimerkiksi sosiaalityö, jäädä toissijaisiksi. Sosiaalinen ulottuvuus on sairaalassa eriytynyt melko myöhään verrattuna lääke- ja hoitotieteelliseen ulottuvuuteen. Siitä johtuen sosiaalityön ammattikuva on yhä selkiytymätön hoitajien ja lääkäreiden ammattikuvaan nähden.⁵⁰ Koska sairaalassa toimitaan suurelta osin lääketieteen ehdoin, on sosiaalityöntekijän tunnettava sairaalan etiketit ja säännöt sekä osattava lääketieteellistä kieltä. Muutoin toimiminen sairaalassa voi olla vaikeaa.⁵¹

Terveystieteiden sosiaalityöntekijän työtehtävät voivat muodostua irrallisista, sattumanvaraisista ja vain välitöntä tilannetta helpottavista toimenpiteistä.⁵² Työajasta suuren osan vie sosiaaliturva-asioihin kuuluva rutiinityö, koska henkilökunta kääntyy usein sosiaalityöntekijän puoleen juuri sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa. Näin ollen muut sosiaalityön tarpeessa olevat potilaat saattavat jäädä vaille sosiaalityön palvelua.⁵³ Henkilökunnalla ei ehkä ole riittävästi tietoa sosiaalityöntekijän laajasta toimenkuvasta.

Sosiaalityötä ei tunnetusti arvosteta korkealle. Alalla palkkaus on matala ja suurin osa työntekijöistä naisia. Sairaalassakin sosiaalityöntekijät kokevat arvostuksensa heikoksi ja asemansa epävarmaksi⁵⁴. Kuten aikaisemman tutkimuksen perusteella on käynyt ilmi, alisteinen asema sairaalan hierarkkisessa organisaatioissa, työtehtävien hahmottomuus ja muun henkilökunnan tietämättömyys sosiaalityöstä vaikeuttavat sosiaalityöntekijän toimintaa⁵⁵.

⁵⁰ Niemelä 1985, 5-6; 31-33.

⁵¹ Stevenson & Unwin 1990, 39; 47.

⁵² Lehtinen 1986, 92.

⁵³ Tulppo 1991, 45; 61.

⁵⁴ Peltonen 1992, 107.

⁵⁵ Ks. Esim. Lindén 1999; Niemelä 1985; Peltonen 1992; Pylväs 2003; Tulppo 1991.

3 NÄKÖKULMIA PALVELUJEN LAATUUN

Laatua ja palvelua on tutkittu paljon useilla eri aloilla. Yhtenä merkittävimpänä laadun ja palvelujen tutkijana pidetään W. Edwards Demingiä, joka on jo 1940-luvulta saakka ollut yksi laatuajattelun luojaista.⁵⁶ Toisena laadun ”isänä” pidetään Joseph Juranin, joka on tuonut laatuajatteluun inhimillistä näkökulmaa.⁵⁷ Laajaa tutkimusta palvelujen laadusta ovat tehneet muun muassa Valarie A. Zeithaml, A. Parasuraman & Leonard L. Berry⁵⁸. Suomessa merkittävää tutkimusta laadusta on tehnyt Christian Grönroos⁵⁹. Suomalainen Paul Lillrank on myös kirjoittanut paljon laadusta ja palveluista. Hän on lähestynyt laatua filosofisesti sekä kriittisesti pohdiskellen ja määritellyt erilaisia laatuun ja palveluihin liittyviä piirteitä.⁶⁰

John Övretveit on keskittynyt julkisten terveystalouksien laadun tutkimiseen. Hän on muun muassa tutkinut Britannian julkista terveydenhuoltoa eri näkökulmista sekä määritellyt terveystalouksien laatua yksityiskohtaisesti.⁶¹ Sosiaali- ja terveystalouksista on 1997 julkaistu kattava artikkelikokoelma, joka käsittelee eri Euroopan maiden sosiaali- ja terveystalouksien laadun tutkimusta ja tutkimuksessa käytettäviä menetelmiä. Teos esittelee sosiaali- ja terveystalouksien laadun ominaispiirteitä ja palvelun laadun mittaamista.⁶² Suomessa hoitotalouksien laatua ovat tutkineet muun muassa Ismo Lumijärvi ja Marja-Leena Perälä⁶³. Sosiaalitalouksien laatua Suomessa on tutkinut esimerkiksi Mikko Mäntysaari⁶⁴.

⁵⁶ The W. Edwards Deming Institute 2005.

⁵⁷ Juran Institute 2005.

⁵⁸ Ks. Esim. Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990.

⁵⁹ Ks. Esim. Grönroos 1987 & 1998.

⁶⁰ Ks. Esim. Lillrank 1998.

⁶¹ Ks. Esim. Övretveit 1992.

⁶² Evers, Haverinen, Leichsenring & Wistow 1997.

⁶³ Ks. Esim. Lumijärvi 1994 & 1996; Perälä 1995; Perälä & Rääkkönen 1994.

⁶⁴ Ks. Esim. Mäntysaari 1995; 1997; 1998.

3.1 Laadun ja palvelun määrittelyä

Mitä laatu on? Mietittäessä esimerkiksi miesten kenkien laatua, voidaan laatua määrittellä muun muassa kenkien keston, kiiltävyyden, vesitiiviyyden, hinnan tai käyttömukavuuden perusteella. Eri henkilöille erilaiset laatuominaisuudet ovat tärkeitä. Minkä tahansa tuotteen tai palvelun laatua voidaan tarkastella monilla asteikoilla. Tuote voi saada hyvän arvosanan yhdellä asteikolla ja huonon toisella asteikolla arvioituna.⁶⁵

Nykysuomen sanakirjan mukaan sanalla laatu on useita merkityksiä. Laatu tarkoittaa sitä, mikä on jollekin ominaista. Se on esineen, aineen, asian, ilmiön tai tapahtuman olemus tai luonne, esimerkiksi hyvä, huono tai kelvoton. Toiseksi laatu kuvaa lajia, luokkaa, kategoriata tai ryhmää, esimerkiksi merkityksessä kiireellistä laatua. Lisäksi laatu on mittayksikkö. Laatu-sanaa voidaan myös käyttää merkityksessä sopia, kelvata, käydä laatuun.⁶⁶

Laatu on käsitteenä moniulotteinen, suhteellinen ja siksi vaikeasti hahmotettavissa⁶⁷. Määrittely riippuu aina arvoista ja rooleista⁶⁸. Laatu on sidoksissa henkilöön, aikaan ja paikkaan, joten kukin antaa sille oman tulkintansa. Arkikielessä laadulla tarkoitetaan jotain hyvää ja myönteistä.⁶⁹ Käsite laatu voidaan liittää useisiin alakäsitteisiin, kuten esimerkiksi laadunvarmistus, laatujohtaminen ja laadunhallinta. Laatu yhdistetään aina asiakkaaseen ja se koskee asiakkaalle toimitettua tavaraa, palvelua ja/tai tietoa. Laatu liittyy sellaisiin toimitteisiin, joita voidaan mitata tai arvioida ja siihen prosessiin, jolla tämä toimitte saadaan aikaan.⁷⁰

Tässä tutkielmassa laatu liittyy kiinteästi palvelun käsitteeseen. Myös palvelu on monimutkainen ilmiö ja sanan merkitys vaihtelee henkilökohtaisesta palvelusta palveluun tuotteena. Palvelu käsitteenä viittaa toimintaan, jolla pyritään tuottamaan

⁶⁵ Deming 1994, 169.

⁶⁶ Nykysuomen sanakirja 2002, 7-8.

⁶⁷ Lillrank 1998, 19.

⁶⁸ Wilding 1994, 58.

⁶⁹ Outinen, Holma & Lempinen 1994, 13.

⁷⁰ Lillrank 1998, 19.

asiakkaalle sellaista hyötyä tai tyydytystä, jota asiakas ei halua tai pysty itse tuottamaan⁷¹. Useimmiten palvelu merkitsee vuorovaikutusta palvelun tarjoajan kanssa. Grönroos näkee palveluilla olevan neljä perusominaisuutta, joita ovat palvelun aineettomuus, palveluiden toimintasarjamainen luonne, palveluiden tuottaminen ja kuluttaminen tai kokeminen osittain samanaikaisesti sekä asiakkaan osallistuminen palvelutapahtumaan. Palvelun perusominaisuutena voidaan pitää lisäksi heterogeenisyyttä, eli yhden asiakkaan saama palvelu ei ole koskaan samaa kuin seuraavan asiakkaan saama palvelu.⁷²

Myös Lillrankin mukaan palveluilla on tiettyjä ominaispiirteitä, jotka ovat osin samoja kuin Grönroosin määrittelemät piirteet. Palvelut jakautuvat yleensä palveluprosessiin ja palvelutilanteeseen, joka tapahtuu tietyssä palveluympäristössä. Palvelut ovat aineettomia, jonka vuoksi palveluja ei voi tuottaa varastoon, vaan ne kulutetaan samaan aikaan kuin tuotetaan. Palveluihin liittyy tilannekohtainen vaihtelu ja inhimillinen vuorovaikutus. Hyvä palvelu edellyttää palvelun tuottajalta oman asiansa osaamista, tilannetajua, tilanteen hallintaa, kommunikointikykyä sekä hyvää palveluasennetta.⁷³

Yleensä ajatellaan, että laadukas palvelu antaa ihmisille sitä mitä he haluavat ja tarvitsevat. Övretveitin mukaan laadukkaaseen palveluun liittyy myös henkilöstön ja organisaation jatkuva kehittäminen. Laadukkaassa palvelussa painotetaan sekä määrittämistä että mittaamista, mutta myös asenteita ja vuorovaikutussuhteita. Tarkoituksena on muodostaa hyviä käytäntöjä ja ottaa käyttöön uusia menettelytapoja. Lisäksi tulee nostaa asiakastyytyväisyyttä ja samalla alentaa kustannuksia ja lisätä tuottavuutta.⁷⁴

Kaikki edellä mainitut hyvän palvelun ominaisuudet ovat yleistettävissä lähes kaikenlaiseen palveluun. Erilaisilla palveluilla on kuitenkin eroja, esimerkiksi julkiset sosiaali- ja terveystalvet poikkeavat monilta osin yksityisillä markkinoilla tuotetuista palveluista. Julkiset sosiaali- ja terveystalvet eroavat yksityisen

⁷¹ Lumijärvi 1994, 13.

⁷² Grönroos 1998, 49; 52-53; 55 .

⁷³ Lillrank 1998, 79-81.

⁷⁴ Övretveit 1992, 1-2.

sektorin tuottamista palveluista olemukseltaan, rahoitukseltaan sekä tuotantotavaltaan. Niiden keskeisenä piirteenä on maksavan ja valitsevan asiakkaan puuttuminen toiminnan ohjauksesta. Yksityisellä ja julkisella sektorilla palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa sovelletaan erilaisia ohjausperiaatteita. Julkisen sektorin toiminta pohjautuu oikeudenmukaisuudelle ja tasa-arvolle, mutta budjetti ohjaa toiminnan toteutumista. Yksityisellä sektorilla korostetaan usein tasa-arvon sijaan valinnan mahdollisuutta ja toiminta on markkinapohjaista.⁷⁵

Julkinen sektori rahoitetaan verovaroin eikä toiminnan tarkoituksena ole tuottaa voittoa. Palveluja tarjotaan kuntien välityksellä ja päättäjät määrittävät, mihin palveluihin kansalaisilla on oikeus annettujen ehtojen mukaan, joita ovat esimerkiksi tuloluokka tai perhetilanne. Täten kansalaisten valinnanvapautta on rajoitettu, koska aina ei ole mahdollisuutta valita tai vaihtaa toimittajaa (esimerkiksi terveyskeskus) ilman tuntevia hankaluuksia. Pohjimmiltaan julkisissakin palveluissa asiakkaan ja kansalaisen tyytyväisyys on toiminnan tavoitteena.⁷⁶

Sosiaalipalveluille on ominaista, että ne syntyvät asiakkaan ja työntekijän yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa. Sosiaalialan työtä hallitsee intiimiyys ja voimakas tilannesidonnaisuus. Työ on myös aikaan ja paikkaan sidottua, ihmissuhteita ja tunteita sisältävää ja käsittelevää työtä.⁷⁷ Sosiaalipalveluihin liittyy aina jonkin tasoinen asiantuntijatiedon ja kontrollin käyttö⁷⁸. Erityisesti sosiaalityössä on mietitty työhön kuuluvan tuen ja kontrollin käytön välistä ristiriitaa⁷⁹. Sosiaalipalvelujen asiakkaat ovat usein sellaisia, jotka ovat kohdanneet taloudellisen tai muun elämänsäalueen kriisin. Heille tarjottavien palvelujen tarjonta on rajallista ja odotusajat saattavat olla pitkiä.⁸⁰

Sosiaalipalvelujen erityispiirteenä voidaan nähdä se, että palvelut perustuvat henkilökohtaiseen vuorovaikutukseen toisin kuin materiaaliset tuotteet. Toiseksi

⁷⁵ Lillrank 1998, 88-91.

⁷⁶ Lillrank 1998, 43-44; 53; 89; 92-93.

⁷⁷ Mäntysaari, Aalto & Maaniittu 1996, 14.

⁷⁸ Bengtsson 1997, 206.

⁷⁹ Ks. Esim. Sipilä 1996, 63.

⁸⁰ Haverinen 1997, 263.

sosiaalipalvelut perustuvat valtion tarjoamiin julkisiin hyödykkeisiin. Lisäksi palvelut ja niiden tuottaminen vaihtelevat merkittävästi eri maiden välillä. Sosiaalipalveluja on kritisoitu siitä, ettei niissä kiinnitetä tarpeeksi huomiota palvelun käyttäjän tarpeisiin, vaikka ne ovat yhtä tärkeitä kuin kuluttajien mieltymykset yksityisellä sektorilla.⁸¹

3.2 Laadukasta palvelua määrittävät tahot

Palvelujen laatu näyttää erilaiselta riippuen siitä, kuka laatua määrittelee. Laatua voidaan tarkastella esimerkiksi poliitikkojen, hallinnon, ammattilaisten, veronmaksajien ja palvelujen käyttäjien näkökulmasta.⁸² On esimerkiksi eroteltu kolme toisistaan poikkeavaa lähestymistapaa laatuun. Näitä ovat johtajuuteen, asiakkuuteen ja asiantuntijuuteen perustuvat näkökulmat.⁸³ Lähestymistavoista on myös käytetty muita nimiä sekä niitä on eritelty yksityiskohtaisemmin. Esimerkiksi Evers on eritellyt asiantuntija- (professional), ”tarkastaja”- (”inspectorate approach”), yksilö/kuluttaja (individual/consumer) ja liike-elämän (business) lähestymistavat laatuun.⁸⁴ Esittelemme johtajuuteen, asiakkuuteen ja asiantuntijuuteen perustuvia näkökulmia.

Johtajuuteen perustuvaa näkökulmaa on käytetty paljon yksityisellä sektorilla, erityisesti teollisuuden ja palvelun aloilla. Näkökulma on ollut esillä kahden viimeisen vuosikymmenen aikana.⁸⁵ Luemme tässä johtajuuteen perustuvaan näkökulmaan sisältyväksi kaikki johtajalähtöiset ja liike-elämän lähestymistavat (esimerkiksi business ja management approach).

Övretveitille johtajalaatu merkitsee kaikkein tehokkainta ja tuottavinta resurssien käyttöä niiden rajoitusten ja ohjeiden puitteissa, joita päättäjät sekä palvelun

⁸¹ Evers 1997, 11-13.

⁸² Rajavaara 1995, 27.

⁸³ Ks.Esim. Övretveit 1992, 4.

⁸⁴ Evers 1997, 10.

⁸⁵ Pollit 1997, 25,34.

hankkijat ja ostajat ovat laadulle asettaneet. Johtajalaadulla viitataan siihen, että resursseja valitaan ja käytetään kaikkein tehokkaimmalla tavalla, jotta voidaan vastata asiakkaiden tarpeisiin. Johtajalaadun lähtökohtana on sellaisen laadunparantamiskulttuurin luominen, jossa henkilökunta haluaa osallistua laatutyöhön. Lisäksi henkilökunnalle täytyy tarjota mahdollisuus osallistua ja he tarvitsevat koulutusta, tukea ja aikaa laatutyöskentelyyn. Tarvitaan myös tehokkaita laatumenetelmiä, että henkilökunta voi tunnistaa laatuongelmia ja ratkaista ongelmien pohjimmaiset syyt.⁸⁶

Pfefferin ja Cooten mukaan johtajalähtöisessä lähestymistavassa laatu merkitsee asiakkaan tyytyväisyyden määrää. Pyrkimyksenä on vastata nopeasti asiakkaan tarpeisiin. Tavoitteena on muuttaa byrokraattisia organisaatioita joustavammiksi. Esimerkiksi sosiaali- ja terveystaluuissa on perustettu pienempiä työyksiköitä ja laadittu asiakaspalvelujärjestelmiä, joissa henkilökunnalla on mahdollisuus päästä lähemmäs asiakkaita ja huomioida heidän tarpeitaan.⁸⁷

Zeithamlin, Parasuramanin & Berryn mukaan johtajuudella on keskeinen rooli hyvän palvelun tuottamisessa. Johdon sitoutuminen palvelun laatuun vahvistaa koko organisaatiota tarjoamaan parempaa palvelua. Lähtökohta erinomaiseen palveluun on aito palvelujohtajuus kaikilla organisaation tasoilla – johtajuus, joka tarjoaa suunnan ja inspiraation tukeakseen palveluun sitoutumista. Johdon on pidettävä palvelun laatua yrityksen menestystekijänä, johon liittyy korkeiden standardien ja ainutlaatuisen palvelun tavoittelu. Yhteys henkilökuntaan on myös olennaista, että tunnetaan työn toteutuminen käytännössä ja voidaan kannustaa henkilökuntaa.⁸⁸ Asiakkaat ovat kaikille palveluorganisaatioille tärkeitä, ja koska asiakkaat muodostavat käsityksensä palvelusta ainoastaan palveluhenkilökunnan kautta, tulee johdon kiinnittää työntekijöitä palkattaessa huomiota siihen, miten työntekijät kohtelevat asiakkaita⁸⁹.

⁸⁶ Övretveit 1992, 4; 76; 82-83.

⁸⁷ Pfeffer & Coote 1991, 9-15.

⁸⁸ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 3-7.

⁸⁹ Deming 1994, 192.

Asiakaskeskeisyys on siis etusijalla ja asiakkaiden tarpeiden tyydyttämistä pidetään johtajanäkökulmassa tärkeänä. Näin ollen voidaan ajatella, että myös asiakkaiden tulee osallistua palvelun laadun määrittämiseen ja arviointiin. Övretveit tarkoittaa asiakaslaadulla sitä, mitä asiakkaat ja potilaat haluavat palvelulta. Asiakaslaatuun liittyy myös se, että asiakas käsittää saavansa palvelulta sen mitä hän haluaa.⁹⁰ Vaikka Övretveit puhuu terveystalouden asiakaslaadusta, voidaan samanlaisia asiakaslaadun piirteitä ajatella olevan myös muissa julkisissa palveluissa kuten sosiaalipalveluissa.

Pfeffer & Coote puhuvat kuluttajakeskisestä lähestymistavasta. Tämän lähestymistavan mukaan laatu saavutetaan valtaistamalla asiakkaat. Lähestymistapa asettaa asiakkaan aktiiviseen rooliin ja pyrkii antamaan hänelle lisää valtaa päätöstilanteessa.⁹¹ Asiakkaat tarkastelevat palvelua lukuisilla eri tavoilla. Odotukset palvelua kohtaan voivat olla joko tiedostamattomia tai tietoisia ja odotukset joko toteutuvat tai eivät toteudu palvelutapahtumassa. Asiakas voi havainnoida palvelua sen kautta, mitä hän haluaa palvelulta ja mitä palvelun tulisi asiakkaan mielestä tarjota ihanteellisissa olosuhteissa. Asiakkaiden odotukset voivat pohjautua myös realistisiin odotuksiin palvelutarjonnasta. Lisäksi asiakkaat voivat odottaa saavansa tarvitsemaansa palvelua, vaikka heidän tarpeensa voivat erota heidän toiveistaan.⁹²

Laadun arviointiin pyritään sisällyttämään asiakasnäkökulmaa korostamalla asiakkaan itsemääräämisoikeutta, aktiivisuutta ja osallistumista. Pyrkimyksenä on arvioida, millaisia mahdollisuuksia asiakkailla on vaikuttaa omien asioidensa hoitoon esimerkiksi sosiaalivirastossa tai terveyskeskuksessa. Sosiaalipalveluilla on nykyään aikaisempaa suurempi merkitys yhä useamman ihmisen elämässä. Sosiaalialan lainsäädäntö edellyttää asiakasnäkökulman huomioon ottamista. Asiakasnäkökulman korostaminen liittyy kysymykseen asiantuntijavallankäytöstä.⁹³ Asiakasnäkökulmaa tarvitaan tasapainottamaan asiantuntija- ja hallintokeskeisyyttä. On sanottu, että asiantuntijavaltainen asenne voi pahimmillaan vähätellä asiakkaan

⁹⁰ Övretveit 1992, 4; 41.

⁹¹ Pfeffer & Coote 1991, 15-22.

⁹² Övretveit 1992, 44-45.

⁹³ Lumijärvi 1994, 64.

arvoa, kun palveluyksikön toimintatapoja perustellaan oman asiantuntemuksen tai tieteen tarpeilla.⁹⁴

On monia tapoja selvittää ja parantaa asiakastytyväisyyttä tai mitata asiakastytymättömyyttä. Mikäli organisaatio haluaa nostaa asiakastytyväisyyttä, tulee organisaation toimia järjestelmällisesti sen kehittämiseksi. Asiakkaiden tekemien valitusten määrää tutkimalla voidaan saada suuntaa antavaa tietoa palvelujen laadusta.⁹⁵ Vain valituksia tutkimalla voidaan kuitenkin saada liian yksipuolinen kuva palvelusta. Kuluttajatutkimuksella sen sijaan on mahdollista saada valituksia laajempaa tietoa asiakkaiden mielipiteistä palvelujen laadun suhteen.⁹⁶ Jatkuva asiakkaiden palveluodotusten selvittäminen sekä odotusten mukaisten palvelujen tarjoaminen on välttämätöntä, että organisaatio pystyy kilpailemaan laadukkaalla palvelulla⁹⁷.

Vaikka julkisten palvelujen luonteesta johtuen asiakkaan valinnan mahdollisuudet ovat rajalliset, tulee asiakasnäkökulma silti huomioida⁹⁸. Asiakasnäkökulma on viime vuosina entisestään korostunut ja on alettu miettiä asiakkaan roolia palvelun laadun arvioinnissa. Lumijärvi ja Övretveit ovat kuitenkin todenneet, etteivät terveydenhuollon asiakkaat voi arvioida itsenäisesti saamiensa palvelujen laatua, koska heiltä puuttuu tarvittava asiantuntijuus eivätkä he esimerkiksi pysty tekemään diagnoosia sairaudestaan⁹⁹. Terveyspalvelujen asiakkaat eivät myöskään tunne hoidon standardeja. Vaikeutena nähdään myös asiakkaiden henkinen tai fyysinen tila, joka voi vaikuttaa siihen, jaksavatko tai kykenevätkö asiakkaat arviointiin. Asiakkaat voivat myös kokea riippuvuutta hoitoprosessiin ja pelätä arvioinnin mahdollisia seurauksia, mistä syystä he eivät uskalla antaa luontevaa arviointia tai esittää kritiikkiä.¹⁰⁰ Kuitenkin terveydenhuollossakin tarvitaan käyttäjien kuulemista ja kansalaisten vaikuttamismahdollisuuksia.¹⁰¹ On osoitettu, että

⁹⁴ Outinen, Holma & Lempinen 1994, 35.

⁹⁵ Övretveit 1992, 48.

⁹⁶ Deming 1994, 177-179.

⁹⁷ Övretveit 1992, 43.

⁹⁸ Rajavaara 1997, 86.

⁹⁹ Lumijärvi 1994, 63; Övretveit 1992, 61.

¹⁰⁰ Lumijärvi 1994, 63.

¹⁰¹ Sipilä 1995, 24.

palvelujen käyttäjillä on hyvä kuva siitä, mitä he haluavat palvelulta ja että he pystyvät arvioimaan palvelujen laatua¹⁰².

Sipilän mukaan suuri osa terveysjärjestelmästä edellyttää erikoistunutta asiantuntijakontrollia. Sosiaalipalveluissa sen sijaan kuluttajien arviointia on mahdollista käyttää enemmän. Silti sosiaalipalvelujenkaan käyttäjien arviointikyky ei aina ole riittävä ja sitä on täydennettävä heidän omaistensa ja edustajiensa arvioinnilla.¹⁰³ Grönroos on todennut, että asiakkaiden on vaikea arvioida objektiivisesti palvelun merkitystä itselleen, koska he ovat itse mukana palveluprosessissa. Asiakas kokee tai kuluttaa palvelun samanaikaisesti kun se tuotetaan tai kun se syntyy.¹⁰⁴

Koska asiakkaiden arviointi palvelujen laadusta ei ehkä ole riittävän objektiivista ja heiltä puuttuu asiantuntijuutta, myös asiantuntijoiden tulee itse osallistua palvelujen laadun arviointiin. Asiantuntijat ovat aina kiinnittäneet palvelujen korkeaan laatuun huomiota¹⁰⁵. Asiantuntijanäkökulmat, lähinnä vertaisarviointi (peer review), ovat kuuluneet pitkään julkisen sektorin palvelujen kehittämiseen Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa¹⁰⁶. Nykyiset näkökulmat laatuun ovat abstraktimpia ja teoreettisempia kuin ennen, laatu näkökulmat ovat standardisoituneet, tulleet maailmanlaajuisemmiksi ja ne perustuvat tiettyihin malleihin. Asiantuntijat ja konsultit antavat yhä enemmän neuvoja laadusta.¹⁰⁷

Pollitin mukaan asiantuntijanäkökulmat koskevat pääasiassa palvelun tuottajan laatua, johon liittyy se, että palvelujen tekninen taso on korkea asiantuntijoiden määrittelemänä.¹⁰⁸ Övretveit kirjoittaa asiantuntijalaadun viittaavan siihen vastaako palvelu tarpeita silloin, jos palvelun tarjoajat ovat laadun määrittelijöitä. Lisäksi asiantuntijalaatuun liittyy se, toteutuuko laatu niillä menettelytavoilla sekä tekniikoilla, joiden uskotaan olevan välttämättömiä asiakkaiden tarpeiden

¹⁰² Outinen, Holma & Lempinen 1994, 36.

¹⁰³ Sipilä 1995, 24.

¹⁰⁴ Grönroos 1987, 29-30.

¹⁰⁵ Slagsvold 1997, 291.

¹⁰⁶ Pollit 1997, 25.

¹⁰⁷ Slagsvold 1997, 291.

¹⁰⁸ Pollit 1997, 34.

kohtaamiseksi. Asiantuntijoilla on tietoa menetelmistä ja yksityiskohdista, joita palvelun toteuttamiseen tarvitaan.¹⁰⁹

Övretveitin mukaan asiantuntijalaadussa on kaksi osatekijää. Ensimmäinen tekijä liittyy tulokseen: vastaavatko palvelut asiantuntijoiden arvioimiin asiakkaiden tarpeisiin. Toinen tekijä viittaa prosessiin: toteutetaanko palveluissa sellaisia tekniikoita ja menettelytapoja, joilla asiantuntijat uskovat asiakkaiden tarpeiden täyttyvän. Asiantuntijalaadun toteutumisella tarkoitetaan sitä, että henkilökunnalla on välttämättömiä tietoja ja taitoja palvella asiakasta. Tämä viittaa siihen, että henkilökunta osaa käyttää tekniikoita oikein. Organisaatiossa tulee myös olla käytössä ammattimaiset menettelytavat ja työntekijöille tulee tarjota ohjausta sekä kollegoiden tukea työssä toimimiseen.¹¹⁰

Koska monet laatuongelmat terveydenhuollossa vaihtelevat paikoittain, tulee Övretveitin mukaan kunkin ammattiryhmän kehittää omat arviointijärjestelmänsä. Työntekijät eivät tunne arviointimenetelmiä ja kokevat arvioinnin siksi uhkaavana ja vaikeasti käyttöön otettavana. Koska asiantuntijoilla on kokemusta työstään, pystyvät he arvioimaan ammattiaan ja toimintaansa. Lisäksi voidaan perustaa ammattien välisiä laadunarviointiryhmiä, joiden avulla on mahdollista löytää esimerkiksi ongelmia, jotka syntyvät työskenneltäessä muiden ammattiryhmien kanssa.¹¹¹ Esimerkkinä voidaan mainita sairaalassa työskentelevät sosiaalityöntekijä ja lääkäri, joiden molempien on arvioitava työtänsä omien arviointijärjestelmiensä kautta. Lisäksi ammattien välinen yhteistyö ja arviointi on tärkeää, koska koko organisaatiolla on yhteinen tavoite.

Asiantuntijanäkökulman heikkoutena Pollitt näkee esimerkiksi sen, että asiantuntijat ovat vähemmistönä sosiaalipalvelujen tuottajina. Lisäksi asiantuntijuutta voidaan kyseenalaistaa eikä sosiaalipalveluissa ole muodostunut samanlaista itsearviointikulttuuria kuin esimerkiksi opettajien tai lääkärien keskuudessa. Jotkut sosiaalityöntekijät ovat myös erittäin kriittisiä asiantuntijuuden

¹⁰⁹ Övretveit 1992 4, 62.

¹¹⁰ Övretveit 1992, 62-63.

¹¹¹ Övretveit 1992, 65-66.

suhteen. Asiantuntijanäkökulma perustuu pitkälti siihen oletukseen, että asiantuntijat itse määrittelevät oman työnsä standardit. Sosiaalipalvelut ovat kuitenkin moninaisia ja monien eri ammattiryhmien keskenään tuottamia, joten yhden asiantuntijaryhmän määrittelemät standardit eivät sen vuoksi sovellu sosiaalipalveluihin.¹¹²

Koska sosiaalityö on monimuotoista, laatuongelmat voivat myös esiintyä erilaisissa sosiaalityön yksiköissä eri tavoin. Esimerkiksi sosiaalityö sairaalassa, sosiaalitoimistossa tai koulussa eroaa paljon. Myös sosiaalityön yksiköiden sisällä työnkuva voi vaihdella hyvinkin paljon, kuten esimerkiksi terveydenhuollon sosiaalityöntekijän työ eri osastoilla. Voi olla vaikeaa rakentaa yhtenäistä arviointijärjestelmää, joka koskee koko sosiaalityön kenttää. Tämän takia olisi tärkeää, että eri yksiköt laatisivat omat arviointijärjestelmänsä. Övretveitin mukaan arviointi tulee ottaa käyttöön huomioimalla jo olemassa olevat asiantuntijoiden arviointitavat ja muuttamalla ne systemaattisemmiksi. Lisäksi tulee varmistaa, että kehitysehdotukset pohjautuvat asiantuntijoiden arviointeihin ja että parannukset toteutetaan ja niitä arvioidaan. Vaikka arviointi viekin aikaa asiakastyöltä, parantaa se asiakastyötä jatkossa.¹¹³

Kokemukset osoittavat, että asiakkaan mukaan ottamista ja tasa-arvoista huomioimista voidaan pitää sekä tienä laatuun että sen mittaamiseen. Palvelun käyttäjän korostamat määritelmät laadusta eroavat hyvin paljon asiantuntijoiden laatumääritelmistä. Palvelun käyttäjät eivät ole kiinnostuneita palvelujärjestelmän tehokkuudesta vaan siitä, mitä palvelu voi auttaa heitä saavuttamaan, palvelujen päämääristä, seurauksista ja vaikutuksesta heidän elämäänsä. He myös korostavat sitä, että palvelun toimittamistapa on ratkaiseva ja tärkeä laadun osatekijä. Täysin erilaiset arvoperustat ja prioriteetit palvelun käyttäjien ja tuottajien välillä tekevät laadun määrittelemisestä haastavaa. Asiantuntijanäkökulmalla on pidempi historia kuin asiakaskeskeisellä näkökulmalla. Koska sitä myös painotetaan enemmän, sen avulla saadaan paremmin resursseja käyttöön.¹¹⁴

¹¹² Pollit 1997, 34.

¹¹³ Övretveit 1992, 73.

¹¹⁴ Beresford, Croft, Evans & Harding 1997, 63.

