

”Usko siihen, että asioihin voi vaikuttaa tekemällä.”

Tapaustutkimus terveystieteiden sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä
liittyen sosiaalityön laatuun ja sen kehittämiseen

MARIANNA YLI-HOUHALA

Tampereen yliopisto, Pori

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

Sosiaalityön pro gradu -tutkielma

30.1.2012

YLI-HOUHALA, MARIANNA: ”Usko siihen, että asioihin voi vaikuttaa tekemällä.” Tapaustutkimus terveystieteiden työntekijöiden näkemyksistä liittyen sosiaalityön laatuun ja sen kehittämiseen.

Pro gradu -tutkielma, 82 s., 10 liites.

Sosiaalityö: Ilmari Rostila

Tammikuu 2012

Tämän pro gradu -tutkielman aiheena ovat terveystieteiden työntekijöiden näkemykset sosiaalityön laadusta ja sen kehittämisestä erikoissairaanhoidon sosiaalityössä. Laatu on mielenkiintoinen ja ajankohtainen aihe, kun tällä hetkellä on pinnalla keskustelu resurssien niukkuudesta ja julkisen palvelun kustannusvaikuttavuudesta. Laadun kehittämisen perusteena voidaan nähdä muun muassa julkisen sektorin tehtävä maksimoida hyvälaatuisten palveluiden tuottaminen, jotta kansalaisille saadaan mahdollisimman paljon hyvää olemassa olevilla resursseilla.

Laadun kehittämisen lähtökohtana on, että organisaatiolla itsellään on selkeä käsitys, mistä palvelun laatu muodostuu juuri heidän työssään. Yksi lähestymistapa laadun kehittämiseen on, että ennen varsinaista kehittämistä kerätään tietoa nykytilanteesta ja mahdollisista parantamisalueista. Pelkkä parhaansa tekeminen ei riitä, vaan pitää tietää, mitä tekee ja sitten vasta tehdä parhaansa. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys koostuu terveystieteiden toimintaympäristön tarkastelusta sekä palvelun laadun ja sosiaalityön laadun teemoista, joita esitellään useista eri näkökulmista. Tutkimuksen tarkoituksena on kokonaislaadun huomioiminen sosiaalityössä ja sosiaalityön laadun kehittämisessä monipuolisesti useista näkökulmista.

Tutkimus on tapaustutkimus, jonka kohteena ovat Satakunnan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijät. Tutkimus on monimenetelmällinen eli mixed methods -tutkimus, jonka aineistonkeruumenetelmän eli kyselylomakkeen suunnittelussa ja tulosten analysoinnissa on huomioitu sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen lähestymistapa. Kokonaistutkimuksen kohdejoukkoon kuului 29 sosiaalityöntekijää, ja vastausprosentiksi muodostui 76 %. Tutkimusaineisto on analysoitu pääosin kvalitatiivisen sisällönanalyysin ja teemoittelun sekä SPSS -ohjelman avulla kvantitatiivisten jakaumien, keskilukujen ja summamuuttujien tarkastelulla.

Laatu näyttöä monipuolisena ja tärkeänä kehittämisteemana terveystieteiden työntekijöiden vastauksissa. Kaiken kaikkiaan sosiaalityöntekijöiden mielestä laatuasiat toteutuivat useimmiten. Kehittämiskohteita ja -ideoita löytyi kuitenkin runsaasti. Suurimmat kehittämisen paikat olivat laadunhallinnassa ja asiakastyytyvyyden säännöllistä tutkimusta kaivattiin. Tulokset vastasivat suurimmilta osin aiemmin tehtyjä tutkimuksia, mutta yksittäiselle organisaatiolle saatiin koottua yksityiskohdasta tietoa laadunkehittämisen aloittamisen tueksi. Sosiaalityöntekijöiden näkemykset laadusta, sen osa-alueista, niiden tärkeydestä ja toteutumisesta saatiin kartoitettua ja kuvattua asiakkaan, työntekijän itsensä ja kunkin tekemän työn sekä työyhteisön ja organisaation kannalta. Myös sosiaalityöntekijöiden näkemykset laadun kehittämisestä ja sen tarpeista saatiin kartoitettua ja kuvattua. Tuloksista löytyi selkeitä terveystieteiden erityispiirteitä, kuten korostunut moniammatillisuus sekä siihen liittyvä organisaation sisäisen tiedotuksen tarve. Toisaalta esiin tuli sosiaalityön erityispiirteitä, kuten asiakaslähtöisyys, eettisyys ja luotettavuus sekä vuorovaikutteisuus.

Avainsanat: terveystieteiden työntekijä, erikoissairaanhoidon sosiaalityö, laatu, laadun kehittäminen, tapaustutkimus, mixed methods

YLI-HOUHALA, MARIANNA: Trust that if man do something changes. A case study about the sentiments of quality and quality development of the social workers in health care.

Master's Thesis, 82 pages, 10 appendix pages

Social Work

Supervisor: Ilmari Rostila

January 2012

The aim of this master's thesis is to study the sentiments of social workers about quality and quality development in special health care. The quality is an interesting and current topic of development while people are talking about lack of resources and the costs of public services compared to the effectivity. One of the reasons to develop quality is to maximize producing high-quality services in order to bring on as much good as possible for citizens.

The starting point of developing quality is that the organization itself has a clear idea of the consistence of quality in their work exactly. One approach of developing quality is to start by collecting information about present situation and possible targets of developing. It is not enough to do one's best but one has to know what to do and then do one's best. The theoretical framework of this study consists ranging the operational environment of social work in health care and the themes of service quality and social work quality which are enlarged on different perspectives. The function of this thesis is to take total quality in social work and in development of quality on account from varied different perspectives.

The subjects of experiment in this case study are the social workers in special health care of the Satakunta Central Hospital. This is a mixed methods study where the data is collected by using a questionnaire. The whole study is planned, the data has been collected and analysis have been done while keeping eye on two perspectives both quantitative and qualitative research tendencies. The research portion consists of 29 social workers which is a total amount. The reply percentage was 76 per cent. Analysis has been done mostly by using qualitative content analysis and collecting themes. Quantitative data has been analysed by using SPSS program and studying distributions, average values and computed variables.

In results quality was regarded as varied and important theme of development. After all social workers estimated that the most attributes of quality were came true. The biggest situations of development seemed to be in quality control and especially the regular research of customer satisfaction was needed. Results of this study were mostly expected compared to former research. Thus specific knowledge was collected in support of quality development for this organisation. The sentiments of social workers about quality and quality development were charted and descripted. Results showed clearly special characteristics of social work in health care, such as pronounced multiprofessionality and need of internal informing. On the other hand there were noticed some special characteristics of social work noticed, for example customer orientation, ethicalness and reliability as well as interactiveness.

Keywords: social work in health care, social work in special health care, quality, quality development, case study, mixed methods

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	1
2 TERVEYSSOSIAALITYÖ JA ERIKOISSAIRAANHOIDON SOSIAALITYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ	4
2.1 Terveyssoviaalityö.....	4
2.2 Terveyssoviaalityön toimintaympäristö	5
2.3 Satakunnan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon soviaalityö	8
3 PALVELUJEN LAATU	9
3.1 Laatuajattelun lähtökohtia.....	9
3.2 Palvelun laadun määrittelyä	12
3.3 Hyvän palvelun tunnusmerkkejä.....	13
3.4 Julkisen palvelun laatu	15
4 SOSIAALITYÖN LAATU	18
4.1 Laatu soviaalityön toimintaympäristöissä	18
4.2 Laadunhallinta ja mittaaminen soviaalityössä.....	21
4.3 Laatuajattelun perustelut ja kritiikki soviaalityössä	24
4.4 Laadun ulottuvuudet soviaalityössä	27
5 TUTKIMUS	31
5.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	31
5.2 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat	33
5.2.1 Tapaustutkimus.....	33
5.2.2 Mixed methods	35
5.3.3 Kyselytutkimus.....	36
5.3 Kyselylomakkeen laatiminen.....	38
5.4 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineiston keruu	39
5.4 Tutkimusaineisto.....	41
5.6 Tutkimusaineiston analyysi.....	44
5.7 Tutkimuksen arviointia	45
6 SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN NÄKEMYKSIÄ LAADUSTA	48
6.1 Monipuolinen laatu	48
6.2 Asiakaslähtöisyys ja vuorovaikutus	51
6.3 Itsenäistä kehittämistä kiireessä.....	54

6.4 Asiantuntija organisaatiossa.....	60
6.5 Kehittämistä asiakkaan parhaaksi	63
6.6 Laadun ulottuvuuksia ja laadun hallintaa.....	65
6.7 Yhteenveto	68
7 LOPUKSI.....	70
LÄHTEET	77
LIITTEET.....	83

Luettelo kuvioista ja taulukoista

Kuviot

Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma..	42
Kuvio 2. Vastaajien työkokemus	43
Kuvio 3. Väitteiden toteutuminen sosiaalityöntekijöiden työssä lukumäärinä.....	63
Kuvio 4. Hyvän palvelun ulottuvuuksien tärkeyden ja toteutumisen suhde toisiinsa summa- muuttujien mediaanien perusteella.....	66

Taulukot

Taulukko 1. Sosiaalityöntekijöiden näkemykset sosiaalityön laadun ominaisuuksista tärkeim- mästä vähiten tärkeimpään.....	50
Taulukko 2. Sosiaalityöntekijöiden vastausten jakaumat liittyen väittämien merkitykseen sosi- aalityön laadulle	57
Taulukko 3. Työn heti kerralla tekemisen tärkeyden vaikutus työn heti kerralla tekemisen to- teutumiseen	58

1 JOHDANTO

Pro gradu -tutkielmani aiheena on Satakunnan sairaanhoitopiirissä tehtävän erikoissairaanhoidon sosiaalityön eli terveystieteiden sosiaalityön laatu. Terveystieteiden sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityötä, jota tehdään nimenomaan terveydenhuollon organisaatiossa (ks. Kananoja 2010, Terveystieteiden sosiaalityöntekijät ry 2011). Tutkimukseni on tapaustutkimus, jonka tavoitteena on kartoittaa kyseisen organisaation sosiaalityöntekijöiden käsityksiä työnsä laadusta, laadun osa-alueista ja niiden kehittämisestä. Kyseessä on mixed methods -tutkimus, jonka aineisto kerätään kyselytutkimuksen avulla ja analyysissä hyödynnetään sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia lähestymistapoja. Toisiaan täydentävillä menetelmillä pyritään saamaan elävä, monipuolinen ja mahdollisimman luotettava kuva terveystieteiden sosiaalityöntekijöiden laatuajattelusta.

Sosiaalityön asiantuntijuus on kehityksessä ja muutoksessa. Asiantuntijuus ei enää perustu universaaliin tietopohjaan, vaan asiantuntijuuden nähdään rakentuvan suhteessa aikaan, paikkaan, erilaisiin olosuhteisiin ja toimintayhteyksiin. Uuden sosiaalityön asiantuntijuuden aineksia ovat refleksiivisyys ja oman työn kriittinen analyysi, jotka nousevat henkilökohtaisesta ja ammatillisesta kokemuksesta sekä tieteellisestä tiedosta. Sosiaalityön arkeen sisältyy useita erilaisia rutiineja, ja käytäntöjä luodaan ja kehitetään jatkuvasti yksittäisten sosiaalityöntekijöiden arkityössä heidän tekemiensä ratkaisujen pohjalta. Näitä käytäntöjä ja oman työn kriittistä analyysiä etsitään myös tässä tutkimuksessa laadun näkökulmasta. (Mutka 1998; ref. Karvinen 2000, 11–12.) Samalla tämä tutkimus on yksi osoitus siitä, että sosiaalityön tutkimuksessa on noussut ja on yhä tarpeen pyrkimys arkipäiväisten työkäytäntöjen näkyväksi tekemiseen, tarkastelemiseen ja kehittämiseen. On tarvetta tuoda esiin työntekijöiden kokemuksista ja toiminnoista nousevaa sosiaalityön perusolemusta ja -logiikkaa sekä sosiaalityön monimuotoisuutta. (Karvinen 2000, 17.)

Olen aiemmin kandidaatin tutkielmassani perehtynyt systemaattisen artikkelikatsauksen avulla yleisesti sosiaalityön laadusta kirjoitettuihin artikkeleihin ja laatuun sosiaalityön aihepiirinä, mistä on jatkunut kipinä myös tähän pro gradu -työhön. Laatu aihepiirinä on hyvin monimuotoinen. Eri puhujatahot tarkoittavat laadulla aina vähän eri asioita, ja laadun määritelmiä on olemassa useita. Lumijärven ja Jylhäsaarenkin (1999, 235) mukaan sosiaalipalveluissa, jotka ovat yksilöpalveluita, hyvän laadun tunnistaminen on hankalaa. Usein laadun määrittely pitääkin tehdä hieman eri tavalla eri tilanteissa. Laadun määrittelyyn, arviointiin ja kehittämiseen pitää ottaa mukaan asiakkaiden lisäksi itse ammattilaiset ja muut julkisen sektorin asianomaiset.

Grönroosin (1987, 11) mukaan kaiken laadun kehittämisen lähtökohtana on, että organisaatiolla itsellään on selkeä käsitys, mistä palvelun laatu muodostuu juuri heidän työssään. Yhtäältä tutkielmani lähtökohtana onkin nimenomaan organisaation yhtenäisen laatukäsityksen mahdollistaminen tämän raportin avulla. Toisaalta tutkielman lähtökohtana on tuottaa vertailutietoa sosiaalityön ja terveysosiaalityön laadun kehittämiseen. Tutkimukseni avaa yleisemmin erikoissairaanhoidon sosiaalityön laadun haasteita ja kehittämiskohtia. Informanteina ovat sosiaalityön ammattilaiset, terveysosiaalityöntekijät, joilla on asiantuntijuus käytännön laadusta ja sen haasteista heidän työssään.