Pfeffer & Coote ovat kritisoineet asiantuntijanäkökulman käyttöä sosiaali- ja terveyspalveluja arvioitaessa. Heidän mukaansa voidaan puhua professionaalista autonomiasta, joka asiantuntijoilla on. Asiantuntija voi yksin päättää, mikä on parasta asiakkaalle. Esimerkiksi lääkäri voi käyttää asiantuntijavaltaa väärin tarjoamalla potilaalle kallista, modernia hoitomuotoa jonka hyödystä ei ole täyttä varmuutta. Asiantuntijoiden vapaus toimia valintansa mukaan on asetettu kyseenalaiseksi muun muassa myös sen perusteella, että julkisissa palveluissa rahan käyttö on olennaista eivätkä esimerkiksi kalliit välineet ja hoitomuodot ole välttämättä tehokkaita. Lisäksi asiantuntijuuteen tai järjestelmään liittyvät ennakkoluulot (esimerkiksi rotuun, sukupuoleen tai ikään liittyvä syrjintä) voivat aiheuttaa epätasa-arvoa asiakkaiden kesken. Asiantuntijanäkökulma ei myöskään ole aina lähtöisin asiakasta palvelevasta periaatteesta, vaan se saattaa joissain tapauksissa soveltua palvelemaan enemmän tuottajan kuin kuluttajan etuja (esimerkiksi toimistojen aukioaloajat). Asiantuntijanäkökulma voi tarkoittaa laadun mittausta, joka on yksipuolista eikä siedä mielipide-eroja. Se mikä näyttää laadukkaalta palvelulta asiantuntijan silmin, saattaa näyttää aivan erilaiselta asiakkaan silmin.¹¹⁵

Rajavaara korostaa, että mikäli asiantuntijoiden työmenetelmät määritellään ulkopuolelta, asiantuntijoiden rooli heikkenee. Tällainen laaja "totalitaarinen", organisatorinen lähestymistapa laadunkehittämiseen vähentää asiantuntijoiden sitoutumista laadun kehittämiseen. Asiantuntijoilla on kuitenkin merkittävä rooli sekä sosiaali- että terveyspalvelujen tuottamisessa ja tarjoamisessa, joten laadun kehittäminen on olennainen osa asiantuntijoiden työtä.¹¹⁶

Tutkielmassamme selvitämme hyvää asiakaspalvelua ensisijaisesti asiantuntijoiden näkökulmasta. Asiantuntijanäkökulmaan päädyimme, koska terveydenhuollon sosiaalityö on professionaalisuuteen perustuva ammatti, jota on mielestämme vaikea määritellä täysin ulkopuolelta. Mielestämme työntekijöiden eli asiantuntijoiden näkökulma on perusta laadukkaan asiakaspalvelun määrittelylle.

¹¹⁵ Pfeffer & Coote 1991, 5-9.

¹¹⁶ Rajavaara 1997, 83.

Koska sairaalan sosiaalityötä pidetään hahmottomattomana, on välttämätöntä selvittää ensin se, millaisiin raameihin asiantuntijat työnsä asettavat. Vasta kun asiantuntijanäkökulma on selvinnyt, voidaan mielestämme lähteä selvittämään muita näkökulmia palvelun laatuun.

Tässä tutkielmassa olemme itse luoneet hyvän asiakaspalvelun ulottuvuudet, joten voidaan ajatella, että asiakaspalvelun laatu ei ole täysin asiantuntijoiden määrittelemää, vaan se on määritelty ulkopuolelta. Näkökulma ei kuitenkaan ole täysin ulkopuolinen, koska ulottuvuudet on määritelty yhteistyössä sairaalan sosiaalityöntekijöiden eli asiantuntijoiden kanssa. Lisäksi voidaan ajatella, että olemme myös itse sosiaalialan asiantuntijoita, vaikka olemmekin tehneet vasta varsin vähän sosiaalityötä.

3.3 Miten laatu sopii sosiaali- ja terveystalouteihin?

1990-luvulla sosiaali- ja terveystaloutta supistettiin ja karsittiin. Kuntien saadessa enemmän päätösvaltaa kuntakohtaiset erot kasvoivat. Monissa palveluissa, kuten terveystalouteissa, asiakkaiden omavastuu lisääntyi asiakasmaksujen myötä.¹¹⁷ On väitetty ettei julkisissa palveluissa voida puhua tavanomaisesta asiakassuhteesta, koska kyseessä on maksuton palvelu¹¹⁸. Palvelujen muututtua osin maksullisiksi voitaneen sanoa, että julkisissakin palveluissa on lähestytty tavanomaista asiakassuhdetta.

Asiakkaiden valinnanmahdollisuuden on sanottu jopa heikentyneen, erityisesti huono-osaiset ovat kärsineet muutoksista. Tämä näkyy Julkusten mukaan muun muassa siinä, että mielenterveystaloutet ovat muuttuneet avohoitopainotteisemmiksi ja siinä, että päihdepalvelut kohdistuvat lähinnä työssäkäyville eikä huono-osaisten kuntoutukseen panosteta yhtä paljon.¹¹⁹

¹¹⁷ Julkunen 2001, 234; 237; 241.

¹¹⁸ Lillrank 1998, 42.

¹¹⁹ Julkunen 2001, 238; 243.

Sosiaalipalveluissa on alettu yhä enemmän kiinnittää huomiota asiakkaiden mielipiteisiin ja asemaan. Tähän on saatu mallia kaupallisista palveluista.¹²⁰

Laatukeskustelu on siis tullut sosiaali- ja terveystalouteen yksityiseltä sektorilta. 1990-luvulla laatua on alettu pitää yhtenä keskeisenä osana kehitettäessä ja arvioitaessa julkisia sosiaali- ja terveystaloutta¹²¹. Koko laatukeskustelun voidaan ajatella liittyvän suuntaukseen, jota kutsutaan nimellä New public management. Suuntaukseen kuuluu johtajuuden korostaminen, vallan hajauttaminen pienempiin yksiköihin sekä kuluttaja- ja kansalaislähtöisyys. Julkisen sektorin kriisin vuoksi arvioinnista on tullut olennainen osa julkisen sektorin toimintaa. Arviointiin kuuluu ajatus laadunvarmistuksesta ja -kehittämisestä, johon taas liittyy lisääntynyt asiakaslähtöisyys.¹²²

On sanottu, että 1990-luvulla Euroopassa julkinen sektori on menettänyt kykynsä tuottaa tehokkaita palveluja. Taloudellisen tilanteen vuoksi resurssit tuottaa palveluja ovat vähentyneet ja palvelujen käyttäjät ovat alkaneet kyseenalaistaa työntekijöiden asiantuntijuutta. Lisäksi julkisen sektorin yksityistämiseen on liittynyt paljon ongelmia muun muassa siksi, että julkisen sektorin toimintaa ei ole nähty yhtä tehokkaana verrattuna yksityisen sektoriin. Näiden muutosten myötä julkista sektoria on kritisoitu siitä, ettei se enää kykene tarjoamaan ”hyvää laatua”, joka on aiemmin perustunut tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen.¹²³

Laadunvarmistus kuuluu kiinteästi sosiaali- ja terveystalouteen. Sosiaali- ja terveystaloutta erityispiirteistä johtuen yleisesti käytetyt laadunkehittämismenetelmät eivät sellaisinaan sovellu sosiaali- ja terveystalouteen¹²⁴. Yksityisellä sektorilla paljon käytettyjä laadunkehittämismenetelmiä ovat muun muassa ISO 9000-laatujohtaminen, TQM (Total Quality Management) ja vertailukehittäminen (benchmarking)¹²⁵.

¹²⁰ Haverinen 1997, 263.

¹²¹ Rajavaara 1997, 83.

¹²² Vedung 2004, 244-245; 247-248.

¹²³ Evers, Haverinen, Leichsenring & Wistow 1997, 1-2.

¹²⁴ Evers, Haverinen, Leichsenring & Wistow 1997, 3.

¹²⁵ Pollit 1997, 25. (Ks. Myös Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 130.)

Terveyspalveluja on usein mitattu tarkkojen standardien kautta ja standardeja on muokattu tiettyyn palveluun sopivaksi¹²⁶.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesilla on oma Palvelujen laatu –ryhmä, joka tutkii ja pyrkii kehittämään terveydenhuollon ja varhaiskasvatuksen palvelujen laatua Suomessa. Ryhmän tutkimus keskittyy laadunhallinnan menetelmiin ja laatumittareihin, toimintakäytäntöihin ja toimintapolitiikkaan sekä tiedonvälittämiseen asiantuntija-alueelta.¹²⁷ Kuten aiemmin on mainittu, hoitopalvelujen laatua on tutkittu paljon ja laatu keskustelu on levinnyt myös sosiaalityöhön¹²⁸. Myös sosiaalityön laatua on tutkittu jonkun verran. Sosiaalitoimistoissa tehtävän sosiaalityön laatua on joissakin tutkimuksissa mitattu ulottuvuuksien kautta, jotka on muodostettu aiemman tutkimuksen perusteella¹²⁹. Yleisestikin hyvää palvelua on määritelty ja mitattu ulottuvuuksien avulla useilla eri palvelualueilla¹³⁰.

Terveydenhuollon sosiaalityön laadusta suurempaa tutkimusta ei ole vielä juurikaan tehty, vaikkakin sairaalakohtaisia laatuhankeita on paljon. Mielestämme laatuajattelu soveltuu myös terveydenhuollon sosiaalityöhön tietyin rajoituksin. Koska sosiaalityö sairaalassa on osa kokonaisvaltaista hoitoa, tulee myös sosiaalityötä arvioida laadukkaan palvelun lähtökohdista, kuten esimerkiksi hoitotyötä arvioidaan. Kuitenkin terveydenhuollon sosiaalityö on oma palvelumuotonsa, joten suoraan hoitotyössä käytettävät kriteerit ja menetelmät eivät sovellu sosiaalityöhön. Lisäksi, koska terveys- ja sosiaalipalveluilla on eri päämäärä, ei niitä voi täysin samoin standardein mitata.

Myöskään sosiaalitoimistossa tehtävässä sosiaalityössä käytettyjä laatustandardeita/mittareita ei voida sellaisenaan käyttää terveydenhuollon sosiaalityössä toimintaympäristön ja työnkuvan erilaisuuden vuoksi. Voidaan

¹²⁶ Ks. Esim. Lumijärvi 1994 & 1996; Perälä 1995.

¹²⁷ Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2005.

¹²⁸ Ks. Esim. Evers, Haverinen, Leichsenring & Wistow 1997; Lumijärvi 1994 & 1996; Perälä 1995; Tuurala 1998.

¹²⁹ Ks. Esim. Kallinen-Kräkin 1997; Kauppila 1999; Mäntysaari, Aalto & Maaniittu 1996.

¹³⁰ Ks. Esim. Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990.

olettaa, että samoja ulottuvuuksia voidaan soveltaa terveydenhuollon sosiaalityöhön sopiviksi. Ulottuvuuksia tai mittareita laadittaessa on huomioitava terveydenhuollon ominaispiirteet, etteivät mittarit jää liian yleisiksi.

Laatutyö on yhtä tärkeää terveydenhuollon sosiaalityössä kuin muissakin terveydenhuollon palveluissa. Sen avulla voidaan saada yhtenäistä kuvaa terveydenhuollon sosiaalityöstä ja siten tehdä työtä näkyväksi muille ammattiryhmille. Laatutyön kautta on myös mahdollista kehittää sosiaalityötä ja korostaa sosiaalityöntekijöiden asiantuntijuutta, erityisesti tehtäessä laatutyötä asiantuntijanäkökulmasta. Tekemällä laadunarviointia voidaan vakiinnuttaa sosiaalityöntekijöiden epävakaa asemaa, koska oman työn määrittely kuuluu keskeisesti asiantuntijuuteen.

4 HYVÄN PALVELUN ULOTTUVUUDET

Hyvän, laadukkaan palvelun ulottuvuuksia on määritelty monilla eri palvelun aloilla. Ulottuvuuksien avulla on pyritty määrittelemään laadukkaaseen palveluun kuuluvia osatekijöitä useilla eri aloilla sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Ulottuvuuksia voidaan soveltaa hyvin erilaisissa toimintaympäristöissä, joita voivat olla esimerkiksi hotelli, rautakauppa tai terveyskeskus. Vaikka nämä palvelualat eroavat toisistaan, on niistä kaikista löydettävissä yhteisiä palvelun laatuun liittyviä ominaisuuksia. Yhteisinä hyvään palveluun kuuluvina piirteinä voidaan pitää esimerkiksi sitä, että asiakkaalle annetaan oikeaa tietoa tai että henkilökunta on motivoitunut palvelemaan asiakasta. Ulottuvuudet ovat ikään kuin hyvän laadun edellytyksiä. Ulottuvuuksien tulee täytyä, että palvelu olisi laadukasta.¹³¹

4.1 *Ulottuvuuksien käyttöä hyvän palvelun määrittelyssä*

Karkeimmillaan palvelu voidaan jakaa tekniseen ja toiminnalliseen ulottuvuuteen. Tämä on alun perin Grönroosin ajatus, jota on laajasti käytetty ja sovellettu palvelun laatua tutkittaessa. Teknisen ja toiminnallisen laadun lisäksi organisaatiokuva liittyy Grönroosin mukaan palvelun kokonaislaatuun.¹³² Teknisellä laadulla tarkoitetaan palvelun lopputulosta eli sitä, mitä asiakas konkreettisesti saa palvelusta. Toiminnallinen laatu liittyy palvelun tuottamisprosessiin eli siihen, miten asiakas saa palvelun. Tärkeää on tapa, jolla palvelun lopputulos asiakkaalle välitetään. Toiminnalliseen laatuun vaikuttavat esimerkiksi työntekijän käyttäytyminen ja ulkoinen olemus.¹³³ Tärkeää on, että laadukkaassa palvelussa toteutuvat sekä tekninen että toiminnallinen ulottuvuus. Organisaatiokuvalla ei sinänsä ole vaikutusta suoraan itse palveluun, vaan se toimii

¹³¹ Ks. Esim. Grönroos 1987 & 1998; Lumijärvi 1994 & 1996; Wilding 1994; Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990.

¹³² Grönroos 1987, 32-33.

¹³³ Grönroos 1998, 63-64.

tavallaan suodattimena, jonka läpi asiakas laatua tarkastelee¹³⁴. Organisaatio pystyy itse vaikuttamaan vain epäsuorasti siihen, minkälaisen kuvan asiakas organisaatiosta muodostaa¹³⁵.

Teknistä ja toiminnallista ulottuvuutta voidaan pitää lähtökohtana hyvän palvelun määrittelylle. Näitä kahta ulottuvuutta voidaan kuitenkin tarkentaa ja jakaa useampiin osatekijöihin. Grönroos nimeää laadukkaaseen palveluun kuuluvaksi kuusi ulottuvuutta. Teknisen laadun ulottuvuutena on ammattitaito. Toiminnallisen laadun ulottuvuuksia ovat asenne ja käyttäytyminen, lähestyttävyyys ja joustavuus, luotettavuus sekä normalisointi. Lisäksi yhtenä ulottuvuutena Grönroos pitää mainetta ja uskottavuutta, joka liittyy organisaatiokuvaan.¹³⁶

Myös muut tutkijat ovat määritelleet eri aloille sopivia laadukkaan palvelun ulottuvuuksia¹³⁷. Ulottuvuudet ovat osin päällekkäisiä, mutta sisältävät yleensä samoja laadukkaaseen palveluun kuuluvia peruspiirteitä. Zeithamlin, Parasuramanin & Berryn laajaa ja useita vuosia kestänyttä tutkimusta palvelujen laadusta voidaan pitää urauurtavana tutkimuksena. Tutkimusta on tehty useilla eri palvelualoilla selvittäen sekä asiakkaiden että johtajien ja työntekijöiden mielipiteitä palvelujen laadusta. Tutkimustensa perusteella Zeithaml, Parasuraman & Berry ovat sisällyttäneet palvelun laatuun kuuluvaksi kymmenen yleistä ulottuvuutta, joita ovat palveluiden konkreettisuus (tangibles), luotettavuus (reliability), vastaanottavuus (responsiveness), pätevyys (competence), kohteliaisuus (courtesy), uskottavuus (credibility), turvallisuus (security), saavutettavuus (access), viestintä (communication) sekä asiakkaan ymmärtäminen (understanding the customer). Myöhemmissä tutkimuksissaan he ovat tiivistäneet aiemmin määrittelemänsä ulottuvuudet viiteen. Nämä viisi ulottuvuutta ovat konkreettisuus (tangibles), luotettavuus (reliability), vastaanottavuus (responsiveness), varmuus (assurance) ja empatia (empathy). Ulottuvuudet eivät välttämättä riipu toisistaan ja niitä voidaan käyttää laadun arvioinnissa useilla eri palvelualoilla.¹³⁸

¹³⁴ Grönroos 1987, 33.

¹³⁵ Grönroos 1998, 67.

¹³⁶ Grönroos 1998, 73.

¹³⁷ Ks. Esim. Lumijärvi 1994 & 1996; Wilding 1994; Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990.

¹³⁸ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 20-22; 26.

Lumijärvi on tutkinut suomalaisten hoitopalveluiden laatua Pietarsaaren sairaalassa. Tutkimus on vertailututkimus sairaalan henkilöstöryhmien ja potilaiden priorisoimista hoidon laatutekijöistä. Tärkeimpiä laatutekijöitä on selvitetty ulottuvuuksien avulla. Pyrkimyksenä on ollut selvittää sekä potilaiden että hoitohenkilöstön laatukäsityksiä. Lähtökohtana ovat olleet seitsemän laatu-
ulottuvuutta, jotka ovat hoidon saavutettavuus, hoidon sisältö, hoitoprosessin sujuvuus, hoitosuhteen psyko-sosiaalinen luonne, viestintä, potilaan itseohjausmahdollisuudet sekä hoitoympäristö ja oheispalvelut. Eri henkilöstöryhmät ja potilaat painottivat joiltain osin eri laatutekijöitä.¹³⁹

Wilding on kirjoittanut palvelujen laadusta julkisella sektorilla. Hän on asettanut laadukkaalle palvelulle neljä ulottuvuutta, jotka ovat palvelun saavutettavuus, hyväksyttävyyys, tehokkuus ja avoimuus (accessibility, acceptability, effectiveness and openness). Nämä ulottuvuudet soveltuvat yksityiselle sektorille, mutta julkisissa palveluissa tarvitaan Wildingin mukaan myös muita ulottuvuuksia. Tätä Wilding perustelee sillä, että julkiset palvelut koskevat laajempaa asiakaskuntaa kuin yksityiset palvelut. Lisäksi Wilding korostaa sosiaali- terveys- ja koulutuspalveluissa vuorovaikutuksen merkitystä.¹⁴⁰ Muun muassa Mäntysaari, Aalto & Maaniittu ovat raportissaan käyttäneet Wildingin määrittelemiä ulottuvuuksia tutkiessaan asiakaspalautetta sosiaalihuollosta¹⁴¹.

Vuorela on tutkimuksessaan pohtinut asiakaspalautteen käyttöä palvelukykyisyyden arvioinnissa. Hän on valinnut aikaisempien tutkimusten pohjalta kuusi laadun osatekijää, jotka ovat palvelujen vastaavuus asiakkaiden hoidettaviin asioihin ja odotuksiin, palvelun tuottajien pätevyys & ammattitaito, asiakkaan kohtelu, palvelun käytön helppous, toiminnan ”byrokraattisten piirteiden” vähäisyys ja mahdollisuus vaikuttaa tarvitsemansa palvelun muotoutumiseen.¹⁴² Vuonna 1992 julkaistussa kunnallisten sosiaalipalvelujen arviointiraportissaan Vuorela erittelee sosiaalipalvelujen laadun arviointia neljän tekijän kautta. Näitä tekijöitä ovat palvelujen riittävyys, kohdentuminen, saatavuus ja saavutettavuus sekä pitkän

¹³⁹ Lumijärvi 1996, 28.

¹⁴⁰ Wilding 1994, 59.

¹⁴¹ Mäntysaari, Aalto & Maaniittu 1996.

¹⁴² Vuorela 1988, 1; 34.

aikavälin kokonaisvaikutus. Nämä tekijät on tarkoitettu johdon käyttöön arvioitaessa kunnallisten sosiaalipalvelujen järjestämistä ja laatua.¹⁴³

Kallinen-Kräkin on tutkinut sosiaalityön laatua Kuopion sosiaalitoimistossa sekä asiakas- että työntekijänäkökulmasta. Tutkimuksensa pohjana hän on käyttänyt Grönroosin teknistä ja toiminnallista ulottuvuutta, jotka hän on edelleen jakanut seuraaviin sosiaalityön laadun osatekijöihin: Organisaation tekniseen laatuun hän lukee kuuluvaksi palvelun saavutettavuuden sekä palvelun riittävyyden. Työntekijöiden tekniseen ja toiminnalliseen laatuun kuuluu: työntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus, sosiaalityöntekijän ammattitaito, toivottu ja saatu apu, sosiaalityön merkitys asiakkaalle sekä moniammatillisen yhteistyön tarve ja toteutuminen.¹⁴⁴

Myös Kauppila on mukailnut Grönroosia tutkimuksessaan sosiaalityön laadusta Kuopiossa. Hänen käyttämänsä kolme perusulottuvuutta olivat organisaatiokuvan ja palvelun laadun yleiset ulottuvuudet, sosiaalityön teknisen laadun ulottuvuudet, sosiaalityön toiminnallinen laatu työntekijätasolla. Tutkimuksen perusteella ulottuvuudet tarkentuivat vielä niin, että palvelun laadun yleisistä ulottuvuuksista erottuivat palvelujen laadun asiakaslähtöisyys, saavutettavuus, ulkoiset puitteet ja luotettavuus. Teknisen laadun ulottuvuuksista omiksi ulottuvuuksikseen erottuivat sosiaalityön uusien tiedotus- ja neuvontapalvelujen kehittäminen, sosiaalityöntekijöiden työmenetelmien ja normien hallinta, asiakastyön suunnitelmallisuus, sosiaalityön palvelujen kehittäminen ns. perinteisillä tavoilla sekä sosiaalityön uusi työnjako toimeentulotukiasioissa. Sosiaalityön toiminnallisesta laadusta työntekijätasolla puolestaan muodostui vain yksi ulottuvuus, joka on asiakkaan eettisesti ja ammatillisesti korkeatasoinen kohtaaminen.¹⁴⁵

Tuurala on kirjoittanut laadusta, yhteiskunnasta ja lastensuojelusta. Raportissaan hän on jaotellut sosiaali- ja terveydenhuollon osa-alueita Garwinin ja Oulasvirran

¹⁴³ Vuorela 1992, 1; 6.

¹⁴⁴ Kallinen-Kräkin 1997, 17.

¹⁴⁵ Kauppila 1998, 61-65.

jakoa käyttäen. Osa-alueita ovat luottamuksellisuus, suorituskyky, yhdenmukaisuus, luotettavuus, palveluhalukkuus, erityispiirteet ja ominaisuudet, esteettisyys sekä laatuodotukset.¹⁴⁶

Tätä tutkielmaa varten olemme soveltaneet aikaisempia laadukkaan palvelun ulottuvuuksia terveydenhuollon sosiaalityöhön sopiviksi. Pääosin olemme käyttäneet Zeithamlin, Parasuramanin & Berryn, Grönroosin, Wildingin, Lumijärven, Vuorelan ja Tuuralan laatimia palvelun laadun ulottuvuuksia¹⁴⁷. Olemme päätyneet viiteen ulottuvuuteen, jotka ovat 1) työntekijän tiedot ja taidot, 2) tiedotus ja viestintä, 3) tavoitettavuus, 4) luotettavuus sekä 5) yhteistyön toimivuus. Ulottuvuuksien laadinnassa olemme hyödyntäneet terveydenhuollon sosiaalityöstä tehtyä tutkimusta, sosiaalityöntekijöiden kanssa käytyjä keskusteluja sekä omaa työkokemusta ja aiempaa tietoa terveydenhuollon sosiaalityöstä.

Seuraavaksi käsittelemme laadukkaan palvelun ulottuvuuksia terveydenhuollon sosiaalityöhön tekemämme jaon pohjalta. Samalla selkeytämme ulottuvuuksiemme muodostumista: miksi nämä ulottuvuudet ovat merkityksellisiä terveydenhuollon sosiaalityössä ja mikä on näiden ulottuvuuksien suhde aikaisemmin määriteltyihin ulottuvuuksiin. Aikaisemmin määritellyt ulottuvuudet ovat olleet osin päällekkäisiä ja päällekkäisyyttä on myös meidän määrittelemissämme ulottuvuuksissa.

Samasta ulottuvuudesta on käytetty useita eri nimiä, joka saattaa vaikeuttaa ulottuvuuksien hahmottamista. Osa tutkijoista on määritellyt ulottuvuudet hyvin yleisesti, kun taas toiset tutkijat ovat määritelleet ulottuvuudet pikkutarkasti ja jaotelleet ulottuvuudet pienempiin luokkiin. Me olemme purkaneet aimmat ulottuvuudet vielä pienemmiksi osikseen ja jaotelleet ne siten, että ne sopivat meidän luomiimme viiteen pääulottuvuuteen. Ulottuvuuksien rakentamisen päämääränä on ollut muodostaa juuri terveydenhuollon sosiaalityöhön sopivat ulottuvuudet.

¹⁴⁶ Tuurala 1998.

¹⁴⁷ Grönroos 19987 & 1998; Lumijärvi 1994 & 1996; Tuurala 1998; Vuorela 1988 & 1992; Wilding 1994; Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990.

4.2 Työntekijän tiedot ja taidot

Tässä tutkielmassa työntekijän tiedoilla ja taidoilla tarkoitetaan työntekijän ammattitaitoa tai pätevyyttä sekä sitä, että työntekijällä on sellaiset tiedot ja taidot, joita tarvitaan asiakkaan ongelmien ammattitaitoiseen ratkaisemiseen. Lisäksi työntekijä pystyy määrittämään, minkälaisia palveluja hän kykenee asiakkaalle tarjoamaan. Työntekijä kiinnittää huomiota asiakkaaseen ja käyttäytyy kohteliaasti, ystävällisesti ja asiakasta kunnioittavasti sekä on motivoitunut palvelemaan asiakasta. Työntekijän tietoihin ja taitoihin liittyy myös työn kehittäminen ja se, että työntekijä pysyttelee työssä ajan tasalla työn vaatimusten ja luonteen muuttuessa.

Grönroos tarkoittaa ammattitaidolla sitä, että palvelun tarjoajilla ja työntekijöillä on sellaiset tiedot ja taidot, välineet sekä fyysiset resurssit, joita tarvitaan asiakkaiden ongelmien ammattitaitoiseen ratkaisuun¹⁴⁸. Zeithamlille, Parasuramanille & Berryille pätevyys merkitsee sitä, että henkilökunnalla on vaadittavat tiedot ja taidot palvelun tarjoamiseen¹⁴⁹. Voidaankin olettaa, että Zeithaml, Parasuraman & Berry ovat sitä mieltä, että pätevyys voidaan saavuttaa myös muuta kautta kuin ammatillisella koulutuksella. Vastaanottavuudella Zeithaml, Parasuraman & Berry puolestaan viittaavat siihen, että työntekijä on halukas auttamaan asiakkaita¹⁵⁰. Vuorelan mukaan ammattitaito korostuu professionaalisesti tuotetuissa palveluissa ja tehtävissä, joissa tuotos perustuu suurelta osin asiointiprosessin onnistuneisuuteen¹⁵¹.

Kuten aikaisemmin on mainittu, laissa on määritelty sosiaalityöntekijän pätevyysvaatimus¹⁵². Oletamme, että pätevyys on edellytys sille, että työntekijä kykenee määrittämään ammattitaitoisesti potilaan ongelmia ja auttamaan häntä. Pätevä työntekijä myös tuntee työnsä ja sen, millaisia palveluja pystyy potilaalle tarjoamaan. Koska terveydenhuollon sosiaalityön ammattikuva on osin epäselvä ja sosiaalityöntekijän asiantuntijuutta on kyseenalaistettu, on olennaista että

¹⁴⁸ Grönroos 1998, 74.

¹⁴⁹ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 21.

¹⁵⁰ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 21.

¹⁵¹ Vuorela 1988, 35.

¹⁵² Ranta 2002, 300.

sosiaalityö pystytään määrittelemään selkeästi. Vaikka korostamme ammatillista pätevyyttä, myös kokemuksella on terveydenhuollon sosiaalityössä varmasti merkitystä.

Grönroosin mukaan työntekijän asenne ja käyttäytyminen merkitsee, että asiakkaat tuntevat palvelutyöntekijöiden kiinnittävän heihin huomiota ja haluavan ratkaista heidän ongelmansa ystävällisesti ja spontaanisti.¹⁵³ Zeithaml, Parasuraman & Berry sisällyttävät kohteliaisuuteen kuuluvaksi henkilöstön kohteliaat käytöstavat, kunnioituksen asiakasta kohtaan sekä ystävällisyyden ja asiakkaan huomioon ottamisen¹⁵⁴. Lumijärvi kirjoittaa hoitosuhteen psyko-sosiaalisesta luonteesta, joka liittyy hoitohenkilökunnan ja potilaan välisten keskustelujen luottamuksellisuuteen sekä hoitohenkilöstön palvelualttiuteen ja ystävällisyyteen. Lumijärven tutkimuksessa erityisesti potilaat pitivät hoitosuhteen psyko-sosiaalista luonnetta merkittävänä laatutekijänä.¹⁵⁵ Tuurala lukee palveluhalukkuuden yhdeksi osatekijäksi ystävällisyyden sekä asiakkaan saaman kokemuksen siitä, että häntä halutaan palvella¹⁵⁶. Myös Vuorela korostaa asiakkaan kohtelun tärkeyttä, sillä monet kiinnittävät siihen kaikista eniten huomiota ja se vaikuttaa koko asiointiprosessiin. Vaikka asiakkaan kohtelu liittyy koko palveluorganisaation toimintatapoihin ja työnjakoon, yhdistää asiakas yleensä sen ainoastaan palvelutyöntekijän ominaisuuksiin. Vuorelan mukaan myös ammattitaidon kohdalla on näin.¹⁵⁷

Työntekijän tiedot ja taidot sekä asiakaspalveluhenkisyys ovat perusedellytyksiä hyvälle terveydenhuollon sosiaalityön palvelulle kuten kaikelle muullekin palvelulle. Näihin myös asiakas kiinnittää ensimmäisenä ja usein eniten huomiota arvioidessaan palvelun laatua. Perusedellytyksenä terveydenhuollon sosiaalityössä voidaan pitää myös sitä, että työntekijä pystyy kehittämään työtään ja pysyttelemään työssään ajan tasalla. Yhteiskunnan ongelmien monimutkaistuessa ja muuttuessa

¹⁵³ Grönroos 1998, 74.

¹⁵⁴ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 21.

¹⁵⁵ Lumijärvi 1996, 28-29; 44.

¹⁵⁶ Tuurala 1998, 15.

¹⁵⁷ Vuorela 1988, 35.

työntekijältä edellytetään joustavuutta ja oman alan uusimman tiedon tuntemusta sekä kykyä osallistua ja tehdä muutoksia työssään.

4.3 Tiedotus ja viestintä

Toisena ulottuvuutenamme on tiedotus ja viestintä, johon liittyy se, että asiakkaat sekä sosiaalityöntekijän kanssa työskentelevät yhteistyötahot tietävät, mitä sosiaalityöntekijän palveluihin kuuluu. Myös sosiaalityöntekijän käyttämällä kielellä on merkitystä asiakkaan kanssa keskusteltaessa. Hyvä palvelu on sitä, että asiakas saa palvelua omalla äidinkielellään sekä sellaisin termein, joita hän ymmärtää ja jotka ovat selkeitä. Myös asiakkailta sekä yhteistyötahoilta kerättävä palaute kuuluu tähän ulottuvuuteen. Palautteen avulla on tarkoitus oppia ja kehittää omaa työtä.

Wilding korostaa palvelun avoimuutta. Avoimuuteen liittyy se, että palvelun tarjoaja näkee vaivaa kommunikoidakseen jo olemassa olevien sekä mahdollisten tulevien asiakkaiden kanssa. Lisäksi palautetta tulee kerätä yksinkertaisten ja helposti lähestyttävien palautejärjestelmien avulla, joita tulee käyttää apuna toiminnan kehittämisessä. Wilding pitää tärkeänä myös sitä, että asiakkaat tietävät, mitä palvelu voi heille tarjota.¹⁵⁸ Zeithamlin, Parasuramanin & Berryn mukaan viestintään sisältyy se, että asiakkaille puhutaan sellaista kieltä jota he ymmärtävät ja että asiakkaita kuunnellaan¹⁵⁹.

Lumijärvi lukee viestintään kuuluvaksi hoitotapahtumien kulusta tiedottamisen ja kyselyihin vastaamisen, hoito-ohjeiden selkeyden ja ymmärrettävyyden sekä kommunikoinnin potilaan omalla äidinkielellä. Viestinnässä tulee käyttää termejä, jotka potilaan on helppo ymmärtää.¹⁶⁰ Kallinen-Kräkin liittyy sosiaalityön palveluista tiedottamisen palvelujen saavutettavuuteen. Hänen mukaansa tieto

¹⁵⁸ Wilding 1994, 59.

¹⁵⁹ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 22.

¹⁶⁰ Lumijärvi 1996, 28-29.

sosiaalityön palveluista ja maineesta kulkee parhaiten ”suusta suuhun”.¹⁶¹ Vuorela puolestaan liittyy riittävän informaation palvelujen käytön helppouteen¹⁶².

Koska terveydenhuollon työympäristö on moniammatillinen, tarvitsevat eri ammattiryhmät riittävästi tietoa muiden ammattiryhmien työstä. Tällöin on olennaista, että terveydenhuollon sosiaalityöstä tiedotetaan muille ammattiryhmille ja yhteistyötahoille. Tiedottaminen liittyy myös asiakkaisiin, joiden tulee tietää, mitä sosiaalityön palveluihin kuuluu. Aikaisempien tutkimuksien pohjalta on käynyt ilmi, että kaikki tahot eivät tunne riittävästi terveydenhuollon sosiaalityön palveluja ja niiden sisältöä. Näin ollen voitaneen olettaa, että tiedotus ja viestintä sosiaalityön palveluista on vielä puutteellista. Palautteen keruun avulla voidaan saada selville, millainen kuva asiakkailla tai yhteistyötahoilla on sosiaalityön palvelusta tai mitä palvelusta tiedetään. Palautteen keruu liittyy keskeisesti asiakasnäkökulmaan ja sen korostamiseen¹⁶³.

Terveydenhuollossa käytettävä lääketieteellinen kieli asettaa terveydenhuollon sosiaalityölle vaatimuksia. Sosiaalityöntekijän tulee puhua asiakkaalle asiakkaan ymmärtämällä kielellä eikä ammattitermein. Työssä tulee huomioida kunkin asiakkaan terveydentila ja valita käytettävä kommunikointitapa ja kielenkäyttö sen mukaan. Koska asiakkaan kanssa työskentely liittyy hyvinkin henkilökohtaisiin ja vaikeisiin asioihin, on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, että asiakas voi käyttää omaa äidinkieltään.

4.4 Tavoitettavuus

Terveydenhuollon sosiaalityön palvelun tavoitettavuudella tarkoitamme sitä, että sosiaalityöntekijä on helposti asiakkaan tavoitettavissa. Sosiaalityöntekijän työtilat sijaitsevat asiakkaan kannalta helposti lähestyttävällä paikalla. Sosiaalityöntekijä on

¹⁶¹ Kallinen-Kräkin 1997, 17; 55.

¹⁶² Vuorela 1988, 34.

¹⁶³ Ks. Esim. Outinen, Holma & Lempinen 1994.

tavoitettavissa puhelimitse ja palvelun odotusajat ovat kohtuullisia. Sosiaalityön palvelua tarvitsevat asiakkaat ohjautuvat ja pääsevät palvelun piiriin. Palvelu on tasapuolista kaikille asiakasryhmille.

Grönroosille palvelun lähestyttävyys merkitsee sitä, että palvelun sijainti, aukioloajat sekä välineet on suunniteltu ja toimivat niin, että palvelu on helppo saada. Myös palvelun tarjoajan ja työntekijöiden on oltava helposti tavoitettavissa.¹⁶⁴ Wilding tarkoittaa saavutettavuudella sitä, että palvelu on saatavilla maantieteellisesti, fyysisesti ja psykologisesti ja asiakkaat pääsevät palvelun piiriin helposti sekä tietävät, mitä palvelu voi heille tarjota. Tämä merkitsee sitä, että palvelulla on riittävästi julkisuutta ja palveluun hakeutumismenettely on ymmärrettävä, palvelu tarjotaan sopivana ajankohtana, vastaanottotilat ovat miellyttäviä ja odotusajat kohtuullisia. Lisäksi palvelun tulee olla tasapuolista esimerkiksi rotuun ja sukupuoleen liittyen.¹⁶⁵

Zeithamlin, Parasuramanin & Berryn mukaan saavutettavuuteen kuuluu yhteydenoton helppous: minkälaisena ajankohtana palvelua tarjotaan, missä palvelu sijaitsee ja kuinka nopeasti palvelu on saatavilla¹⁶⁶. Lumijärvi korostaa palvelun nopeutta ja hoitokustannusten kohtuullisuutta saavutettavuuteen liittyen¹⁶⁷. Tuurala puhuu palvelun suorituskyvystä, johon kuuluu palvelun tehokkuus, etuuden tai palvelun kyky tuottaa odotettua vaikutusta, palvelun nopeavaikutteisuus tai kustannusvaikutteisuus¹⁶⁸.

Vuorela kirjoittaa saavutettavuudesta liittyen palvelun käytön helppouteen, kuten esimerkiksi sopiviin aukioloaikoihin ja matkoihin. Hänen mukaansa saavutettavuuden arkikielinen merkitys liittyy myös palvelujen saatavilla oloon eli asiointikynnyksen mataluuteen.¹⁶⁹ Kallinen-Kräkin liittää palvelun saavutettavuuteen ja riittävyteen muun muassa jonot, aukioloajat ja puhelinajat sekä sosiaalityöntekijän saavuttamisen riittävän usein ja riittävän pitkän ajan

¹⁶⁴ Grönroos 1998, 74.

¹⁶⁵ Wilding 1994, 59.

¹⁶⁶ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 22.

¹⁶⁷ Lumijärvi 1996, 28-29.

¹⁶⁸ Tuurala 1998, 13.

kerrallaan¹⁷⁰. Myös Vuorela puhuu riittävydestä, jolla hän tarkoittaa palvelujen määrän suhdetta avun tarvitsijoiden tai palveluja kysyvien määrään. Tämä liittyy palvelujen kattavuuteen. Kohdentuminen puolestaan merkitsee sitä, että toiminta tavoittaa juuri ne ihmiset, joille palvelu on tarkoitettu eikä suuntaudu niille, joiden ei katsota olevan avun tarpeessa.¹⁷¹

Kohdentuminen liittyy olennaisesti terveydenhuollon sosiaalityöhön, koska asiakkaat ohjataan palvelun piiriin useimmiten muun henkilökunnan kautta. Lähtökohtana palvelun piiriin ohjautumiselle on se, että henkilökunta tietää riittävän hyvin sosiaalityöntekijän tarjoamasta palvelusta. Ohjautumiseen liittyy myös palvelun tasapuolisuus kaikille asiakasryhmille. Henkilökunnan tietämyksen lisäksi kiire voi vaikuttaa siihen, ketkä ohjataan sosiaalityön palvelujen piiriin. Voidaankin miettiä, onko muun henkilökunnan ohjaus riittävä menetelmä palvelujen piiriin pääsulle vai jääkö esimerkiksi joitakin asiakasryhmiä sosiaalityön palvelun ulkopuolelle.

Sairaalassa asiakkailta on mahdollisuus myös itse ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään. Se, kuinka sosiaalityöntekijä on tavoitettavissa, luonnollisesti vaikuttaa yhteydenoton helppouteen. Esimerkiksi puhelinajat tai työajat rajoittavat yhteydenottoa. Monilla osastoilla hoitoajat ovat lyhyitä, jonka vuoksi palvelun piiriin on päästävä nopeasti.

4.5 Luotettavuus

Luotettavuus merkitsee tutkielmassamme asiakkaan etujen ajamista ja hänen tarpeidensa ja toiveidensa huomioimista. Palvelu tarjotaan virheettömästi, esimerkiksi niin ettei asiakkaalle anneta väärää tietoa. Asiakas voi luottaa työntekijän lupauksiin ja siihen, että palvelu toteutuu sovittuna ajankohtana. Tärkeää on, että palvelu tyydyttää asiakkaan tarpeet. Tähän päästään, kun työntekijä

¹⁶⁹ Vuorela 1992, 7.

¹⁷⁰ Kallinen-Kräkin 1997, 17.

perehtyy asiakkaan asioihin, tunnistaa asiakkaan tarvitseman palvelun ja tekee siitä henkilökohtaista. Palvelutilanteessa vuorovaikutus on asiakkaan kannalta miellyttävää. Hyvässä palvelussa asiakkaan yksityisyys toteutuu ja asiakas saa palvelua ilman leimautumisen pelkoa.

Grönroosin mukaan luottavuuteen ja uskottavuuteen kuuluu se, että asiakkaat voivat luottaa palvelun tarjoajan ja työntekijän lupauksiin sekä asiakkaan etujen mukaiseen toimintaan. Normalisoinnilla Grönroos viittaa tilanteisiin, joissa jotain odottamatonta tapahtuu tai jokin menee pieleen. Asiakkaan tulee ymmärtää, että tällaisessa tilanteessa palvelun tarjoaja ryhtyy heti toimenpiteisiin pitääkseen tilanteen hallinnassa ja löytääkseen uuden, hyväksyttävän ratkaisun. Joustavuuteen liittyy se, että organisaatio on valmis sopeutumaan asiakkaan vaatimuksiin ja toiveisiin joustavasti.¹⁷² Lumijärvi puhuu potilaan itseohjausmahdollisuuksista, joilla hän tarkoittaa potilaan yksityisyyden korostamista sekä potilaan mahdollisuutta omatoinisuuteen ja potilaan erityistoiveiden huomioon ottamista sairaalahoidon aikana. Tähän liittyy lisäksi se, että potilas voi ottaa osaa hoitotoimenpiteistä päättämiseen sekä se, että potilaalla on vaikutusmahdollisuuksia hoitotoimenpiteistä tehtäviin valintoihin.¹⁷³

Sairaalan sosiaalityössä kuten yleisesti julkisissa palveluissa asiakkaan vaikutusmahdollisuudet ovat rajalliset yhteiskunnan asettamien rajojen takia. Kaikesta huolimatta potilaan mielipiteitä ja toiveita kuunneltava, koska kyse on asiakaspalvelusta. Palvelun lähtökohtana on tyydyttää asiakkaan tarpeet mahdollisuuksien mukaan.

Wildingin mukaan palvelun hyväksyttävyyttä on se, että palvelutilanteessa ja vuorovaikutuksessa luodaan asiakkaan kannalta miellyttävä tunnelma, eikä toimita ainoastaan palvelun tarjoajan mieltymysten mukaisesti. Ilmapiiriin tulee olla asiakasta tukevaa, ei kritisovaa tai holhoavaa. Ilmapiiri ei myöskään saa olla asiakkaan kykyjä aliarvioivaa (disabling), vaan asiakkaan omia voimavaroja

¹⁷¹ Vuorela 1992, 7.

¹⁷² Grönroos 1998, 74.

¹⁷³ Lumijärvi 1996, 28-29.

vahvistavaa (empowering). Palvelun tulee olla lisäksi henkilökohtaista eikä rutiininomaista. Palvelun tulee välittää asiakkaalle tunne siitä, että hänellä on oikeus saada palvelua ilman leimautumisen pelkoa. Palvelun tehokkuudella Wilding tarkoittaa sitä, että laadukkaan palvelun tulee pystyä tyydyttämään asiakkaan tarpeet. Palvelun tulee olla joustavaa ja luotettavaa sekä kattaa sille asetetut keskeiset odotukset. Palvelun tehokkuuden olennaisia elementtejä ovat tarkoituksenmukaisuus (fitness for purpose) ja palvelun tarjoaminen asiakkaalle virheettömästi.¹⁷⁴

Zeithamlille, Parasuramanille & Berryille luotettavuus merkitsee kykyä tarjota luvattu palvelu tarkasti ja sovittuna ajankohtana. Palvelu tulee tehdä oikein ensimmäisellä kerralla eli sen täytyy olla virheetöntä. Uskottavuus liittyy luotettavuuteen ja rehellisyyteen sekä siihen, että palvelun tarjoaja ajaa asiakkaan etuja. Turvallisuus tarkoittaa sitä, ettei palveluun sisälly vaaroja, riskejä tai epäilyksiä. Asiakkaan on esimerkiksi oltava varma siitä, että palvelu tehdään kunnolla ja että asiakkaan on turvallista käyttää palvelua. Asiakkaan ymmärtämisellä tarkoitetaan työntekijöiden panostamista siihen, että he tunnistavat asiakkaat ja heidän tarpeensa.¹⁷⁵

Zeithamlin, Parasuramanin & Berryn mukaan uskottavuuteen voidaan lukea kuuluvaksi myös se, millainen maine organisaatiolla on. Kuten aiemmin on mainittu, myös Grönroos pitää mainetta ja uskottavuutta yhtenä laadun ulottuvuutena. Nämä liittyvät organisaatiokuvaan, jolla ei Grönroosin mukaan ole vaikutusta suoraan itse palveluun.¹⁷⁶ Julkisten palvelujen maine ja erityisesti sosiaalityön maine on tunnetusti huono. Vaikka Grönroos ei usko maineella olevan vaikutusta itse palveluun, voidaan tästä olla toista mieltä. Mikäli asiakkaalla on huono kuva palvelusta, hän myös suhtautuu palveluun ennakkokäsitystensä pohjalta ja saattaa kokea hyvänkin palvelun huonona.

¹⁷⁴ Wilding 1994, 59.

¹⁷⁵ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 21-22.

¹⁷⁶ Grönroos 1998, 67.

Tuuralan mukaan luottamuksellisuus on työskentelyn perusehto ja edellytys ja jopa tärkein ulottuvuus ainakin asiakkaan näkökulmasta. Luottamuksellisuus syntyy, kun määritellään asiakastyössä esiin tulevien tietojen käyttö sekä käyttäjäpiiri. Jos luottamusta ei synny, ei Tuuralan mukaan millään muulla laadun osa-alueella voida korvata sen synnyttämiä esteitä työskentelyn onnistumiselle. Palvelujen luotettavuus ja pysyvyys merkitsee palvelun vaikutuksen pysyvyyttä tilanteissa, joissa palvelulla odotetaan olevan vaikutusta pitkäaikaisesti. Sosiaalipalveluissa asiakkaan odotukset liittyvät useasti palvelulla saatavaan vaikuttavuuteen. Myös turvallisuus voidaan liittää luotettavuuteen. Turvallisuudella tarkoitetaan sitä, että palvelun varsinaisesta tai sivuvaikutuksesta ei aiheudu asiakkaalle haittaa tai vaaraa tai haitta on olennaisesti pienempi kuin mitä hoitamattomuus tai asian hoitaminen toisin tuottaisi.¹⁷⁷

Vuorela puhuu ”byrokraattisista piirteistä”, joihin hän lukee kuuluvaksi sääntösidonnaisuuden, joustamattomuuden, standardimaisuuden, ”paperisodan” asiakassuhteessa, epäluottamuksen asiakkaaseen sekä asiakkaan kontrollin tai valvonnan. Näiden tekijöiden vähäisyys on tärkeä laadun osa julkisen hallinnon palvelutuotannossa. Palvelun laatu edellyttää näiden piirteiden minimoimista, vaikka säädöksiä onkin noudatettava. Vuorelan mukaan asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia korostamalla voidaan kuvata enemmän tutkijan tai tutkimuksen arvoja kuin asiakkaan halua vaikuttaa aktiivisesti saamaansa palveluun tai sitä koskevaan päätöksentekoon. Tämä osatekijä on kuitenkin keskeinen julkisissa palveluissa. Palveluorganisaation toiminnassa oleellista on organisaation kyky mukautua muuttuviin tarpeisiin tai odotuksiin. Tähän liittyy myös mahdollisuus vaikuttaa virheellisen asian hoidon korjaamiseen.¹⁷⁸

Luotettavuuteen voidaan liittää myös vuorovaikutuksen ja fyysisen ympäristön miellyttävyys. Zeithaml, Parasuraman & Berry ovat maininneet myös henkilökunnan ulkoisen olemuksen palveluun vaikuttavana tekijänä. Tämä on osa palvelun konkreettisuutta, joka liittyy fyysiseen ympäristöön. Tähän kuuluu myös

¹⁷⁷ Tuurala 1998, 12-15.

¹⁷⁸ Vuorela 1988, 35-36.

se, että välineet ja tilat ovat houkuttelevia ja nykyaikaisia.¹⁷⁹ Lumijärven mukaan hoitoympäristöön ja oheispalveluihin sisältyy hoito-osaston ilmapiirin ja huonetilojen viihtyisyys, hoitovälineiden ajanmukaisuus, vierailuajkojen toimivuus sekä ruokailupalvelujen toimivuus ja laadukkuus¹⁸⁰. Tuurala arvelee henkilökunnan ulkoisen olemuksen sekä koko palveluympäristön viihtyvyyden vaikuttavan palvelun laatuun¹⁸¹.

Luotettavuus on ulottuvuuksista laajin ja sitä on pidetty jopa ulottuvuuksista tärkeimpänä¹⁸². Myös terveydenhuollon sosiaalityössä luotettavuus on tärkeää, koska käsiteltävät asiat ovat arkoja ja vaikeita. Täten yksityisyyden suoja sekä palvelun leimaamattomuus korostuvat. Sosiaalityöntekijän tekemät päätökset voivat olla asiakkaan toiveiden vastaisia, joten työ edellyttää asiakkaan tilanteeseen tarkkaan perehtymistä. Perustana työlle on asiakkaan etujen ajaminen.

4.6 Yhteistyön toimivuus

Terveydenhuollon sosiaalityössä olennaista on myös moniammatillisen yhteistyön toimiminen. Hyvään yhteistyöhön liittyy se, että työnjako eri ammattiryhmien kanssa on selkeä ja yhteistyö sitä kautta toimii. Yhteistyön tulee toimia erityisesti sairaalan henkilökunnan kesken, mutta tarvitaan myös laajaa verkostoitumista sairaalan ulkopuolisten tahojen kanssa.

Kuten aiemmin on mainittu, yhteistyöongelmia on ja niistä on keskusteltu jo pitkään. Ongelmina ovat olleet esimerkiksi työnjaon ongelmat sekä se, että ammattiryhmät eivät tunne tarpeeksi toistensa työtä. Lisäksi ongelmia ovat aiheuttaneet eri ammattiryhmien näkemuserot työn tavoitteiden määrittelylle.¹⁸³ Moniammatillisuutta pidetään terveydenhuollon perustana¹⁸⁴.

¹⁷⁹ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 21.

¹⁸⁰ Lumijärvi 1996, 28-29.

¹⁸¹ Tuurala 1998, 15.

¹⁸² Tuurala 1998, 12-15.

¹⁸³ Lindén 1999, 123.

¹⁸⁴ Holma 1998, 8.

Wilding puhuu yhteistyön toimivuudesta palvelun tehokkuuden yhteydessä. Tehokkuuteen liittyy se, että yhteistyö muiden oheispalvelujen kanssa toimii ja että palvelun piiriin pääsee helposti.¹⁸⁵ Muut ulottuvuuksia määritelleet eivät ole maininneet yhteistyön toimivuutta omana ulottuvuutenaan. Tämä saattaa johtua siitä, että ulottuvuuksia on määritelty yleisemmin ja yhteistyö sisältyy muihin ulottuvuuksiin.

Olemme muodostaneet yhteistyön toimivuudesta oman ulottuvuuden, koska terveydenhuollon sosiaalityössä toimitaan moniammatillisesti ja yhteistyön toimiminen on siis erityisen tärkeää¹⁸⁶. Koska yhteistyöongelmia on ollut niin paljon ja moniammatillisuutta toisaalta korostetaan, päädyimme tekemään yhteistyön toimimisesta oman ulottuvuutensa. Halusimme tällä erityisesti testata sitä, kuinka sosiaalityöntekijät arvioivat yhteistyön toimivuuden tärkeyden työssään ja miten se tällä hetkellä toimii. Tärkeän asemansa takia emme halunneet sisällyttää yhteistyön toimivuutta muiden ulottuvuuksien osaksi, ettei se olisi jäänyt vaille riittävää huomiota.

¹⁸⁵ Wilding 1994, 59.

¹⁸⁶ Ks. Esim. Lindén 1999.

5 TUTKIELMAN TOTEUTUS

5.1 Tutkimustehtävä

Tämän tutkielman tarkoituksena on selvittää Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa ja niiden alaisuudessa toimivissa yksiköissä työskentelevien sosiaalityöntekijöiden asiakaspalvelun laatua ja siitä, miten laadun ulottuvuudet toteutuvat käytännön asiakastyössä. Pyrkimyksenä on muodostaa viisi sairaalan sosiaalityöhön sopivaa laadun ulottuvuutta ja saada niiden avulla tietoa käytännön asiakastyön toteutumisesta ja siitä, mitä sosiaalityöntekijät pitävät hyvänä sosiaalityön asiakaspalveluna sairaalassa.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Miten laadun ulottuvuudet toteutuvat käytännön asiakastyössä?
2. Mitkä eri taustatekijät vaikuttavat ulottuvuuksien toteutumiseen?
3. Mitä laatu tekijöitä sosiaalityöntekijät pitävät tärkeimpinä asiakastyössä?

5.2 Survey aineistonkeruumenetelmänä

Tämän tutkielman aineisto kerättiin postitse lähetetyllä survey-kyselyllä. Survey-menetelmällä tarkoitetaan etukäteen strukturoitua aineiston keruuta kysely- tai haastattelulomakkeiden avulla.¹⁸⁷ Menetelmän keskeisenä piirteenä on strukturoidun, kvantitatiivisen tiedon keruu standardoidussa muodossa suurelta ihmisjoukolta.¹⁸⁸ Punchin mukaan tietoa voidaan kerätä myös kvalitatiivisesti, esimerkiksi avoimin kysymyksin, jolloin tutkija muuttaa sanalliset vastaukset analyysivaiheessa numeeriseen muotoon¹⁸⁹.

¹⁸⁷ Ks. Esim. Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 118.

¹⁸⁸ Ks. Esim. Robson 2004, 230.

¹⁸⁹ Punch 2003, 1-2.

Robsonin mukaan survey-menetelmä tarjoaa suhteellisen yksinkertaisen ja suoran lähestymistavan esimerkiksi asenteiden, arvojen, uskomusten ja motiivien tutkimiseen. Sillä voidaan kerätä yleistettävää tietoa hyvin erilaisilta ihmisjoukoilta. Kyselyn etuna pidetään usein sitä, että se on ainoa tai helpoin tapa saada tietoa suuren ihmisjoukon historiasta sekä sitä, että kysely voidaan toteuttaa suhteellisin alhaisin kustannuksin ja lyhyen ajanjakson kuluessa. Lisäksi kysely mahdollistaa vastaajan anonymiteetin, jonka vuoksi tällä tavoin voidaan selvittää myös henkilökohtaisia asioita.¹⁹⁰

Survey-menetelmän haittoina Robson pitää sitä, että saatavaan tietoon vaikuttavat vastaajien henkilökohtaiset ominaisuudet. Vastaajat eivät myöskään välttämättä kerro esimerkiksi uskomuksistaan tai asenteistaan tarkasti, vaan muokkaavat vastauksia myönteisempään suuntaan. Kyselyissä vastausprosentti jää tyypillisesti alhaiseksi. Vastaamatta jättäneiden henkilökohtaisia ominaisuuksia ei voida tietää, jonka vuoksi otos ei ehkä ole edustava. Vastaajat saattavat myös ymmärtää kysymykset väärin tai eivät suhtaudu kyselyyn vakavasti.¹⁹¹ Alkula, Pöntinen & Ylöstalo huomauttavat, että survey-menetelmää on usein kritisoitu kerätyn tiedon pinnallisuudesta. Vastaajat vastaavat valmiiksi muotoiltuihin kysymyksiin ja joutuvat yleensä valitsemaan vain yhden vaihtoehdon useiden valmiiden vaihtoehtojen joukosta. Surveyta on arvosteltu myös ylidemokraattisuudesta, koska jokaisen vastaajan vastaus tulkitaan yhtä tärkeäksi analyysissa.¹⁹²

Punch jakaa survey-menetelmän seitsemään eri vaiheeseen, jotka ovat tutkimusongelman määrittely, tutkimuskysymysten muodostaminen, kyselylomakkeen rakentaminen, kohdejoukon valinta, aineistonkeruu, aineiston analysointi ja tutkimusraportin kirjoittaminen¹⁹³. Alkulan, Pöntisen & Ylöstalon mukaan tutkimusongelman määrittelyn jälkeen valitaan kohdejoukko ja poimitaan siitä tarvittava otos, jolle kysely tehdään¹⁹⁴. Kohdejoukon valinnan jälkeen

¹⁹⁰ Robson 2004, 233-234; Ks. Myös Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 119.

¹⁹¹ Robson 2004, 233.

¹⁹² Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 121.

¹⁹³ Punch 2003, 26-46; 68-78.

¹⁹⁴ Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 122.

laaditaan selkeä kyselylomake, jolla saadaan tietoa halutuista asioista¹⁹⁵. Survey-tutkimuksessa voidaan Alkulan, Pöntisen & Ylöstalon mukaan usein muodostaa suunnaton joukko kysymyksiä, joista valitaan vain pieni osa lopulliseen tutkimukseen¹⁹⁶.

5.3 Tutkielman kohdejoukko ja aineiston keruu

Tämän tutkielman kohdejoukkona ovat kaikki Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) sairaaloiden sosiaalityöntekijät. Sairaanhoitopiirissä on 23 erikokoista sairaalaa. Sairaalat tarjoavat erikoissairaanhoitoa, joka on organisoitu 31 kunnan alueella neljäksi sairaanhoitoalueeksi. Lisäksi Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan toimialue muodostaa oman kokonaisuutensa.¹⁹⁷ HUS:n johtavilta sosiaalityöntekijöiltä saamamme tiedon mukaan sairaaloissa työskentelee yhteensä 170 sosiaalityöntekijää. Tarvittavan aineiston saamiseksi HUS:n 170 sosiaalityöntekijän joukko oli sopivan kokoinen. Mitä suurempi tutkimuksen otos on, sitä tarkempiin tutkimustuloksiin päästään. Lisäksi on huomioitava kadon mahdollisuus.¹⁹⁸ Tässä tutkielmassa keskityimme yhteen organisaatiokokonaisuuteen, koska halusimme vertailla saman sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä keskenään. Oletimme, että saman organisaation sisällä kerätyt vastaukset olisivat paremmin vertailukelpoisia keskenään kuin useista eri organisaatioista kerätty aineisto. Lisäksi yhden sairaanhoitopiirin alueella tutkimus oli käytännöllistä toteuttaa. Esimerkiksi tiedottaminen onnistui yhteisen sähköpostilistan kautta.

Otimme yhteyttä sairaaloiden johtaviin/vastaaviin sosiaalityöntekijöihin sähköpostitse alkuvuodesta 2005 ja kerroimme heille tutkimuksestamme. Muutamalle johtavalle sosiaalityöntekijälle soitimme, koska emme saaneet heihin

¹⁹⁵ Ks. Esim. Robson 2004, 242.

¹⁹⁶ Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 89.

¹⁹⁷ Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2005.

¹⁹⁸ Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 109.

yhteyttä sähköpostitse. Sovimme, että lähetämme kyselylomakkeet johtaville/vastaaville sosiaalityöntekijöille, jotka jakavat lomakkeet edelleen sairaalansa sosiaalityöntekijöille¹⁹⁹. Sovimme myös, että johtavat/vastaavat sosiaalityöntekijät palauttavat lomakkeet meille määräpäivään mennessä. Aineiston keruu ajoittui helmi- maaliskuulle 2005. Palautusta varten lähetimme jokaiseen sairaalaan palautuskuoren tai palautuspaketin, jonka postimaksu oli maksettu. Lomakkeiden liitteenä oli saatekirjeet ja kirjekuoret jokaiselle sosiaalityöntekijälle erikseen²⁰⁰. Kirjekuorien avulla sosiaalityöntekijöillä oli mahdollisuus palauttaa lomakkeet suljetussa kirjekuoressa johtavalle/vastaavalle sosiaalityöntekijälle. Tällä tavoin mahdollistettiin se, että vastaukset pysyivät ainoastaan vastaajan ja tutkielman tekijöiden tiedossa.

Lomakkeiden palautus tapahtui keskitetysti johtavien/vastaavien sosiaalityöntekijöiden kautta, koska se oli kustannustehokkain tapa. Muistutuskirjeitä lähetimme kaksi. Lähetimme muistutukset sähköpostitse johtaville/vastaaville sosiaalityöntekijöille ja pyysimme heitä välittämään sähköpostiviestit edelleen kaikille sairaalansa sosiaalityöntekijöille. Sähköpostiviestien liitteenä oli kyselylomake, jonka sairaalan sosiaalityöntekijät pystyivät tarvittaessa tulostamaan.

5.4 Kyselylomakkeen rakentaminen ja mittaamisen luotettavuus

Kyselylomakkeen tulisi olla harkittu ja jäsennelty kokonaisuus²⁰¹. Tämän vuoksi on perusteltua esitellä oman tutkielmamme kyselylomakkeen rakentumista tarkemmin. Lomakkeen kysymykset laadittiin viiden laadun ulottuvuuden perusteella ja kysymyksistä pyrittiin tekemään niin yleisiä, että ne olisivat sovellettavissa kaikenlaiseen sairaalassa tehtävään sosiaalityöhön. Koska ulottuvuuksiin sisältyy paljon erilaisia piirteitä, jouduttiin kysymyksiä laadittaessa karsimaan

¹⁹⁹ Ks. Liite 1.

²⁰⁰ Ks. Liite 2.

²⁰¹ Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 130.

epäolennaisimmat ja vaikeasti kysyttävissä olevat asiat pois sekä keskittymään ainoastaan kaikkein tärkeimpiin piirteisiin. Esimerkiksi on mahdotonta kysyä suoraan sosiaalityöntekijältä, palveleeko hän asiakasta kohteliaasti ja ystävällisesti, koska tällaiseen kysymykseen on vaikeaa saada luotettavaa vastausta.

Lomakkeessa on yhteensä 31 kysymystä, jotka ovat sekä vaihtoehtokysymyksiä että avoimia kysymyksiä.²⁰² Avoimien kysymysten tarkoituksena oli saada tarkentavaa tietoa strukturoitujen kysymysten lisäksi. Avoimissa kysymyksissä kysyttiin esimerkiksi arvioita joidenkin asioiden syistä ja selityksistä, joita ei voitu etukäteen strukturoidusti määritellä. Lomakkeen kysymykset on laadittu itse lukuun ottamatta kysymystä 31, jonka pohjana on käytetty Lumijärven mallia²⁰³.

Kysymysten rakentamisessa käytimme apunamme aikaisempaa tutkimusta ja kirjallisuutta terveydenhuollon sosiaalityöstä, omaa kokemustamme sairaalan sosiaalityöstä sekä sairaalan sosiaalityöntekijöiden kanssa käymiämme keskusteluja. Lisäksi kyselylomaketta testattiin terveydenhuollon sosiaalityöntekijöillä, jonka jälkeen kysymyksiä muokattiin ja tarkennettiin. Survey-tutkimuksessa lomakkeen testaus kuuluu olennaisena osana tutkimuksen toteuttamiseen, jotta saadaan rakentavaa tietoa ja lomaketta voidaan edelleen kehittää²⁰⁴.

Kysymysten laadinnan pääperiaatteina on ensinnäkin se, että yksi kysymys sisältää mahdollisimman selkeästi vain yhden asian. Tutkijan on lisäksi tiedettävä, millaista tietoa hän tarvitsee ja asioita on kysyttävä niin selvästi ja yksinkertaisesti, että tarvittava tieto saadaan. Kysymysten tulee muodostaa mielekäs kokonaisuus, jonka rakenteen ja juonen myös vastaaja kykenee hahmottamaan.²⁰⁵ Tämän tutkielman kyselylomakkeen kysymykset eivät ole ulottuvuuksittain järjestyksessä, vaan ne on sekoitettu tarkoituksella. Tällä on pyritty siihen, etteivät minkään ulottuvuuden kysymykset korostu eikä tarkka järjestys ohjaile vastaajia.

²⁰² Ks. Liite 3.

²⁰³ Lumijärvi 1996, 28-29.

²⁰⁴ Robson 2004, 239, 254.

²⁰⁵ Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 131-132.

Survey-menetelmässä, kuten muussakin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, tärkeitä käsitteitä ovat reliabelius ja validius. Reliabeliudella viitataan siihen, että tulokset ovat toistettavissa eri aikoina tai eri henkilöiden tekemällä mittauksella. Validius taas tarkoittaa sitä, että valitut mittarit mittaavat sitä mitä niiden on tarkoitus mitata.²⁰⁶ Validius liittyy ajatteluprosessiin, jossa tutkija käyttää aiheen tuntemustaan, aikaisempia tutkimuksia ja yleistä logiikkaa vakuuttaakseen itsensä ja muut valittujen kysymysten järkevyydestä ja tarkoituksenmukaisuudesta²⁰⁷.