Mielestäni laatu on mielenkiintoinen ja ajankohtainen aihe, kun tällä hetkellä on pinnalla keskustelu resurssien niukkuudesta ja julkisen palvelun kustannusvaikuttavuudesta. Ensinnäkin palveluita on syytä kehittää, sillä parempi palvelu johtaa organisaation toiminnan tehostumiseen. Toiseksi julkiset palvelut ovat kansalaisia varten, ja kansalaisilla on oikeus hyviin palveluihin, mikä myös perustelee palveluiden kehittämistä. Kolmanneksi palvelun kehittäminen merkitsee myös henkilöstön työskentelyedellytyksien paranemista, mikä edesauttaa hyvää työmotivaatiota, henkilöstön pysyvyyttä ja yhä edelleen palvelun laatua. (Grönroos 1987, 10.) Laadun kehittämisen perusteena voidaan nähdä muun muassa julkisen sektorin tehtävä maksimoida hyvälaatuisten palveluiden tuottaminen. Palvelujen ja prosessien sujuvuuden lisäämisen ohella laatu liittyy vuorovaikutuksen kehittämiseen ja palveluympäristön toimivuuteen. Julkisen sektorin laatujohtamisessa laatu tarkoittaa myös työyhteisön ja -ympäristön laadun arviointia ja kehittämistä. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 235, 247.) Kaikki nämä perustelevat organisaatiolähtöistä laaduntutkimusta laadun kehittämisen ensimmäisenä askeleena.

Sosiaalityön laatua on pyritty kehittämään ja tukemaan erilaisin valtakunnallisoin toimin. Sosiaalialan ammattilehdistä erityisesti Sosiaaliturva on julkaissut vuosina 1993–2005 sosiaalityön laatuun liittyviä artikkeleja. Aiheet ovat käsitelleet niin sosiaalityön laadun mittaamista (Suoninen, Känkänen, Wacklin & Havukainen 1994, 19–21), laadun kehittämistä (Mäntysaari 1993a, 19–21) ja laadun merkitystä asiakkaalle (Aaltonen 1996, 3) kuin laadun aiheuttamaa hämmennystä (Lappalainen 1999, 3) ja jopa haittavaikutuksia työlle (Siltala 2003, 7). Vahvasti laadun kehittämiseen sosiaalialalla on ottanut kantaa Stakes, esimerkiksi laajalla artikkelikokoelmallaan *Tulokset laatu* (Haverinen, Maaniittu & Mäntysaari 1995), jossa laadun kehittämistä tarkastellaan useista näkökulmista ja useiden eri kirjoittajien taholta. Puhetta laadusta sosiaalityössä siis on ollut ja on, joskin nimen-

omaan laatu-keskustelu on hiljentynyt 2000-luvun vaihteen jälkeen kustannustehokkuus-keskustelusta huolimatta.

Myös terveystieteiden parissa on tehty omaa laatua ja laadun kehittämistä tukevaa tutkimus- ja kehitystyötä. Esimerkiksi vuonna 2007 julkaistu *Terveystieteiden tutkimuksen nimikkeistö* on luotu kuvaamaan terveydenhuollon asiakkaan sosiaalityöntekijältä saamaa asiantuntijapalvelua, ja samalla nimikkeistö kuvaa terveystieteiden perustehtäviä. Nimikkeistön avulla on ollut tarkoitus lisätä dokumentoinnin ja sitä kautta työn yleistettävyyttä ja vertailtavuutta sekä terveystieteiden muuttamista näkyvämmäksi terveydenhuollon organisaatioissa. (Suomen Kuntaliitto & Terveystieteiden tutkimus ry 2007, 7–8, 42.)

Pyrkimyksiä kehitykseen siis on ollut myös terveystieteiden sektorilla, vaikka käytännössä aiemminkin esiintyneet haasteet ovat yhä edelleen ajankohtaisia. Sosiaalityön laadun kehittämisessä on yleisestikin ollut haasteita, minkä on ajateltu johtuvan siitä, että alalle hengen palosta koulutettavat työntekijät ajattelevat jo tekevän parhaansa ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden puolesta (Patwardhan & Patwardhan 2007, 446), jolloin työyhteisöissä ei mahdollisesti nähdä kehittämistarpeita etenkin oman työn suhteen. Demingkin esittää, että pelkkä parhaansa tekeminen ei riitä, vaan pitää tietää, mitä tekee ja sitten vasta tehdä parhaansa (Patwardhan & Patwardhan 2007, 446). Tutkimuksen voidaan sanoa olevan osa Maarit Outisen, Kristiina Lempisen, Tupu Holman ja Riitta Haverisen (1999, 81–96) viidennestä laatupolusta, jonka tavoitteena on pyrkiä parempaan käytäntöön hoidossa ja palvelussa. Laatupolun lähtökohtana on, että ennen varsinaista kehittämistä kerätään tietoa nykytilanteesta ja mahdollisista parantamisalueista. Työntekijöiden yhtenäinen käsitys pitää olla olemassa ennen kuin asiakaspalautetta voidaan tehokkaasti hyödyntää. Tästä syystä, tutkimus tehdään perehtymällä työntekijöiden omiin kokemuksiin ja käsityksiin eli pohjustetaan ja mahdollistetaan työntekijöiden osallistuminen oman työnsä kehittämiseen jatkossa.

Tutkimus koostuu seitsemästä luvusta. Johdannon jälkeen esittelen terveystieteiden ja erikoissairaanhoidon sosiaalityön toimintaympäristöä. Tutkimuksen loppupäätelmien kannalta on tärkeää ymmärtää, millaisessa toimintaympäristössä nimenomaan terveystieteiden työ tapahtuu. Luvuissa kolme ja neljä käsitellään laatua sekä yleisemmin palvelun että tarkemmin sosiaalityön näkökulmista. Viidennessä luvussa esittelen tutkimukselliset lähtökohdat sekä tutkimuksen toteutuksen. Tuloksia käsitellään luvussa kuusi ja viimeisessä luvussa pohdin tuloksia ja niiden merkitystä laajemmin.

2 TERVEYSSOSIAALITYÖ JA ERIKOISSAIRAANHOIDON SOSIAALITYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

2.1 Terveys­sosiaalityö

Sosiaali­huoltolaki luo perustan kaikelle sosiaalityölle. Lain 18 §:n mukaan ”*Sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaali­huollon ammatillisen henkilöstön suorittamaa ohjausta, neuvontaa ja sosiaalisten ongelmien selvittämistä sekä muita tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät yksilöiden ja perheen turvallisuutta ja suoriutumista sekä yhteisöjen toimivuutta.*” (Sosiaali­huoltolaki 17.9.1982/710). Sosiaali­huollon kentässä terveys­sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityötä, jota tehdään nimenomaan terveyden­huollon organisaatiossa. Terveys­sosiaalityöntekijä työskentelee pääsääntöisesti joko perusterveyden­huollossa, erikoissairaanhoidossa, järjestöjen kuntoutuslaitoksissa tai mielenterveystyössä. Terveys­sosiaalityöntekijöitä on tällä hetkellä Suomessa noin 1000. (Kananoja 2010, 277; Suomen Kuntaliitto & Terveys­sosiaalityöntekijät ry 2007, 9; Terveys­sosiaalityöntekijät ry 2011.)

Terveys­sosiaalityön historia ulottuu Suomessa 1920-luvulle. Tällöin alkoi lääkin­nällissosiaalinen ja psykiatris­sosiaalinen toiminta yksityisissä sairaaloissa, ja sosiaalityötä tekivät sosiaali­hoitajat. Vuosina 1945–1975 sosiaali­hoitajaksi koulut­tauduttiin Helsingin sairaanhoito-opistossa. Sosiaalityön koulutus uudistettiin vuonna 1975, jolloin sosiaalityön koulutus siirtyi yliopistoon. Alettiin puhua virallisesti sosiaalityöntekijöistä. Terveys­huollon sosiaalityöntekijät ovat myös järjestäytyneet jo vuonna 1947 ja rekisteröityneet yhdistykseksi vuonna 1949. Yhdistys on vuosien varrella toiminut useilla eri nimillä, mutta vuodesta 2003 alkaen yhdistyksen nimi on ollut Terveys­sosiaalityöntekijät ry. (Kananoja 2010, 277; Lindén 1999, 46–52; Terveys­sosiaalityöntekijät ry 2011.)

Sairaalan sosiaalityö määriteltiin jo varhain sosiaaliseksi huoltotyöksi ja asiakkaan tukemiseksi. Sosiaalinen huoltotyö tarkoitti, että työntekijän tarkoituksena oli edesauttaa potilaan sairaudesta aiheutuvien ongelmien vähentymistä tai poistumista. Tällaisia ongelmia olivat taloudelliset vaikeudet sekä kotioloihin ja työelämään liittyvät muutokset. Lisäksi potilas tarvitsi tukea sairauden aiheuttamiin psyykkisiin haasteisiin. Huoltotyössä erotettiin kolme eri tasoa: yksilöllinen, organisatorinen ja yhteiskunnallinen. Yksilöllinen huoltotyö kohdistui potilaan omaan hyvinvointiin, organisatorinen taso liittyi moniammatilliseen yhteistyöhön hoitotiimissä ja yhteiskunnallisella tasolla huolehdittiin, että potilas sai tietoa hänelle kuuluvista oikeuksista ja etuisuuksista. Työntekijän tehtävänä oli toimia välittäjänä asiakkaan ja erilaisten toimistojen välillä. (Lindén 1999, 42–46.)

Nykyisin terveyssozialityöhön hakeudutaan sosialityöntekijän koulutuksella. Sosialityöntekijän virkaan tai toimeen vaaditaan, 1.8.2005 voimaan tulleen asetuksen mukaisesti, ylempi korkeakoulututkinto, johon sisältyy tai jonka lisäksi on suoritettu pääaineopinnot tai pääainetta vastaavat yliopistolliset opinnot sosialityöstä. Kelpoisuus koskee kaikkia organisaatioita, myös terveydenhuoltoa. Tehtävänimike on kaikilla sosialityön sektoreilla sosialityöntekijä. (Kananoja 2010, 277; Laki sosialihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 272/2005, Lindén 1999, 46–52.)

Tänä päivänä terveyssozialityön määritelmän mukaan terveyssozialityössä toimitaan terveys- ja sosialipolitiikan tavoitteiden mukaisesti. Terveyssozialityön tarkoituksena on edistää ja ylläpitää terveyttä ja sosialisuutta sekä vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen, jotta taloudellinen toimeentulo, sosialinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen toteutuisivat sairaudesta huolimatta. Työn lähtökohtana on näkemys siitä, että sairaus ja sosialiset tekijät ovat yhteydessä toisiinsa – tervehtymisprosessissa sosialinen ulottuvuus nähdään merkityksellisenä. Sosialityöntekijä etsii ratkaisuja niiden sosialisten syiden ja seurausten minimoimiseksi, mitä sairastaminen aiheuttaa. Terveyssozialityöntekijä voi myös toimia monissa eri rooleissa työyhteisössään, kuten asiantuntijana, konsulttina, terapeutina, kriisityöntekijänä, verkostotyöntekijänä, koordinaattorina tai kuntoutuksen yhteyshenkilönä. Asiakastyössä jonkin yksittäisen menetelmän sijaan korostetaan työtöytä tai työskentelytapaa. Pohjimmiltaan voidaan sanoa, että terveyssozialityön kysymykset pysyvät samoina, vain käytössä olevat keinot, lähestymistavat ja painotukset asioihin muuttuvat vuosien kuluessa. (Kananoja 2010, 278–279; Suomen Kuntaliitto & Terveyssozialityöntekijät ry 2007, 8–9, 12, Terveyssozialityöntekijä ry 2011.)

2.2 Terveyssozialityön toimintaympäristö

1990-luvulta lähtien terveydenhuollossa on käyty läpi monia muutoksia ja kehitys jatkuu yhä. Muutospaineita on niin toiminnan taloudellisuuden kuin työn sisällöllisyyden ja laadukkuuden sektoreilla. Vuonna 1993 tuli voimaan laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edistäen potilaiden tietoisuutta oikeuksistaan. Hoitotakuu astui voimaan 2000-luvun puolivälissä määritellen terveydenhuollon maksimiodotusajat. Terveidenhuollossa on lisäksi tapahtunut muutosta palvelurakenteessa, minkä seurauksena ostetaan yhä enemmän palveluja yksityiseltä sektorilta ja potilaat siirtyvät yhä useammin vielä keskeneräisessä hoidon vaiheessa kotiin avoimuollon vastuulle. Potilaan tilanne on usein paljon monimuotoisempi kuin pelkkä lääketieteellisesti diagnosoitava sairaus, jolloin

potilaan hoidossa pitää kiinnittää huomiota siirtymävaiheisiin ja hoitoketjuihin. Hoidon sujuvuus ja onnistuminen vaatii reaaliaikaisesti monialaista ja saumatonta eri palvelujärjestelmien välistä yhteistyötä, palvelujen asiakaskohtaista räätälöintiä sekä verkostoituvaa moniammatillista tiimityötä. (Suomen Kuntaliitto & Terveyssozialityöntekijät ry 2007, 7–8.)

Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveystalalla tarkoittaa eri asiantuntijoiden työskentelyä yhdessä tavoitteenaan työskentelyn pirstaleisuuden vähentäminen ja asiakkaan huomioiminen kokonaisuutena. Tavoite pyritään saavuttamaan vuorovaikutuksellisesti työskennellen ja jakaen yhteinen käsitys toimintatavoista. Asiakslähtöisesti työskennellessä myös asiakas ja omainen ovat usein mukana kootussa hoitotiimissä ja hoidon suunnittelussa. (Isoherranen 2005, 14–15.) Moniammatillinen yhteistyö värittää terveydenhuollossa työskentelyä, ja tarkoitus usein on, että sosiaalityöntekijä on terveydenhuollossa yksi osa moniammatillista tiimiä. Sosiaalityö niin sanotusti tuottaa lisää arvoa moniammatilliseen tiimiin tuntemuksellaan palvelu- ja etuusjärjestelmistä, palvelujen koordinoimisesta sekä potilaan arkielämän reunaehdoista, jolloin saadaan valmiuksia löytää ja arvioida erilaisia vaihtoehtoja potilaan hoitopolkuun (Suomen Kuntaliitto & Terveyssozialityöntekijät ry 2007, 8).

Moniammatillisen tiimin haasteet liittyvät usein tiimin sisäiseen kommunikointiin ja viestintään. Jokainen tiimin ammattikunta arvioi asiakkaan tilanteen omasta näkökulmastaan käyttäen alansa erityisosaamista ja ammattisanastoa. Työskentelyssä painottuu työntekijän alan mukaisesti lääkkeellinen, praktinen, sosiaalinen, taloudellinen tai moraalinen näkökulma. Kukin ammattikunta tuo yhteiseen keskusteluun socialisaationsa, arvonsa ja omat käsityksensä. Näin monimuotoisessa yhteistyössä saattaa muodostua haasteita myös laajemman organisoinnin tai työn järjestelyjen vuoksi. Yhä selkeämmin terveydenhuollon työyhteisöissä ja tiimeissä tarvitaankin moniammatillisia viestintä- ja yhteistyötaitoja. (Nikander 2002, 56–57, 69–70.) Huolimatta kommunikaatiotapojen eroista sosiaalityöntekijän tulisi pyrkiä olemaan osa moniammatillista tiimiä, jossa sosiaalityöntekijä myös edustaa vähemmistöä terveydenhuollon hoito- ja lääketieteen edustajien kesellä. Terveyssozialityöntekijöiden tulisi työskennellä sosiaalisen mallin mukaisesti ja pitää työskentelyn lähtökohtana asiakkaan arjessa selviytymisen tukemista. Väestön terveyttä tulisi edistää sosiaalisia tekijöitä ja moniammatillista yhteistyötä painottamalla, kuten WHO:n terveysohjelmakin toteaa. (Metteri 1996, 145.)

Tutkimusta terveyssozialityöstä on niukalti, ja uudemmista tutkimuksista suurin osa on pro gradu -tutkielmia, kuten Parviaisen ja Telilän (2005) ”...ei sairaalassa voi tehdä yksin tätä työtä...” Hyvän asiakaspalvelun ulottuvuudet sairaalan sosialityössä., Päivi Ronimus-Poukan (2009) Sosialityö moniammatillisessa yhteistyössä. Tutkimus sairaalan kuntoutustyöryhmästä. tai Ahlgrènin (2008) Sosialityö sairaalaorganisaatiossa. Tapaustutkimus sosialityöntekijöiden työn mieltämisestä ja jäsentämisestä moniammatillisessa työyhteisössä. Pauli Niemelä on kuitenkin jo 1980-luvulla tutkinut terveyssozialityötä. Vuonna 1981 Niemelä on keskittynyt Helsingin yliopistollisen keskussairaalan sosialityöntekijöiden ajankäytön, työn kohderyhmien ja työn pääsisältöjen tutkimukseen. Sosialityön ammattikuvaa Niemelä on tutkinut vuonna 1985, jolloin Niemelä tuo esiin silloisen kasvavan käsityksen sairauksien ja toimintakyvyn kytkeytymisestä toisiinsa, joka perustelee sosialityön tarvetta sairauden kohdatessa. Tutkimuksen tuloksena Niemelä esittää, että eri sairaalan ammattikunnat asettavat erilaisia odotuksia sosialityöntekijän toiminnalle riippuen esimerkiksi iästä ja sukupuolesta. Vaikka kaikki ammattiryhmät pitivät sosialityötä tärkeänä, nuoremmat lääkärit suhtautuivat vanhempia lääkäreitä myönteisemmin sosialityöhön ja nuoremmat naislääkärit näkivät sosialityön erityisesti laaja-alaisempana, monimuotoisempana ja tarpeellisempana kuin muut lääkäriyhmät. Samoin eri ammattiryhmien käsitykset potilaasta, tämän hoidosta ja kohtelusta näyttivät poikkeavan toisistaan. Niemelän tutkimukset on tehty jo jonkin aikaa sitten, mutta käytännön terveyssozialityössä erilaiset odotukset näkyvät yhä edelleen, joskin asenteiden lieventymistä on varmasti tapahtunut. (Niemelä 1981; Niemelä 1985, 5, 153–156.)

Socialityö perustelee paikkaansa terveydenhuollon ja sairaanhoidon yhteydessä monilla seikoilla. Sairastuessa tai vammautuessa työkäiset tarvitsevat ohjausta oikean sosialiturvan ja kuntoutuksen piiriin sekä työhön paluun mahdollisuuksien arviointia. Toimintakyvyn rajoituksissa tarvitaan opastusta arkielämään helpottavien palveluiden ja etuuksien hyödyntämisessä. Sosialisen ja ammatillisen kuntoutuksen monialaista koordinoitua tarvitaan ja verkostotyö sairaalahoidon jälkeisiin auttamistahoihin on välttämätöntä. Erityisesti perheet ja psyykkisesti sairaut tarvitsevat tukea ja laaja-alaista työskentelyä koko lähiyhteisön kanssa. Lisäksi yhä useammin terveyden- ja sairaanhoidossa kohdetaan potilaita, joilla sairautta aiheuttavat elämäntavat tai psykososiaaliset tekijät. Tällöin tarvitaan myös sosialityöntekijän näkökulmaa selvittämään elämäntapaan liittyviä seikkoja ja tukemaan elämäntavan muutoksessa. Terveydenhuollon sosialityön tarve kasvaa myös silloin, kun potilaalla on monenlaisia sosialisia ongelmia ja mahdollisesti myös asiakkuus kunnalliseen sosialihuoltoon. Tällöin terveyssozialityöntekijän tehtävä on huolehtia potilaan sosialisten tekijöiden huomioon ottamisesta hoidon suunnittelussa ja jatkohoidon järjestämisessä. (Kananoja 2010, 275–276.)

Terveyssozialityö on sosiaalityön toimintaa organisaatiossa, jonka pääasiallinen tehtävä ei liity asiakkaan elämän sosiaaliseen ulottuvuuteen vaan potilaan terveyteen ja sairauteen. Sosiaalityön tehtäväalue poikkeaa merkittävästi muista organisaation työtehtävistä, jolloin oma osaaminen on osoitettava selkeästi muille hoito-organisaation jäsenille. Terveyssozialityöntekijällä tulee itsellään olla laaja-alainen tietämys muiden sektorien tehtävistä ja hänen on kyettävä itsenäiseen toimintaan hyvinkin lyhyiden hoitoaikojen puitteissa. Usein tarpeet ovat ennakoimattomia ja ne on kyettävä käsittelemään nopeasti, mikä tarkoittaa sitä, että terveysterveystyöntekijän on toteutettava työnsä rajatussa ajassa ja oma osaaminen on oltava käytössä välittömästi. Terveysterveystyöntekijä on välittömässä työyhteisössään mahdollisesti oman alansa ainut edustaja. Hänellä tulee olla vankka ammatillinen identiteetti ja selkeästi tunnistettava osaamisalue, jossa hän kykenee yhdistämään omaa osaamistaan organisaation päätehtävän toteuttamiseen. Nykyisin terveysterveystyöntekijä on ylilääkärin alaiseksi toiminnaksi. Toiminta kahden yhteiskunnallisen funktion ja eri oppialojen rajapinnalla on haasteellinen tehtävä terveysterveystyöntekijässä. (Kananoja 2010, 283–284.)

2.3 Satakunnan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon sosiaalityö

Satakunnan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä toimii Satakunnassa Länsi-Suomessa ja tarjoaa palveluja 20 jäsenkunnan noin 226 000 asukkaalle. Sairaanhoitopiirin sairaalat sijaitsevat Porissa, Raumalla ja Harjavallassa. Lisäksi psykiatrian toimipisteitä on useilla eri paikkakunnilla. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2011a.)

Sosiaalityöntekijöitä ja sosiaaliohjaajia työskentelee somaattisen ja psykiatrisen sairaanhoidon alueilla sekä sosiaalipalvelujen taseyksikössä. Tässä tutkimuksessa sosiaalipalvelut jätettiin kuitenkin tutkimusjoukon ulkopuolelle, sillä sosiaalipalvelut eivät kuulu organisaatiossa johtavan sosiaalityöntekijän alaisuuteen vaan ovat erillinen organisaationsa, joka toteuttaa kehitysvammahuoltoa. Vuoteen 2009 asti sosiaalipalvelut toimivat erillään Satakunnan erityishuoltopiirinä. Erotuksena sosiaalipalveluista tässä tutkimuksessa käytetään tutkimusjoukosta ja tutkittavasta tapauksesta puhuttaessa termiä erikoissairaanhoidon sosiaalityö. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2011b ja 2011c.)

Satakunnan sairaanhoitopiirissä terveysterveystyöntekijöiden tehtäväkuva määritellään siten, että sairaalassa ja poliklinikoilla sosiaalityöntekijät ovat potilaita ja omaisia varten, mutta sosiaalityöntekijä toimii myös terveydenhuollossa sosiaalialan asiantuntijana moniammatillisessa yhteistyössä muun terveydenhuollon henkilökunnan ja sairaalan ulkopuolisten viranomaisten kanssa. Sosiaali-

työntekijän tehtäviin kuuluu tiedon antaminen potilaalle muun muassa sosiaaliturvasta, sosiaalipalveluista, vammaispalveluista, vakuutusturvasta, kuntoutuksesta, oikeusturvasta ja potilasjärjestöistä. Sosiaalityöntekijän kanssa potilas ja omaiset voivat keskustella luottamuksellisesti ja samalla jäsentää muuttunutta elämäntilannettaan. Sosiaalityöntekijän avulla potilas voi löytää myös sopivia jatkohoito- ja tukiasumismuotoja sekä muita tukimahdollisuuksia. Lisäksi sosiaalityöntekijän keskeinen työmuoto on erityisesti lasten psykiatrian yksikössä perheterapia ja nuoripsykiatriassa verkostotyö ja yksilöterapia. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2011c.)

Satakunnan sairaanhoitopiirissä erikoissairaanhoidon sosiaalityöstä vastaa johtava sosiaalityöntekijä. Lisäksi on kaksi vastaavaa sosiaalityöntekijää, joista toinen toimii psykiatrisen hoidon toimialueella ja toinen keskussairaalassa. Hallinnollisesti sosiaalityöntekijät kuuluvat kahdelle toimialueelle: psykiatrisen ja operatiivisen hoidon toimialueille. Sosiaalityön palveluja annetaan kuitenkin kaikille toimialueille, paitsi ei erilliselle erityishuoltoon toteuttavalle sosiaalipalvelujen toimialueelle. Tulevaisuudessa sosiaalityöntekijöiden hallinnollinen sijainti muuttunee sairaanhoitopiirissä, joka liittyy samalla koko sairaanhoitopiirin organisaatiomuutokseen. (Raikisto 31.8.2011.)

Sosiaalityöntekijät työskentelevät fyysisesti useissa eri yksiköissä, osastoilla ja poliklinikoilla. Sosiaalityöntekijän vastuulla on usein monia osastoja ja eri sairausryhmiä. Vaihdellen sosiaalityöntekijän työhuone sijaitsee osaston tai poliklinikan yhteydessä tai muualla sairaalan tiloissa. Muutamilla erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöistä on myös liikkuva työ eri kaupunkien välillä. Konkreettiset olosuhteet ja yhteisöt, joissa työtä tehdään, vaihtelevat siis suuresti työntekijöiden välillä. (Raikisto 31.8.2011.)

3 PALVELUJEN LAATU

3.1 Laatuajattelun lähtökohtia

Lillrankin (1998, 11–12) mukaan laatuajattelun pohjana pidetään amerikkalaisen Walter Shewhartin (1931) *Economic Control of Quality of Manufactured Product* -teosta, jonka suurin anti oli käsitys laadusta yksinkertaisten tavoitteiden toteutuksena luksuksen sijaan. Myöhemmin 1950-luvulla julkaistiin Amerikassa parikin laadunvalvontaan (*quality control*) liittyvää teosta, jotka muotoilivat

laatujohtamisen periaatteita. Tämän jälkeen alkoi japanilaisen laatutyön riemuvoitto. 1950-luvun Japanista ovat lähtöisin TQM eli Total Quality Management ja TCM eli Total Control Management. Näistä ensimmäinen eli kokonaisvaltainen laatujohtaminen (TQM) on jäänyt laajempaan käyttöön. TQM on japanilaisten yliopistotutkijoiden, julkishallinnon edustajien ja insinöörien kehitystyön tulos, missä yhdysvaltalaisena panoksena on ollut professori Edwards W. Demingin asiantuntijuus. Kokonaisvaltaisen laatujohtamisen keskeisimpinä periaatteina ovat asiakaslähtöisyys, prosessiajattelu, laadun kytkeminen strategiseen ajatteluun sekä jatkuva kehittäminen. (Lillrank 1998, 11–12; Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 20.)