Koska terveydenhuollon sosiaalityön palvelujen laatua ei aiemmin ole juurikaan mitattu, valmiita mittareita ei ollut käytettävissä. Meillä oli tutkijan vapaus mittareiden kehittämisessä ja tekemiämme valintoja voidaan kyseenalaistaa. Samaa asiaa olisi voitu mitata monin erilaisin kysymyksin ja mittarein. Tutkielman olisi voinut tehdä myös laadullisin menetelmin. Eri menetelmin ja mittarein tulokset olisivat voineet vaihdella huomattavasti. Esimerkiksi Slagsvold on arvostellut laadun mittaamista. Laadun mittaamisessa tutkimus ja käytäntö liittyvät tiukasti yhteen ja mittaamista voidaan pitää sekä hedelmällisenä että ongelmallisena. Slagsvold liittää validiteetin käsitteen mittauksen ongelmallisuuteen kahdella tavalla. Ensinnäkin, jos käytäntö perustuu tutkimukseen, on tärkeää, että tutkimustulokset ja -välineet ovat valideja. Toiseksi on huomioitava, että validit tutkimusmenetelmät eivät välttämättä ole valideja metodeja käytännössä. Tämä kaksoisnäkökulma mittaamisen validiteetin ja vaikutuksiin lisätä laatua tuottaa kysymyksen näennäislaadusta. Voiko näennäislaatu olla tulosta laadun mittaamisesta?²⁰⁸

Kysymystä näennäislaadusta voidaan miettiä myös terveydenhuollon sosiaalityön kohdalla. Palvelun laatu ei välttämättä ole sitä miltä se mitattuna näyttää, koska esimerkiksi mittarit voivat olla vääriä. Myös se kuka arvioi laatua, vaikuttaa mittauksen validiteetin. Esimerkiksi eräässä Slagsvoldin esittelemässä tutkimuksessa hoitokotien laadusta mittaamalla ja havainnoimalla sekä eri

²⁰⁶ Punch 1998, 98-100.

²⁰⁷ Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 89-90.

²⁰⁸ Slagsvold 1997, 292.

arviointitahoja käyttämällä saadut tulokset erosivat huomattavasti toisistaan²⁰⁹. Täydellisiä mittareita tuskin on olemassa mittaamaan terveydenhuollon sosiaalityön palvelujen laatua. Nämä mittarit on luotu ulottuvuuksiin perustuen, niitä on testattu ja kehitetty sen mukaan sekä laadinnassa apuna on käytetty teoreettista tietoa, yliopiston henkilökuntaa ja käytännön työntekijöiden ja opiskelijoiden ehdotuksia.

5.5 Aineiston analysointi

Analysoimme aineiston spss-tietokoneohjelmaa apuna käyttäen. Aluksi laadimme havaintomatriisin ja muodostimme muuttujat. Pääosin muuttujat olivat laatueroasteikollisia, Likert-asteikollisen kysymyksen muuttujat olivat järjestysasteikollisia. Koodasimme avovastaukset kokonaisuudessaan spss-ohjelmaan sekä muodostimme niistä lisäksi dikotomisia muuttujia.

Varsinaisen aineiston analysoinnin aloitimme laskemalla frekvenssi- ja prosenttijakaumat koko aineistosta. Tämän jälkeen ristiintaulukoimme koko aineiston sekä tutkimme vastausten välistä todellista eroa Khiin neliö (x2) –testillä. X2-testillä mitataan kahden muuttujan välistä riippumattomuutta ja testillä saatava p-arvo näyttää muuttujien välisen tilastollisen merkittävyyden. Mikäli $p < 0,05$ on muuttujien välillä tilastollisesti merkittävää riippuvuutta.²¹⁰ Tuloksissa huomioimme ne muuttujat, joiden välillä tilastollisesti merkittävä riippuvuus ilmeni.

Prosentti- ja frekvenssijakaumien sekä ristiintaulukoinnin lisäksi tarkoituksena oli käyttää analysoinnissa faktorianalyysia. Teimme kysymyksestä 29 pääkomponenttianalyysin, joka on yksi faktorianalyysin muoto. Faktorianalyysillä selvitetään muuttujien taustalta löytyviä ulottuvuuksia²¹¹. Analyysi perustuu muuttujien väliseen korrelaatioon²¹². Pyrkimyksenä on vähentää suurta

²⁰⁹ Slagsvold 1997, 297-298.

²¹⁰ Metsämuuronen 2003, 293; 369.

²¹¹ Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 267.

²¹² Punch 1998, 130.

muuttujamäärää pienemmäksi ja helposti käsiteltävämmäksi lukumääräksi faktoreita²¹³. Yleensä on mielekästä etsiä suuresta muuttujien määrästä sellaiset tekijät, jotka korreloivat keskenään muita enemmän ja muodostavat siten kokonaisuuden. Suuresta muuttujajoukosta voi olla löydettävissä useitakin kokonaisuuksia. Pääkomponenttianalyysillä on mahdollista tiivistää useiden mitattujen muuttujien informaatio muutamaan keskeiseen pääkomponenttiin tai faktoriin.²¹⁴

Pääkomponenttianalyysin faktorit eivät muodostaneet tutkimuksen kannalta järkeviä kokonaisuuksia. Analyysi tiivisti muuttujat omiksi komponenteikseen eli muuttujat latautuivat neljään eri pääkomponenttiin. Koska aineistomme perustuu ennalta määritelyihin ulottuvuuksiin, eivät syntyneet komponentit tukeneet määritelmäämme, vaan muuttujat jakautuivat komponentteihin sekoittaen ulottuvuuksia keskenään. Tarkastellessamme syntyneitä komponentteja ottamatta ulottuvuuksia huomioon, eivät syntyneet komponentit olleet myöskään mielekkäitä. Tähän saattaa olla se, että pääkomponenttianalyysissä käytettyjen muuttujien määrä oli vähäinen kysymysten luonteesta johtuen. Näin ollen pääkomponenttianalyysi ei soveltunut käytettäväksi tässä tutkielmassa.

²¹³ Robson 2004, 433.

²¹⁴ Metsämuuronen 2003, 517.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tutkimusaineiston kuvaus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin 170:stä sosiaalityöntekijästä kyselylomakkeen palautti 127 työntekijää. Yksi lomake jouduttiin hylkäämään, joten analyysiin otettiin mukaan 126 vastausta. Vastaukset olivat 21 eri sairaalasta. Vastausprosentiksi muodostui 74 %. Kun vastausprosentti on vähintään 60, voidaan survey-tutkimusta pitää onnistuneena²¹⁵. Huolellisestikin tehdyissä postikyselyissä kato on yleensä 20-30 prosenttia²¹⁶.

Vastaajista pääosa, 96 %, oli naisia ja vain 4 % miehiä (n = 126). Vastaajat olivat keskimäärin iältään 50-vuotiaita. Yli 40-vuotiaita oli 87 % vastaajista. Suurin ikäluokka oli 56-64-vuotiaat ja seuraavaksi eniten vastaajia kuului ikäluokkaan 46-55-vuotiaat. Kahteen nuorimpaan ikäluokkaan kuului vähiten vastaajia. (Kuvio 1; Liitetaulukko 1). Vuonna 1998 julkaistun tutkimuksen mukaan Suomessa työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä oli naisia keskimäärin 90 %, joten naisvaltaisuus on yleistä sosiaalialalla. Saman tutkimuksen mukaan sosiaalityöntekijöiden keski-ikä oli noin 43 vuotta.²¹⁷ Vuonna 2000 sosiaalityöntekijöiden keski-ikä Suomessa oli kohonnut 44 vuoteen²¹⁸. Terveysthuollon sosiaalityöntekijöiden keski-ikä oli siis hieman korkeampi kuin sosiaalityöntekijöillä yleensä ja terveysthuollon sosiaalityössä työskenteli vähemmän miehiä kuin sosiaalityössä yleensä.

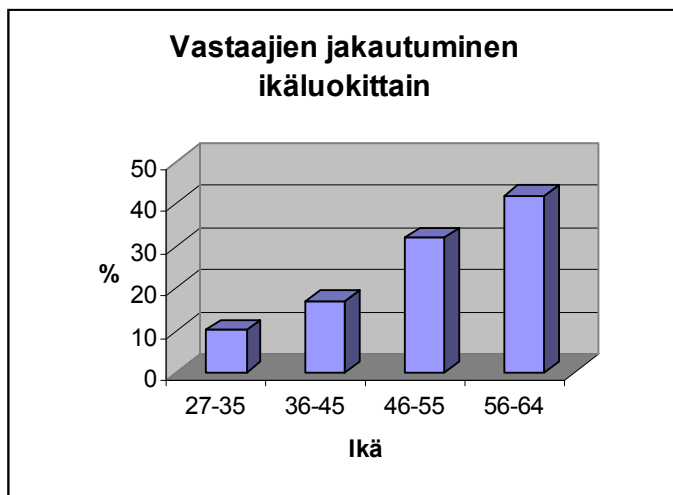
²¹⁵ Punch 2003, 42.

²¹⁶ Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1995, 139.

²¹⁷ Marjamäki, Mäntysaari & Ristimäki 1998, 5.

KUVIO 1.

Vastaajien jakautuminen ikäluokittain (n = 125).



Ammattiasemaltaan 88 % vastaajista oli sosiaalityöntekijöitä, 7 % vastaavia sosiaalityöntekijöitä ja 5 % johtavia sosiaalityöntekijöitä (n = 126). Esimiesasemassa työskenteli siis yhteensä 12 % vastaajista. Suurin osa sosiaalityöntekijöistä, 89 %, oli vakinaisessa virassa ja määräaikaisena työskenteli 11% vastaajista (n = 126). Sosiaalityöntekijöistä tehdyn tutkimuksen mukaan vuonna 2000 vakinaisessa työssä oli noin 67 % ja määräaikaisessa työssä noin 26 % sosiaalityöntekijöistä. Tässä tutkimuksessa otettiin lisäksi mukaan virkavapaalla tai työllistettyinä olevat sosiaalityöntekijät, joita oli noin 7 %.²¹⁹ Terveysthuollossa oli näin ollen selkeästi enemmän vakituksessa virassa olevia sosiaalityöntekijöitä kuin sosiaalityössä yleensä.

Vastaajista 58% työskenteli psykiatrisilla osastoilla ja 42 % somaattisilla osastoilla (n = 120). Alun perin tarkoituksena oli jakaa osastot useampiin luokkiin. Tämä osoittautui mahdottomaksi, koska monet somaattisen puolen sosiaalityöntekijät työskentelivät monella erilaisella osastolla tai poliklinikalla. Lisäksi kaikki eivät ilmoittaneet tarkkaan osastojaan, vaan käyttivät esimerkiksi osastojen

²¹⁸ Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 1990-2000, 24.

²¹⁹ Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 1990-2000.

kirjainlyhenteitä, joita oli vaikea selvittää. Muutama vastaaja kertoi kokevansa osastoa ja sairaalaa koskevan kysymyksen liian henkilökohtaisena ja jätti sen vuoksi vastaamatta. Tämän vuoksi päädyimme jaottelemaan osastot psykiatriisiin ja somaattisiin osastoihin. Psykiatriisiin osastoihin laskimme kuuluviksi sekä sairaaloiden psykiatriset osastot että psykiatrian avopoliklinikat.

Vastaajien koulutustausta vaihteli. Lisäksi usealla vastaajalla oli monta eri tutkintoa tai koulutusta. Vastaajista 93 % oli päteviä ja vain 7 % epäpäteviä (n = 123). Yleisin tutkinto oli sosiaalihuoltajan tutkinto tai vastaava ruotsinkielinen tutkinto, jonka oli suorittanut lähes puolet vastaajista (48 %). Yhteiskuntatieteiden tai valtiotieteiden maisterin tutkinnon (pääaineena sosiaalityö) oli suorittanut 18 % vastaajista, muun sosiaalityöntekijän pätevyyden antavan koulutuksen 29 % vastaajista, muun ylemmän korkeakoulututkinnon 14 % vastaajista, sosiaalialan ammattikorkeakoulututkinnon 6 % vastaajista ja jonkin muun koulutuksen 30 % vastaajista. (Taulukko 1). Huomattavan suuri osa vastaajista oli siis suorittanut sosiaalihuoltajan tai vastaavan tutkinnon, joka todennäköisesti liittyi vastaajien korkeaan keski-ikään. Ne vastaajat, joilla oli muu sosiaalityöntekijän pätevyyden antava koulutus, olivat suorittaneet useimmiten täydentävät sosiaalityön opinnot yliopistossa, yksi vastaaja oli saanut pätevyyden pitkän työkokemuksen kautta ja yksi vastaaja puolestaan oli opiskellut sosiaalityötä pitkänä sivuaineena, joka antaa sosiaalityöntekijän pätevyyden. (vrt. uudet pätevyysvaatimukset)²²⁰.

²²⁰ Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 2005.

TAULUKKO 1.

Vastaajien (n = 123) koulutustausta vastauslukumäärittäin.

Koulutus	Vastaus- lukumäärä	%
Yhteiskuntatieteiden tai valtiotieteiden maisteri, pääaineena sosiaalityö	22	18
Sosiaalihuoltaja tai vastaava ruotsinkielinen tutkinto	59	48
Muu sosiaalityöntekijän pätevyyden antava koulutus	35	29
Muu ylempi korkeakoulututkinto	17	14
Sosiaalialan ammattikorkeakoulututkinto (sosionomi amk)	7	6
Muu koulutus	37	30

Vastaajilla oli kokemusta terveydenhuollon sosiaalityöstä keskimäärin 14 vuotta (n = 126). Alun perin kysyimme kokemusta sairaalan sosiaalityöstä, mutta yhdistimme sairaalan sosiaalityöhön kuuluvaksi kaiken terveydenhuollon sosiaalityön. Tähän siis laskimme kuuluvaksi terveyskeskusten ja psykiatrian avopoliklinikoiden sosiaalityön kokemuksen. Näin teimme, koska jotkut vastaajista mainitsivat terveyskeskuksissa tehtävän sosiaalityön sekä mielenterveystoimistossa tehtävän sosiaalityön erikseen, kun taas toiset olivat sisällyttäneet kaiken terveydenhuollon sosiaalityön kokemuksen sairaalan sosiaalityöhön. Terveydenhuollon työkokemusta koskevaan kysymykseen osa sosiaalityöntekijöistä vastasi kuukauden tarkkuudella, toiset puolestaan arvioivat kokemustaan vuosien tarkkuudella. Näin ollen terveydenhuollon sosiaalityön kokonaistyökokemuksesta saatu tieto on osin epätarkka.

Huomionarvoista on, että suurin osa (58 %) vastaajista oli tehnyt terveydenhuollon sosiaalityötä yli 10 vuotta. (Taulukko 2). Sosiaalityöntekijöillä Suomessa on yleensäkin pitkä työkokemus. Suomen sosiaalityöntekijöistä tehdyn tutkimuksen

mukaan 2/3 sosiaalityöntekijöistä on ollut alalla yli 10 vuotta.²²¹ Pitkän työkokemuksen voidaan myös ajatella liittyvän sosiaalityöntekijöiden korkeaan keski-ikään.

TAULUKKO 2.

Vastaajien työkokemus terveydenhuollon sosiaalityöstä.

Työkokemuksen pituus	f	%
alle 5 vuotta	32	25
5-10 vuotta	22	18
11-20 vuotta	35	28
21-29 vuotta	25	20
yli 30 vuotta	12	10
Yhteensä	126	100

Vaikka suurin osa vastaajista oli työskennellyt terveydenhuollon sosiaalityössä yli 10 vuotta, mutta nykyisellä osastolla keskimääräinen työaika oli 7 vuotta. Luokkakohtaisen jaon kautta kävi ilmi, että suuri osa vastaajista (43 %) oli ollut samalla osastolla 1-5 vuotta. Vastaajista 18 % oli työskennellyt nykyisellä osastollaan 6-10 vuotta. Muihin luokkiin (alle vuoden, 11-19-vuotta ja yli 20 vuotta samalla osastolla työskennelleet) kuului kaikkiin 14 % vastaajista. (n = 125)

Muusta kuin terveydenhuollon sosiaalityöstä oli kokemusta 69 %:lla vastaajista, loput olivat työskennelleet ainoastaan terveydenhuollon sosiaalityössä (n = 126). Tulkitsimme vastaukset siten, että mikäli vastaaja ei ollut vastannut kysymykseen lainkaan, hänellä ei ollut muuta sosiaalityön kokemusta. Osa kysymykseen vastanneista sosiaalityöntekijöistä luetteli työkokemuksensa hyvinkin tarkasti, kuukausien tarkkuudella ja kertoen tarkasti työtehtävistään. Toiset vastasivat yleisemmin ja jättivät mainitsematta työkokemuksensa pituuden tai työtehtävien laadun.

²²¹ Marjamäki, Mäntysaari & Ristimäki 1998, 5.

Sosiaalityön kokemus oli monipuolista ja työkokemuksen pituudet vaihtelivat muutamasta kuukaudesta useisiin vuosiin. Useimmat, joilla oli kokemusta muusta kuin terveydenhuollon sosiaalityöstä, olivat työskennelleet kunnan sosiaalitoimistossa. Sosiaalitoimistossa työskennelleistä suurin osa ilmoitti tehneensä lastensuojelutyötä, osalla oli kokemusta aikuissosiaalityöstä tai vammaispalvelutyöstä ja muutamat mainitsivat toimineensa lastenvalvojana tai vanhuspalveluissa. Lisäksi vastaajat olivat työskennelleet muun muassa koulukuraattorina, erilaisissa johtotehtävissä (esimerkiksi vanhainkodin johtaja tai johtava sosiaalityöntekijä sosiaalitoimistossa), opettajana, A-klinikalla, järjestö- ja projektityössä sekä erilaisissa laitoksissa (esimerkiksi lastenkodit).

Yhteenvetona taustatiedoista voidaan todeta, että sairaaloissa työskentelevät sosiaalityöntekijät olivat aineiston perusteella hieman vanhempia kuin sosiaalityöntekijät keskimäärin. Vastaajilla oli lisäksi pitkä kokemus terveydenhuollon sosiaalityöstä ja yleensäkin pitkä työkokemus sosiaalialalta. Mielestämme terveydenhuollon sosiaalityöntekijöiden kohdalla voidaan puhua sitoutumisesta samaan työpaikkaan, koska keskimääräinen työaika samalla osastolla oli 7 vuotta. Lisäksi selvästi suurin osa vastaajista oli päteviä sosiaalityöntekijöitä, jotka työskentelivät vakituudessa virassa. Näyttäisikin siltä, että terveydenhuollossa on enemmän päteviä sosiaalityöntekijöitä kuin sosiaalityössä yleensä.

6.2 Työntekijän tiedot ja taidot

Työntekijän tietoja ja taitoja kartoitimme muun muassa osaamista, asiantuntijuutta ja työn kehittämistä koskevin kysymyksin.

6.2.1 Asiantunteva palvelujen määrittely

Pyydettyessä vastaajia valitsemaan kolme palvelua, joissa heidän asiantuntemuksensa oli parasta, useimmat vastaajista (86 %) kokivat asiakkaan sosiaalisen tilanteen selvittämisen yhtenä tärkeimpänä osana asiantuntijuuttaan. Myös sosiaaliturvaan liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tukikeskustelut/psykososiaalisen tuen antaminen potilaille ja heidän omaisilleen nähtiin tärkeänä osana omaa asiantuntijuutta. 63 % vastaajista piti sosiaaliturvaan liittyvää ohjausta ja neuvontaa asiantuntijuutensa vahvana alueena ja 53 % vastaajista koki tukikeskustelut/psykososiaalisen tuen antamisen tärkeänä osana asiantuntijuuttaan. Yhtenä vahvana asiantuntijuuden alueena pidettiin lisäksi jatkohoidon ja kuntoutuksen tarpeen arviointia ja järjestelyä, jonka sisällytti kolmen tärkeimmän osaamisalueen joukkoon 43 % vastaajista. Muiden palvelujen kohdalla vastaukset jakautuivat enemmän. (Taulukko 3).

Kaikista vastauksista ei pystytty erottamaan kolmea palvelumuotoa. Syynä tähän oli se, että esimerkiksi jotkut vastaajista olivat rengastaneet kaikki vastausvaihtoehdot. Muutamit vastaajat kritisoivat sitä, miksi sai valita vain kolme vaihtoehtoa. Samanlaisia tilanteita oli myös muiden vastaavanlaisten kysymysten kohdalla. Vastausvaihtoehtojen rajoittaminen oli kuitenkin olennaista. Mikäli mahdollisuutena olisi ollut valita useampia vaihtoehtoja, ei olisi pystytty näin selkeästi erottamaan vaihtoehtoja keskenään.

TAULUKKO 3.

Vastaajien (n = 112) vahvimaksi osaamisalueeseen kokemat palvelumuodot vastauslukumäärittäin.

Palvelumuoto	Vastaus- lukumäärä	%
Asiakkaan sosiaalisen tilanteen selvittäminen	96	86
Sosiaaliturvaan liittyvä ohjaus ja neuvonta	70	63
Tukikeskustelut ja psyko-sosiaalinen tuki potilaille ja omaisille	59	53
Jatkohoidon/kuntoutuksen tarpeen arviointi ja järjestäminen	48	43
Taloudellisen tilanteen selvittäminen ja siihen liittyvät järjestelyt	21	19
Psykoteraapia/terapeuttiset keskustelut	20	18
Kriisityö/kriisiapu	16	14
Muu palvelu	4	4
Järjestöjen ja yksityisten palvelujen toiminnasta tiedottaminen	1	1

Ristiintaulukoinnissa tilastollista merkittävyyttä löytyi joidenkin palvelumuotojen ja osastojen väliltä. Eroja oli sosiaaliturvaan liittyvän ohjauksen ja neuvonnan ($p < .000$) sekä psykoterapian ja terapeuttisten keskustelujen kohdalla ($p < .000$). Somaattisilla osastoilla työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä 81 % koki pystyvänsä tarjoamaan asiakkaalle/potilaalle asiantuntevasti sosiaaliturvaan liittyvää ohjausta ja neuvontaa. Sen sijaan psykiatrisilla osastoilla työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä vain 47 % valitsi tämän vaihtoehdon osaksi asiantuntijuuttaan. Psykiatrisilla osastoilla puolestaan osattiin tarjota paremmin psykoterapiaa ja terapeuttisia keskusteluja. 32 % sosiaalityöntekijöistä psykiatriassa työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä ja vain 2 % somaattisilla osastoilla työskentelevistä

sosiaalityöntekijöistä mainitsi pystyvänsä tarjoamaan tätä palvelumuotoa asiantuntevasti. (n = 107). Erot osastojen välillä oletettavasti liittyvät erilaiseen työnkuvaan psykiatrisilla ja somaattisilla osastoilla.

Asiakkaan sosiaalisen tilanteen selvittäminen oli osastoista ja muista taustatiedoista riippumatta sosiaalityöntekijöiden vahvin osaamisalue. Koska sosiaalisen tilanteen selvittämisen lisäksi kolme muuta osaamisaluetta erottui selvästi muista, voidaan ajatella että vastaajat osasivat määrittellä oman työnkuvansa selkeästi. Tämän perusteella ulottuvuus täyttyy onnistuneen työnkuvan määrittelemisen kohdalta. Työnkuvan määrittelemistä voidaan pitää erityisen tärkeänä, koska sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvaa pidetään yhä osittain epäselvänä²²². Kuitenkin saamiemme vastausten perusteella sosiaalityöntekijöille itselleen työnkuva on erittäin selvä ja he pystyvät omat osaamisalueensa tarkoin määrittelemään. Myös terveydenhuollon sosiaalityön luokituksessa työnkuva on määritelty varsin selkeästi²²³.

6.2.2 Pätevyys ja osaaminen

Vastaajien valitessa kaksi tekijää, jotka vaikuttavat eniten omaan osaamiseen sairaalan sosiaalityössä, erottui kaksi tekijää selvästi muista. 83 % piti työkokemusta toisena tärkeimmistä tekijöistä. Toinen selkeästi erottuva tekijä oli sosiaalityöntekijän pätevyyden antava koulutus, jonka valitsi 54 % vastaajista. Osaamisen kannalta elämäkokemusta melko tärkeänä piti 24 % vastaajista ja muuta ammatillista koulutusta 21 % vastaajista. Vähemmän merkitystä osaamiseen kannalta oli vastaajien mielestä työohjauksella ja työpaikan tai muun tahon järjestämällä koulutuksella. Kumpaakin vaihtoehtoa piti kahden tärkeimmän osaamiseen vaikuttavan tekijän joukossa 10 % vastaajista. Vain 3 % vastaajista koki muualta saadun osaamisen erityisen tärkeäksi. (Taulukko 4).

²²² Ks. Esim. Lindén 1999; Niemelä 1985; Peltonen 1992; Pylväs 2003; Tulppo 1991.

²²³ Holma 1998.

TAULUKKO 4.

Vastaajien (n=121) tärkeimmiksi kokemat omaan osaamiseen vaikuttavat tekijät vastauslukumäärittäin.

Osaamiseen vaikuttava tekijä	Vastaus- lukumäärä	%
Työkokemus	100	83
Sosiaalityön pätevyys- antava koulutus	65	54
Elämäkokemus	29	24
Muu ammatillinen koulutus	25	21
Työnohjaus	12	10
Työpaikan tai muun tahon järjestämä koulutus	12	10
Muu osaamiseen vaikuttava tekijä	3	3

Kokemuksen merkitys osaamiseen vaikuttavana tekijänä korostui vastauksissa enemmän kuin ammatillinen pätevyys. Sen sijaan me korostimme enemmän ammatillista pätevyyttä, jota pidimme ulottuvuuden täyttymisen yhtenä perusedellytyksenä. Jo lain mukainen sosiaalityöntekijän pätevyysvaatimus asettaa pätevyysvaatimuksen ammattitaitoisuuden kriteeriksi²²⁴. Kuitenkin lain mukainen pätevyys on muodollinen ja antaa käytännössä melko laajaa yhteiskunnallista tietopohjaa. Vastausten perusteella voidaan olettaa, että sairaalan sosiaalityössä ammatillinen pätevyys ei riitä työn osaamiseen, vaan lisäksi vaaditaan sekä työ- että elämäkokemusta.

Ristiintaulukoitaessa taustatietoja ja osaamiseen vaikuttavia tekijöitä keskenään, löytyi paljon tilastollisesti merkittäviä eroja. Eroja oli ikäluokkien, ammatillisen aseman ja pätevyysvaatimuksen kohdalla. Vastaajien mielipiteet erosivat erityisesti työkokemuksen ja pätevyysvaatimuksen suhteen.

²²⁴ Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 2005.

Pätevistä sosiaalityöntekijöistä 56% piti sosiaalityöntekijän pätevyyden antavaa koulutusta merkittävänä osaamiseen vaikuttavana tekijänä. Sen sijaan kukaan epäpätevistä työntekijöistä ei maininnut tätä vaihtoehtoa. ($p < .002$). Tätä tulosta voidaan pitää johdonmukaisena, koska epäpätevät työntekijät eivät ilmeisesti ole pitäneet järkevänä korostaa pätevyyttä osaamiseensa vaikuttavana tekijänä vaan ovat sen sijaan valinneet muita osaamiseen vaikuttavia tekijöitä merkittävänä. Pätevistä työntekijöistä suurin osa korosti sosiaalityöntekijän pätevyyttä merkittävänä osaamiseen vaikuttavana tekijänä, joka tukee ulottuvuuden täyttymistä. Sekä pätevät että epäpätevät työntekijät painottivat kuitenkin työkokemuksen merkitystä osaamiseen.

Sosiaalityöntekijän pätevyyden antavaa koulutusta pitivät muita ikäluokkia tärkeämpänä 46-55-vuotiaat ($p < .049$). Tästä ikäluokasta 70 % mainitsi pätevyyden vaikuttavan osaamiseensa. Vähiten merkityksellisenä osaamiseen vaikuttavana tekijänä pätevyyden antavaa koulutusta pitivät 27-35-vuotiaat. Heistä vain 33 % arvioi pätevyyden vaikuttavan osaamiseensa. ($n = 120$). Eroon ikäluokkien välillä vaikutti todennäköisesti se, että vanhimmissa ikäluokissa on enemmän päteviä työntekijöitä, kuin nuoremmassa ikäluokissa. Lisäksi voidaan olettaa, että koulutuksen arvostaminen liittyy ikäluokkaan ja, että vanhemmat ikäluokat arvostavat koulutusta nuorempia ikäluokkia enemmän.

Pätevyyden antavaa koulutusta pitivät erityisen merkittävänä osaamiseen vaikuttavana tekijänä esimiehet. Heistä 93 % valitsi pätevyyden kahden tärkeimmän osaamiseen vaikuttavan tekijän joukkoon. Sosiaalityöntekijöistä vain 48 % koki pätevyyden vaikuttavan merkittävästi omaan osaamiseensa. ($p < .001$). Pätevyyden arvostaminen kuuluu mielestämme olennaisesti esimerkiksi esimiehen ammattietiikkaan. Esimiestä voidaan myös pitää alaistensa työn laadun valvojana, ja ulospäin laatu näyttäytyy ainakin osittain pätevien työntekijöiden kautta.

Epäpätevistä työntekijöistä 63 % piti elämäkokemusta merkittävänä osaamiseen vaikuttavana tekijänä. Pätevistä elämäkokemusta piti merkittävänä ainoastaan 22 %. ($p < .021$). Määräaikaiset sosiaalityöntekijät painottivat elämäkokemuksen merkitystä vakituisia työntekijöitä enemmän. Heistä 46 % ja vakituisista vain 21 %

piti elämäkokemusta tärkeänä osaamiseen vaikuttavana tekijänä. ($p < .047$). Epäpätevät korostivat elämäkokemusta ja työkokemusta oletettavasti sen takia, että pätevyyttä ei voitu valita oman epäpätevyyden takia. Epäpätevyys liittyy usein myös työn määräaikaaisuuteen, joten se selittää miksi myös määräaikaiset työntekijät korostivat vakinaisia enemmän elämäkokemusta osaamiseen vaikuttavana tekijänä. Huomionarvoista on, ettei kukaan esimiehistä pitänyt elämäkokemusta merkittävänä osaamiseen vaikuttavana tekijänä, mutta 27 % sosiaalityöntekijöistä mainitsi tämän vaikuttavan ($p < .020$). Esimiehet siis painottavat osaamisessa enemmän ammatillisia tekijöitä kuin muut sosiaalityöntekijät.

Pätevyyden ja työkokemuksen lisäksi tilastollisesti merkittävää eroa löytyi työnohjauksen ja työpaikan tai muun tahon järjestämän koulutuksen kohdalla. Työnohjausta osaamiseen vaikuttavana tekijänä arvostivat eniten 27-35-vuotiaat. Heistä 33 % ilmoitti tämän olevan toinen osaamiseen merkittävästi vaikuttava tekijä. Iän noustessa työnohjauksen merkitys laski. 56-64-vuotiaista vain 6 % valitsi työnohjauksen kahden osaamiseen merkittävimmän vaikuttavan tekijän joukkoon. ($p < .040$). Eron suhtautumisessa työnohjaukseen voidaan ajatella liittyvän siihen, että nuoremmilla työntekijöillä ei ole kokemusta johon nojata, joten he kaipaavat työnohjausta vanhempia ikäluokkia enemmän. Näin ollen voidaan ajatella, että nuorten työntekijöiden tiedot ja taidot muodostuvat osin työnohjauksen kautta.

Työpaikan tai muun tahon järjestämää koulutusta taas vanhin ikäluokka arvosti eniten muihin ikäluokkiin verrattuna ($p < .004$). 56-64-vuotiaista 21 % mainitsi tämän. Sen sijaan kukaan 27-35-vuotiaista ja 46-55-vuotiaista ei maininnut työpaikan tai muun tahon järjestämää koulutusta kahden tärkeimmän osaamiseen vaikuttavan tekijän joukkoon. 36-45-vuotiaistakin vain 5 % piti työpaikan tai muun tahon järjestämää koulutusta erityisen merkittävänä. Ikäluokkien välisen eron voidaan ajatella myös liittyvän sukupolvien erilaiseen ajattelutapaan koulutuksen suhteen. Vanhemmat työntekijät ehkä myös kaipaavat jotain uutta työhönsä ja arvostavat sen vuoksi lisäkoulutusta osaamiseen vaikuttavana tekijänä.

Kun ulottuvuuden yhdeksi edellytykseksi asetettiin muodollinen pätevyys, täyttyi ulottuvuus pätevyiden osalta varsin hyvin, sillä 93 % vastaajista oli päteviä.

Osaamiseen osana tietoja ja taitoja vaikutti pätevyyden lisäksi erittäin paljon työkokemus ja jonkin verran myös elämäkokemus. Työntekijät korostivat työkokemusta vielä pätevyyttäkin enemmän. Tulosten pohjalta voidaan olettaa, että vastaajien tiedot ja taidot olivat riittäviä erityisesti pitkän työkokemuksen ja korkean keski-ikä perusteella.

6.2.3 Työn kehittäminen ja ajan tasalla pysyminen

Pyydettäessä vastaajia valitsemaan kaksi tärkeintä tapaa, jolla he kehittävät ja pitävät yllä omaa ammattitaitoaan, korostui kaksi vaihtoehtoa. Selvästi merkittävimpänä erottui työpaikan tai muun tahon järjestämä koulutus, jonka valitsi kahden tärkeimmän tekijän joukkoon kuuluvaksi 78 % vastaajista. Toiseksi yleisin valituista vaihtoehdoista oli ammattikirjallisuuden ja lehtien lukeminen. Sen valitsi 45 % vastaajista. Muut vaihtoehdot eivät korostuneet yhtä selkeästi. (Taulukko 5).

TAULUKKO 5.

Vastaajien (n = 120) ammattitaidon kehittämistavat vastauslukumäärittäin.

Ammattitaidon kehittämistapa	Vastauslukumäärä	%
Työpaikan tai muun tahon järjestämä koulutus	93	78
Ammattikirjallisuuden ja -lehtien lukeminen	54	45
Työnohjaus	29	24
Sairaalan sosiaalityöntekijöiden keskinäiset kokoukset	28	23
Itse hankittu koulutus	21	18
Muu kehittämistapa	8	7
Osallistuminen ammatti- tai muiden järjestöjen toimintaan	6	5

Sosiaalityöntekijät näyttäisivät kehittävän ammattitaitoaan enimmäkseen työpaikan tai muun tahon järjestämän koulutuksen sekä ammattikirjallisuuden ja -lehtien

lukemisen kautta. Nämä ovatkin yleisiä tapoja kehittää ammattitaitoa missä tahansa ammatissa. Seuraavaksi yleisimmät tavat kehittää ammattitaitoa olivat työnohjaus ja sairaalan sosiaalityöntekijöiden keskinäiset kokoukset, jotka ovat enemmän työyhteisön sisällä tapahtuvia ammatin kehittämismuotoja.

Ristiintaulukoitaessa osastoja ja kehittämistapoja, tilastollisesti merkittävää eroa oli vain työnohjauksen suhteen ($p < .004$). Psykiatrisilla osastoilla työskentelevät pitivät työnohjausta paljon tärkeämpänä kuin somaattisilla osastoilla työskentelevät. Psykiatrian sosiaalityöntekijöistä 30 % ja somatiikan työntekijöistä 8 % mainitsi työnohjauksen yhtenä kehittämis- ja ammattitaidon ylläpitämisen tapana. Koska psykiatrisella puolella työ luultavammin on henkisesti rankempaa, myös työnohjausta tarvitaan enemmän. Työkokemuksemme pohjalta tiedämme, että ainakin joissain sairaaloissa työnohjausta järjestetään psykiatrisilla osastoilla somaattisia osastoja enemmän.

Sosiaalityöntekijät kokivat työpaikan tai muun tahon järjestämän koulutuksen tärkeämmäksi kehittämistavaksi kuin esimiesasemassa työskentelevät ($p < .017$). Sosiaalityöntekijöistä 81 % ja esimiesasemassa työskentelevistä 53 % valitsi tämän kahden tärkeimmän kehittämistavan joukkoon. Sosiaalityöntekijät osallistunevat koulutuksiin esimiehiä vähemmän, joten sen vuoksi koulutukset saattavat olla sosiaalityöntekijöille antoisampia. Esimiehet puolestaan kehittävät ammattitaitoaan monipuolisemmin ja ovat aktiivisempia, esimerkiksi osallistumalla ammattijärjestöjen toimintaan. Sosiaalityöntekijöistä vain 3 % mainitsi osallistumisen ammatti- tai muiden järjestöjen toimintaan tärkeäksi kehittämistavaksi, kun taas esimiehistä tätä piti tärkeänä ammattitaidon kehittämistapana 20 %. ($p < .004$).

Vaikuttaa siltä, että sosiaalityöntekijät kehittävät ammattitaitoaan ja pysyttelevät työssään ajan tasalla monipuolisesti, joten ulottuvuus myös tältä osin toteutuu.

6.3 Tiedotus ja viestintä

6.3.1 Tiedottaminen ja palautteen keruu

Tiedottamista ja viestintää koskevilla kysymyksillä selvitimme muun muassa sitä, kuinka hyvin sairaalan eri henkilökuntaryhmät sekä potilaat/asiakkaat tietävät sosiaalityöntekijän palveluista. Wilding korostaa sitä, että asiakkaat tietävät, mitä palvelu sisältää²²⁵. Myös Vuorelan mukaan riittävä tieto lisää palvelun käytön helppoutta²²⁶. Terveystieteiden sosiaalityössä on tärkeää, että potilaiden lisäksi myös sairaalan henkilökunta tietää sosiaalityöntekijän tarjoamista palveluista.

Vastaajien mielestä hoitajat tiesivät parhaiten sosiaalityön palveluista. Suurin osa vastaajista (79%) arvioi, että omien osastojen hoitajat tunsivat sosiaalityön palvelut. Seuraavaksi eniten sosiaalityön palveluista tiesivät lääkärit, joiden tietämys oli vastaajien mielestä lähes yhtä hyvää kuin hoitajien tietämys. (Taulukko 6).

Vastaajista 51 % koki, etteivät potilaat tunne sairaalan sosiaalityöntekijän tarjoamia palveluja. (Taulukko 6). On huomattavaa, että yli puolet vastaajista oletti etteivät potilaat tiedä sosiaalityön palveluista. Potilaiden tietämys sairaalan sosiaalityöstä on siis vastaajien mielestä todella huonoa. Myöskään sairaalan muu henkilökunta ei vastaajien mielestä tuntenut kovin hyvin sosiaalityön palveluja. Vastaajista 39 % koki, että muu henkilökunta tunsu huonosti sosiaalityöntekijän tarjoamia palveluja. Syynä siihen, miksi muu henkilökunta tietää sosiaalityön palveluista vähemmän kuin hoitajat tai lääkärit, on todennäköisesti se, että he eivät tee sairaalan sosiaalityöntekijän kanssa yhtä tiivistä yhteistyötä.

²²⁵ Wilding 1994, 59.

²²⁶ Vuorela 1988, 34.

TAULUKKO 6.

Vastaajien kokema sairaalan henkilökunnan ja potilaiden/asiakkaiden tietämys sosiaalityön palveluista.

Väittäjä	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa		Yhteensä	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Asiakkaat/potilaat eivät tiedä sosiaalityön palveluista	61	51	49	41	10	8	120	100
Lääkärit tietävät sosiaalityön palveluista	84	70	32	26	5	4	121	100
Hoitajat tietävät sosiaalityön palveluista	96	79	21	17	4	3	121	100
Muu henkilökunta ei tiedä sosiaalityön palveluista	47	39	53	44	21	17	121	100

Suurin osa vastaajista (84 %) ilmoitti tiedottavansa tarjoamistaan palveluista sairaalan henkilökunnalle (n = 122). Henkilökuntaryhmistä tiedotus kohdistui yleisimmin omien osastojen hoitajille, joille palveluistaan tiedotti 97 % vastaajista. Myös omien osastojen lääkäreille tiedotettiin hyvin. Vastaajista 92 % ilmoitti tiedottavansa palveluistaan lääkäreille. Muille sairaalan henkilökuntaryhmille tai muille ryhmille palveluista tiedotettiin huomattavasti vähemmän. Muina ryhminä vastaajat mainitsivat muun muassa opiskelijat ja muut sosiaalityöntekijät. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7.

Vastaajien ilmoittama tiedottaminen sosiaalityön palveluista eri ryhmille (n = 101).

Ryhmä	f	%
Hoitajat	98	97
Lääkärit	93	92
Sairaalan muu henkilökunta	29	29
Sairaalan johto	16	13
Muut ryhmät	12	12

Vastaajat tiedottivat palveluistaan sairaalan henkilökunnalle eri tavoin (n = 100). Yleisin tiedotustapa oli henkilökunnan yhteiset tilaisuudet ja kokoukset. Tällä tavoin palveluistaan tiedotti 79 % vastaajista. Seuraavaksi yleisin tiedotustapa oli tiedottaminen suoraan osastojen avainhenkilöille. Tätä tapaa käytti 38 % vastaajista. Lähes yhtä yleinen tapa tiedottaa oli osastojen kansliassa olevan tiedotteen avulla. Näin tiedotti 37 % vastaajista. 30 % vastaajista ilmoitti tiedottavansa palveluistaan lääkärinkierroilla ja 7 % henkilökunnan oleskelutiloissa olevan tiedotteen avulla. Lisäksi 17 % vastaajista mainitsi tiedottavansa palveluistaan henkilökunnalle muulla tavoin. Muita tiedotustapoja olivat muun muassa suora kontakti osaston henkilökunnan kanssa ja ilmoitustaululla tai infokansiossa oleva tiedote.

Vastaajat tiedottivat sairaalan henkilökunnalle palveluistaan melko paljon ja monipuolisesti ja vastaajien mielestä henkilökunta, varsinkin keskeisimmät yhteistyöryhmät, tunsivat sosiaalityön palveluita melko hyvin. Sosiaalityön laatua tutkinut Kallinen-Kräkin olettaa, että tieto sosiaalityön palveluista ja maineesta kulkee parhaiten ”suusta suuhun”²²⁷. Henkilökunnan kohdalla suoraan tiedottaminen onkin vastaajien yleisin tiedottamistapa.

Ristiintaulukoinnin perusteella selvisi, että tiedottaminen henkilökunnalle lisääntyi iän myötä, vaikkei tiedottamisessa eri ikäluokkien välillä ollut tilastollista

²²⁷ Kallinen-Kräkin 1997, 55.

merkitystä. Somaattisilla osastoilla työskentelevät sosiaalityöntekijät tiedottivat palveluistaan henkilökunnalle enemmän kuin psykiatrisilla osastoilla työskentelevät. 96 % somaattisilla osastoilla työskentelevistä vastaajista ja 76 % psykiatrisilla osastoilla työskentelevistä ilmoitti tiedottavansa palveluistaan henkilökunnalle ($p < .003$). Somaattisilla osastoilla tiedotettiin palveluista enemmän osastojen kanslioissa pidettävän tiedotteen avulla ja psykiatrisilla osastoilla puolestaan tiedotettiin enemmän yhteisissä tilaisuuksissa ja kokouksissa. Osastojen kanslioissa olevan tiedotteen avulla tiedotti somaattisten osastojen työntekijöistä 50 % ja psykiatristen osastojen työntekijöistä 25 % ($p < .012$). Yhteisissä tilaisuuksissa ja kokouksissa tiedotti psykiatristen osastojen työntekijöistä 92 % ja somaattisten osastojen työntekijöistä 65 % ($p < .002$).

Osastojen väliset erot tiedottamisessa johtunevat siitä, että useimmiten psykiatrisilla osastoilla tehdään somaattisia osastoja tiiviimpää yhteistyötä, työskennellen erityisesti moniammatillisissa tiimeissä. Oletamme, että tiivistä yhteistyötä tekevät ammattiryhmät tuntevat toisten ammattiryhmien työnkuvan ilman erityistä tiedottamista.

Vastaajan ammattiasema vaikutti siihen, mille henkilökuntaryhmille hän tiedotti sosiaalityön palveluista. Sairaalan johdolle tiedotti 53 % esimiesasemassa työskentelevistä ja vain 9 % sosiaalityöntekijöistä ($p < .000$). Esimiesasemassa työskentelevät tiedottivat lisäksi muita sosiaalityöntekijöitä enemmän sairaalan ulkopuolisille tahoille. 33 % esimiehistä tiedotti ulkopuolisille tahoille sosiaalityön palveluista, ja vain 8 % sosiaalityöntekijöistä tiedotti palveluista ulkopuolisille tahoille ($p < .005$). Vakituudessa työsuhteessa olevista sosiaalityöntekijöistä 88 % tiedotti palveluistaan henkilökunnalle, määräaikaisista työntekijöistä vain 57 % ($p < .003$).

Esimiehet siis tiedottivat sosiaalityöntekijöitä enemmän sairaalan johdolle ja ulkopuolisille tahoille. Tämä liittyy esimiesasemassa olevien työntekijöiden erilaiseen toimenkuvaan. Heidän oletetaan tiedottavan palveluista muita työntekijöitä enemmän. Voidaan myös olettaa, että vakituudessa työsuhteessa olevat tiedottavat palveluistaan määräaikaisia työntekijöitä enemmän, koska he tuntevat

työalueensa hyvin ja ovat todennäköisemmin sitoutuneempia työhönsä kuin lyhyessä työsuhteessa olevat työntekijät.

Asiakkaille/potilaille palveluistaan tiedotti 74 % vastaajista (n = 123). Huomionarvoista on, että vastaajat ilmoittivat tiedottavansa palveluistaan enemmän henkilökunnalle kuin asiakkaille/potilaille. Myöskään suoraan tiedottaminen ei toteutunut asiakkaiden kohdalla, vaikka sitä pidetään tehokkaimpana tiedottamismuotona²²⁸.

Vastaajat tiedottivat palveluistaan asiakkaille/potilaille yleisimmin muun sairaalan henkilökunnan välityksellä. Näin ilmoitti tiedottavansa 72 % vastaajista. Toiseksi yleisin tiedotustapa oli potilaiden oleskelutiloissa pidettävä tiedote sosiaalityön palveluista. Tällä tavoin palveluistaan tiedotti 52 % vastaajista. Lääkärinkierroilla, informaatiotilaisuuksissa tai potilashuoneissa pidettävän tiedotteen avulla tiedotus ei ollut yhtä yleistä. Näiden tapojen lisäksi vastaajat ilmoittivat tiedottavansa palveluistaan muun muassa potilaiden hoitokokouksissa sekä olemalla paljon osastoilla. Jotkut vastaajat mainitsivat tapaavansa kaikki osastoilleen tulevat uudet potilaat. (Taulukko 8).

TAULUKKO 8.

Sosiaalityön palveluista tiedottaminen asiakkaille/potilaille (n = 90).

Tiedotustapa	f	%
Tiedotus sairaalan muun henkilökunnan välityksellä	65	72
Potilaiden oleskelutiloissa pidettävä tiedote	47	52
Lääkärinkierrot	23	26
Informaatiotilaisuudet	23	26
Potilashuoneissa pidettävä tiedote	9	10
Muu tiedotustapa	19	21

²²⁸ Ks. Esim. Kallinen-Kräkin 1997, 55.

Huomionarvoista on, että 74 % työntekijöistä ilmoitti tiedottavansa palveluistaan asiakkaille, mutta kuitenkin 51 % oli sitä mieltä, etteivät asiakkaat tiedä sosiaalityön palveluista riittävästi. Tiedotus tapahtui paljolti välikäsien kautta eli sosiaalityöntekijät jättivät palveluista tiedottamisen muun henkilökunnan vastuulle. Tiedotusta tulisi lisätä, että yhä useampi asiakas tuntisi sosiaalityöntekijän palvelut. Voidaan myös pohtia sitä, millä tavoin kannattaa tiedottaa. Tällä hetkellä tiedottamisessa muiden välityksellä on riskinä se, että potilaat eivät välttämättä saa oikeaa tietoa eikä tieto myöskään aina tavoita kaikkia sosiaalityön palvelua tarvitsevia potilaita.

Myös asiakkaille tiedottaminen lisääntyi iän myötä, mutta tilastollista merkittävyyttä iän ja tiedottamisen välillä ei ollut ($p < .182$). Tilastollista merkittävyyttä sen sijaan löytyi eri osastojen ja tiedottamisen sekä joidenkin eri tiedotustapojen välillä. Somaattisilla osastoilla työskentelevät sosiaalityöntekijät tiedottivat palveluistaan psykiatrisilla osastoilla työskenteleviä kollegoitaan enemmän. Somaattisilla osastoilla työskentelevistä vastaajista 94 % tiedotti palveluistaan asiakkaille, psykiatrisilla osastoilla vain 57 % tiedotti palveluistaan asiakkaille ($p < .000$). Somaattisilla osastoilla tiedotettiin sekä potilaiden oleskelutiloissa että potilashuoneissa pidettävien tiedotteiden avulla huomattavasti enemmän kuin psykiatrisilla osastoilla. 68 % somaattisilla osastoilla työskentelevistä sosiaalityöntekijöistä ilmoitti tiedottavansa oleskelutiloissa pidettävän tiedotteen avulla ja vain 27 % psykiatrisilla osastoilla työskentelevistä työntekijöistä tiedotti tällä tavoin ($p < .000$). Potilashuoneissa pidettävän tiedotteen avulla tiedotti 17 % somaattisten osastojen työntekijöistä ja 3 % psykiatristen osastojen työntekijöistä ($p < .035$).

Osastojen väliset erot tiedottamisessa potilaille luultavasti liittyvät myös osastojen erilaiseen toimintatapaan ja psykiatristen osastojen tiiviimpään yhteistyöhön. Myös potilaiden terveydentila saattaa vaikuttaa eroon tiedottamisessa eri osastojen välillä. Psykiatriset potilaat eivät välttämättä sairautensa vuoksi pysty ottamaan vastaan tietoa. Lisäksi psykiatrisilla osastoilla sosiaalityön tarpeessa olevista potilaista päätetään yhdessä tiimeissä, joissa sosiaalityöntekijä on itse mukana. Useat

psykiatristen osastojen sosiaalityöntekijät ilmoittivat tapaavansa osastojensa kaikki uudet potilaat. Näin oli kuitenkin myös joillakin somaattisilla osastoilla.

Osastoilla kerättiin erittäin vähän palautetta suoraan sosiaalityöstä. Palautteen keruuta pidetään kuitenkin olennaisena osana palvelua ja sen kehittämistä²²⁹. Sosiaalipalveluissa yleisesti on alettu kiinnittää yhä enemmän huomiota asiakkaan mielipiteisiin ja asemaan²³⁰. Palautteen keruu korostaa asiakasnäkökulman huomioonottamista²³¹. Kuten tuloksista on käynyt ilmi, asiakkaat tuntevat huonosti terveydenhuollon sosiaalityön palveluja. Palautteen keruun avulla saadaan tietoa esimerkiksi siitä, millaisia toiveita asiakkailla on palvelujen kehittämisen suhteen. Palautetta apuna käyttäen voidaan myös korjata asiakkaiden ehkä puutteellisia tietoja sairaalassa tehtävästä sosiaalityöstä.

Terveydenhuollon sosiaalityössä palautetta kerättiin erittäin vähän, joten ainakaan sitä kautta asiakasnäkökulma ei tullut esille. Puolet (50 %) vastaajista ilmoitti, ettei heidän osastoillaan kerätty lainkaan palautetta sosiaalityön palvelusta. 26% vastaajista ilmoitti, että palautetta kerättiin heidän osastoillaan satunnaisesti ja vain 11 % ilmoitti, että palautetta kerättiin säännöllisesti. (n = 121) Jotkut vastaajista mainitsivat, että sosiaalityöstä on kuitenkin mahdollista antaa palautetta sairaalan yleisellä asiakaspalautelomakkeella. Terveydenhuollon sosiaalityössä asiakasnäkökulma voi myös tulla esiin jollain muulla tavoin kuin palautteen keruun kautta.

Ristiintaulukoinnin perusteella psykiatrisilla osastoilla kerättiin enemmän asiakaspalautetta sosiaalityöstä kuin somaattisilla osastoilla. 18 % psykiatrisilla osastoilla työskentelevistä ja vain 2 % somaattisilla osastoilla työskentelevistä vastaajista ilmoitti, että palautetta kerätään säännöllisesti ($p < .050$). Palautetta kerättiin yleisesti ottaen erittäin vähän suoraan sosiaalityöstä. Syynä siihen, että psykiatrisilla osastoilla kerättiin enemmän palautetta sosiaalityöstä, saattaa olla tiiviimpi työskentely moniammatillisissa työryhmissä.

²²⁹ Wilding 1994; 59.

²³⁰ Haverinen 1997, 263.

²³¹ Ks. Esim. Outinen, Holma & Lempinen 1994.

Tiedottamisen ja erityisesti palautteen keruun kohdalla ulottuvuus toteutuu vain osittain. Yhteistyötahoille tiedotettiin palveluista melko hyvin ja yhteistyötahot myös tiesivät kohtalaisen hyvin sosiaalityön palveluista. Sen sijaan yli puolet asiakkaista ei vastaajien mielestä tuntenut sosiaalityön palveluja, vaikka vastaajista suurin osa tiedotti palveluistaan asiakkaille. Tiedotus asiakkaille tapahtui pääosin välikäsien kautta, kun taas henkilökunnalle tiedotettiin enemmän suoraan. Ulottuvuus oli siis puutteellista erityisesti asiakkaille tiedottamisen kohdalla.

Ulottuvuuden puutteena oli myös se, että asiakaspalautetta ei juurikaan kerätty. Mikäli palautetta kerättiin, tapahtui kerääminen useimmiten yleisellä palautelomakkeella. Koska sairaalassa on useita eri ammattiryhmiä ja lääketieteellinen näkemys korostuu toiminnassa, saattaa sosiaalityö jäädä toissijaiseksi²³². Sosiaalityöstä kerättävä palaute vaatii sosiaalityöntekijöiden omaa aktiivisuutta ja aikaa kehittämistyölle. Yleisellä palautteella ei ehkä saada riittävästi tietoa juuri sosiaalityön palvelusta. Voidaan olettaa, että potilaat keskittyvät arvioimaan saamaansa hoitoa, jota varten ovat sairaalaan tulleet.

6.3.2 Monenlaiset kommunikointiongelmat

Kommunikointiin liittyen on korostettu erityisesti sitä, että asiakkaalle puhutaan kieltä, jota hän ymmärtää²³³. Lumijärvi pitää lisäksi tärkeänä sitä, että potilaalle puhutaan hänen omalla äidinkielellään ja että viestinnässä käytetään ymmärrettäviä termejä²³⁴. Terveydenhuollon ympäristössä käytetään paljon lääketieteellisiä termejä ja ammattikieltä. Kommunikoinnin helpottamiseksi ammattikieltä pitää välttää asiakkaan kanssa keskusteltaessa, että tarvittavat asiat tulevat ymmärretyksi.

Selvitettäessä sitä, onko sosiaalityöntekijöiden ja asiakkaiden/potilaiden välisessä kommunikoinnissa ongelmia, käytimme avokysymystä (n = 88). Vastaajista 76 % ilmoitti, että kommunikoinnissa asiakkaiden/potilaiden kanssa esiintyi ongelmia. 16 %:n mielestä kommunikointiongelmia ei ollut. 8 % vastaajista ei osannut sanoa,

²³² Niemelä 1985, 32-33.

²³³ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 22.

²³⁴ Lumijärvi 1996, 28-29.

oliko kommunikoinnissa ongelmia. Suuren puuttuvien tietojen määrän selittää se, että kysymys oli avokysymys.

Kommunikointiongelmat liittyivät sekä potilaan terveydentilaan että potilaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen. Myös ulkopuolisilla tekijöillä koettiin olevan vaikutusta kommunikaatioon. Yleisimmin kommunikointiongelmia aiheuttivat potilaan sairaudesta johtuvat tekijät eli potilaan psyykinen tai fyysinen huono kunto. Toinen merkittävä tekijä oli kieliongelma, koska ulkomaalaisia potilaita on paljon.

”Potilaan vaikea sairaus (tajuttomuus, sekavuus, muistamattomuus) vaikeuttavat kommunikointia.” (Vastaja 69)

”Puhtaasti kielellisiä; meillä on paljon ulkomaalaisia potilaita, jotka eivät taida suomea ollenkaan tai niukasti. Tulkin avulla pystymme hoitamaan tärkeimmät, mutta spontaanit tapaamiset ja jatkokeskustelut eivät onnistu.” (Vastaja 60)

Kommunikointiongelmia syntyi myös yleisesti potilaan ja työntekijän erilaisista näkemyksistä. Ongelmina mainittiin muun muassa ymmärtämättömyys, viranomaispelko, luottamuspuula, varauksellisuus ja salailu. Myös kiireen, byrokratian ja potilaan tapaamispaikan nähtiin aiheuttavan kommunikointiongelmia. Monet vastaajat mainitsivat ongelmien syntyvän siitä, että potilailla on huonoja aiempia kokemuksia viranomaisten kanssa työskentelystä.

”Jos potilas salaa asioita esim. ongelmia; jos potilas ei luota sos.työntekijöihin (esim. aikais. kokemus); jos ei ole erill. huonetta käytössä...” (Vastaja 19)

”Aina ei löydetä ’yhteistä säveltä’; varauksellisuus, pelko viranomaisista, huonot kokemukset esim. toimeentulotukiprosessissa, lastensuojelussa...” (Vastaja 54)

Vastaajien mielestä kommunikointiongelmia potilaiden kanssa oli erittäin paljon. Osaltaan tämä on luonnollista, koska toimitaan sairaalaympäristössä, jossa potilaat voivat olla eri tavoin hyvinkin huonokuntoisia. Koska ulkomaalaisten määrä

Suomessa on lisääntynyt, myös kielelliset ongelmat mainittiin keskeisinä kommunikointiongelmina. Potilailla ei ole aina mahdollisuutta saada palvelua omalla äidinkielellään. Vaikka tulkki olisikin mukana, ei potilas ehkä halua kaikkia asioita kertoa tai tulkki ei välttämättä puhu täysin samaa kieltä (esim. harvinaiset pienet kielet). Aina tulee kuitenkin pyrkiä siihen, että tulkki saadaan mukaan ulkomaalaisten kanssa asioidessa.

Kommunikointiongelmiin kokeminen vaihteli osastoittain ristiintaulukoinnin perusteella ($p < .006$). Psykiatrisen osaston vastaajista 87 % ilmoitti, että potilaan ja sosiaalityöntekijän välisessä kommunikoinnissa esiintyy ongelmia. Somaattisella osastolla työskentelevistä näin koki 62 % vastaajista. Ero osastojen välillä johtunee nimenomaan potilaiden huonosta psyykkisestä terveydentilasta psykiatrisilla osastoilla.

Kommunikoinnin osalta ulottuvuus jää myös osittain täyttymättä, koska suurin osa vastaajista näki kommunikoinnissa olevan ongelmia. Kommunikointiongelmat liittyivät yleisimmin potilaan terveydentilaan tai kielellisiin ongelmiin. Toteutumatta jää erityisesti se, että palvelu annetaan potilaan omalla äidinkielellä. Tältä osin palvelu ei ole yhtä hyvää kaikille. Kommunikointivaikkeudet eivät kuitenkaan useimmiten johtuneet suoraan sosiaalityöntekijästä, vaan ulkoisista tekijöistä. Vaikka sairaalaympäristössä kommunikointiongelmat korostuvat, samanlaisia ongelmia esiintyy myös kaikessa muussa vuorovaikutuksessa.

6.4 Tavoitettavuus

Sairaalan sosiaalityön tavoitettavuuteen liittyy olennaisesti se, miten potilaat ohjataan sosiaalityön palvelun piiriin sekä se, kuinka sosiaalityöntekijä on tavoitettavissa ja kuinka nopeasti sosiaalityön palvelu saadaan.

6.4.1 Palvelun saamisen nopeus ja työntekijän tavoitettavuus

Palvelun nopeutta ja saavutettavuutta pidetään yhtenä hyvän palvelun peruseriaatteena. Palvelun nopeutta korostavat erityisesti Zeithaml, Parasuraman & Berry sekä Lumijärvi²³⁵. Kallinen-Kräkin liittyy palvelun saavutettavuuteen lisäksi jonot, aukioloajat ja puhelinajat²³⁶.

Yleisesti ottaen sosiaalityön palvelu sairaalassa oli saatavilla melko nopeasti. Vastaajista 59 % mainitsi, että palvelua on odotettava jonkin aikaa ja 38 % mielestä sosiaalityön palvelu oli saatavilla heti. Vain 1 % vastaajista sanoi, että palvelua on odotettava melko kauan. 2 % vastaajista ei osannut sanoa, kuinka nopeasti palvelu on saatavilla. (n 124). Vastaajat olivat lisäkommenteina maininneet, että palvelu on saatavissa yleensä samana tai seuraavana päivänä. Lisäksi he mainitsivat, että palvelun saamiseen vaikuttaa potilaan osastolla oloaika.

Sosiaalityöntekijät olivat tavoitettavissa pääsääntöisesti hyvin ja monella tapaa. Yleisimmin sosiaalityöntekijän tavoitti muun henkilökunnan välityksellä, seuraavaksi paras tapa tavoittaa sosiaalityöntekijä oli puhelimitse virka-aikana. Muut tavoittamistavat vaihtelivat, eivätkä korostuneet yhtä selkeästi. Vastausvaihtoehtojen lisäksi tavoittamistapoina mainittiin muun muassa sähköposti ja hakulaite. Lisäksi usea vastaaja kertoi olevansa paljon osastoilla potilaiden tavoitettavissa. (Taulukko 9).

²³⁵ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 22; Lumijärvi 1996, 28-29.

²³⁶ Kallinen-Kräkin 1997, 17.

TAULUKKO 9.

Sosiaalityöntekijöiden tavoittamistavat (n = 126).

Tavoittamistapa	f	%
Viestin jättäminen muun henkilökunnan välityksellä	101	80
Puhelimitse pääsääntöisesti virka-aikana	98	78
Viestin jättäminen puhelinvastaajaan	41	33
Muu tavoittamistapa	35	28
Viestin jättäminen kirjeitse tai postilaatikkoon	33	26
Tavoitettavissa työhuoneessa pääsääntöisesti virka-aikana	30	24
Tavoitettavissa työhuoneessa satunnaisesti virka-aikana	21	17
Puhelinaika	11	9
Puhelimitse satunnaisesti virka-aikana	9	7
Vastaanottoajalla työhuoneessa	6	5

Ristiintaulukoinnin perusteella työntekijöiden tavoitettavuus vaihteli jonkun verran osastoittain. Somaattisilla osastoilla kenelläkään vastaajista ei ollut puhelinaikaa, kun taas psykiatrisella osastolla työskentelevistä 16 %:lla oli puhelinaika ($p < .003$). Somaattisilla osastoilla työntekijät vaikuttavat olevan paremmin tavoitettavissa, koska heistä 94 % ilmoitti, että heidät saa tavoitettua puhelimitse pääsääntöisesti virka-aikana. Psykiatrisilla osastoilla 64 % oli pääsääntöisesti tavoitettavissa puhelimitse virka-aikana. ($p < .000$). Somaattisilla osastoilla 40 %:lle ja psykiatrisilla osastoilla 21 %:lle työntekijöistä pystyi jättämään viestin puhelinvastaajaan ($p < .027$). Somaattisten osastojen työntekijät tavoitti siis paremmin puhelimitse kuin psykiatristen osastojen työntekijät. Erot osastojen välillä liittyivät osastojen erilaiseen työnkuvaan.

Palvelun nopeuden ja työntekijän tavoitettavuuden osalta ulottuvuus toteutui todella hyvin. Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että palvelu on saatavilla joko heti tai melko nopeasti eli samana tai seuraavana päivänä. Sosiaalityöntekijät olivat myös hyvin tavoitettavissa, suurin osa oli tavoitettavissa virka-aikana puhelimitse tai heille pystyi jättämään viestin muun henkilökunnan välityksellä.

6.4.2 Palvelujen piiriin tulo ja palvelujen ulkopuolelle jäämisen syyt

Palvelujen piiriin ohjautumista selvitettiin pyytämällä vastaajia valitsemaan kaksi yleisintä ohjautumistapaa. Selvästi yleisimmin potilaat tulivat palvelujen piiriin hoitohenkilökunnan ohjaamana. Tämän vaihtoehdon valitsi kahden yleisimmän ohjautumistavan joukkoon 74 % vastaajista. Muut ohjautumistahot eivät erottuneet yhtä selkeästi. Annettujen vastausvaihtoehtojen lisäksi vastaajat mainitsivat, että potilaat/asiakkaat ohjautuvat palvelujen piiriin myös koko moniammatillisen tiimin kautta, kunnan läheteellä tai toisen sosiaalityöntekijän ohjaamana. (Taulukko 10).

TAULUKKO 10.

Palvelujen piiriin ohjautumistavat vastauslukumäärittäin (n = 122).

Ohjautumistapa	Vastaus- lukumäärä	%
Hoitohenkilökunnan ohjaamana	90	74
Asiakkaat hakeutuvat itse	40	33
Lääkäreiden ohjaamana	38	31
Sosiaalityöntekijän aloitteesta	34	28
Omaisten tai ulkopuolisten tahojen ohjaamana	14	12
Muuta kautta	2	10
Muun henkilökunnan ohjaamana	4	3

Huomattavan suuri osa potilaista tulee palvelun piiriin henkilökunnan, erityisesti hoitohenkilökunnan ohjaamana. Asiakaan oma-aloitteinen palvelun piiriin

hakeutuminen tai sosiaalityöntekijän aloitteesta tapahtuva palvelun piiriin tulo on huomattavasti vähäisempää. Terveydenhuollon sosiaalityön palvelussa olennaista on, että palvelua saavat ne asiakasryhmät, jotka sitä tarvitsevat. Vuorelan mukaan palvelun tulee kohdentua oikeille, apua tarvitseville ihmisille²³⁷. Wilding pitää tärkeänä sitä, että palvelun piiriin pääsee helposti ja että palveluun hakeutumismenettely on ymmärrettävä²³⁸.

Tulosten pohjalta voidaan miettiä sitä, onko hoitohenkilökunta oikea taho ohjaamaan potilaita palvelujen piiriin tai arvioimaan sosiaalityön palvelun tarvetta. Hoitohenkilökunta ei voi olla sosiaalityön asiantuntija, joten palvelu ei aina kohdennu oikeille asiakasryhmille mahdollisten virhearviointien vuoksi. Henkilökunnalla on näin ollen suuri vastuu siitä, ettei sosiaalityöntekijän apua tarvitsevia potilaita jää palvelun ulkopuolelle. Koska potilaat ohjataan palvelujen piiriin pääasiassa ulkopuolisten tahojen kautta, voidaan kyseenalaistaa hakeutumismenettelyn ja palvelun piiriin pääsemisen helppous.