Käsitteeseen *Total Quality Management* sisältyy koko laadun filosofia. Termi *Quality* korostaa tärkeintä asiaa eli laatua, mutta myös asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden roolia laadun määrittäjänä ja arvioijana. Ilmaisuihin *Total Quality* sisältyy ajatuksen koko organisaation yhteisestä laadunkehittämisestä, mutta myös pyrkimyksen laadun totaalisuudesta kaikissa ilmenemismuodoissaan – palvelulaatuna, prosessilaatuna, työyhteisön laatuna, työympäristön laatuna ja niin edelleen. Termi *Management* kuvaa toki sitä, että kyseessä on johtamismalli, mutta lisäksi se tuo esiin johdon sitoutumisen tärkeyden. Jotta laadusta saadaan organisaation keskeinen strateginen elementti, tulee johdon sekä hyväksyä että aktiivisesti osallistua laatutyöhön. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 27.) Grönroos (2009, 100) näkee, että perinteinen laatujohtamistyö ja sen tutkimus ovat selkeästi erillisiä näkökulmia verrattuna nimenomaan palvelujen laadun kehittämiseen ja tutkimukseen. Kuitenkin myös Grönroosin mielestä osa fyysisiä tuotteita ja tuotantoa koskevasta laatuajattelusta on siirrettävissä ja sovellettavissa palveluihin ja palvelujen laatuun, vaikka palvelut ovat piirteiltään hyvin erilaisia fyysisiin tuotteisiin verrattuna.

Lumijärvi ja Jylhäsaari (1999, 11) kirjoittavat laatujohtamismallin levinneen Japanista myöhemmin Yhdysvaltoihin, missä se ei aiemmin ollut saanut tulta alleen. Tämän kehityksen myötä laatujohtamisesta tuli liiketaloudellisen ajattelun yksi kivijalka 1980–1990-luvuilla. Laatujohtamisen kivijalkaa oli suurelta osalta luomassa Edwards W. Deming, jonka 14-kohtaista kehittämisohjelmaa pidetään laatujohtamisen puhtasoppisena perinteenä (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 28). Demingin (1986, 23–24) mukaan 14 kohtaa sopivat niin isoihin kuin pieniinkin organisaatioihin, sekä palvelu- että tuotantoaloille, laatujohtamiseen ja laadun kehittämiseen. Teesit käsittävät laatujohtamisen tärkeimmät opit. Koko organisaation tulee sitoutua ja osallistua sekä koulutautua laatutyöhön, ja laadun tulee olla johdonmukaisesti tavoitteena kaikissa toiminnoissa. Pitää löytää optimaalinen tila laadun ja mahdollisimman pienten kokonaiskustannusten välillä. Jatkuvan kehittämisen avulla laa-

tua ja tuotantoa tulee kehittää, ja johtamisen painopiste tulee siirtää kannustavaan johtamiseen ja tiimityöskentelyyn, pois pelkistä numeerisista tavoitteista. Kaiken kaikkiaan koko työyhteisön tulisi yhdessä päästä osallistumaan muutokseen ja kehittämiseen, jotta koko työyhteisö työskentelisi yrityksen eteen.

Käytännötoteutuksessa laatuun liittyy useita termejä ja tasoja, joiden määritelmistä on hyvä olla selkeä yhtenäinen käsitys. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus on koonnut kirjalliseen muotoon selkeät määritelmät, jotka ovat linjassa yleisen laatuajattelun kanssa. Laatupolitiikkaa on johdon määrittämä yleinen tapa suhtautua laatuun. Laatujohtaminen on johtamistoimintaa, joka pitää laatua keskiössä. Sen lähtökohtana on, että johto sitoutuu määrittelemäänsä laatupolitiikkaan. Laadunhallinta määrittelee laatupolitiikan ja siitä johdetut laatutavoitteet sekä laatuun liittyvät vastuut. Laadunhallinta on johtamistoiminnan osa, mutta sen toteuttamiseen osallistuvat kaikki organisaation jäsenet. Laadunhallinnan menetelmiä ovat muun muassa laadunvarmistus ja laadun parantaminen. Laatujärjestelmä taas on organisaatiokohtainen järjestelmä, joka koostuu laadunhallinnassa tarvittavista organisaatorakenteista, keinoista ja ohjeistuksesta. (Stakes 1995, 33–41.) Lisäksi on vielä muitakin termejä, jotka liitetään laatuun. Lillrank (1998) määrittää, että laatuajattelu on laatufilosofiaa laajempi käsite, sillä se sisältää myös laatu tekniikan ja laatujohtamisen. Laatu tekniikka käsittää nykytilan ja sen virhevaihtelun analysoimiseen tarkoitettuja menetelmiä. Laatujohtamisen ja sen menetelmien avulla organisaatio saadaan toimimaan laadun ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. (Lillrank 1998, 67.)

Lumijärven ja Jylhäsaaren (1999, 33) näkemyksen mukaan 1990-luvun lopulla vallalle nousi ajatus laatujohtamisesta enemmän filosofiana ja ajattelutapana kuin pelkkänä johtamismenetelmänä. Laatujohtamisella kun ei ole täsmällistä muotoa, eikä sitä siten voida verrata yksittäiseen kehittämisen tekniikkaan. Laatu filosofinen näkemys korostaa, että yhteistyöasenne ja asiakkaan palveleminen sen pohjalta, mitä tämä haluaa, johtaa tehokkaampaan ja vaikuttavampaan tulokseen kuin pyrkimys sanella ja kontrolloida sitä, mitä asiakas saa. Lillrankin (1998, 67) mukaan laatu ei ole kuitenkaan vain yleistä filosofiaa, vaan on aina kiinteästi yhteydessä konkretiaan – tuotteeseen, palvelun asiakkaaseen tai markkinoihin.

3.2 Palvelun laadun määrittelyä

Palvelut ovat monimutkaisia, koska ne koostuvat prosesseista, joiden tuotantoon asiakaskin aktiivisesti osallistuu. Tuotteen laatua on helpompi käsitellä, koska tuotteella on selkeä tuotanto ja kulutus. Laatu kuitenkin pitää määrittellä, sillä ilman palvelun laadun määrittelyä on turhaa puhua laadun parantamisesta. (Grönroos 2009, 98–100.) Lumijärvin (1994, 92) esittää, että useimmiten palvelutyössä laadusta saadaan riittävän monipuolinen käsite vasta, kun palvelun laatua arvioidaan niin asiakkaiden kokemana kuin työorganisaation laajemman toiminnan kannalta. Näin ollen puhuttaessa kokonaislaadusta otetaan huomioon kaikki näkökulmat, laadun kehittäminen kaikissa ilmene-mismuodoissaan ja organisaation kaikilla osa-alueilla (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 50).

Grönroosin (2009, 99–139) näkemys on, että nimenomaan palvelun laadusta alettiin kiinnostua 1970-luvun lopulla, mistä lähtien palvelun laatu on pysynyt kiinnostuksen kohteena sekä tutkijoiden että käytännön kentän mielissä. Grönroos arvioi itse tuoneensa palvelukeskeisyyden laatuajatteluun ainakin Suomessa ja Euroopassa vuonna 1982 esittelemällä *koetun palvelun laadun* käsitteen ja koetun palvelun laadun mallin (Grönroos 1982). Grönroos mainitsee vuoden 1982 jälkeen palvelujen laatua merkittävästi tutkineiksi myös muun muassa Parasuramanin, Zeithamlin ja Berryn (1985, 1988, 1991), Croninin ja Taylorin (1992, 1994) sekä Gummesonin (1979, 1993). Esimerkiksi Gummeson lienee ensimmäinen palvelujen markkinoinnin tutkija, joka on kuvannut palvelujen laatua koettuna laatuna. Parasuraman, Zeithamlin ja Berry ovat kirjoittaneet lukuisia teoksia ja artikkeleja luomastaan SERVQUAL-mittarista palvelujen laadun arvioinnissa, minkä kehittämistä Cronin ja Taylor ovat jatkaneet.

Palvelun laatu käsittää ne ominaisuudet, joilla palveluvaatimukset kyetään täyttämään, kuten palvelun sopivuuden verrattuna asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin sekä palvelun virheettömyyden ja tasalaatuisuuden. Lisäksi alan kirjallisuudessa on todettu, että laatu on mitä tahansa, mitä asiakkaat kokevat sen olevan tai toisin sanoen laatu on sitä, että asiakas on saanut, mitä halusi. Lillrank (1988) näkee palvelun laatuun sisältyvän ulottuvuudet virheiden määrästä, laadun ja kustannusten suhteesta, tuotteen eri ominaisuuksien kokonaisuudesta, laadun ympäristökelpoisuudesta sekä kilpailusta laadusta. Kilpailtu laatu on sitä, miten laadulla pärjätään olemassa olevilla markkinoilla. Lillrankin määritelmän voikin helposti ajatella enemmän teollisuuden kuin palvelun laadun määritelmäksi, mutta toisaalta, kun laatu ei tarkoita ylellistä, kallista tai erinomaista, vaan asetettujen tavoitteiden

mukaisuutta, se voidaan hyvinkin ymmärtää myös palveluissa. (Lillrank 1988; ref. Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 50–51; Lillrank 1988; ref. Lecklin 2006, 20.)

Laadun voidaan ajatella olevan hyödykkeen ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, jonka pitää kyetä täyttämään siihen kohdistuvat odotukset. Hyödykkeet voivat olla sellaisia tuotteita ja palveluita, jotka tyydyttävät asiakkaan tarpeita joko välittömästi tai välillisesti. (Stakes 1995, 33–41.) Määritelmä on likipitään sama kuin Juranin (1989) näkökulma laadusta hyödykkeen soveltumisena sen käyttötarkoitukseen (ref. Lecklin 2006, 19). Lisäksi Lumijärvi (1994, 15) esittää, että laatukäsitteen saatetaan ottaa mukaan muun muassa palvelun puitteisiin liittyvä arvostus, asiakkaalle näkyvässä olevia työprosesseja sekä henkilöstön ammattitaitoon liittyviä ominaisuuksia.

Palvelun laatuun voidaan lähteä siis myös täysin asiakaslähtöisestä näkökulmasta, jossa painotetaan sitä, että tärkeää on laatu sellaisena kuin asiakas sen kokee. Asiakkaan kokemaa palvelun laatu voidaan jakaa *tekniseen eli lopputulosulottuvuuteen* ja *toiminnalliseen eli prosessiulottuvuuteen*. Tekninen laatu on yhtä kuin asiakkaalle toimitettu palvelu, joka jää asiakkaalle, kun palvelutilanne on ohi. Prosessin toiminnallinen laatu on yhtä kuin palveluprosessi eli se, miten asiakas saa palvelun ja millaiseksi hän kokee palvelun ympärillä tapahtuvan prosessin. Asiakkaan laatukokemukseen vaikuttaa myös palvelun toimittajan imago, joka muodostuu yrityksen tai muun toimijan resursseista, toimintatavoista ja prosesseista sekä mielikuvista. Näistä kaikista muodostuu *koettu laatu*. Tämän lisäksi koettuun kokonaislaatuun vaikuttaa odotettu laatu eli mitä asiakas odottaa palvelulta saavansa. (Grönroos 2009, 100–106.)

3.3 Hyvän palvelun tunnusmerkkejä

Palveluiden laadun kokemuksia ja niiden muodostumista on tutkittu laajasti. Grönroosin (2009, 112–115) mukaan yhdet tunnetuimmista ovat Parasuraman, Zeithamlin ja Berryn 1980-luvulla SERVQUAL-menetelmän kehittämiseksi tehdyt tutkimukset. Kyseessä oli asiakkaille suunnattu kysely, jossa etukäteen oli määritetty joukko väitteitä ja niihin sopivia erilaisia palvelun laadun ominaisuuksia, joille asiakkaat antoivat arvosanat. Tutkimusten perusteella löydettiin kymmenen palvelun laadun osatekijää, joissa painottuu selkeästi toiminnallinen laatu-ulottuvuus eli miten palvelu on asiakkaalle annettu ja millainen palveluprosessi on ollut.

SERVQUAL-menetelmän mukaan palvelun laadun tunnusmerkit ovat: 1) luotettavuus, 2) reagointialttius, 3) pätevyys, 4) saavutettavuus, 5) kohteliaisuus, 6) viestintä, 7) uskottavuus, 8) turvallisuus, 9) asiakkaan ymmärtäminen ja tunteminen sekä 10) fyysinen ympäristö. Luotettavuus merkitsee suorituksen johdonmukaisuutta ja luotettavuutta, joka syntyy siitä, kun toimittaja tekee palvelun oikein ensimmäisellä kerralla ja sovittuun aikaan. Lisäksi tähän vaikuttavat laskutuksen täsmällisyys ja arkistoinnin moitteettomuus. Reagointialttius liittyy työntekijöiden haluun ja valmiuteen palvella asiakasta. Tällöin palvelun tulee tapahtua ajallaan, palvelu on nopeaa ja viivytyksetöntä. Pätevyys merkitsee tarvittavien tietojen ja taitojen hallintaa niin kontaktihenkilöillä, tukihenkilöstöllä ja organisaatiolla. Saavutettavuus tarkoittaa yhteydenoton mahdollisuutta ja helppoutta eli palvelun on oltava helposti puhelimitse tavoitettavissa, palvelun odotusaika ei saa olla liian pitkä ja palvelu tulee olla saatavilla sopivasta sijainnista sopivien aukioloaikojen puitteissa. Kohteliaisuus koostuu työntekijöiden käytöstavoista, kunnioittavasta asenteesta, huomaavaisuudesta ja ystävällisyydestä sekä asiakaspalveluhenkilöstön moitteettomasta ja siististä ulkoasusta. Viestintä merkitsee, että asiakkaalle puhutaan kieltä, jota hän ymmärtää ja että häntä kuunnellaan. Palvelu on hyvä esitellä ja selostaa siihen liittyvät kustannusperusteet ja hinnat. Asiakas tulee vakuuttaa siitä, että ongelma hoidetaan. Uskottavuus rakentuu luotettavuudesta, rehellisyydestä ja asiakkaan etujen ajamisesta, mikä yksityiskohtaisimmillaan voi tarkoittaa yrityksen nimeä, mainetta ja henkilöstön persoonallisuuksia. Turvallisuus tarkoittaa sitä, että vaaroja, riskejä tai epäilyksiä ei ole eikä synny. Palvelutapahtumassa asiakkaan tulee kokea fyysistä turvallisuutta ja luottamuksellisuutta. Asiakkaan ymmärtäminen ja tunteminen merkitsee aitoa pyrkimystä ymmärtää asiakkaan tarpeita kohtelemalla asiakasta yksilöllisesti ja selvittämällä hänen erityistarpeensa. Fyysinen ympäristö koostuu palvelun fyysisistä tiloista, henkilöstön ulkoisesta olemuksesta, palvelussa käytettävistä apuvälineistä ja koneista sekä muusta palvelutapahtuman ympäristöstä. (Parasuraman & Zeithaml & Berry 1985, 47; ref. Grönroos 2009, 114–115.)