Ristiintaulukoitaessa osastoa ja ohjautumista palvelujen piiriin osastoittain, löytyi tilastollisesti merkittäviä eroja osastojen välillä. Hoitohenkilökunta ohjaa sosiaalityön palvelujen piiriin enemmän somaattisilla kuin psykiatrisilla osastoilla. Somaattisilla osastoilla työskentelevistä vastaajista 88 % ja psykiatrisilla osastoilla työskentelevistä vastaajista 62 % piti hoitohenkilökuntaa toisena tärkeimpänä palvelujen piiriin ohjaavana tahona ($p < .002$). Somaattisilla osastoilla asiakkaat myös hakeutuivat psykiatrisia osastoja enemmän itse palvelujen piiriin. 48 % somaattisilla osastoilla työskentelevistä vastaajista ja vain 25 % psykiatrisilla osastoilla työskentelevistä vastaajista valitsi asiakkaiden itse ohjautumisen kahden yleisimmän ohjautumistavan joukkoon ($p < .011$). Psykiatrisilla osastoilla sen sijaan vastaajat arvelivat asiakkaiden tulevan palvelun piiriin enemmän sosiaalityöntekijän aloitteesta kuin somaattisilla osastoilla. Psykiatrisilla osastoilla työskentelevistä 37 % ja somaattisilla osastoilla työskentelevistä vain 15 % valitsi tämän kahden yleisimmän ohjautumistavan joukkoon ($p < .008$).

²³⁷ Vuorela 1992, 7.

²³⁸ Wilding 1994, 59.

Voidaan olettaa, että osastojen väliset erot palvelujen piiriin ohjautumisessa johtuvat osastojen erilaisesta työnkuvasta ja erilaisista yhteistyömenetelmistä henkilökunnan kanssa. Psykiatrisilla osastoilla tehdään enemmän tiimityötä, joten sosiaalityöntekijä on itse mukana päättämässä potilaiden sosiaalityön tarpeesta. Moniammatillinen yhteistyö myös lisää muun henkilökunnan tietoa sosiaalityöntekijän työnkuvasta. Somaattisilla osastoilla tiimityötä ei ole korostettu yhtä paljon kuin psykiatrisilla osastoilla. Kuitenkin somaattisilla osastoilla hoitohenkilökunta ohjaa selkeästi enemmän potilaita sosiaalityön palvelujen piiriin kuin psykiatrisilla osastoilla. Vastausten perusteella kävi ilmi, että somaattisilla osastoilla sosiaalityöntekijät työskentelevät useammalla osastolla kuin psykiatrisen puolen sosiaalityöntekijät. Koska somaattisella puolella osastoja on paljon, eivät sosiaalityöntekijät ehkä ehdi niin tiiviisti seurata potilaiden tarvetta sosiaalityön palveluihin. Potilaiden ohjaaminen jää siten suurelta osin henkilökunnan vastuulle. Osastojen ja sairaaloiden välillä käytännöt varmasti vaihtelevat.

Vastaajien mielestä suuri osa potilaista jää sosiaalityön palvelujen ulkopuolelle (n = 91). Vastaajista 69 % oli sitä mieltä, että kaikki potilasryhmät eivät saa sosiaalityön palveluja ja 25 % sitä mieltä, että potilasryhmiä ei jää palvelujen ulkopuolelle. 6 % vastaajista ei osannut sanoa, jääkö joitakin potilasryhmiä sosiaalityön palvelujen ulkopuolelle. Palvelujen ulkopuolelle jäämistä kysyttiin avokysymyksellä, ja ulkopuolelle jäämiseen löytyi useita syitä.

Suurimpina syinä sille, miksi kaikki potilaat eivät saa sosiaalityön palveluja, mainittiin henkilökunnan tietämättömyys sosiaalityön palveluista ja sosiaalityöntekijän kiire. Kiire on ollut terveydenhuollon sosiaalityön ongelmana jo pitkään ja syynä siihen on ollut muun muassa virkojen vähäisyys työmäärään nähden²³⁹. Syynä palvelujen ulkopuolelle jäämiselle kiireen lisäksi on se, etteivät asiakkaat osanneet pyytää sosiaalityöntekijän palvelua. Erityisenä ryhmänä mainittiin ”parempiosaiset” tai ”hiljaiset” potilaat, joilla ei ole esimerkiksi taloudellisia ongelmia. Näillä potilailla saattaa kuitenkin olla päihde- tai muita sosiaalisia ongelmia, joiden vuoksi he tarvitsisivat sosiaalityöntekijän palvelua.

²³⁹ Sosiaalityö terveydenhuollossa 1983, 46.

”... muu henkilökunta ei hoksaa eikä sos.tt. ehdi käydä kaikkien potilaiden asioita läpi.” (Vastaja 101)

”... ajan puutteen ja ison työalueen takia, joudun rajoittamaan ja priorisoimaan...” (Vastaja 100)

”Varmasti paljon jää palveluiden ulkopuolelle. Suuren työalueen vuoksi ei itse ehdi tarjota apua. Joutuu luottamaan muun henkilökunnan ohjaukseen. Potilaiden lyhyet hoitoajat aiheuttavat sen, ettei sos.työlle ole aina 'tilaa'.” (Vastaja 72)

”Muu henkilöstö mieltää sos.työn palvelut usein kapea-alaisemmin sos.etuuksien välittämiseksi tai palveluihin ohjaamiseksi. Psykososiaalisen tuen tarpeessa olevat eivät pääse sos.tt:n vast.otolle, vaikka tarvitsisivat tukea osallisuutensa vahvistamiseen.” (Vastaja 85)

Hyvin monen vastaajan mielestä potilasryhmiä jää sosiaalityön palvelun ulkopuolelle. Koska suurimpana syynä tähän pidettiin henkilökunnan tietämättömyyttä tai asennoitumista sosiaalityötä kohtaan, voidaan tulosta ihmetellä aiempien vastausten perusteella. Kysyttäessä sitä, tietääkö henkilökunta sosiaalityön palveluista, vastaajista suurin osa ilmoitti henkilökunnan tuntevan palvelut. Vaikka sosiaalityöntekijät ilmoittivat henkilökunnan tietävän sosiaalityön palveluista, pitivät he silti henkilökunnan tietämättömyyttä suurena syynä sille, etteivät kaikki potilaat saa sosiaalityön palvelua. Vastausten välillä esiintyy siis suuri ristiriita.

Voidaan olettaa, että henkilökunnalla on tietämystä sosiaalityön peruspalveluista. Esimerkiksi sosiaaliturvaan liittyvissä asioissa käännetään helposti sosiaalityöntekijän puoleen. Sen sijaan jotkin erityisongelmat saattavat jäädä henkilökunnalta huomaamatta, koska heillä ei ole sosiaalityön asiantuntijuutta. Henkilökunnalta ei voida myöskään vaatia tällaista asiantuntijuutta.

Toisena suurena syynä siihen, etteivät kaikki potilaat saa sosiaalityöntekijän palvelua, mainittiin sosiaalityöntekijöiden kiire. Kiireen vuoksi sosiaalityöntekijä joutuukin pitkälti luottamaan henkilökunnan taitoon ohjata potilaat palvelun piiriin.

Toisaalta sosiaalityöntekijän on ehkä myös valittava, ketä potilaita tapaa. Koska kaikkien ongelmiin ei ehdi paneutua, palvelaan vain heitä joiden palvelun tarve on suurin.

Useat niistä vastaajista, jotka arvelivat kaikkien potilaiden pääsevän sosiaalityön palvelujen piiriin, mainitsivat tiimityöskentelyn edesauttavan palveluihin ohjautumisessa. Näiden vastaajien mielestä moniammatillinen yhteistyö toimi hyvin ja myös potilaan sosiaaliset tarpeet tunnistettiin. Jotkut vastaajat mainitsivat myös tapaavansa kaikki omien osastojensa potilaat.

”Oman käsitykseni mukaan potilaat ohjautuvat kohtalaisen hyvin sos.työntekijälle. Vuosikausia on potilaiden moniammatillinen tiimiohjaus ollut... kehittämisen kohteena.” (Vastaja 9)

”Eivät jää, niin kauan kuin nykyinen käytäntö on voimassa, eli että sos.tt. haastattelee jokaista potilasta joka tulee hoitoon...” (Vastaja 45)

Ulottuvuuden toteutumista potilaiden palvelujen piiriin ohjautumisen kannalta tarkasteltaessa on ilmeistä, että ulottuvuus toteutuu huonosti. Useimpien vastaajien mielestä jotkut potilasryhmät jäävät palvelujen ulkopuolelle.

6.5 Luotettavuus

Luotettavuuden toteutumista kysyttiin muun muassa selvittämällä potilaiden vaikutusmahdollisuuksia, palvelun leimaavuutta, palveluun käytettävää aikaa ja työn virheettömyyttä koskevin kysymyksin.

6.5.1 Potilaan edun mukainen toiminta

Kiireisestä työtahdistä huolimatta vastaajien aika riitti melko hyvin potilaiden asioiden selvittämiseen. 73 % vastaajista koki, että käytettävissä oleva aika riittää potilastyöhön. Vastaajat myös ehtivät todennäköisesti perehtyä asiakkaan/potilaan tilanteeseen etukäteen. Väittämän 'en ehdi perehtyä asiakkaan/potilaan tilanteeseen ennen hänen tapaamistaan' kanssa oli vain 25 % täysin tai melko samaa mieltä. Asiakkaan etujen ajaminen ja palvelun virheettömyys toteutuivat myös melko hyvin. 91 % vastaajista oli sitä mieltä, että asiakas voi luottaa saavansa virheetöntä palvelua. Kun esitettiin väittämä 'asiakas/potilas ei voi luottaa siihen, että hän saa omien etujensa mukaista sosiaalityön palvelua, vain 17 % vastaajista oli täysin tai melko samaa mieltä. (Taulukko 11).

TAULUKKO 11.

Vastaajien näkemykset luotettavuuteen liittyvistä väittämistä.

Väittämä	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa		Yhteensä	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Käytettävissä oleva aika riittää potilaan asioiden selvittämiseen	88	73	31	26	2	2	121	100
En ehdi perehtyä potilaan tilanteeseen	30	25	91	75	1	1	122	100
Potilas voi luottaa virheettömään palveluun	109	91	3	3	8	7	120	100
Potilas ei voi luottaa etujensa mukaiseen palveluun	21	17	95	77	5	4	121	100

Sosiaalityöntekijöiden aika riittää siis kohtalaisen hyvin potilaiden asioiden hoitamiseen ja potilaan tilanteeseen perehtymiseen. Vain noin ¼ sosiaalityöntekijöistä oli sitä mieltä, ettei ehdi etukäteen perehtyä potilaan tilanteeseen tai aikaa asioiden selvittämiseen on liian vähän. Lähes kaikkien vastaajien mielestä potilas voi myös luottaa virheettömään palveluun ja suurin osa arveli, että potilas myös saa etujensa mukaista palvelua.

Luotettavuuteen liittyy myös se, millaisissa tiloissa potilasta tavataan. Potilaita tavattiin melko paljon yleisissä tiloissa tai sellaisissa potilashuoneissa joissa saattoi olla ulkopuolisia henkilöitä. Vastaajista 16 % tapasi potilaita yleisissä tiloissa erittäin usein ja 19 % melko usein. Vastaajista 32 % ilmoitti, ettei tapaa potilaita kovin usein yleisissä tiloissa ja 33 % ei tavannut potilaita lainkaan yleisissä tiloissa. Näin ollen 65 % vastaajista tapasi potilaita useimmiten muualla kuin yleisissä tiloissa. (n = 124).

Suurin osa vastaajista tapasi potilaita ainakin silloin tällöin yleisissä tiloissa tai potilashuoneissa, joissa on myös ulkopuolisia henkilöitä. Tällaisissa tilanteissa potilaalla ei ole yksityisyyttä ja voidaan ajatella, ettei tilanne ole välttämättä kovin miellyttävä potilaan kannalta. Muun muassa Lumijärvi on korostanut potilaan yksityisyyttä yhtenä hyvän palvelun ominaisuutena²⁴⁰. Myös Zeithaml, Parasuraman & Berry mainitsevat vuorovaikutuksen ja fyysisen ympäristön vaikuttavan palvelun luotettavuuteen²⁴¹.

Ristiintaulukoitaessa osastoja ja potilaiden tapaamista yleisissä tiloissa, löytyi tilastollisesti merkittäviä eroja osastojen välillä. Somaattisilla osastoilla tavattiin potilaita huomattavasti enemmän yleisissä tiloissa kuin psykiatrisilla osastoilla ($p < .000$). Jopa 66 % somaattisilla osastoilla työskentelevistä vastaajista tapasi potilaita yleisissä tiloissa erittäin tai melko usein. Psykiatrisilla osastoilla sen sijaan vain 12 % vastaajista tapasi potilasta yleisissä tiloissa erittäin tai melko usein. Psykiatristen osastojen työntekijöistä 54 % ei tavannut potilaita koskaan yleisissä tiloissa, somaattisilla osastoilla työskentelevistä vain 4 % ei tavannut potilaita koskaan yleisissä tiloissa.

Syyt osastojen välisiin eroihin ovat suurelta osin luonnollisia, koska somaattisilla osastoilla potilaat ovat usein fyysisesti erittäin huonokuntoisia ja liikkuminen voi olla mahdotonta. Näin somaattisilla osastoilla potilaita on pakko tavata psykiatrisia osastoja enemmän potilashuoneissa. Psykiatrisiin osastoihin laskettiin myös avopoliklinikat, joissa potilaita ei tavata juuri koskaan potilashuoneissa tai yleisissä tiloissa. Tämän voidaan olettaa lisänneen somaattisten ja psykiatristen osastojen välistä eroa potilaan tapaamispaikoissa. Joka tapauksessa somaattisilla osastoilla potilaita tavataan psykiatrisia osastoja enemmän tiloissa, joissa on ulkopuolisia läsnä.

Potilaan edun mukainen toiminta näyttää toteutuvan siltä osin, että sosiaalityöntekijät ehtivät hyvin perehtyä potilaan asioihin, heidän aikansa riittää potilaan asioiden käsittelyyn ja potilas voi myös luottaa virheettömään ja etujensa

²⁴⁰ Lumijärvi 1996, 28-29.

²⁴¹ Zeithaml, Parasuraman & Berry 1990, 21.

mukaiseen palveluun. Sen sijaan potilaan yksityisyys toteutuu erityisesti somaattisilla osastoilla melko huonosti, koska potilaita tavattiin paljon yleisissä tiloissa. Voidaan myös olettaa, että palveluympäristö ei ole potilaiden kannalta miellyttävää yleisissä tiloissa tavatessa.

6.5.2 Potilaan hyvät vaikutusmahdollisuudet

Vastaajien mielestä potilaiden vaikutusmahdollisuudet olivat erittäin hyvät. Heistä 90 % oli sitä mieltä, että potilaat voivat vaikuttaa saamiinsa sosiaalityön palveluihin ja vain 2 % arveli, ettei potilailla ole vaikutusmahdollisuuksia. 12 % vastaajista ei osannut arvioida potilaiden vaikutusmahdollisuuksia sosiaalityön palvelujen suhteen. (n = 104).

Hyvin useat vastaajat korostivat sitä, että potilaiden toiveita kuunnellaan ja ne pyritään ottamaan huomioon. Lisäksi korostettiin yhteistyötä potilaan, omaisten ja muun henkilökunnan kanssa. Vaihtoehtoja mietitään esimerkiksi hoitoneuvotteluissa. Kuitenkin monet mainitsivat, että yhteiskunnan resurssit asettavat rajoja potilaan toiveiden toteutumiselle, erityisesti jatkohoitopaikkojen valintaan.

”Ilman potilaan omaa näkökantaa, mielipidettä tilanteesta ei juuri tule yhtään mitään. Potilaalla pitää olla oikeus vaikuttaa saamiinsa sos.työn palveluihin. Sos.tt. voi suositella...” (Vastaaja 45)

”Asiakkailla on suuret vaikutusmahdollisuudet. Kerron asiakkaille olemassaolevista hoitovaihtoehdoista, joista asiakkaan kanssa yhdessä mietitään sopivinta hoitomuotoa... Suunnitteluun ja toteutukseen osallistuu myös kunnan sos.toimi Eri kunnissa on erilaisia palveluja tarjolla + erilaiset resurssit.” (Vastaaja 22)

”... Jatkohoitopaikan valinta on yhteistyötä, valittavana on kotona selviytyminen tukitoimin tai terveyskeskuksen vuodeosasto.” (Vastaaja 23)

”Ko. asiat mietitään ja sovitaan aina yhteistyössä potilaan kanssa ja pakkohoitoa lukuun ottamatta potilas aina itse päättää. (Vastaaja 101)

Asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia pidetään tärkeänä osana palvelun luotettavuutta. Grönroos puhuu palvelun joustavuudesta, johon kuuluu se, että organisaatio on valmis sopeutumaan asiakkaan vaatimuksiin ja toiveisiin joustavasti²⁴². Myös Wilding puhuu joustavuudesta liittyen siihen, että palvelu kattaa asiakkaan sille asettamat keskeiset odotukset. Palvelussa tulee Wildingin mukaan toimia myös asiakkaan eikä vain palvelun tarjoajan toiveiden mukaisesti.²⁴³ Lumijärvi korostaa sitä, että potilaan tulee voida ottaa osaa hoitotoimenpiteistä päättämiseen sekä hoitotoimenpiteissä tehtäviin valintoihin²⁴⁴.

Ulottuvuus toteutuu vaikutusmahdollisuuksien osalta hyvin, koska potilaat voivat ottaa osaa omista asioistaan päättämiseen. Rajoituksia vaikutusmahdollisuuksille asettivat yhteiskunnalliset resurssit sekä joissain tapauksissa potilaan huono terveydentila. Monet huonokuntoiset potilaat eivät vastaajien mielestä kykene realistisesti näkemään ja arvioimaan omia tarpeitaan.

6.5.3 Sairaalan sosiaalityö ei leimaa

Sairaalan sosiaalityötä ei pidetty leimaavana. Vastaajista 76 % oli sitä mieltä, ettei sairaalan sosiaalityö ole potilasta leimaavaa ja vain 1 % piti sosiaalityötä potilasta leimaavana. Vastaajista 23 % kohdalla ei käynyt selväksi, pitivätkö he sairaalan sosiaalityötä potilasta leimaavana. (n = 108). Useimmat vastaajat pitivät sosiaalityön palvelua luonnollisena osana sairaalan toimintaa. Muutamat kuitenkin mainitsivat, että henkilökunta saattaa suhtautua sosiaalityöhön ongelmakeskeisesti. Joidenkin vastaajien mukaan potilaat rinnastavat sairaalan sosiaalityön yhä vain taloudellisiin asioihin ja kokevat sen sitä kautta leimaavaksi. Muutamat

²⁴² Grönroos 1998, 74.

²⁴³ Wilding 1994, 59.

²⁴⁴ Lumijärvi 1996, 28-29.

psykiatrisilla osastoilla työskentelevät vastaajat mainitsivat lisäksi että psykiatrinen työ yleisesti on leimaavaa, ei niinkään sairaalan sosiaalityö.

”Ei ole potilasta leimaavaa. Tosin vanhuksat ajattelevat sairaalan sosiaalityön olevan samanlaista kuin sos.virastoissa – lähinnä rahan jakamista, vieläkin melko usein. Tosin he ilahtuvat positiivisesti kun apua saa esim. kotona selviytymiseen tai muihin ongelmiin.” (Vastaja 90)

”Sosiaalityö ei mielestäni ole potilasta leimaavaa, mutta hoitohenkilökunnalla on vielä se ajatus, että sos.työ on samaa kuin toimeentulotuki. Eli että raha-asioiden hoito on se meidän päätyö...” (Vastaja 43)

”Psykiatrinen sairaala on vielä leimaava, ei sos.työ.” (Vastaja 44)

”Ei ole leimaavaa – ennemminkin asiakkaille tarjolla oleva etu.” (Vastaja 55)

”No en ole huomannut. Kuulun niin tiiviisti hoitotiimeihin, että sosiaalityö mielletään yhdeksi hoitomuodoksi, vaikka se jokaisen asiakkaan/potilaan kohdalla käytännössä on hyvin erilaista.” (Vastaja 7)

Wilding on korostanut sitä, että asiakkaalla on oikeus saada palvelua ilman leimautumisen pelkoa²⁴⁵. Tuurala taas on puhunut turvallisuudesta tarkoittaen sillä sitä, että palvelusta ei aiheudu sivuvaikutuksia tai haittaa asiakkaalle²⁴⁶. Tältä osin terveydenhuollon sosiaalityötä voidaan pitää luotettavana eli ulottuvuus toteutuu. Sosiaalityötä ei pidetty asiakasta leimaavana.

Tuurala korostaa luotettavuutta tärkeimpänä ulottuvuutena, koska hänen mukaansa luottamuksellisuus on työskentelyn perusehto ja edellytys. Mikäli luottamusta ei synny, ei millään muulla laadun osa-alueella voida korvata sen synnyttämiä esteitä työskentelyn onnistumiselle.²⁴⁷

²⁴⁵ Wilding 1994, 59.

²⁴⁶ Tuurala 1998, 15.

Terveydenhuollon sosiaalityössä luotettavuus toteutui erittäin hyvin kaikilta muilta osin paitsi yksityisyyden kohdalla. Potilaita tavattiin useasti yleisissä tiloissa, mutta sekin liittyy suurelta osin potilaiden huonoon terveydentilaan eikä johdu sosiaalityöntekijän toiminnasta.

6.6 Yhteistyön toimivuus

Yhteistyön toimivuutta selvitimme kysymällä sitä, kuinka yhteistyö sairaalan eri henkilöstöryhmien ja ulkopuolisten tahojen kanssa toimii. Selvitimme myös, millaisissa tilanteissa ja minkä eri ryhmien kanssa sosiaalityöntekijät tekivät yhteistyötä. Vastaajat kokivat yhteistyön kaikkien eri tahojen kanssa toimivan hyvin tai melko hyvin. Vain 10 % vastaajista oli sitä mieltä, että yhteistyö lääkärin kanssa toimii huonosti ja 5 % sitä mieltä, että yhteistyö muun henkilökunnan kanssa toimii huonosti. Vastaajat kokivat yhteistyön hoitajien kanssa toimivan erityisen hyvin, koska vastaajista 93 % piti yhteistyötä toimivana. Myös yhteistyö ulkopuolisten tahojen kanssa toimi hyvin, sillä vastaajista 83 % koki yhteistyön toimivana. (Taulukko 12).

²⁴⁷ Tuurala 1998, 13.

TAULUKKO 12.

Yhteistyön toimivuus eri henkilöstöryhmien ja ulkopuolisten tahojen kanssa.

Väittäjä	Samaa mieltä		Eri mieltä		En osaa sanoa		Yhteensä	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Yhteistyö lääkäreiden kanssa toimii huonosti	12	10	109	90	0	0	121	100
Yhteistyö hoitajien kanssa toimii hyvin	111	93	7	6	2	2	120	100
Yhteistyö muun henkilökunnan kanssa toimii huonosti	6	5	105	88	9	8	120	100
Yhteistyö ulkopuolisten tahojen kanssa toimii hyvin	101	83	14	12	6	5	121	100

Yhteistyötä tehtiin sairaalan sisällä hyvin monien eri ammattiryhmien kanssa. Useimmat vastaajat olivat maininneet yhteistyökumppaneikseen koko moniammatillisen hoitotiimin, jotkut taas kertoivat tekevänsä yhteistyötä kaikkien sairaalan henkilöstöryhmien kanssa. Yksittäisinä henkilöstöryhminä mainittiin useimmiten hoitajat ja lääkärit. Yhteistyötä tehtiin mitä moninaisimmissa tilanteissa. Jotkut vastaajat mainitsivat tekevänsä yhteistyötä kaikissa potilasasioissa, toiset taas tekivät työtä itsenäisemmin. Kuitenkin yhteistyötä tehtiin lähes aina esimerkiksi jatkohoitoon tai hoitosuunnitelmaan liittyen. Joidenkin vastaajien mukaan yhteistyötä tehtiin lähinnä lääkärinkierroilla tai henkilökunnan yhteisissä kokouksissa.

”Osallistun 3-5 kertaa/vko kiertoihin/raportteihin, hoitosuunnitelmiin ym. kokouksiin. Neuvottelen koko osastohenkilökunnan kanssa...” (Vastaaja 14)

”Jatkohoito- ja kuntoutusasioissa neuvottelen lääkärin kanssa mm. tarvittavista todistuksista. Kotiutukseen liittyviä asioita käyn läpi hoitajien kanssa.” (Vastaaja 28)

”Päivittäistä epävirallista tilannekohtaista neuvottelua potilaan tilanteesta riippuen eri ammattiryhmien kanssa: lääkäri, hoitaja, fys.terapeutti osastotyössä...” (Vastaaja 23)

”... Vaikeat ammatilliset kuntoutusasiat, sv-päiväraha – eläkehylät, lastensuojeluasiat, vaikeimmat kotiutukset (kotona pärjäämisen arvio), psyykkisesti koskettavat kuolemantapaukset ja lastenluovutus, vaihdellen mitä asia koskee neuvottelen eri henkilöiden kanssa.” (Vastaaja 24)

”Kaikkien henkilöstöryhmien... Neuvottelu on jatkuvaa koska työ on moniammatillista, kun tarvitaan monialaista asiantuntemusta.” (Vastaaja 56)

Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että yhteistyö yleisesti eri tahojen kanssa toimii varsin hyvin ja sitä tehdään todella paljon. Ulottuvuus siis toteutui hyvin.

Yhteistyön kohdalla ei myöskään ollut merkittäviä eroja taustatekijöiden, kuten osastojen välillä, vaan kaikki ilmoittivat tekevänsä yhteistyötä ja sen olevan melko toimivaa.

Tulokset vahvistavat, että tämä ulottuvuus on tärkeä hyvään terveydenhuollon sosiaalityön palveluun liittyen ja sitä kannattaa mitata erillisenä ulottuvuutenaan. Tämän ulottuvuuden toteutuminen vaikuttaa sairaalan sosiaalityössä todella paljon muiden ulottuvuuksien toteutumiseen, koska moniammatillisuutta pidetään terveydenhuollon perustana. Ulottuvuus vaikuttaa erityisen paljon siihen, kuinka henkilökunta tietää sosiaalityöntekijän tarjoamista palveluista ja siihen, kuinka potilaat ohjautuvat palvelujen piiriin.

6.7 Tärkeimmät laatutekijät

Hyvän asiakastyön piirteitä selvitetessä vastauksista erottui erittäin selvästi viisi piirrettä. Kaikkein tärkeimpänä piirteenä pidettiin asiakkaan tarpeiden tunnistamista ja hänen asioihinsa paneutumista. Tämän piirteen valitsi viiden tärkeimmän piirteen joukkoon 68 % vastaajista. Lähes yhtä tärkeänä pidettiin sitä, että yhteistyö sairaalan henkilökunnan kanssa on toimivaa. Kolmanneksi tärkeimpänä piirteenä erottui se, että sosiaalityöntekijä on pätevä. Viiden tärkeimmän piirteen joukkoon valittiin myös se, että sosiaalityöntekijä ajaa asiakkaan etuja ja se, että yhteistyö sairaalan ulkopuolisten tahojen kanssa on toimivaa. Yhteistyön toimivuus, asiakkaan etu ja tarpeet sekä sosiaalityöntekijän pätevyys nähtiin siis kaikkein tärkeimpinä laadukkaan asiakastyön piirteinä. (Taulukko 13).

TAULUKKO 13.

Viisi tärkeintä hyvän asiakastyön piirrettä (n = 121).

Hyvän asiakastyön piirre	Vastaus- lukumäärä	%
Asiakkaan tarpeet tunnistetaan ja hänen asioihinsa paneudutaan	82	68
Yhteistyö sairaalan henkilökunnan kanssa on toimivaa	75	62
Sosiaalityöntekijä on pätevä	61	50
Sosiaalityöntekijä ajaa asiakkaan etuja	54	45
Yhteistyö sairaalan ulkopuolisten tahojen kanssa on toimivaa	51	42

Vähiten tärkeinä hyvän asiakastyön piirteinä nähtiin palvelun saaminen ilman leimautumisen pelkoa, asiakkaan vaikutusmahdollisuudet saamiinsa palveluihin, sosiaalityöstä kerättävä palaute, asiakkaan tietämys sosiaalityöntekijän tarjoamista palveluista sekä se, että asiakas voi luottaa palvelun suorittamiseen sovittuna ajankohtana. Kukaan vastaajista ei pitänyt sosiaalityöstä kerättävää palautetta viiden

tärkeimmän laatutekijän joukkoon kuuluvana. Yksi vastaaja mainitsi valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi itse tärkeänä pitämänsä piirteen, joka oli se, että työntekijä pystyy kuuntelemaan ja paneutumaan potilaan ongelmiin myös tunnetasolla. (Ks. Liitetaulukko 2).

Viiden tärkeimmäksi valitun piirteen joukosta kaksi piirrettä kuului siis ulottuvuuteen ”luotettavuus”, kaksi ulottuvuuteen ”yhteistyön toimivuus” ja yksi ulottuvuuteen ”työntekijän tiedot ja taidot”. Näin ollen ulottuvuuksiin ”tiedotus ja viestintä” sekä ”tavoitettavuus” liittyviä piirteitä ei pidetty yhtä tärkeinä.

Viisi tärkeimpänä pidettyä hyvän palvelun piirrettä toteutuivat myös käytännön työssä hyvin. Muut piirteet saivat vähemmän kannatusta ja myös niiden toteutuminen käytännössä vaihteli. Esimerkiksi kuudenneksi tärkeimpänä pidetty piirre ”asiakas saa tarvitsemaansa palvelua” toteutui myös käytännössä, mutta seitsemänneksi tärkein ”asiakkaalle puhuttava kieli on selkeää ja ymmärrettävää” jäi monelta osin käytännössä toteutumatta. Mielenkiintoista oli, että jotkut piirteet toteutuivat hyvin käytännössä, mutta vastaajat eivät kuitenkaan pitäneet niitä tärkeinä hyvään palveluun liittyvinä asioina. Tällainen piirre oli esimerkiksi se, että ”palvelu saadaan ilman leimautumisen pelkoa”. Huomioitavaa on myös se, että kukaan vastaajista ei pitänyt palautteen keruuta sosiaalityön palvelusta tärkeänä hyvän asiakaspalvelun piirteenä. Myöskään käytännön työssä ei palautetta kerätty.

Viisi tärkeintä hyvän palvelun ominaisuutta korostui selvästi ja ne siis myös toteutuivat hyvin käytännön asiakastyössä. Muista piirteistä sen sijaan on vaikea vetää tarkkoja johtopäätöksiä, koska piirteiden toteutuminen ei aina vastannut piirteen arvostusta. Monet piirteet, joita pidettiin kohtalaisen tärkeinä asiakastyössä, eivät toteutuneet käytännössä. Oli myös sellaisia piirteitä, joita ei juurikaan valittu tärkeimpien hyvän palvelun piirteiden joukkoon, mutta ne toteutuivat kuitenkin käytännön työssä hyvin.

Ristiintaulukoitaessa löytyi joitakin tilastollisesti merkittäviä eroja. Psykiatristen osastojen työntekijät pitivät tärkeämpänä asiakkaan tarpeiden tunnistamista ja asioihin paneutumista kuin somaattisten osastojen työntekijät. Psykiatrisilla

osastoilla työskentelevistä vastaajista 75 % ja somaattisilla osastoilla työskentelevistä 56 % valitsi tämän piirteen viiden tärkeimmän hyvän palvelun piirteen joukkoon ($p < .028$). Psykiatrisilla osastoilla asiakkaiden tarpeiden tunnistamista ja asioihin paneutumista voidaan olettaa painotettavan somaattisia osastoja enemmän sen vuoksi, että asiakassuhteet ovat pitempiä ja asiakkaan asioihin paneutuminen kuuluu luonnollisena osana asiakassuhteeseen. Somaattisten osastojen lyhyiden hoitajaksojen vuoksi asiakkaan asioihin paneutuminen saattaa jäädä pinnallisemmaksi.

Somaattisilla osastoilla työskentelevät puolestaan arvostivat psykiatrisilla osastoilla työskenteleviä enemmän yksityisyyden ja vaitiolovelvollisuuden toteutumista. Somaattisten osastojen työntekijöistä tämän luokitteli viiden tärkeimmän piirteen joukkoon 30 % ja psykiatristen osastojen työntekijöistä vain 14 % vastaajista ($p < .035$). Tämän voidaan ajatella liittyvän siihen, että somaattisilla osastoilla potilaan yksityisyys toteutui psykiatrisia osastoja huonommin, koska potilaita tavattiin useammin yleisissä tiloissa. Oletamme, että somaattisten osastojen työntekijät tiedostavat asian, koska he pitävät yksityisyyden toteutumista tärkeänä.