Grönroos on yhdistänyt laatututkimuksista ja teoreettisista pohdinnoista hyväksi koetun palvelun seitsemän kriteeriä. Toisin sanoen kriteerit ovat sellaisia, jotka vaikuttavat asiakkaan saaman palvelun koettuun laatuun. Prosessilaatuun eli toiminnalliseen ulottuvuuteen liittyvät 1) asenteet ja käyttäytyminen, 2) saavutettavuus ja joustavuus, 3) luotettavuus ja 4) palvelun normalisointi sekä 5) palvelumaisema. Tekniseen laatuun liittyvät 6) ammattimaisuus ja taidot, ja imagoon liittyvät 7) maine ja uskottavuus. Asenteet ja käyttäytyminen ovat merkityksellisiä, koska asiakas haluaa työntekijän kiinnittävän huomiota häneen ja haluavan ratkaista juuri hänen ongelmansa ystävällisesti. Saavutettavuus ja joustavuus tarkoittavat sitä, että asiakas tuntee palvelun olevan helposti lähestyt-

tävissä ja saavutettavissa. Asiakas kokee, että palveluntarjoaja on valmis joustamaan tarjonnassaan, jotta asiakkaan tarpeisiin pystytään vastaamaan. Luotettavuus toteutuu, kun asiakas tietää voitavansa luottaa sovittuihin asioihin ja siihen, että palveluntarjoaja toimii asiakkaan etujen mukaisesti. Palvelun normalisointi liittyy kriisi- ja ongelmatilanteisiin, jolloin asiakkaan on voitava luottaa siihen, että palveluntarjoaja ryhtyy ongelman ilmaannuttua toimenpiteisiin tilanteen hallitsemiseksi ja löytääkseen uuden, hyväksyttävän ratkaisun. Ammattimaisuus ja taidot koostuvat työntekijöiden riittävästä tiedoista ja taidoista sekä työtä tukevista operatiivisista järjestelmistä ja fyysisistä resursseista, joita tarvitaan asiakkaan ongelmien ammattitaitoisen ratkaisun saavuttamiseen. Maine ja uskottavuus liittyvät asiakkaan uskomuksiin siitä, että palveluntarjoajan toimiin voi luottaa. Asiakas uskoo, että hän saa rahalleen riittävän vastineen ja että palveluntarjoajalla on sellaiset suorituskriteerit ja arvot, jotka asiakaskin voi hyväksyä. Kriteeristöä voi pitää myös johtamisen ohjenuorana, sillä kriteerit perustuvat useisiin empiirisiin ja teoreettisiin tutkimuksiin sekä käytännön kokemuksiin. (Grönroos 2009, 121–125.)

3.4 Julkisen palvelun laatu

Ensimmäisen kerran Suomessa laatujohtamismalli levisi yrityksiin ja julkisorganisaatioihin 1980-luvun alussa. Laatujohtaminen ei kuitenkaan jäänyt elämään organisaatioihin, sillä laatujohtamisesta otettiin yleensä käyttöön vain yksittäisiä osa-alueita. Suomessa omaksuttiin 1990-luvun laman jälkiseurausten vaatimuksista julkissektorin tulosohjausmalli, joka muistutti läheisesti uutta julkisjohtamisen mallia (New Public Management; NPM). Uusi julkisjohtaminen oli Länsi-Euroopassa nousut voimakkaasti julkisten palveluiden hallintoon. Suomen julkissektorin tulosohjausmalli vakiintui johtamiskulttuuriin ja jätti silloin varsin vähän tilaa muunlaiselle johtamisajattelulle. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 11–12.)

Julkiselle sektorille laatujohtaminen tuli kaiken kaikkiaan hieman yksityistä sektoria myöhemmin (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 24), vaikka Deming (1986, 6, 14–15) totesi jo 1980-luvulla mallin sopivan julkisjohtamiseen ja palvelujen kehittämiseen. Laajaa läpimurtoa ei tapahtunut ennen 1990-lukua, jolloin laatujohtaminen herätti jo kansainvälisestikin enemmän keskustelua kuin mikään muu johtamismalli. EU-jäsenyys vaikutti osaltaan laatujohtamisen esilletuloon, koska jäsenyys edellytti aiempaa avoimempaa kilpailua myös julkisissa hankinnoissa. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 5, 15; Stakes 1995, 10.)

Laatujohtamisen hyvin puolina etenkin julkisen hallinnon näkökulmasta nähtiin muun muassa järjestelmien avoimuuden lisääminen ja asiakasnäkökulman muodostuminen toiminnan keskiöön. Lisäksi osallistuvan johtamisen korostaminen sekä demokraattisen, tuottavan ja humanistisen organisaatiomaailman kehittyminen on laskettu laatujohtamisen edesottamuksiksi. (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 14, 25.) Grönroos (1987, 9–10) on puolestaan jo 1980-luvulla puhunut julkisten palvelujen kehittämistä. Silloin kattokäsitteenä on ollut hyvä palvelu, joka sisällöltään kuitenkin vastaa hyvin paljon laatuajattelua ja laadun tunnusmerkkejä. Kolmena keskeisenä julkisten palvelujen kehittämisen syynä Grönroos luettelee tehokkuuden, kansalaisten oikeuden palveluihin ja paremmat työskentelyedellytykset. Parempaan palveluun on arvioitu johtavan organisaation toiminnan tehostamiseen, mikäli se otetaan pelkän asiakaspalvelun lisäksi huomioon koko toiminnan strategiassa. Parempi palvelu vastaa myös paremmin julkisen hallinnon tarkoitusta - julkinen hallinto on ihmisiä varten, ja joustavalla toiminnalla ilman turhia viivytyksiä sekä ystävällisellä suhtautumisella palveluiden käyttäjiin voidaan parantaa jopa kansalaisten oikeusturvaa. Voidaan myös olettaa, että henkilökunnan työmotivaatio parantuu, kun henkilöstön työskentelyedellytyksiä kohennetaan työrutiineja selkeyttämällä, yhteistyön tehostamisella, paremmilla työvälineillä, esimiesten kannustuksella ja joustavammalla sisäisellä tiedonkululla.

1990-luvun lopulla valtiovalta alkoi voimakkaasti ajaa laatuajattelua julkiselle sektorille kautta linjan. Lähes käsi kädessä laadun kanssa kulki ajatus arvioinnista eli evaluaatiosta julkisen sektorin palveluissa. Tarvittiin sekä vaikuttavuutta, toiminnan tehostamista ja laatua. Samaan aikaan kun EU:ssa oli agendana laadunedistämistyö, Suomen Kuntaliitto ja Valtiovarainministeriö toteuttivat sarjan oppaita osana *Julkisten palvelujen laatustrategia* -projektia. Pääoppaassa eli Julkisten palvelujen laatustrategiassa esitettiin suosituksia ja periaatelinjauksia, joiden avulla julkinen sektori pysyy paremmin takaamaan kansalaisille ja elinkeinoelämälle tehokkaat, asiakaskeskeiset ja tarpeelliset palvelut. Sarjan osajulkaisuissa taas tuotiin tarkemmin esiin arviointimenetelmiä ja mittareita, kuten henkilöstötilinpäätös ja laatutyökalut, joilla voidaan seurata julkisten palvelujen laadun kehittymistä sekä turvata jatkuva laadun parantaminen. Silloinen hallintoministeri Jouni Backman esitti, että julkisella sektorilla ei ole varaa hoitaa tehtäviään huonosti, koska se tulee maksamaan runsaasti enemmän kuin kerralla hyvin ja laadukkaasti tehty työ. (Meklin 2003, 349–357; Suomen Kuntaliitto 1998a; 1998b.)

Julkisella sektorilla Suomessa haluttiin korostaa, että laatu on ihmisten vuorovaikutusta. Haluttiin pois byrokraatia- ja viranomaiskeskeisestä hallinnosta ja korostettiin asiakkaan tarpeita julkisten pal-

velujen järjestämisen lähtökohtana. Julkisten palvelujen laatutekijöiksi listattiin asiakaskeskeisyys ja palvelun saatavuus, luotettavuus ja turvallisuus, oikeudenmukaisuus ja oikeusturva, asiakkaiden tasapuolinen ja yhdenvertainen kohtelu, luottamuksellisuus, tiedon tarkkuus ja ajantasaisuus sekä virheiden korjaaminen, asiakkaan vaikutus- ja osallistumismahdollisuudet, asiallisuus ja ystävällisyys palvelutilanteessa, henkilöstön koulutus ja ammattitaito sekä kustannustehokkuus ja asioiden hoito viivytyksettä. Korostettiin siis pitkälti niitä samoja periaatteita, mitä muidenkin palveluiden laadussa. (Suomen Kuntaliitto 1998a, 1–7.)

Julkisen sektorin laatujohtamisaloja ovat olleet uudistusten aikaan selkeimmin muun muassa sairaalat, verovirastot ja työvoimatoimistot (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 247–249). Julkisen sektorin laaturyöstä on myöhemmin tehty myös useita väitöskirjoja, kuten Juhani Turtiaisen *Työhallinto ja laatu - Laaturyön erityispiirteitä julkisen hallinnon palveluissa* (2000), Maire Mäen *Laadun ilma- piiritekiäjät ammattikorkeakouluissa* (2000), Eija Kujalan *Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli - tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteeseen* (2003) ja Leena Oulasvirran *Palvelun laadun arviointi moniportaisessa julkisessa organisaatiossa* (2007).

Myös lait säädettiin ottamaan huomioon laatu julkisissa palveluissa. Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) on säädetty tiedonsaantioikeuksiin ja viranomaisen velvollisuuksiin liittyen ja sen tarkoituksena on toteuttaa avoimuutta ja hyvää tiedonhallintatapaa viranomaisten toiminnassa. Lain tavoitteena on myös antaa yksilöille ja yhteisöille mahdollisuus valvoa ja vaikuttaa julkisen vallan ja julkisten varojen käyttöön. Muutamaa vuotta myöhemmin säädetyn hallintolain (434/2003) tavoitteena on toteuttaa ja edistää hyvää hallintoa ja oikeusturvaa sekä edistää hallinnon palvelujen laatua ja tuloksellisuutta. Laissa kerrotaan hyvän hallinnon periaatteista, jotka ottavat kantaa muun muassa hallinnon oikeusperiaatteisiin, kuten tasapuolisuuteen ja puolueettomuuteen, palvelun asianmukaisuuteen, tuloksellisuuteen ja neuvontavelvollisuuteen sekä asiallisen, selkeän ja ymmärrettävän kielen käyttöön. Lisäksi säädetään viranhaltijan velvollisuuksista, kuten tehtävien asianmukaisesta ja viivytyksettömästä hoidosta sekä tasapuolisesta ja asemansa edellyttämästä käyttäytymisestä.

Laatu ei ole edelleenkään jäänyt valtakunnallisista strategioista pois. Kuntaliitto kannustaa yhä palveluiden ja laadun arviointiin sekä laadun kehittämiseen. Syyskuussa 2011 on pidetty Laatu ja arviointi Kuntamarkkinoilla -seminaari ja marras-joulukuussa 2011 on ollut Kuntaliiton toimesta tietoisuuksia liittyen Kuntaliiton hallituksen kesäkuussa 2011 antamaan *Vaikutusten ennakoarviointi*

kunnallisessa päätöksenteossa -suositukseen sekä sen eri hyödyntämismahdollisuuksiin. Kesäkuussa 2011 nimitetyn Jyrki Kataisen hallituksen hallitusohjelmassa huomioidaan myös kuntapolitiikassa yhdenvertaisten ja laadukkaiden kuntapalveluiden ja niiden asiakaslähtöisyyden turvaaminen tällä hallituskaudella. Hallituksen tavoitteena on käynnistää yhdessä valtion eri toimijoiden kanssa kuntatuottavuuden ja tuloksellisuuden kehittämiskampanja. Sen yhteydessä on tarkoitus luoda kestävä kuntatuottavuuden mittaristo, jota voidaan hyödyntää laadun ja vaikuttavuuden arvioinnissa. Hallitus näkee, että yhä on tarvetta yhteisen laadun ja vaikuttavuuden tietopohjan edistämiseksi sekä parhaiden käytäntöjen jakamiselle ja käyttöönotolle entistä laajemmin. (Suomen Kuntaliitto 2011; Valtioneuvosto 2011; Valtioneuvoston kanslia 2011.)

4 SOSIAALITYÖN LAATU

4.1 Laatu sosiaalityön toimintaympäristöissä

Laatu on koettu vaikeaksi termiksi määritellä sosiaali- ja terveydenhuollossa, osittain siksi, että sosiaali- ja terveydenhuolto koostuu palveluista, joita puolestaan on vaikeampi määritellä kuin esimerkiksi tuotantoprosessia. Yleensä laatuun sosiaali- ja terveydenhuollossa kuitenkin sisällytetään sekä palvelujen käyttäjien, palvelujen tuottajien kuin johtamisenkin näkökulmat. Haastavaksi on nähty laatujohtamisen soveltaminen ainutkertaisia ongelmia ratkaiseviin viranomaisiin, millaisena myös sosiaalityö nähdään. (Idänpään-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta & Mäkelä 2000, 11; Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 247–249.)

Idänpään-Heikkilä, Outinen, Nordblad, Päivärinta ja Mäkelä (2000, 11) määrittelevät sosiaali- ja terveydenhuollon laaduksi esimerkiksi kyvyn täyttää asiakkaiden tarpeet ammattitaidolla ja edullisin kustannuksin sekä lakien, asetusten ja määräysten mukaan. Viisi vuotta aiemmin Stakes on määritellyt laadun hyödykkeen ominaisuuksista muodostuvaksi kokonaisuudeksi, jonka pitää kyetä täyttämään siihen kohdistetut odotukset (Stakes 1995, 41). Määritelmä on hyvin samankaltainen kuin ISO 9000:2005 -standardin määritelmä *laatu = se, missä määrin luontaiset ominaisuudet täyttävät vaatimukset* (Pitko 2011, 8).

Sosiaali- ja terveystalvveluiden laadusta määrätään myös laeissa. Lain sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) tavoitteena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luotamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja hyvään kohteluun sosiaalihuollossa. Laki määrää, että asiakkaalla on oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun ilman syrjintää. Tämä oikeus määritellään siten, että asiakasta on kohdeltava hänen ihmisarvoaan loukkaamattomasti sekä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Sosiaalihuollossa on otettava huomioon myös asiakkaan toivomukset, mielipide, etu ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkielensä ja kulttuuritaustansa. Lisäksi Terveystenhuoltolaissa (1326/2010) määrätään laadusta ja potilasturvallisuudesta, joita on edistettävä yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa.

1990-luvun lopulla laatuasia alkoi nousta suuremmin pinnalle, vaikkakin se oli koko 1990-luvun ollut mukana johtamiskeskustelussa. Laatuolitiikka otettiin hallintopolitiikan osaksi ja vuoden 1998 keväällä valtiot ja kunnat julkistivat yhdessä *Julkisten palvelujen laatustrategian*. Koska edelliset vuoden 1995 suositukset oli koettu hyviksi, julkaistiin uusi 2000-luvun suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnasta Sosiaali- ja terveysministeriön, Stakesin sekä Suomen Kuntaliiton yhteistyönä. Uuden suosituksen painopistealueina olivat asiakkaan ottaminen mukaan laadunhallintaan, johdon sitoutuminen laatutyöhön ja henkilöstön merkitys yhtenä laatutekijänä. Korostettiin laadunhallinnan huomioimista myös ehkäisevässä toiminnassa, prosessien ja tiedon merkitystä laatutyössä, laatutyön järjestelmällisyyttä sekä toimintasuositusten ja laatuksiteereiden käyttöönnottoa. (STM, Stakes & Suomen Kuntaliitto 1999, 39.)

Laadun kehittämisen ajatuksia toivat esiin myös erilaiset luokitukset. Muun muassa Suomen Kuntaliitto ja Terveystenhuollon sosiaalityöntekijät ry ryhtyivät yhteishankkeeseen vuonna 1995 ja tekivät terveydenhuollon sosiaalityön valtakunnallisen luokituksen. Tämä sai alkunsa muun muassa 1990-luvun lopun terveydenhuollon palvelujärjestelmän muutoksista, terveydenhuollon säästötoimenpiteistä sekä tehokkuus- ja laatuvaatimuksista, jotka alkoivat sosiaalityöntekijöiden keskusteluissa nostaa esiin teemoja oman työn asemaan, sisältöön ja merkitykseen liittyen. Lisäksi nähtiin tärkeäksi osoittaa sosiaalityön sisällöt ja laadukkuus myös palvelujen tilaajille, käyttäjille ja rahoittajille. Luokituksen tavoitteena olikin yhdenmukainen ja vertailukelpoinen työn määrittely, jota voitaisiin käyttää esimerkiksi seurantaan ja tilastointiin, tuotteistukseen, laadunhallintaan sekä ylipäättään kielenkäyttöön. (Havukainen, Hiljanen, Passoja & Sundman 1998, 3.) Vuonna 2007 kyseinen nimikeistö uudistettiin vastaamaan 2000-luvun tarpeita ja vaatimuksia (Suomen Kuntaliitto & Terveystenhuollon sosiaalityöntekijät ry 2007, 3).

Laatuajattelun ja -johtamisen vaikutuksia nimenomaan sosiaalityöhön ei maailmanlaajuisesti juuri ole tutkittu (Beckmann, Otto, Schaarschuch & Schrödter 2007, 1.) Valtakunnallisia ja pienempiä tutkimuksia sosiaali- ja terveydenhuollon laadusta kuitenkin löytyy jonkin verran. Outisen, Räikkösen, Holman ja Voipio-Pulkin (2007, 3–14, 83–86) raportissa *Laadunhallinta sosiaali- ja terveysterveyspalveluorganisaatioissa vuonna 2004 ja vertailu vuoteen 1999* tarkastellaan vuoden 2004 laadunhallinnan tilannetta sekä sitä, mihin suuntaan laadunhallinta on kehittynyt edellisestä vuoden 1999 selvityksestä. Laadunhallinnan kehittyneisyyttä mitattiin seuraavista asioista: laadunhallinnan-asiakirjoista, henkilöstöjohtamisesta, standardeista ja toimintaohjeisiin perustuvasta prosessien ohjauksesta, prosessien parantamisesta ja asiakkaiden osallistumisesta. Raportissa todettiin, että vuonna 2004 sosiaali- ja terveydenhuollon välillä ei ollut systemaattista eroavaisuutta laadunhallinnassa, mutta kummankin sektorin sisällä erot kasvoivat merkittäviksi. Laadunhallinnan järjestelmällisyydessä, dokumentoinnissa ja toimintaohjeiden laadinnassa oli edistytty kaikilla sektoreilla vuoteen 1999 verrattuna. Raportissa todettiin myös, että laadunhallinnan voitiin nähdä tulleen aiempaa merkittävämmäksi osaksi toiminnan ohjauksjärjestelmää. Valtakunnallisten laatusuosituksen koettiin ohjanneen organisaatioita merkittävästi tavoitteellisempaan laadunhallintaan. Haasteena tulevaisuudessa tuotiin esiin asiakkaan osallisuuden ja vaikutusvallan lisääminen organisaatioiden laadunhallinnassa ja palvelujen laadun arvioinnissa.

Myöhemmin vuonna 2008 tehtiin tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laadusta Stakesin toimesta. Tutkimuksessa Pekurinen, Räikkönen ja Leinonen kartoittivat sosiaali- ja terveydenhuollon laadun tilannetta aiemmin tehtyjen tutkimusten ja saatavilla olevien tietokantojen ja tilastojen avulla. Tutkijat kävivät aineistoa läpi keskeisten laadun ulottuvuuksien ja eri väestöryhmien palvelujen laadun näkökulmista. Laadun ulottuvuuksina tutkimuksessa pidettiin korkeatasoista osaamista, palveluiden saatavuutta, asiakastyytyvyyttä, turvallisuutta ja tehokkuutta. Tutkimuksesta kävi ilmi, että vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon pyrkimyksenä on palvelujen yhdenvertainen toteuttaminen koko maassa, se ei kuitenkaan toteudu. Alalla oli suuria alueellisia eroja palvelujen sisällöissä, määrissä ja kehityksen suunnassa. Systemaattista asiakaskokemusten keräystä ja hyödyntämistä ei ollut käytössä. Lisäksi toiminnan laadusta ja vaikuttavuudesta ei voitu tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä, koska alalla ei ollut käytössä selkeitä ja validoituja mittausmenetelmiä. Raportissa tutkijat myös painottivat, että laadun kehittämisen tulee perustua tietoon väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä palveluiden toteutuvasta ja tavoiteltavasta laadusta. Tilannekatsauksen tavoitteena oli myös viedä eteenpäin prosessia, jossa indikaattorit saataisiin luotua palvelemaan kentän

arviointia, seurantaa ja kehittämistarpeita, ja näin parantaa laatua. (Pekurinen ym. 2008, 3–6, 157–158.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatua pyritään kehittämään myös tänä päivänä. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämishanke KASTE 2008–2011 aloitti valtakunnallisen laadun kehittämisen teemalla ja jatkoa on tulossa KASTE 2012–2015 hankkeen muodossa. KASTE-hankkeen lähtökohtana on ollut rakenteiden, toimintatapojen kuin osaamisenkin uudelleen arviointi ja kehittämistyön käynnistäminen siltä pohjalta. Paine kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää on kasvanut, jolloin on nähty tärkeäksi, että voimavaroja suunnataan määrätietoisesti prosessien yhteiseen uudistamiseen. Kehittämisohjelmassa keskeistä on vahvistaa kunnallista kehittämistä. (STM 2008, 20–21.)

4.2 Laadunhallinta ja laadun mittaaminen sosiaalityössä

2000-luvun sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan suosituksen lisäksi julkaistiin samoihin aikoihin paljon tukiaineistoa. Lisäksi projekteissa ja hankkeissa tehtiin paljon yksittäisiä laadun kehittämiseen tähtäviä toimia. Yksi tukiaineistoista oli Tupu Holman, Maarit Outisen, Ulla Idänpään-Heikkilän ja Salla Sainion (2001) teos *Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehitä laatutalo*. Siinä laadunhallinta nähdään laatua korostavana näkökulmana, joka liittyy koko organisaation toimintaan. Kirjan viesti on, että kunkin organisaation on itse rakennettava oma laadunhallintajärjestelmänsä eli laatutalonsa. Kirjoittajat kuitenkin korostavat, ettei laatu ole irrallinen muusta toiminnasta, vaan arjen keino vaikuttaa laadun paranemiseen omien tavoitteidensa lähtökohdista. (Holma ym. 2001, 57.)

Laadun kehittämistä voidaan lähteä toteuttamaan monilla eri tavoilla. Esimerkkinä voivat olla seitsemän erilaista laadunkehittämisen polkua: 1) asiakkaan ääni kuuluviin, 2) itsearviointilla oma kuva kirkastu, 3) arvokeskustelusta laatupolitiikkaan, 4) projektiosaamista organisaatioon, 5) parempaan käytäntöön hoidossa ja palveluissa, 6) mittaamalla luulosta tietoon ja 7) rohkeasti näytön tielle. Kukin polku lähtee laadunhallintaan liikkeelle hieman eri näkökulmasta. Ensimmäinen polku korostaa asiakasta laadunhallinnan keskeisenä lähtökohtana, palautteen antajana ja yhteistyökumppanina. Toinen polku saa alkunsa työyhteisön itsearvioinnista ja sen pohjalta tehdystä kehittämistarpeiden analyysistä. Kolmas polku lähtee yhteisestä keskustelusta ja riittävän yhteisistä arvoista muodostamaan laatupolitiikkaan laadunhallinnan välineeksi. Neljäs polku liittyy projektimuotoiseen

laadunhallintaan, jossa on selkeä alku ja loppu. Viidennen polun tavoitteena on paremman työikäntännön kehittäminen ja omaksuminen aluksi nykytilaa tutkimalla ja kuvaamalla. Kuudennelle polulle voidaan lähteä omasta tarpeesta saada palautetta tehdyn työn tuloksista tai ulkoisista vaatimuksista osoittaa mittaamalla toiminnan tai palvelun laatu. Seitsemännellä polulla eli näytön tiellä on taas selkeästi kyse oman toiminnan laadun osoittamisesta ulkopuolisille tahoille. Polut eivät toki ole absoluuttisia laadun kehittämisen menetelmiä vaan ne ovat myös osa 2000-luvun laadunhallinnan suosituksen tukiaineistoa ja tarkoitettu ajattelun virikkeeksi ja mahdollisuuksien pohdintaan. Polut myös kuvaavat sitä, että laadun mittaamiseen ja kehittämiseen voidaan lähteä liikkeelle eri tahojen kautta – voidaan tutkia ja hyödyntää ensin asiakkaita, työntekijöitä, johtoa, yhteistyökumppaneita tai kokonaisvaltaisemmin koko verkostoa. (Outinen ym. 1999, 3–5, 21–129.)

Sosiaali- ja terveysalalla laadunhallinnan ja mittaamisen keinoja on useita, ja niitä on myös sosiaali- ja terveydenhuollon laatukirjallisuudessa esitelty lukuisia. Eniten esiin tuotuja lienevät ITE- työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä, PIENET-laaturjärjestelmä, ISO-laadunhallintastandardit ja sertifikaatti, Suomen laatupalkinto ja laatupalkintokriteeristöt, CAF (The Common Assessment Framework) eli yhteinen arviointimalli ja Laadunportaat. Muita tunnettuja laadun kehittämisen työkaluja ovat Balance Scorecard, laatukäsikirja ja palvelusitoumus sekä erilaiset laatutyökalut, kuten Demingin Plan-Do-Check-Act-malli eli PDCA-ympyrä tai -sykli, Pareto-analyysi, prosessikaavio ja tarkistuslista. Laatua voidaan kehittää myös erilaisten asiakaspalautejärjestelmien, SWOT-analyysin ja vertailukehittämisen eli benchmarkingin avulla. (Holma ym. 2001; Outinen ym. 1999.)