Ristiintaulukoitaessa eroja löytyi myös ammattiaseman suhteen. Esimiesasemassa työskentelevät korostivat muita vastaajia enemmän palvelun tasapuolisuuden tärkeyttä. Esimiehistä 21 % valitsi tämän piirteen viiden tärkeimmän asiakaspalvelupiirteen joukkoon ja sosiaalityöntekijöistä vain 5 % korosti tätä piirrettä ($p < .018$). Tässäkin suhteessa eroa voidaan pitää luonnollisena, koska esimiehen tulee ollakin diplomaattinen ja pyrkiä tasapuolisuuteen.

7 YHTEENVETO TULOKSISTA

Tutkielman tulokset luonnehtivat uudella tavalla terveydenhuollon sosiaalityötä ja -työntekijöitä. Vastaajat olivat keski-ikältään hieman vanhempia kuin sosiaalityöntekijät yleensä, keskimäärin 50-vuotiaita. Suurimmalla osalla vastaajista oli sosiaalihuoltajan tai vastaava ruotsinkielinen tutkinto. Terveydenhuollon sosiaalityöntekijöissä oli erittäin paljon päteviä ja vakinaisia työntekijöitä, joilla oli takanaan pitkä työkokemus. Tämän perusteella voidaankin puhua terveydenhuollon ammattilaisista.

Viittä tärkeintä hyvän asiakaspalvelun piirrettä selvitetessä vastaukset vaikuttivat yksimielisiltä eikä taustatiedoilla ollut suurta vaikutusta siihen mitä pidettiin hyvän asiakaspalvelun piirteinä. Tärkeimmäksi asiakastyön piirteeksi nousi asiakkaan tarpeiden tunnistaminen ja asiakkaan asioihin paneutuminen. Tämä piirre kuuluu ulottuvuuteen luotettavuus. Seuraavaksi tärkeimpänä piirteenä pidettiin sitä, että yhteistyö sairaalan henkilökunnan kanssa on toimivaa. Kolmanneksi eniten korostettiin sosiaalityöntekijän pätevyyttä. Melko tärkeinä pidettiin sitä, että sosiaalityöntekijä ajaa asiakkaan etuja ja sitä, että yhteistyö sairaalan ulkopuolisten tahojen kanssa on toimivaa.

Ulottuvuuksia mitattaessa ulottuvuudet ”yhteistyön toimivuus” ja ”työntekijän tiedot ja taidot” toteutuivat vastausten perusteella käytännön työssä hyvin ja muut ulottuvuudet vain osittain. Kuitenkin tuloksia tarkemmin tarkasteltaessa ulottuvuuksien toteutuminen ei ollut näin yksiselitteistä, vaan suuriakin ristiriitoja esiintyi. Taustatiedoista osastolla oli selvästi eniten vaikutusta eroihin ulottuvuuksien toteutumisessa. Jo lähtöoletuksenamme oli, että psykiatrisilla ja somaattisilla osastoilla työnkuva on erilainen ja tällä on vaikutusta vastauksiin. Ero osastojen välillä osoittautui kuitenkin odotettua suuremmaksi. Erityisesti psykiatrian avopoliklinikoilla työskennelleiden vastaukset erosivat muista. Myös ammattiasema, ikäryhmä sekä vastaajan pätevyys vaikuttivat vastauksiin.

Tiedot ja taidot toteutui hyvin niiltä osin, joilta sitä voitiin mitata. Työntekijät olivat päteviä ja osasivat määritellä ne palvelut, joita pystyvät tarjoamaan asiakkaille ammattitaitoisesti. Lisäksi työntekijät ilmoittivat kehittävänsä ammattitaitoaan monipuolisesti ja pysyttelevät näin ollen työssä ajan tasalla. Käyttäytymisen ja motivaation osalta tätä ulottuvuutta ei voitu luotettavasti mitata johtuen muun muassa objektiivisuudesta. Perusedellytyksenä asiakaspalvelutyössä on, että työntekijä käyttäytyy asiakasta kohtaan kunnioittavasti ja on motivoitunut työhönsä. Näin ollen oletamme, että ulottuvuus tältäkin osin toteutuu.

Tiedotuksen ja viestinnän toteutumisessa oli puutteita. Kukaan vastaajista ei myöskään valinnut tähän ulottuvuuteen liittyviä piirteitä viiden tärkeimmän hyvän asiakaspalvelun piirteen joukkoon. Kuten aiemmin on mainittu, henkilökunnalle tiedotettiin palveluista kohtalaisesti, mutta potilaille vähemmän. Tieto ei myöskään tavoittanut henkilökuntaa eikä potilaita. Kuitenkin sosiaalityöntekijät olivat sitä mieltä, että henkilökunta tietää sosiaalityön palveluista melko hyvin. Palautetta sosiaalityöstä ei kerätty juuri lainkaan ja palautteen keruuta ei kukaan vastaajista pitänyt tärkeänä hyvän asiakaspalvelun piirteenä. Tätä voidaan pitää puutteena, koska palautteen kautta saatava tieto ja asiakasnäkökulma jäävät saamatta. Laadun kehittämisessä ja arvioinnissa asiakaspalautteen keruuta pidetään olennaisena osana. Kommunikoinnin osalta ulottuvuus jäi myös toteutumatta. Kommunikointiongelmat eivät kuitenkaan liity ainoastaan sosiaalityön palveluun tai sosiaalityöntekijään, vaan johtuvat usein ulkopuolisista tekijöistä kuten potilaan sairaudesta tai kieli ongelmista.

Tavoitettavuus toteutui osittain. Sosiaalityön palvelu oli saatavilla nopeasti ja työntekijät olivat vastaajien mielestä hyvin ja helposti asiakkaiden tavoitettavissa. Kaikki asiakkaat eivät kuitenkaan saaneet palvelua ja suurimpana syynä tähän oli se, että henkilökunta ohjasi puutteellisesti asiakkaita palvelun piiriin. Lisäksi sosiaalityöntekijöiden kiire vaikutti siihen, ettei kaikille asiakkaille pystytty tarjoamaan palvelua. Kiireen syynä mainittiin muun muassa resurssipula eli työntekijöitä oli liian vähän potilasmäärään nähden. Näyttää siltä, että ne potilaat, jotka ohjautuvat sosiaalityön palvelun piiriin, myös saavat palvelua varsin nopeasti. Sosiaalityöntekijät olivat monipuolisesti ja hyvin tavoitettavissa (esimerkiksi

pääsääntöisesti puhelimitse virka-aikana). Tavoitettavuus liittyy palvelun piiriin pääsemisen osalta kiinteästi tietoon ja näin ollen myös ulottuvuuteen tiedotus ja viestintä. Vastaajat mainitsivat henkilökunnan tiedon puutteen suurimmaksi syyksi sille, että potilaita jää palvelun ulkopuolelle. Psykiatrisilla osastoilla jäi potilaita vähemmän sosiaalityöntekijän palvelujen ulkopuolelle. Tämän voidaan olettaa johtuvan siitä, että psykiatrisilla osastoilla tehdään enemmän tiimityötä ja henkilökunta tuntee paremmin sosiaalityöntekijän tarjoamat palvelut.

Luotettavuus toteutui vaihtelevasti. Sosiaalityöntekijät ehtivät perehtyä hyvin potilaan asioihin ja aikaa potilaan asioiden selvittämiseen oli riittävästi. Vastaajien mielestä potilaat voivat myös luottaa virheettömään ja etujensa mukaiseen palveluun, eikä palvelu ollut vastaajien mukaan potilasta leimaavaa. Potilaiden mielipiteet ja toiveet otettiin huomioon mahdollisuuksien mukaan, joten potilaiden vaikutusmahdollisuudet olivat melko hyvät yhteiskunnan asettamien rajoitusten puitteissa. Potilaita tavattiin paljon julkisissa tiloissa, joten yksityisyyden osalta ulottuvuus toteutui huonosti. Näin oli erityisesti somaattisilla osastoilla. Voidaan ajatella, että yksityisyyden osalta asiakkaat saattavat pitää sosiaalityön palvelua leimaavana. Sosiaalityöntekijöiden vastauksissa yksityisyyttä ei liitetty leimaavuuteen.

Yhteistyön toimivuus toteutui työntekijän tietojen ja taitojen ohella ulottuvuuksista parhaiten. Vastaajien mielestä yhteistyö toimi kaiken kaikkiaan varsin hyvin eri henkilöstöryhmien ja ulkopuolisten tahojen kanssa. Yhteistyötä myös tehtiin todella paljon ja psykiatrisilla osastoilla työ perustui hyvin paljon tiimityöhön. Kuitenkin yhteistyön toimivuutta voidaan kyseenalaistaa tulosten perusteella. Suurin epäkohta oli siinä, että henkilökunnalla on ilmeisesti puutteellista tietoa sosiaalityön palvelusta ja näin ollen asiakkaita jää palvelun ulkopuolelle. Yhteistyötä tehtiin eniten hoitajien kanssa ja yhteistyön myös nähtiin toimivan parhaiten heidän kanssaan. Mielenkiintoista oli se, että vastaajat kaikesta huolimatta kokivat yhteistyön kaikkien henkilöstöryhmien kanssa toimivaksi.

Yhteistyön toimivuus liittyi lähes kaikkiin vastauksiin. Asiakkaat saivat sosiaalityön palvelua, mikäli henkilökunta oli heidät sosiaalityön palvelujen piiriin

ohjannut. Ohjautuminen liittyi siihen, miten hyvin henkilökunta tunsi sosiaalityön palvelut. Sosiaalityöntekijät ilmoittivat tiedottavansa sairaalan henkilökunnalle palveluistaan ja he olivat myös sitä mieltä, että henkilökunta oli tietoinen sosiaalityön tarjoamista palveluista. Kävi kuitenkin ilmi, että useita potilasryhmiä jäi sosiaalityön palvelujen ulkopuolelle siitä syystä, että henkilökunta ei osannut ohjata sosiaalityön palveluja tarvitsevia asiakkaita sosiaalityöntekijälle. Yhteistyön toimivuuden kannalta tulokset olivat siis ristiriitaisia.

Kuten aikaisemmissa tutkimuksissa, myös tässä tutkielmassa ulottuvuudet liittyivät kiinteästi toisiinsa ja olivat osittain päällekkäisiä. Kaikkien ulottuvuuksien on täytyttävä, että palvelu olisi erinomaista. Tuloksista kävi selvästi ilmi, että mikäli jossakin ulottuvuudessa on puutteita, vaikuttaa se myös muiden ulottuvuuksien toteutumiseen. Vaikka hyvän asiakaspalvelun ulottuvuudet eivät sairaalan sosiaalityössä täysin toteutuneet, voidaan sosiaalityöntekijöiden antamaa asiakaspalvelua mielestämme pitää melko hyvänä. Monet puutteet liittyivät pitkälti sosiaalityöntekijöistä riippumattomiin tekijöihin tai ulkopuolelta asetettuihin rajoituksiin.

Yhteistyön toimivuus nousi merkittävimmäksi ulottuvuudeksi. Tuurala pitää luottamuksellisuutta hyvän palvelun perusedellytyksenä ja tärkeimpänä ulottuvuutena erityisesti asiakasnäkökulmasta ajateltuna²⁴⁸. Myös tässä tutkielmassa luottamuksellisuuden ja luotettavuuden merkitys palvelussa korostui. Koska tutkielma tehtiin asiantuntijoiden näkökulmasta, oli ymmärrettävää että he korostivat yhteistyön toimivuutta luotettavuuden ohella. Yhteistyön toimivuus on nimenomaan työntekijöiden näkökulmasta katsottuna työskentelyn perusedellytys. Asiakkaiden puolestaan on vaikea arvioida yhteistyön toimivuutta ja heille palvelun kokonaiskuva on paljon merkityksellisempi. Vastausten perusteella yhteistyön toimivuutta voidaan asiantuntijanäkökulmasta pitää terveydenhuollossa niin tärkeänä, että voidaan ajatella sen olevan kaikkein tärkein ulottuvuus.

²⁴⁸ Tuurala 1998, 13.

8 POHDINTA

Tutkielman tavoitteena oli selvittää sairaalan sosiaalityöntekijöiden asiakaspalvelun laatua ja sitä, miten laadun ulottuvuudet toteutuvat käytännön asiakastyössä. Tarkastelimme hyvää asiakaspalvelua laadun ulottuvuuksien kautta, jotka pohjautuivat aikaisempiin tutkimuksiin laadusta ja hyvästä palvelusta. Tutkielmaa tehtäessä osoittautui, että laadun ja asiakaspalvelun tutkiminen on mahdollista myös terveydenhuollon sosiaalityössä.

Lähtöoletuksinamme oli, että sairaalan sosiaalityö on hajanaista ja vaihtelee osastoittain ja sairaaloittain paljon. Ajattelimme, että yleiset laadun ulottuvuudet eivät sovellu suoraan sairaalan sosiaalityössä käytettäviksi, koska terveydenhuollon sosiaalityö on oma erikoisalansa ja eroaa esimerkiksi sosiaalitoimistossa tehtävästä sosiaalityöstä paljon. Tämän vuoksi muodostimme viisi ulottuvuutta, joiden kautta lähdimme selvittämään hyvää sairaalan sosiaalityön asiakaspalvelua.

Ulottuvuudet osoittautuivat käyttökelpoisiksi sairaalan sosiaalityön asiakaspalvelun laatua tutkittaessa. Viidestä käyttämästämme hyvän palvelun ulottuvuudesta yhteistyön toimivuus oli itse rakentamamme ulottuvuus. Yhteistyön piirteitä sisältyi myös muihin ulottuvuuksiin, erityisesti tavoitettavuuteen sekä tiedotukseen ja viestintään. Koska yhteistyötä on pidetty sairaalassa yleisesti tärkeänä, halusimme mitata sitä omana alueenaan. Tätä ei voitu mitata osana muita ulottuvuuksia, koska yhteistyö olisi muuten määritelty vain jonkin muun ulottuvuuden yhtenä piirteenä.

Tuloksissa nousi esiin suuria ristiriitoja yhteistyö-teeman ympärillä. Voidaankin miettiä sitä miksi suurta ristiriitaa esiintyy. Miksi sosiaalityöntekijät ensin arvioivat henkilökunnan tuntevan sosiaalityön palvelun, mutta kysyttäessä asiaa hieman eri muodossa kävi ilmi henkilökunnan tietämättömyys sosiaalityön palveluista. Henkilökunta osaa ohjata ”perinteiset” sosiaalityön asiakkaisiksi mielletyt potilaat sosiaalityön piiriin, mutta laaja-alaisempaa sosiaalityön tarpeen arviointia henkilökunta ei osaa tehdä. Tulosten perusteella mieleen heräsi myös kysymys siitä,

halusivatko sosiaalityöntekijät antaa todellisuutta myönteisemmän kuvan yhteistyön toimivuudesta sairaalassa?

Sosiaalityön tavoitettavuuden toteutumisen parantamiseksi tulee henkilökunnan tuntea sosiaalityön palvelut paremmin tai asiakkaiden tulee voida ohjautua sosiaalityön palvelujen piiriin myös muuta kautta kuin henkilökunnan ohjaamana. Voidaanko henkilökunnalta kuitenkaan edellyttää täydellistä sosiaalityön palvelujen tuntemista? Ideaalista olisi se, että sosiaalityöntekijä tapaisi itse kaikki potilaat, jolloin hän pystyisi arvioimaan palvelujen tarpeen. Ajan puutteen, vähäisten henkilöstöressurssien, suurten potilasmäärien ja usein lyhyiden hoitoaikojen vuoksi on kuitenkin mahdotonta tavata kaikki potilaat. Joillakin osastoilla kaikkien potilaiden tapaaminen on vakiintunut käytäntö. Koska useimmilla osastoilla henkilökunta kuitenkin arvioi sosiaalityön palvelun tarpeen, on sosiaalityön palveluista tiedotettava henkilökunnalle enemmän.

Sosiaalityön asiakaspalvelua ulottuvuuksien kautta tarkasteltaessa selvisi, että sairaalassa tehtävän sosiaalityön asiakaspalvelun laatu on melko hyvää ja laadukkaan palvelun ulottuvuudet toteutuvat vähintäänkin kohtalaisesti. Myös hyvän asiakaspalvelun piirteet saatiin selville, samoin se, mitkä taustatiedot vaikuttivat ulottuvuuksien toteutumiseen. Näin ollen tutkimusongelmat onnistuttiin ratkaisemaan tässä tutkielmassa.

Tutkielmassa käytetyt menetelmät osoittautuivat tarkoituksenmukaisiksi tutkimusongelmien ratkaisuun. Käytetyillä menetelmillä saatiin paljon ja yksityiskohtaisia tuloksia sekä tietoa sairaalan sosiaalityöstä melko laajalta kohdejoukolta. Osa tuloksista toi uutta tietoa sairaalan sosiaalityöstä. Saatiin muun muassa selville, että terveydenhuollon sosiaalityöntekijät ovat alansa vahvoja ammattilaisia. Voidaanko muualta sosiaalityön kentältä löytää yhtä pätevää ja kokenutta asiantuntijajoukkoa? Onhan yleisesti tiedossa, että sosiaalialalla toimii paljon epäpäteviä työntekijöitä määräaikaissa työsuhteissa.

Ulottuvuuksia käyttämällä saatiin selville, mikä asiakastyössä on toimivaa ja missä on vielä kehitettävää. Osa aiemmissa tutkimuksissa sairaalan sosiaalityössä esille

tulleista ongelmista kävi ilmi myös tässä tutkielmassa. Sairaalan sosiaalityötä on pidetty hahmottomattomana, mutta ainakin sosiaalityöntekijät itse osaavat tulosten perustella määrittellä oman työnkuvansa ja ammattitaitonsa tarkasti. Sen sijaan muut henkilöstöryhmät eivät tämänkään tutkielman perusteella tunne sosiaalityöntekijän työnkuvaa riittävästi. Kuitenkin tulosten pohjalta kuva sairaalan sosiaalityöstä on yhtenäisempi kuin aiempien tutkimusten perusteella voidaan olettaa.

Aiemmissä tutkimuksissa moniammatillisuus on ollut tärkeä osa sairaalan sosiaalityötä ja yhteistyö eri tahojen kanssa nousi tärkeäksi tässäkin tutkielmassa. Yhteistyössä eri tahojen kanssa on aiemmassa tutkimuksessa nähty paljon ongelmia, mutta tämän tutkielman perusteella sosiaalityöntekijät arvioivat yhteistyön toimivan hyvin. Kuitenkin asiaa laajemmin tarkasteltaessa löytyi paljon yhteistyöongelmia, esimerkiksi tiedon puute.

Mietittäessä tulosten yleistettävyyttä voidaan ajatella että peruspiirteissään sairaalan sosiaalityön asiakaspalvelu on samansuuntaista ympäri Suomea. Vastauksia saatiin paljon ja vastauksista pystyttiin muodostamaan yleiskuva sairaalan sosiaalityöstä, joten tulokset ovat jossain määrin yleistettävissä. Kuitenkin jo tutkielmassa mukana olleiden sairaaloiden välillä oli hyvinkin suuria eroja, jopa saman sairaalan sisällä eri osastoilla. Erot korostuivat erityisesti psykiatristen ja somaattisten osastojen välillä. Eroja oli muun muassa siinä, miten sosiaalityöntekijä oli saavutettavissa ja siinä, kuinka sosiaalityön palvelusta tiedotettiin eri tahoille. Sairaalakohtaisia eroja emme tarkemmin eritelleet, koska tarkoituksena ei missään vaiheessa ole ollut tehdä vertailua sairaaloiden kesken.

Viisi ulottuvuutta ovat yleisellä tasolla sopivia sairaalan sosiaalityön asiakaspalvelun tutkimiseen. Mikäli halutaan luoda yksityiskohtaiset tai tarkat kriteerit hyvästä sosiaalityön asiakaspalvelusta sairaalassa, tulisi ne luoda lähes osastokohtaisesti tai vähintään osaston tehtävän tai tarkoituksen mukaan. Esimerkiksi lastenosastolla annettavasta sosiaalityön palvelusta voitaisiin laatia omat laatuksiteerit viiden pääulottuvuuden pohjalta ja näiden perusteella lastenosastoilla tehtävää sosiaalityötä voitaisiin vertailla keskenään. Mielestämme viisi ulottuvuutta soveltuvat käytettäväksi hyvin sairaalan sosiaalityössä ja myös

muussa sosiaalityössä, kun niiden sisältö määritellään tarkemmin toimialakohtaisesti. Tuloksia apuna käyttäen voidaan yksittäisissä organisaatioissa miettiä oman asiakaspalvelun kehittämistä ja kriteerien luomista yhä tarkemmiksi.

Kvantitatiivisin menetelmin saatiin toisaalta hyvinkin yksityiskohtaista tietoa, mutta toisaalta joistakin asioista olisimme halunneet saada vielä laajempaa tietoa. Strukturoidun lomakkeen vastausvaihtoehdot rajoittivat vastaamista. Muita menetelmiä, esimerkiksi haastattelua käyttämällä olisi tietoa voinut olla laajempaa ja erilaista. Näin laajaa joukkoa olisi kuitenkin ollut mahdotonta haastatella. Avointen kysymysten ja suorien lainausten kautta tutkielmaan ja sen esittämistapaan saatiin lisäväriä.

Jatkon kannalta kyselylomaketta kannattaa edelleen kehittää. Muodostimme kyselylomakkeen yhtä kysymystä lukuun ottamatta itse, koska aiempaa vastaavanlaista lomaketta ei ollut käytettävissä. Tutkielman edetessä huomasimme, että monia kysymyksiä olisi voinut kysyä eri tavalla ja joistakin asioista olisimme voineet tehdä lisäkysymyksiä. Tälläkin lomakkeella saimme kuitenkin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Lomaketta analysoidessamme huomasimme, että kaikkia suunniteltuja aineiston analysointimenetelmiä ei voitu käyttää. Lomaketta voisikin muokata siten, että myös monimuuttujamenetelmien käyttö olisi mahdollista ja näin myös tulokset helpommin tiivistettävissä.

Kyselylomakkeen käyttöä pidetään yleensä hyvänä tapana kerätä tietoa henkilökohtaisista asioista. Tässä kävi kuitenkin ilmi, että jotkut vastaajat kokivat oman työnsä hyvin henkilökohtaisena ja pelkäsivät anonymiteettinsa puolesta. Muutamat esimerkiksi jättivät vastaamatta missä sairaalassa tai osastolla he työskentelivät. Jotkut vastaajat kritisoivat lomakkeen keruutapaa johtavan sosiaalityöntekijän kautta.

Kritiikistä huolimatta vaikuttaa siltä, että vastaajat pitivät tutkielmaa tärkeänä oman työnsä kannalta. Tämä voidaan nähdä jo suuresta vastausprosentista. Useimmat vastasivat kysymyksiin tarkasti ja olivat käyttäneet vastaamiseen paljon aikaa. Näyttää siltä, että sosiaalityöntekijät olivat innostuneita tutkielmasta ja kokivat sen

merkityksellisenä itselleen. Yllätyimme itsekkin näin suuresta osallistujamäärästä ja siitä, kuinka hyvin vastaajat olivat paneutuneet kyselylomakkeen täyttämiseen.

Tutkielma kertoo sosiaalityöntekijöiden eli asiantuntijoiden näkökulman omaan asiakastyöhönsä. Asiantuntijanäkökulman lisäksi tarkastelutapaa voidaan pitää osittain ulkopuolisena, koska me tutkielman tekijöinä olemme laatineet kriteerit hyvälle asiakaspalvelulle. Myös tässä tutkielmassa olemme miettineet kysymystä näennäislaadusta. Olemmeko onnistuneet laatimaan oikeat mittarit ja tuleeko asiantuntijoiden todellinen näkökulma näiden mittareiden kautta esiin? Tähän on vaikea suoraan vastata. Koska kyseessä on ensimmäinen tämän kaltainen terveydenhuollon sosiaalityöstä tehty tutkielma, tarkoituksena on ollut testata voiko sairaalan sosiaalityön asiakaspalvelun laatua määrittellä ulottuvuuksien kautta. Mielestämme ulottuvuuksia soveltamalla on saatu tietoa asiakaspalvelun laadusta sairaalassa, joten menetelmää voidaan pitää onnistuneena ja sairaalan sosiaalityöhön sopivana.

Asiantuntijoiden ja ulkopuolisten tahojen lisäksi myös esimerkiksi asiakkaat tai muut henkilöstöryhmät voivat olla laadun määrittäjänä, joten olisi mielenkiintoista ja tärkeää saada myös heidän näkemyksensä sairaalan sosiaalityön asiakaspalvelusta. Muiden näkökulmien kautta saadaan entistä laajempaa tietoa sosiaalityön palvelusta sairaalassa, jonka avulla työtä on mahdollista edelleen kehittää ja ulottuvuuksia tarkentaa.

Jatkotutkimusta ajatellen olisi mielenkiintoista tutkia terveydenhuollon sosiaalityön asiakaspalvelua eri menetelmin ja eri näkökulmista. Muita tutkimusaiheita terveydenhuollon sosiaalityöstä voisivat olla esimerkiksi tarkemmat tutkimukset liittyen terveydenhuollon sosiaalityöstä tiedottamiseen ja potilaiden ohjautumiseen sosiaalityöntekijän palvelujen piiriin. Mielenkiintoista olisi myös tutkia sitä, miten sosiaalityöntekijät tiedottavat tarjoamistaan palveluista tai sitä, mitä tiedotusmenetelmiä he käyttävät. Tätä voisi tutkia esimerkiksi yhden sairaalan sisällä. Tällä tavoin saataisiin tarkempaa tietoa tiedonkulkuketjusta, jonka kautta tiedotusmenetelmiä voitaisiin kehittää sekä luoda uusia tehokkaampia menetelmiä. Myös yhteistyötä muiden henkilöstöryhmien kanssa voitaisiin tämän kautta

parantaa. Lisäksi jatkotutkimusta voitaisiin tehdä kerättyä asiakaspalautetta hyödyntäen.

Tutkielma on tehty kokonaan yhdessä. Yhteistyö on ollut antoisaa, mutta hyvin työlästä. Olemme saaneet tutkielman tekemisen aikana testata yhteistyökykyjämme. Ristiriitoja on ollut paljon, mutta yhteisymmärrys on kuitenkin aina lopulta löytynyt. Välillä olemme tehneet työtä hyvin tiiviisti, välillä taas pitäneet pitempiä taukoja. Tauot ovat antaneet molemmiin puolin miettimisaikaa ja niiden jälkeen olemme taas jaksaneet ponnistella yhteistä tavoitetta kohti. Olemme molemmat oppineet joustamaan omista mielipiteistämme. Palaamalla tutkielman perustavoitteisiin olemme päässeet eteenpäin. Yksin näin laajan tutkielman aineiston kerääminen ja analysointi olisi ollut huomattavasti hankalampaa. Yhteistyö kaikkine piirteineen on osoittautunut kannattavaksi tämän tutkielman tekemisessä.

KIRJALLISUUS

Alkula, Tapani; Pöntinen, Seppo & Ylöstalo, Pekka. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY. 1. -2. painos.

Badawi, Mieke & Biamonti, Brenda. (eds.) 1990. Social Work Practice in Health Care. London: Woodhead-Faulkner.

Badawi, Mieke. (1990). Historical Perspectives. Teoksessa: Badawi, Mieke & Biamonti, Brenda. (eds.). Social Work Practice in Health Care. London: Woodhead-Faulkner. 1-18.

Bengtsson, Steen. 1997. Quality by Users' Influence and Involvement in Denmark - The Logical Development of Social Services. Teoksessa: Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta; Leichsenring, Kai & Wistow, Gerald. (eds.) Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments. European Centre Vienna: Ashgate. 201-214.

Beresford, Peter; Croft, Suzy; Evans, Clare & Harding, Tessa. 1997. Quality In Personal Social Services: The Developing Role of User Involvement In The UK. Teoksessa: Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta; Leichsenring, Kai & Wistow, Gerald. (eds.) Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments. European Centre Vienna: Ashgate. 63-80.

Davidson, Kay W. & Clarke, Sylvia S. (eds.) 1990. Social Work in Health Care. A Handbook for Practice. Part I. New York: The Haworth Press.

Deming, W. Edwards. 1994. Out of the Crisis. Quality, Productivity and Competitive Position. 19. painos. Cambridge University Press.

Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta; Leichsenring, Kai & Wistow, Gerald.
(eds.) 1997. Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and
Comments. European Centre Vienna: Ashgate.

Evers, Adalbert. 1997. Quality Development - Part of a Changing Culture of Care
In Personal Social Services. Teoksessa: Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta;
Leichsenring, Kai & Wistow, Gerald. (eds.) Developing Quality in Personal Social
Services. Concepts, Cases and Comments. European Centre Vienna: Ashgate. 9-
24.

Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta; Leichsenring, Kai & Wistow, Gerald.
1997. Developing Quality in Personal Social Services: Introduction. Teoksessa:
Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta; Leichsenring, Kai & Wistow, Gerald (eds.)
Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments.
European Centre Vienna: Ashgate. 1-5.

Grönroos, Christian. 1987. Hyvään palveluun. Palvelun kehittäminen
julkishallinnossa. Suom. Leena Sopenlehto. Helsinki: Valtionhallinnon
kehittämiskeskus, Suomen kaupunkiliitto & Suomen kunnallisliitto.

Grönroos, Christian. 1998. Nyt kilpaillaan palveluilla. Suom. Maarit Tillman. 4.
uudistettu painos. Porvoo: Suomen Ekonomiliitto & WSOY.

Haverinen, Riitta; Maaniittu, Maisa & Mäntysaari, Mikko. (toim.) 1995.
Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista,
metodeista ja käytännöistä. Raportteja 179. Helsinki: Stakes.

Haverinen, Riitta. 1997. Some National and Local Quality Strategies in Finland.
Teoksessa: Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta; Leichsenring, Kai & Wistow,
Gerald. (eds.) Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and
Comments. European Centre Vienna: Ashgate. 261-272.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula. 2001. Tutki ja kirjoita. 6.-7. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holma, Tupu. (toim.) 1998. Terveysthuollon sosiaalityön luokitus. Opas luokituksen käyttöön ja näkökulmia palvelujen kehittämiseen. Helsinki: Suomen kuntaliitto & Terveysthuollon sosiaalityöntekijät ry.

Holma, Tupu. (toim.) 1999. Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Perusta laadulle vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa sekä lastensuojelutyössä. Lasso - Suomen kuntaliiton laatuprojekti. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Holma, Tupu; Outinen, Maarit & Haverinen, Riitta. (toim.) 1997. Pienet - kohti laatujärjestelmää. Sosiaali- ja terveysthuollon pienten työyksiköiden ja yksin toimivien ammattihenkilöiden laadunhallinnan keinot. Helsinki: Stakes & Suomen kuntaliitto.

Julkisten palvelujen laatustrategia. 1998. Julkisten palvelujen laatustrategia-projekti. Helsinki: Suomen Kuntaliitto & Valtiovarainministeriö.

Julkunen, Raija. 2001. Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino.

Kallinen-Kräkin, Salme. 1997. Sosiaalityön laatu Kuopion sosiaalitoimistossa. Kuopio: Kuopion yliopistollinen opetussosiaalikeskus 4/1997.

Kauppila, Tarja. 1999. Laadukasta sosiaalityötä? Sosiaalityön lähtökohtatilanne lapsiperheasiakkaiden ja sosiaalityöntekijöiden arvioimana. Sosiaalihuollon menetelmien arviointiprojekti. Työpapereita 5/99. Helsinki: Stakes.

Kerson, Toba Schwaber. 1989. Social Work in Health Settings. Practice in Context. New York: The Haworth Press.

Kunnallisen palvelutuotannon laadunhallinta. 1994. 2. korjattu painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 1990-2000. 2002. Sosiaaliturva 2002:1. Helsinki: Stakes.

Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 1995. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. Helsinki: Stakes.

Laatutyö sosiaalivirastossa. 1998. Laatutyön kartoitus ja laatutyöryhmän toimenpide-ehdotukset 11.6.1998. Sosiaaliviraston julkaisusarja. SuSe 9/1998. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

Lehtinen, Marjaana. 1986. Sosiaalityön ammatin kehitysesteistä terveydenhuollossa. Teoksessa: Karisto, Antti & Purola, Tapani. (toim.) Sosiaalityön kehittäminen. Taustoja, reunaehtoja, näkökulmia. Oppimateriaaleja 1. Helsingin yliopisto & Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. 81-108.

Lillrank, Paul. 1998. Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Lindén, Mirja. 1999. Terveydenhuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Raportteja 234. Helsinki:Stakes.

Liskola, Pirkko. 1988. 100 -vuotias kirurginen sairaala. Sairaalan sosiaalityön uranuurtaja. Sosiaaliturva 22/88. 1094-1098.

Lumijärvi, Ismo. 1994. Laadun arviointi sosiaali- ja terveystalouden palveluyksiköissä. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia nro 186.

Lumijärvi, Ismo. 1996. Mikä on laatua sairaanhoitopalveluissa. Vertailututkimus sairaalan henkilöstöryhmien ja potilaiden priorisoimista hoidon laatutekijöistä - esimerkkinä Pietarsaaren sairaala. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 207.