PIENET-laaturjärjestelmä on sosiaali- ja terveydenhuollon pienille työyksiköille ja yksin toimiville ammattihenkilöille kehitelty laadunhallinnan malli. Malli hyödyntää samoja laadunhallinnan periaatteita kuin kokonaisvaltaisemmatkin mallit, jolloin tästä voidaan aloittaa laadun kehittämistyö ja siirtyä myöhemmin eteenpäin. (Holma, Outinen & Haverinen 1997; ref. Holma ym. 2001, 113–114.) Eteenpäin siirtyminen tarkoittaa nykyisin usein ISO 9000 -standardia. ISO 9000 -laadunhallintastandardisto on kansainvälinen standardisarja, joka on kehitetty organisaatioiden toiminnan ohjaamista ja kehittämistä varten. Ensimmäinen ISO standardi on määritelty vuonna 1986. Standardi ISO 9001 määrittelee laadunhallintajärjestelmien vaatimukset organisaatioille. Sen avulla voi osoittaa organisaation kyvyn täyttää asiakas- ja lakisääteiset vaatimukset sekä parantaa asiakasyytyväisyyttä. Standardia voi hyödyntää muun muassa sertifiointin hankintaprosessissa sekä sopimuksissa. ISO 9000 -sarjan laadunhallintajärjestelmän standardien perustana ovat kahdeksan peri-

aatetta: asiakaskeskeisyys, johtajuus, henkilöstön osallistuminen, prosessimainen toimintamalli, järjestelmälähtöinen johtaminen, jatkuva parantaminen, tosiasioihin perustuva päätöksenteko ja molempia osapuolia hyödyttävät toimittajasuhteet. (Pitko 2011; Suomen Standardoimisliitto SFS ry 2011.)

ITE – työyksikön itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmä on yksi 1990-luvun lopulla Tupu Holman laatima laadunhallinnan ja -kehittämisen malli, joka julkaistiin 1997. ITE on alun perin kehitetty Suomen Kuntaliiton sairaalapalvelujen vastuualueella ja Sairaaliitossa. ITE on tarkoitettu erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon työyksiköiden käyttöön, mutta saatavissa on myös versio muun julkisen ja yksityisen sektorin käyttöön esimerkiksi toimisto- tai asiantuntijatyöhön. ITE-menetelmää mainostetaan koulukunnista riippumattomana ja sen katsotaan olevan keino laatuajattelun synnyttämiseen. ITE-menetelmää on myös parannettu vuonna 2003. Menetelmä on suunniteltu niin, että se toimii työkaluna myös laadunhallinnassa ja linkittyy tarvittaessa muun muassa SFS ISO 9000 -laatustandardeihin ja Suomen laatupalkintokriteereihin. ITE-menetelmä perustuu siihen, että työyksikön on itse tunnistettava ja määriteltävä hyvän laadun kriteerit, ja ITE on vain työyksikön laadun ja laadunhallinnan keinojen arviointimenetelmä. Ite-menetelmää ei ole tarkoitettu työntekijöiden henkilökohtaisen laadun tai asiakkaiden kokeman laadun arviointiin. (Holma 1997, 3–4; Holma ym. 2001, 112–113; Holma 2003.)

ITE-menetelmään sisältyy 25-kohtainen arviointilomake, yhteenvetolomake arviointitulosten analysoinnin avuksi ja jatkosuunnittelulomake tarvittavien kehittämistoimien kirjaamista varten. Arvioinnin kohteena ovat pitkälti samat osa-alueet kuin muissakin laadunhallinnan kriteeristöissä: johtaminen, yksikön perustehtävä, prosessien hallinta, erilaisten asiakkaiden huomioon ottaminen sekä palvelujen seuranta, mittaaminen ja arviointi. Arviointia tehdään asteikolla 0–4, missä nolla tarkoittaa, ettei arvioitava asia ole toteutunut ja neljä merkitsee, että asia toimii täysin. Lisäksi tarjolla on vaihtoehto: *en osaa sanoa*. Tarkoituksena on, että työntekijät täyttävät ensin itsearviointilomakkeen, jonka jälkeen asioita voidaan tulosten avulla käydä läpi yhdessä. ITE-menetelmän avulla työntekijät saavat lisätietoa oman työpaikan toiminnasta ja saavat näkymän koko laadunhallinnan kokonaisuuteen pelkän asiakaspalautenäkökulman lisäksi. Esimies saa käsityksen työntekijöidensä tiedoista työpaikan yhteisestä toiminnasta ja lisäksi hän saa tarkistuslistan asioista, joiden pitäisi laadunhallinnan kannalta toimia työpaikalla. ITE-menetelmää on markkinoitu ensimmäisenä askeleena kohti laadunhallintaa, koska sen kautta työntekijöitä saadaan valmennettua laadunhallinnan polulle ja

koska työyhteisö saa sen avulla yhteenvedon yhteisistä vahvuuksista ja tarvittavista kehittämistoimista. (Holma 1997; Outinen ym. 1999, 134–135.)

4.3 Laatuajattelun perustelut ja kritiikki sosiaalityössä

Laatuajattelua kohtaan esitetään niin kritiikkiä kuin perustelujakin. Kritiikki kohdistuu negatiivisen standardoinnin aiheuttamiin huonompiin työolosuhteisiin, kun positiiviset perustelut koskevat läpinäkyvyyden ja tehokkuuden tai oikea-aikaisuuden paranemista (Beckmann ym. 2007, 1.) Erilaisista sosiaalialan ammattilehtien artikkeleista on myös löydettävissä monipuolisia perusteluja sille, miksi laatu tulisi ottaa kehittämisen kohteeksi sosiaalityössä, mutta myös kritiikkiä ja laatu työssä huomioitavia seikkoja on tuotu esiin. Pääosin laatu työn tavoitteena sosiaalityössä on korostettu optimaalisen laatu tason saavuttamista tai siihen pyrkimistä, jolloin käytettävissä olevat resurssit, määrälliset tavoitteet ja asiakkaiden tarpeet tyydyttävä palvelutaso kyettäisiin sovittamaan yhteen (Lappalainen 1999, 3). Myönteisestä näkökulmasta laatu johtamisen voidaan ajatella olevan johtamisfilosofia, joka on kerrankin lähellä sosiaalityön arvoja, koska filosofia painottaa nimenomaan sosiaalityössä niin tuttua asiakaslähtöisyyttä (Mäntysaari 1994, 16–18).

Mäntysaari (1998,10) tuo esiin myös laatu johtamisen käänköpuolia sosiaalihuollossa. Laatu johtamisen sisäänvienti koko julkishallintoon ei ole Mäntysaaren mukaan vallon yksinkertaista. Ei ole sanottua, että laatu johtamisen kautta tuotettu palvelu täyttäisi täysin asiakkaiden perustarpeet. Ei ole myöskään selvää, kenen oikeuden mukaisuuden määritelmien mukaan näitä palveluita tulisi tuottaa, jotta palvelu olisi laadukasta. Mäntysaari pohtii myös sitä, olisiko mahdollista, että joillain laatu johtamisen keinoilla saatettaisiin saada aikaan enemmän harmia kuin hyötyä. Vielä ei tiedetä, mitkä ovat laatu ajattelun pitkäaikaisvaikutukset työelämälle. Mäntysaarella tai muillakaan asiantuntijoilla ei ole vastauksia näihin seikkoihin. Vaikka laatu johtamisen malliksi otettaisiin käyttöön tietty, hyväksytty oppi, voidaan sitä kuitenkin soveltaa useilla eri tavoilla ja sillä voidaan perustella monenlaista toimintaa. Samoin toimintaympäristöt ovat erilaisia, ja näin ollen lopputulos on toimipaikasta ja toteutustavasta riippuen erilainen jokaisessa instanssissa. Laadun kehittämisessä ei voi korostaa pelkkää kuluttajanäkökulmaa vaan huomioon pitää ottaa hyvinvointivaltion idea sosiaalisista oikeuksista sekä eri laadun näkökulmat, kuten objektiivisia tarpeita tyydyttävä tekninen laatu ja subjektiivisia tarpeita tyydyttävä asiakastyytyväisyyslaatu (Mäntysaari 1995, 69–82). Sosiaalialan laatu tarvitsee sosiaalialan omaa laatu työtä, jotta saadaan aikaan julkiselle sektorille ja nimenomaan sosiaalialalle sopiva lopputulos (Maaniittu 1994, 22–23).

Yhtenä ongelmana sosiaalihuollossa ja sosiaalityön laatutyössä voidaan nähdä markkinoiden ja asiakkuuden ongelmallisuus. Lähtökohtaisesti laadun määritelmä perustuu asiakkaan tarpeisiin tai kokemukseen. Asiakkaalla tarkoitetaan perusmerkityksessään tuotteen vastaanottajaa tai palvelun kohteena olevaa henkilöä, joka saa hyödyn käyttämästään tuotteesta tai saamastaan palvelusta ja myös maksaa siitä. Julkishallinnossa on vaikea määrittää kuka on asiakas ja mikä on hyvää laatua. Tämä siksi, että asiakkaana on tavallaan yhtäältä yhteiskunta tai kunta, jonka rahoista palvelu tuotetaan ja toisaalta myös itse palvelun käyttäjä. Sosiaalialan asiakkaita määriteltäessä asiakkaina voidaan pitää kaikki niitä, jotka ovat palvelun kohteena eli välittömänä käyttäjänä, hyödyn saajana tai maksajana. Lisäksi asiakkaita on myös organisaation sisällä, kuten toisilla osastoilla, ja heitäkin on kohdeltava ja palveltava samoja periaatteita noudattaen, kuin organisaation ulkoisia asiakkaita. Totta kuitenkin on, että asiakkaiden toiveiden ja tarpeiden tulee heijastua organisaation strategiassa ja työntekijöiden työssä, koska muutoin ei tehdä oikeita asioita, vaan heitetään resursseja hukkaan. Sosiaalialan laatutyössä onkin tärkeää määritellä, minkä resurssien puitteissa työtä tehdään ja miettiä jo ennen laatutyöhön lähtemistä, ollaanko valmiita kokeilemaan, mitä laatuun panostaminen saa aikaan, vaikka alkuun tulisikin kehittämiseen liittyviä kustannuksia. Lopputuloksena kuitenkin on tarkoitus päätyä tilanteeseen, jossa työtä tehdään asiakaslähtöisesti, mutta samalla kustannustehokkaasti siten, että asiakkaat ovat tyytyväisiä. Paljolti tähän voidaan vaikuttaa jo yhteisistä pelisäännöistä sopimalla, asiakaspalautteesta oppimalla ja toimintaa järkevöittämällä. (Grönroos 1987, 12–15, 43–45; Holma, Outinen, Idänpään-Heikkilä & Sainio 2001, 5–13; Mäntysaari 1998, 13; Outinen, Holma & Lempinen 1994, 19–22.) Toisaalta kunnissa tarvitaan laadun arviointia, varmistusta ja kehittämistä oman palvelutuotannon menestyksellisyys turvaamiseksi, ja kuntien laatutyö tukee myös ulkopuolisten palveluntuottajien laadusta huolehtimista. Laadunvalvonta voi olla yksi keino pitää hallinnassa myös tilaaja-tuottaja-mallin mahdolliset ongelmat. (Rajavaara 1995, 27–39; Sipilä 1995, 21–25.)

Palvelujen laatuun ja erityisesti toimeentulotuen myöntämiseen nähdään kohdistuvan paljon epäilyjä, ja sosiaalityö on kansalaisten mielestä usein läpinäkymätöntä sekä sen perustelut käsittämättömiä. Puutteellinen laatutietoisuus voi viedä koko järjestelmän ja sosiaalityön legitimiisyyden ajan kuluessa. Keskusteluissa tuodaan esiin vertailua julkisten ja yksityisten palvelujen laadun välillä ja toisissa tutkimuksissa on havaittu kansalaisten pitävän yksityisiä palveluita laadukkaampina kuin julkisia, jolloin julkisten palvelujen kehittäminen ja palvelujen laadun näkyväksi tekeminen olisi yksi keino niin sanotusti pitää hyvinvointivaltio kuosissaan – kansalaiset haluavat tietää, miten heidän verorahansa käytetään. Palvelujen laatu ja sen esiin tuominen voidaan nähdä sosiaalityön ole-

massa olon edellytyksenä ja elinehtona sekä mahdollisuutena ylläpitää kansalaisten ja päättäjien luottamusta palvelujen tehokkaaseen tuotantoon ja samalla palveluiden tietyn optimaalisen tason säilyttämiseen. (Ervasti 1998, 167–187; Mäntysaari 1993a, 19–21; Mäntysaari 1993b, 39–42, 54, 57; Mäntysaari 1994, 16–18; Sipilä 1995, 21–25; Taiveaho 1995, 109–116.)

Laadun nähdään olevan lupaus asiakkaalle ja laadunarvioinnin voidaan nähdä olevan asiakastutkimusta. Vaikka sosiaalityö on lähtökohtaisesti asiakassuuntautunutta, se ei riitä. Laadun pitäisi olla ammattilaisten keskuudessa systemaattisen seurannan, ohjauksen ja kehittämisen kohde. Jos selkeitä laatukäsityksiä ja jatkuvaa laatutyötä ei ole olemassa, eivät palvelut voi aidosti ajaa kuntalaisten etuja. Kun asiakkaat otetaan mukaan, heidän vaikutusmahdollisuutensa paranevat, ja työn kehittyessä asiakkaat saavat jäsentyneempää palvelua. Sosiaalityön laatutyön yhtenä lähtökohtana voisi nähdä marginalisoitumisen ehkäisemisen laadukkaan sosiaalityön avulla. Pitää kuitenkin huomioida, että jonkin väestö- tai asiakasryhmän palveluiden laadun kohentaminen voi heikentää toisen ryhmän palveluiden laatua ja yleensäkin muutos voi heikentää olemassa olevan asiakkaan palveluja. Toisaalta joidenkin toimintojen joustava samanlaisena toistuminen voi helpottaa asiakasta eli liiallinen yksilöllisyys ja tapauskohtaisuus voi vaikeuttaa asiakkaan elämänhallintaa. (Aaltonen 1996, 3; Haverinen 1995, 85–97; Hiekka 1995, 129–138; Moisio & Haverinen 1997, 52–53; Mäntysaari & Maaniittu 1995, 11–18; Rajavaara 1995, 27–39; Suhonen 1995, 41–56.)