Marjamäki, Pirjo; Mäntysaari, Mikko & Ristimäki, Tero. 1998. Sosiaalityöntekijät Suomessa 1998. Tehtävät, koulutus, määrä ja riittävyys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1998:9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Metteri, Anna. 1996. Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä. Teoksessa: Metteri, Anna (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki. 143-157.

Metsämuuronen, Jari. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Ky.

Mäntysaari, Mikko. 1995. Laadun kehittämisen ristiriidat. Teoksessa: Haverinen, Riitta; Maaniittu, Maisa & Mäntysaari, Mikko. (toim.) Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja 179. Helsinki: Stakes. 69-82.

Mäntysaari, Mikko. 1997. Quality Management in Finland - Problems and Possibilities. Teoksessa: Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta; Leichsenring, Kai & Wistow, Gerald. (eds.) Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments. European Centre Vienna: Ashgate. 49-62.

Mäntysaari, Mikko. 1998. Laadun hyveet. Teoksessa: Kempainen, Erkki & Mäntysaari, Mikko. (toim.) Aristoteles, Rawls ja sosiaalipolitiikka. Keskustelua hyvinvointivaltion peruskysymyksistä eurooppalaisten ajatteluperinteiden valossa. Raportteja 223. Helsinki: Stakes. 49-60.

Mäntysaari, Mikko; Aalto Anu-Riikka & Maaniittu, Maisa. 1996. ”...On oltava hirveän vahva”. Asiakaspalautetta sosiaalihuollosta. Aiheita 19/1996. Helsinki: Stakes.

Niemelä, Pauli. 1985. Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa. Empiirinen tutkimus sosiaalityöntekijöiden, sairaanhoitajien ja lääkärien näkemyksistä sairaalan sosiaalityöntekijöiden työtehtävistä, tieto- ja taitovaatimuksista, roolista ja asemasta sekä kunkin ammattikunnan näkemys omaa ammattiaan koskevista arvoista ja niiden toteutumisesta työssä. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 44/1985. Helsinki: Sosiaalityöntekijän Liitto ry.

Nykysuomen sanakirja. 2002. Kolmas osa L-N. Helsinki: WSOY.

Outinen, Maarit; Holma, Tupu & Lempinen, Kristiina. 1994. Laatu ja asiakas. Laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Juva: WSOY.

Outinen, Maarit; Lempinen, Kristiina; Holma, Tupu & Haverinen, Riitta. 1999. Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen kuntaliitto; Stakes & Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.

Peltonen, Jaana. 1992. Professionaalisten ehtojen toteutuminen terveydenhuollon sosiaalityöntekijän työssä. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntapolitiikan laitos.

Perälä, Marja-Leena. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin (qualpacks) validaatio. Tutkimuksia 56. Helsinki: Stakes.

Perälä, Marja-Leena & Räikkönen, Outi. 1994. Parempaan laatuun hoitotyössä. Kartoitus sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Raportteja 158. Helsinki: Stakes.

Pfeffer, Naomi & Coote, Anna. 1991. Is Quality Good for You? A Critical Review of Quality Assurance in Welfare Services. Social Policy Paper No. 5. London: Institute For Public Policy Research.

Pollit, Christopher. 1997. Business and Professional Approaches to Quality Improvement: A Comparison of their Suitability for the Personal Social Services. Teoksessa: Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta; Leichsenring, Kai & Wistow, Gerald. (eds.) Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments. European Centre Vienna: Ashgate. 25-37.

Punch, Keith. 1998. Introduction to Social Research. Quantitative & Qualitative Approaches. London: SAGE Publications Ltd.

Punch, Keith. 2003. Survey research. The Basics. London: SAGE Publications Ltd.

Rajavaara, Marketta. 1995. Laatureformit ja sosiaalialan ammattilaiset. Teoksessa: Haverinen, Riitta; Maaniittu, Maisa & Mäntysaari, Mikko (toim.) Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja 179. Helsinki: Stakes. 27-40.

Rajavaara, Marketta. 1997. Professionals and Quality Initiatives in Health and Social Services. Teoksessa: Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta; Leichsenring, Kai & Wistow, Gerald. (eds.) Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments. European Centre Vienna: Ashgate. 83-94.

Robson, Colin. 2004. Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner- Researchers. Second Edition. Blackwell Publishing: Oxford.

Sipilä, Jorma. 1996. Sosiaalityön jäljillä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Sipilä, Jorma. 1995. Ylhäältä alas vai alhaalta ylös. Teoksessa: Haverinen, Riitta; Maaniittu, Maisa & Mäntysaari, Mikko. (toim.) Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadun kehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja 179. Helsinki: Stakes. 21-25.

Slagsvold, Britt. 1997. Quality Measurements and Some Unintended Consequences: Can Quasi-quality Be a Consequence of Quality Standard? Teoksessa Evers, Adalbert; Haverinen, Riitta; Leichsenring, Kai & Wistow, Gerald. (eds.) Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments. European Centre Vienna: Ashgate. 291-310.

Social Work in Health Care. A Quarterly Journal. 2004. Volume 39. Numbers 1/2. New York: The Haworth Social Work Practice Press.

Social Work in Health Care. A Quarterly Journal. 2004. Volume 39. Numbers 3/4. New York: The Haworth Social Work Practice Press.

Social Work in Mental Health. 2004. The Journal of Behavioral and Psychiatric Social Work. Volume 2. Numbers 2/3. New York: The Haworth Social Work Practice Press.

Sosiaalityö terveydenhuollossa. 1983. Lääkintöhallituksen työryhmän mietintöjä. Nro 11/1982. Helsinki: Lääkintöhallitus.

Sosiaalityö terveydenhuollossa. Yhteistyön kehittäminen sosiaalityön palvelujen ja asiantuntija-avun turvaamiseksi. 1989. Raporttisarja 13-14. Helsinki: Sosiaalihalitus.

Stevenson, Sylvia & Unwin, Judith. 1990. The nature of medical social work. Teoksessa: Badawi, Mieke & Biamonti, Brenda. (eds.) Social Work Practice in Health Care. London: Woodhead-Faulkner. 32-51.

Tulppo, Jaana. 1991. Sosiaalityö ammatillisena toimintana sairaalassa. Tutkimus sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä työnsä sisällöstä ja asemasta aluesairaalan somaattisilla osastoilla. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitoksen tutkimuksia. Sosiaalipolitiikan käytäntö ja opetus. Sarja C: Nro 2.

Tuurala, Timo. 1998. Laatu, yhteiskunta ja lastensuojelu. Aiheita 18. Helsinki: Stakes.

Vedung, Evert. 2004. Arviointiaallon muodot ja suunnat. Yhteiskuntapolitiikka Vol 69. 3/2004. Stakes. 242-250.

Vuorela, Terho. 1988. Asiakaspalaute palvelujen laadun arvioinnissa. Helsinki: Valtion hallinnon kehittämiskeskus.

Vuorela, Terho. 1992. Kunnallisten sosiaalipalvelujen arviointi. Vaikuttavuuden arvioinnin mallit. Raportteja 57. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus & Vapokustannus.

Wilding, Paul. 1994. Maintaining Quality in Human Services. Social Policy & Administration Vol 28, 1, 57-72.

Zeithaml, Valarie A.; Parasuraman, A. & Berry, Leonard L. 1990. Delivering Quality Service. Balancing Customer Perceptions and Expectations. New York: The Free Press. A Division of Macmillan, Inc.

Övretveit, John. 1992. Health Service Quality. An Introduction to Quality Methods for Health Services. Oxford: Blackwell Science Ltd.

ELEKTRONISET LÄHTEET

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2005. Saatavilla www-muodossa:

<[URL:http://www.hus.fi](http://www.hus.fi)>. 28.2.2005.

Juran Institute. 2005. Saatavilla www-muodossa:

<[URL:http://www.juran.com/](http://www.juran.com/)>. 29.7.2005.

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista. 2005

Saatavilla www-muodossa:

<[URL:http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050272](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050272)>. 10.9.2005.

Pylväs, Maria. 2003. Saatavilla www-muodossa:

<[URL:http://www.poske.fi/dokumentit/erikoissairaanhoito.pdf](http://www.poske.fi/dokumentit/erikoissairaanhoito.pdf)>. 7.11.2004.

Sosiaalihuoltolaki. 17.9.1982/710. Saatavilla www-muodossa:

<[URL:http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710)>. 14.2.2005.

Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus. 2005. Saatavilla www-muodossa:

<[URL:http://www.stakes.fi/palvelut/palvelujen_laatu/index.htm](http://www.stakes.fi/palvelut/palvelujen_laatu/index.htm)>. 14.5.2005.

The W. Edwards Deming Institute. 2005. Saatavilla www-muodossa:

<[URL:http://www.deming.org/](http://www.deming.org/)>. 29.7.2005.

LIITTEET

LIITE 1

KYSELY SAIRAALASSA TYÖSKENTELEVILLE SOSIAALITYÖNTEKIJÖILLE SOSIAALITYÖN PALVELUSTA JA ASIAKASTYÖSTÄ

Ole hyvä ja vastaa kysymyksiin ohjeiden mukaisesti. Vaihtoehtokysymyksissä rengasta ainoastaan yksi vaihtoehto, ellei kysymyksen kohdalla ole toisin mainittu. Avoimissa kysymyksissä kirjoita vastaus kysymyksen alla oleville viivoille. Tarvittaessa voit jatkaa vastausta paperin kääntöpuolelle.

1. SUKUPUOLESI ON

1 nainen 2 mies

2. SYNTYMÄVUOTESI ON _____

3. SAIRAALA, JOSSA TYÖSKENTELET _____

4. OSASTO/OSASTOT, JOILLA TYÖSKENTELET _____

5. MIKÄ ON KOULUTUKSESI? (rengasta sopiva vaihtoehto, voit valita useita vaihtoehtoja)

1 yhteiskuntatieteiden/valtiotieteiden maisteri, pääaineena sosiaalityö
2 sosiaalihuoltajan tutkinto tai vastaava ruotsinkielinen tutkinto
3 muu sosiaalityöntekijän pätevyuden antava tutkinto, mikä: _____

4 muu ylempi korkeakoulututkinto, mikä: _____

5 sosiaalialan ammattikorkeakoulututkinto (sosionomi amk)

6 muu, mikä: _____

6. MISTÄ OPPILAITOKSESTA OLET VALMISTUNUT JA MILLOIN? _____

7. MIKÄ ON AMMATTIASEMASI? (rengasta sopiva vaihtoehto)

1 sosiaalityöntekijä
2 vastaava sosiaalityöntekijä
3 johtava sosiaalityöntekijä
4 muu, mikä: _____

**13. MITKÄ SEURAAVISTA OVAT VAIKUTTANEET ENITEN OMAAN OSAAMISEESI
ASIAKASTYÖSSÄ?** (rengasta **KAKSI** mielestäsi tärkeintä vaihtoehtoa)

- 1 sosiaalityön pätevyyden antava koulutus
 - 2 muu ammatillinen koulutus
 - 3 työkokemus
 - 4 elämäkokemus
 - 5 työnohjaus
 - 6 työpaikan tai muun tahon järjestämä koulutus
 - 7 muu, mikä: _____
-

**14. MILLÄ TAVOIN KEHITÄT AMMATTITAITOASI JA PYSYTTELET TYÖSSÄSI AJAN
TASALLA?** (rengasta **KAKSI** mielestäsi tärkeintä vaihtoehtoa)

- 1 lukemalla ammattikirjallisuutta ja -lehtiä
 - 2 työnohjauksen avulla
 - 3 työpaikan tai muun tahon järjestämän koulutuksen avulla
 - 4 itse hankitun koulutuksen avulla
 - 5 osallistumalla ammatti- tai muiden järjestöjen toimintaan
 - 6 sairaalan sosiaalityöntekijöiden keskinäisissä kokouksissa
 - 7 muulla tavoin, miten: _____
-

**15. MITÄ KAUTTA ASIAKKAAT/POTILAAT TULEVAT USEIMMITEN SOSIAALITYÖN
PALVELUIDEN PIIRIIN OSASTOLLASI/OSASTOILLASI?** (rengasta **KAKSI** mielestäsi yleisintä
vaihtoehtoa)

- 1 hoitohenkilökunnan ohjauksen perusteella
 - 2 lääkärien ohjauksen perusteella
 - 3 muun henkilökunnan ohjauksen perusteella
 - 4 omaisten tai ulkopuolisten tahojen ohjauksen perusteella
 - 5 asiakkaat/potilaat hakeutuvat itse
 - 6 omasta aloitteestasi tai havaitsemasi palvelun tarpeen perusteella
 - 7 muuta kautta, mitä: _____
-

**16. JOS JOITAKIN ASIAKAS/POTILASRYHMIÄ JÄÄ SOSIAALITYÖNTEKIJÄN
PALVELUIDEN ULKOPUOLELLE OMILLA OSASTOILLASI, MISTÄ SE JOHTUU JA
MITÄ NÄMÄ ASIAKAS/POTILASRYHMÄT VOISIVAT OLLA?**

17. MITEN OLET ASIAKKAIDEN/POTILAIEN TAVOITETTAVISSA? (rengasta sopivat vaihtoehdot, voit valita useita vaihtoehtoja)

- 1 minulla on puhelinaika
- 2 minulla on vastaanottoaika, jolloin olen asiakkaiden/potilaiden tavoitettavissa työhuoneessani
- 3 olen tavoitettavissa puhelimitse pääsääntöisesti virka-aikana
- 4 olen tavoitettavissa työhuoneessani pääsääntöisesti virka-aikana
- 5 olen tavoitettavissa puhelimitse satunnaisesti virka-aikana
- 6 olen tavoitettavissa työhuoneessani satunnaisesti virka-aikana
- 7 minulle voi jättää viestin puhelinvastaajaan
- 8 minulle voi jättää viestin kirjeitse tai postilaatikkoon
- 9 minulle voi jättää viestin muun henkilökunnan välityksellä
- 10 muu,miten: _____

18. JOS KOMMUNIKOINNISSA ASIAKKAAN/POTILAAN KANSSA ON ONGELMIA, MILLAISIA NE MIELESTÄSI OVAT?

19. KUINKA USEIN TAPAAT ASIAKKAITA/POTILAITA YLEISISSÄ TILOISSA TAI SELLAISISSA POTILASHUONEISSA, JOISSA SAATTAO OLLA ULKOPUOLISIA HENKILÖITÄ? (rengasta sopiva vaihtoehto)

- 1 erittäin usein
- 2 melko usein
- 3 en kovin usein
- 4 en lainkaan
- 5 en osaa sanoa

20. KUINKA NOPEASTI ASIAKAS/POTILAS MIELESTÄSI SAA TARVITSEMANSAN SOSIAALITYÖN PALVELUN OMALLA OSASTOLLASI/OSASTOILLASI? (rengasta sopiva vaihtoehto)

- 1 palvelu on saatavilla heti
- 2 palvelua on odotettava jonkin aikaa
- 3 palvelua on odotettava melko kauan
- 4 palvelua on odotettava kauan
- 5 en osaa sanoa

21. MILLÄ TAVOIN ASIAKKAAT/POTILAAT PYSTYVÄT VAIKUTTAMAAN SAAMIINSA SOSIAALITYÖN PALVELUIHIN OMILLA OSASTOILLASI (ESIMERKIKSI JATKOHOITOPAIKAN VALINTA, KUNTOUTUSSUUNNITELMAN TOTEUTUMINEN)?

22. TIEDOTATKO ITSE OMILLA OSASTOILLASI ASIAKKAILLE/POTILAILLE SOSIAALITYÖN PALVELUISTA? (rengasta sopiva vaihtoehto)

- 1 kyllä
- 2 ei (voit siirtyä kysymykseen 24)

23. MITEN ITSE TIEDOTAT OMILLA OSASTOILLASI ASIAKKAILLE/POTILAILLE SOSIAALITYÖN PALVELUISTA? (rengasta sopivat vaihtoehdot, voit valita useita vaihtoehtoja)

- 1 huolehdin siitä, että asiakkaiden/potilaiden oleskelutiloissa on tiedote tarjoamistani sosiaalityön palveluista
- 2 huolehdin siitä, että potilashuoneissa on tiedote tarjoamistani sosiaalityön palveluista
- 3 tiedotan asiakkaille/potilaille tarjoamistani sosiaalityön palveluista muun henkilökunnan välityksellä
- 4 kerron tarjoamistani sosiaalityön palveluista asiakkaille/potilaille järjestettävissä informaatiotilaisuuksissa
- 5 kerron tarjoamistani sosiaalityön palveluista asiakkaille/potilaille ollessani mukana lääkärin kierroilla
- 6 muuten, miten: _____

24. TIEDOTATKO ITSE SAIRAALAN HENKILÖKUNNALLE SOSIAALITYÖN PALVELUISTA? (rengasta sopiva vaihtoehto)

- 1 kyllä
- 2 ei (voit siirtyä kysymykseen 27)

25. MILLE SAIRAALAN HENKILÖKUNTARYHMILLE ITSE TIEDOTAT SOSIAALITYÖN PALVELUISTA? (rengasta sopivat vaihtoehdot, voit valita useita vaihtoehtoja)

- 1 omien osastoideni hoitajille
- 2 omien osastoideni lääkäreille
- 3 sairaalan johdolle
- 4 sairaalan muulle henkilökunnalle
- 5 muille, kenelle: _____

26. MITEN TIEDOTAT ITSE SAIRAALAN HENKILÖKUNNALLE SOSIAALITYÖN PALVELUISTA? (rengasta sopivat vaihtoehdot, voit valita useita vaihtoehtoja)

- 1 osastoideni kanslioissa on tiedote asiakkaille/potilaille annettavista sosiaalityön palveluista
- 2 henkilökunnan oleskelutiloissa on tiedote asiakkaille/potilaille annettavista sosiaalityön palveluista
- 3 tiedotan osastoideni avainhenkilöille (esimerkiksi osastonhoitajat) säännöllisesti asiakkaille/potilaille annettavista sosiaalityön palveluista
- 4 kerron sosiaalityön palveluista yhteisissä tilaisuuksissa ja kokouksissa
- 5 tiedotan henkilökunnalle sosiaalityön palveluista ollessani mukana lääkärin kierroilla
- 6 muuten, miten: _____

27. KERÄTÄÄNKÖ OMALLA OSASTOLLASI/OSASTOILLASI PALAUTETTA SOSIAALITYÖSTÄ ASIAKKAILTA/POTILAILTA? (rengasta sopiva vaihtoehto)

- 1 säännöllisesti
- 2 satunnaisesti
- 3 ei lainkaan
- 4 en osaa sanoa

28. ONKO SAIRAALAN SOSIAALITYÖ MIELESTÄSI ASIAKASTA/POTILASTA LEIMAAVAA? JOS ON, NIIN MILLÄ TAVOIN SE ILMENEE?

29. SEURAAVASSA ON LUETELTU VÄITTÄMIÄ. RENGASTA JOKAISESTA VÄITTÄMÄSTÄ YKSI, MIELESTÄSI SOPIVIN VAIHTOEHTO.

	täysin samaa mieltä	melko samaa mieltä	melko eri mieltä	täysin eri mieltä	en osaa sanoa
1. en ehdi perehtyä asiakkaan/potilaan tilanteeseen ennen hänen tapauksistaan	1	2	3	4	5
2. yhdelle asiakkaalle/potilaalle käytettävissä oleva aika riittää hänen asioidensa selvittämiseen	1	2	3	4	5
3. asiakas/potilas voi luottaa siihen, että hän saa virheetöntä sosiaalityön palvelua	1	2	3	4	5
4. asiakas/potilas ei voi luottaa siihen, että hän saa omien etujensa mukaista sosiaalityön palvelua	1	2	3	4	5
5. asiakkaat/potilaat eivät tiedä, millaisia sosiaalityön palveluja voin heille tarjota	1	2	3	4	5
6. lääkärit omilla osastoillani tietävät, mitä sosiaalityön palveluja voin asiakkaille/potilaille tarjota	1	2	3	4	5
7. hoitajat omilla osastoillani tietävät, mitä sosiaalityön palveluja voin asiakkaille/potilaille tarjota	1	2	3	4	5
8. sairaalan muu henkilökunta ei tiedä, mitä sosiaalityön palveluja voin asiakkaille/potilaille tarjota	1	2	3	4	5
9. yhteistyö omien osastoidesi lääkäreiden kanssa toimii huonosti	1	2	3	4	5
10. yhteistyö omien osastoidesi hoitajien kanssa toimii hyvin	1	2	3	4	5
11. yhteistyö sairaalan muun henkilökunnan kanssa toimii huonosti	1	2	3	4	5
12. yhteistyö sairaalan ulkopuolisten tahojen kanssa toimii hyvin	1	2	3	4	5

30. MILLAISISSA TILANTEISSA JA MINKÄ SAIRAALAN HENKILÖSTÖRYHMIEN KANSSA NEUVOTTELET ASIAKKAIDEN/POTILAIDEN ASIOISTA TAI ONGELMIEN RATKAISUISTA? _____

**31. SEURAAVASSA ON LUETELTU HYVÄÄN SAIRAALAN SOSIAALITYÖN
ASIAKASTYÖHÖN LIITTYVIÄ PIIRTEITÄ, JOTKA EIVÄT OLE
TÄRKEYSJÄRJESTYKSESSÄ. MITKÄ SEURAAVISTA PIIRTEISTÄ OVAT MIELESTÄSI
KAIKKEIN TÄRKEIMPIÄ? (rengasta VIISI mielestäsi tärkeintä piirrettä)**

- 1 asiakkaalle/potilaalle tarjotaan palvelua nopeasti, eli odotusajat ovat kohtuulliset
- 2 sosiaalityöntekijä on pätevä
- 3 yhteistyö sairaalan henkilökunnan kanssa on toimivaa
- 4 asiakas/potilas voi luottaa siihen, että sosiaalityön palvelu on virheetöntä
- 5 sosiaalityöntekijä käyttäytyy ystävällisesti ja kohteliaasti
- 6 sosiaalityöntekijä ajaa asiakkaan/potilaan etuja
- 7 asiakas/potilas saa palvelua ilman leimautumisen pelkoa
- 8 asiakas/potilas voi luottaa siihen, että sosiaalityön palvelu suoritetaan sovituna ajankohtana
- 9 asiakkaan/potilaan tarpeet tunnustetaan ja hänen asioihinsa paneudutaan
- 10 sosiaalityöntekijä on motivoitunut palvelemaan asiakasta/potilasta
- 11 sosiaalityöntekijän palveluita tarvitsevat asiakkaat/potilaat pääsevät sosiaalityöntekijän luokse
- 12 asiakas/potilas saa tarvitsemaansa palvelua
- 13 sosiaalityöntekijä on helposti tavoitettavissa virka-aikana
- 14 työnjako sairaalan muiden henkilökuntaryhmien kanssa on selkeää
- 15 sairaalan henkilökunta tietää sosiaalityöntekijän tarjoamista palveluista
- 16 asiakkaan/potilaan yksityisyys ja vaitiolovelvollisuus toteutuvat
- 17 asiakkaalle/potilaalle puhutaan kieltä, joka on selkeää ja jota asiakas/potilas ymmärtää
- 18 sosiaalityöntekijä pystyy ratkaisemaan asiakkaan/potilaan ongelmat asiantuntevasti
- 19 sosiaalityöntekijän palvelu on tasapuolista kaikille asiakas/potilasryhmille
- 20 asiakas/potilas tietää sosiaalityöntekijän tarjoamista palveluista
- 21 asiakas/potilas voi vaikuttaa saamiinsa sosiaalityön palveluihin
- 22 sosiaalityöstä kerätään palautetta asiakkailta/potilailta
- 23 yhteistyö ulkopuolisten yhteistyötahojen/viranomaisten kanssa on toimivaa
- 24 joku muu, mikä: _____

**MIKÄLI HALUAT JOTENKIN KOMMENTOIDA LOMAKETTA TAI HALUAT SANOA
AIHEESTA JOTAKIN, OLE HYVÄ!**

KIITOS VASTAUKSESTASI!

LIITE 2

Arvoisa vastaanottaja,

Teemme tutkimusta sairaalassa tehtävän sosiaalityön palvelusta ja asiakastyöstä. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloiden ja niiden alaisuudessa toimivien yksiköiden sosiaalityöntekijät. Tavoitteena on selvittää sairaalassa työskentelevien sosiaalityöntekijöiden henkilökohtaisia käsityksiä hyvästä sosiaalityön palvelusta ja sen toteutumisesta käytännön asiakastyössä. Aihe on erityisen tärkeä, koska Suomessa on tehty erittäin vähän tutkimusta terveydenhuollon sosiaalityöstä.

Toivomme, että täyttäisitte oheisen kyselylomakkeen. Näin olisi mahdollista saada monipuolinen kuva sairaalassa tehtävästä sosiaalityöstä. Lomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa noin 15-20 minuuttia.

Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. **Tutkimustulokset esitetään siten, että yksittäinen sairaala, osasto tai vastaajan henkilöllisyys eivät ole niistä tunnistettavissa.**

Palauttakaa kyselylomake täytettynä oheisessa kirjekuoressa johtavalle/vastaavalle sosiaalityöntekijälle _____ 24.2.2005 mennessä.

Mikäli Teillä on kysyttävää tähän pro gradu -tutkimukseen liittyen, vastaamme kysymyksiin mielellämme. Tutkimuksen ohjaajana toimii Jyväskylän yliopiston sosiaalityön professori Mikko Mäntysaari (p. 014 - 260 2917, mmantys@cc.jyu.fi).

Yhteistyöstänne kiittäen!

Jyväskylässä 3.2.2005

Henna Parviainen
Vellamonkatu 2 as.8
40700 Jyväskylä
p. 050 - 596 3835
hparvia@cc.jyu.fi

Johanna Telilä
Taitoniekantie 9 D 304
40740 Jyväskylä
p. 050 - 324 4520
jtelifa@cc.jyu.fi

LIITE 3

KYSELYLOMAKKEEN KYSYMYSTEN JAKAUTUMINEN ULOTTUVUUKSITTAIN

Kysymykset 1-11 liittyvät taustatietoihin. Taustatietojen runsaus johtuu siitä, että vertailemme eri taustatekijöiden vaikutusta sosiaalityöntekijöiden käsityksiin hyvästä palvelusta. Tarkoituksena on selvittää esimerkiksi sairaalan, koulutuksen tai iän vaikutusta käsityksiin. Yksittäisen sairaalan tai osaston tiedot eivät kuitenkaan käy tuloksista ilmi.

Kysymykset 12-30 kartoittavat laadun ulottuvuuksien toteutumista käytännön asiakastyössä.

Kysymykset 12-28 sekä 30 jakautuvat ulottuvuuksittain seuraavasti:

- Kysymykset 12, 13 ja 14 liittyvät ulottuvuuteen työntekijän tiedot ja taidot.
- Kysymykset 18, 22, 23, 24, 25, 26 ja 27 liittyvät ulottuvuuteen tiedotus ja viestintä.
- Kysymykset 15, 16, 17 ja 20 liittyvät ulottuvuuteen sosiaalityön tavoitettavuus.
- Kysymykset 19, 21 ja 28 liittyvät ulottuvuuteen luotettavuus.
- Kysymys 30 liittyy ulottuvuuteen yhteistyön toimivuus.

Kysymyksessä 29 on lueteltu 12 väittämää, jotka jakautuvat ulottuvuuksittain seuraavasti:

- Väittämät 5, 6, 7 ja 8 liittyvät ulottuvuuteen tiedotus ja viestintä
- Väittämät 1, 2, 3 ja 4 liittyvät ulottuvuuteen luotettavuus
- Väittämät 9, 10, 11 ja 12 liittyvät ulottuvuuteen yhteistyön toimivuus

Kysymyksessä 31 on eritelty 23 hyvän sosiaalityön asiakastyöhön liittyvää piirrettä, jotka perustuvat viiteen laadun ulottuvuuteen. Tällä kysymyksellä kartoitamme sitä, mitä laatutekijöitä sosiaalityöntekijät pitävät tärkeimpinä

sairaalan sosiaalityön asiakastyön laadussa. Kysymyksen pohjana on ollut Lumijärven käyttämä malli²⁴⁹. Piirteet jakautuvat ulottuvuuksittain seuraavasti:

- Kohdat 2, 5, 10 ja 18 liittyvät ulottuvuuteen työntekijän tiedot ja taidot.
- Kohdat 15, 17, 20 ja 22 liittyvät ulottuvuuteen tiedotus ja viestintä.
- Kohdat 1, 11, 13 ja 19 liittyvät ulottuvuuteen sosiaalityön tavoitettavuus.
- Kohdat 4, 6, 7, 8, 9, 12, 16 ja 21 liittyvät ulottuvuuteen luotettavuus.
- Kohdat 3, 14 ja 23 liittyvät ulottuvuuteen yhteistyön toimivuus.

²⁴⁹ Lumijärvi 1996, 28-29.

LIITE 4

TAULUKOT JA KUVIOT.

KUVIO 1. *Vastaajien jakautuminen ikäluokittain (n = 125).*

TAULUKKO 1. *Vastaajien (n = 123) koulutustausta vastauslukumäärittäin.*

TAULUKKO 2. *Vastaajien työkokemus terveydenhuollon sosiaalityöstä.*

TAULUKKO 3. *Vastaajien (n = 112) vahvimaksi osaamisalueeseen kokemat palvelumuodot vastauslukumäärittäin.*

TAULUKKO 4. *Vastaajien (n=121) tärkeimmiksi kokemat omaan osaamiseen vaikuttavat tekijät vastauslukumäärittäin.*

TAULUKKO 5. *Vastaajien (n = 120) ammattitaidon kehittämistavat vastauslukumäärittäin.*

TAULUKKO 6. *Vastaajien kokema sairaalan henkilökunnan ja potilaiden/asiakkaiden tietämys sosiaalityön palveluista.*

TAULUKKO 7. *Vastaajien ilmoittama tiedottaminen sosiaalityön palveluista eri ryhmille (n = 101).*

TAULUKKO 8. *Sosiaalityön palveluista tiedottaminen asiakkaille/potilaille (n = 90).*

TAULUKKO 9. *Sosiaalityöntekijöiden tavoittamistavat (n = 126).*

TAULUKKO 10. *Palvelujen piiriin ohjautumistavat vastauslukumäärittäin (n = 122).*

TAULUKKO 11. *Vastaajien näkemykset luotettavuuteen liittyvistä väittämistä.*

TAULUKKO 12. *Yhteistyön toimivuus eri henkilöstöryhmien ja ulkopuolisten tahojen kanssa.*

TAULUKKO 13. *Viisi tärkeintä hyvän asiakastyön piirrettä (n = 121).*

LIITETAULUKKO 1

Vastaajien jakautuminen ikäluokittain.

Ikäluokka	f	%
27-35-vuotiaat	12	10
36-45-vuotiaat	21	17
46-55-vuotiaat	40	32
56-64-vuotiaat	52	42
Yhteensä	125	100

LIITETAULUKKO 2

*Vastaajien tärkeimpinä pitämät hyvän asiakastyön piirteet vastauslukumäärittäin
(n = 121).*

Hyvän asiakastyön piirre	Vastaus- lukumäärä	%
Asiakkaan tarpeet tunnistetaan ja hänen asioihinsa paneudutaan	82	
Yhteistyö sairaalan henkilökunnan kanssa on toimivaa	75	62
Sosiaalityöntekijä on pätevä	61	50
Sosiaalityöntekijä ajaa asiakkaan etuja	54	45
Yhteistyö sairaalan ulkopuolisten tahojen kanssa on toimivaa	51	42
Asiakas saa tarvitsemaansa palvelua	31	26
Asiakkaalle puhuttava kieli on selkeää ja ymmärrettävää	28	23
Yksityisyys ja vaitiolovelvollisuus toteutuvat	27	22
Palvelu on nopeaa ja odotusajat kohtuulliset	26	22
Työnjako sairaalan henkilökunnan kanssa on selkeää	24	20
Sosiaalityöntekijä on ystävällinen ja kohtelias	18	15
Sosiaalityöntekijä on motivoitunut palvelemaan asiakasta	18	15
Sairaalan henkilökunta tietää sosiaalityöntekijän palveluista	16	13
Sosiaalityöntekijä pystyy ratkaisemaan asiakkaan ongelmat asiantuntevasti	16	13

Palvelua tarvitsevat asiakkaat pääsevät sosiaalityöntekijän luokse	15	12
Asiakas voi luottaa palvelun virheettömyyteen	13	11
Sosiaalityöntekijä on helposti tavoitettavissa virka-aikana	12	10
Asiakas tietää sosiaalityöntekijän tarjoamista palveluista	9	7
Palvelu on tasapuolista kaikille asiakasryhmille	8	7
Asiakas voi vaikuttaa saamiinsa palveluihin	8	7
Asiakas voi luottaa siihen, että palvelu suoritetaan sovittuna ajankohtana	6	5
Palvelu saadaan ilman leimautumisen pelkoa	4	3
Jokin muu piirre	1	1
Sosiaalityöstä kerätään palautetta	0	0