Samaa työtä voi tehdä monilla erilaisilla tavoilla, jolloin erilaisuudesta ja sen hyödyntämisestä puhuminen saattaa synnyttää innovaatioita. Ennen kaikkea sosiaalityöntekijöiden tulee keskittyä myös oman työnsä kehittämiseen, tarvitaan kriittistä ja refleктоivaa työtettä, tutkivaa ja kokeilevaa asennoitumista oman työnsä kohteisiin ja omiin työskentelytapoihin, jotta voidaan tuottaa laadukasta sosiaalityötä. Oikeastaan sosiaalityöntekijä tekee refleктоivaa laadun kehittämistä pelkistetyimmillään silloin, kun hän ratkaisee ongelmallista asiakastapausta, johon hänellä ei ole olemassa välineitä etukäteen tai joka hänen on vaikea kohdata. Tällainen arkinen laadun kehittäminen on pohjana monipuoliselle, työn todellisista sisällöistä ponnistavalle muutokselle. Sosiaalityöntekijöiden olisikin hyvä pohtia, mikä on kunkin laadukkaan pitämässään työorientaatiossa huonoa ja huonona pitämässään käytännössä hyvää laatua. (Hiekka 1995, 129–138; Lehtonen 2000, 14–15; Suhonen 1995, 41–56.)

Jotta laatutyö onnistuu, tulee koko organisaation sitoutua. Vastuuta on siis hyvä jakaa toiminnasta koko organisaatiolle, pelkän esimiesportaan sijaan. Yleensä organisaatioiden johto on halukas laatu-

reformeihin, koska ne voivat tuottaa uusia, myönteisiä lähtökohtia muutokselle. Toisaalta kyse on myös johtamisen seurausvaikutusten huomioimisesta, koska johtajuus liittyy kiinteästi laatutyöhön. Pelkkään mekaaniseen laadun kontrollointiin tai avustuspäätösten tiukempaan kontrolliin ei saisi siirtyä – Mekaaninen laatustandardi, kuten tarkistuslista, on usein palvelualoilla yritys massatuotteen suuntaan palvelutuottajan tunteiden hallitsemisen takia. Kuitenkin tarkistuslistat voivat jatkaa loputtomiin, ja esimerkiksi hakulomakkeet voivat vaikeutua entisestään standardoinnin seurauksena. Yksilöllistä palvelua ei voi täysin standardisoida ilman palvelun toimivuuden häviämistä. Laadun kehittäminen ei saisi olla täysin ylhäältäpäin tulevaa kehittämistä ja perustyön resurssien vähentämistä. Laadun ja laatu työn tulee näkyä työntekijöille esimerkiksi laadukkaampana työympäristönä, työvälteinä, täydennyskoulutuksena sekä mahdollisuutena ja oikeutena ajatella itse. (Lappalainen 1999, 3; Mäntysaari 1993b, 39–42, 54, 57; Mäntysaari 1998, 12; Mäntysaari & Maaniittu 1995, 11–18; Rajavaara 1995, 27–39; Siltala 2003, 7; Sipilä 1995, 21–25.)

Oleennaista ja ratkaisevaa laatu työssä on, ketkä pääsevät osallistumaan sen määrittelyyn, mitä laatu kulloinkin on ja miten sen edistämiseksi toimitaan. Laatureformien käyttöönotto ei saa tapahtua byrokraattisesti ja ainoastaan ylhäältä ohjautuvasti. Laadun arviointi- ja kehittämisvaatimukset tulisi kohdistaa koko organisaatioon, ei vain suoritustahon työntekijöihin, ja koko organisaation, mukaan lukien päätöksentekotahojen, tulisi sitoutua laatu työhön. Johtotason olisi hyvä huomioida ja ymmärtää, että laatuohjelmien toimeenpano vaatii niin ajallista kuin taloudellistakin panostusta, jotta se saadaan tehtyä hyvin. Johtotason ja työntekijöiden kouluttaminen on tärkeää. (Haverinen 1995, 85–97; Lappalainen 1999, 3; Mäntysaari 1993a, 19–21; Rajavaara 1995, 27–39; Siltala 2003, 7; Suhonen 1995, 41–56.) Myös Deming painotti asiantuntevaa tieto-/teoriapohjaa hyvän ja laadukkaan palvelun aikaan saamiseksi (Patwarthan & Patwarthan 2007, 450). Hätiköidyt tai liian vähäisillä resursseilla toimeenpannut laatu-uudistukset kun saattavat entisestään heikentää työyhteisöjen ilmapiiriä ja aiheuttaa enemmän haittaa niin työlle kuin organisaatiollekin (Rajavaara 1995, 27–39).

4.4 Laadun ulottuvuudet sosiaalityössä

Laatu voidaan esimerkiksi jakaa kuuteen eri osa-alueeseen, jotka erittelevät, mistä hyvä sosiaali- tai terveysterveystyö syntyy. Ensinnäkin hyvästä palvelusta kertoo hyvä sisältö. Palvelu kohdennetaan oikein ja asiakkaan oleelliset ongelmat tunnistetaan. Työn tavoitteet asetetaan tarkoituksenmukaisesti ja realistisesti sekä käytetään perusteltuja menetelmiä. Lisäksi pystytään soveltamaan käytäntöön tieteellistä tietoa ja arviointitutkimusten tuloksia. Toiseksi hyvä asiakaspalvelu on merkki laa-

dusta eli asiakkaita kohdellaan kunnioittavasti sekä alan eettisiä periaatteita ja lakeja noudattaen. Asiakkaan tarpeet ja odotukset selvitetään sekä otetaan ne huomioon palvelun suunnittelussa ja toteutuksessa. Asiakas voi myös osallistua palvelun laadun arviointiin ja saatuun palautteeseen reagoidaan. Kolmas osa-alue on hyvä toteutus, mistä kertoo oikeiden asioiden tekeminen oikein ja haluttujen tulosten aikaan saaminen käytettävissä olevilla resursseilla eli tehokkuus. Eri työvaiheet myös nivELYvät toisiinsa saumattomasti, tieto kulkee ja yhteistyö toimii asiakkaan palveluverkoston sisällä. Neljänneksi toimintaedellytysten tulee olla hyvät. Toisin sanoen käytössä tulee olla tarkoituksenmukaiset tilat ja varusteet, henkilökunnan tulee olla pätevää ja motivoitunutta ja henkilökuntaa tulee olla riittävästi. Työyhteisön toiminnan, ilmapiirin, arvojen ja johtamisen tulee tukea laadun parantamista. Viides osa-alue koostuu hyvistä tukijärjestelmistä ja työvälineistä, kuten kirjallisista sopimuksista, ohjeista, laatukäsikirjasta ja muista vastaavista, joiden avulla varmistetaan etukäteen yhteiset toimintakäytännöt. Laadun toteutumisesta saadaan tarvittava tieto tieto- ja palautejärjestelmien avulla. Kuudenneksi hyvästä laadusta kertovat hyvät tulokset eli palvelujen avulla saadaan aikaan halutut vaikutukset ja asetetut tavoitteet saavutetaan. Työntekijät tuntevat onnistuneensa työssään ja asiakkaat ovat tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. (Outinen ym. 1994, 13–14.)

Kun edellä esitettyä määritelmää vertaa Grönroosin määritelmään palvelun laadun ulottuvuuksista esiin nousee muutamia seikkoja. Edellinen määritelmä korostaa selkeästi sosiaalipalvelujen ominaispiirteitä. Kuitenkin lähtökohta määritelmässä on kokonaisvaltaisempi, mutta ehkä jonkin verran enemmän työntekijä- ja organisaatiolähtoisempi kuin Grönroosin määritelmä, joka nimenomaan keskittyy vain asiakkaan kokemaan palvelun laatuun ja siihen vaikuttaviin osa-tekijöihin. Grönroosin määritelmää palvelujen laadusta (luku 3.3) on kuitenkin soveltaen hyödynnetty useissa tutkimuksissa sosiaalialalla. Kallinen-Kräkin on tutkinut sosiaalityön laatua Kuopion sosiaalitoimistossa. Hän on huomionnut tutkimuksessaan sekä asiakas- että työntekijänäkökulman. Tutkimuksessa teoreettisena lähtökohtana on käytetty Grönroosin teknisen ja toiminnallisen ulottuvuuden jakoa. (Kallinen-Kräkin 1997, 17.) Toisen Kuopion sosiaalityön laatua tarkastelleen tutkimuksen on tehnyt Kauppila (1998, 61–65). Hän on käyttänyt Grönroosin teoriaa mukailleen kolmea perusulottuvuutta: organisaatiokuvan ja palvelun laadun yleiset ulottuvuudet, osisaalityön teknisen laadun ulottuvuudet ja sosiaalityön toiminnallinen laatu työntekijätasolla. Myös Parvisen ja Telilän (2005) pro gradu -työssä on sairaalan sosiaalityöntekijöiden hyvän asiakaspalvelun ulottuvuuksia sekä niiden toteutusta tutkittu Grönroosin hyvän asiakaspalvelun ulottuvuuksia soveltaen. He tutkivat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa ja niiden alaisuudessa toimivissa yksiköissä työskentele-

vien sosiaalityöntekijöiden asiakaspalvelun laatua. Tutkimus oli kvantitatiivinen survey-tutkimus, johon oli vastannut 127 sosiaalityöntekijää. (Parviainen & Telilä 2005.)

Pekurisen, Räikkösen ja Leinosen tutkimuksen lähestymistapa laatuun on hyvin kokonaisvaltainen, mutta toisaalta hieman kaukaisempi määritelmä. Heidän määritelmässään laadun kehittämisen viitekehysessä kaiken taustalla ovat arvot ja eettiset periaatteet, kuten ihmisarvo, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. Näiden lisäksi toimintaa ohjaavat lainsäädäntö, politiikka- ja strategiaohjelmat, ammatilliset sitoumukset ja hyvät käytännöt sekä valvonta. Keskeisinä laadun ulottuvuuksina tutkimus esittelee potilas- ja asiakasturvallisuuden, saatavuuden ja oikea-aikaisuuden, asiakaskeskeisyyden, korkeatasoisen ammatillisen osaamisen ja kustannustehokkuuden. Laadun kehittämisen kannalta tulee ottaa huomioon myös eri väestöryhmien hoidon ja palvelujen erityisyys sekä eri väestöryhmien palvelujen laatu. Kuitenkaan määritelmä ei tuo esiin esimerkiksi vuorovaikutusta tai palvelun laadukasta sisältöä. Ilmeisesti oletetaan, että korkeatasoinen ammatillinen osaaminen takaa muun muassa nämä molemmat automaattisesti sitä sen enempää määrittelemättä. (Pekurinen ym. 2008, 4–6, 19–20.)

Koska työtä tehdään työyhteisössä, eikä kukaan voi olla siitä ulkopuolinen, on työyhteisöllä myös merkittävä vaikutus työn laatuun. Toimiva työyhteisö edesauttaa laadukkaan työn tekemistä. Myös Lumijärvi (1994, 92) ottaa huomioon erityisesti työyhteisön. Hän esittää, että useimmiten palvelutyössä laadusta saadaan riittävän monipuolinen kuva vasta, kun palvelun laatua arvioidaan niin asiakkaiden kokemana kuin työorganisaation laajemman toiminnan kannalta. Myös organisaatiopsykologian tutkimuksen ja laadun kehittämisen puolella on kiinnitetty huomiota toimivan työyhteisön ja johtamisen vaikutukseen työn laadulle ja työhyvinvoinnille. Järvisen mukaan (2005, 27–29) työyhteisö ei toimi tehokkaasti, jos joku ei johda sitä ja huolehdi, että työnteon edellytykset ovat kunnossa. Järjestys ja selkeys edesauttavat tavoitteellista toimintaa, ja tämä synnyttää työmotivaatiota ja työtyytyväisyyttä. Työyhteisön kaiken toiminnan perusta on sen perustehtävä, jonka tulee olla ajantasaisesti tiedossa jokaisella työntekijällä. Perustehtävä määrittelee, miksi työpaikka on olemassa, mitä siellä pitäisi tehdä ja saada aikaan. Lisäksi työpaikan jokaisella työntekijällä ja tiimillä on tässä kokonaisuudessa oma perustehtävänsä, jota ne ovat toteuttamassa. Esimiehen ja muun johdon yksi tärkeimmistä tehtävistä on huolehtia, että työntekijät ja tiimit tietävät perustehtävänsä ja työskentelevät sen toteuttamiseksi. Organisaation ja johtamisen tulee tukea työnteoa. Perustehtävän parasta mahdollista toteuttamista tukevat myös selkeät toiminnalliset rakenteet eli selkeät töiden järjestelyt ja yhteiset pelisäännöt. Avoin vuorovaikutus työyhteisössä on myös merkittävä tekijä sekä työyhteis-

sön hyvinvoinnin että kehittämissilmapiirin kannalta. Toimivaan työyhteisöön kuuluu myös toiminnan jatkuva arviointi, jota voidaan suoranaisesti verrata laadunhallinnan jatkuvan parantamisen ajatusmalliin. Jatkuva kehittäminen voidaan saada osaksi arkea esimerkiksi kehittämiskeskustelujen ja työyhteisön yhteisten säännöllisten kehittämisspalaverien avulla. Näillä eväillä toimivan työyhteisön perusta on kunnossa. Järvinen on konsultointityössään luennoinut ja kirjoittanut paljon toimivasta työyhteisöstä, jonka hän siis näkee koostuvan seitsemästä pilarista: 1) selkeä organisaation perustehtävä, 2) työntekoa tukeva organisaatio, 3) työntekoa palveleva johtaminen, 4) selkeät töiden järjestelyt, 5) yhteiset pelisäännöt, 6) avoin vuorovaikutus ja 7) toiminnan jatkuva arviointi.

Erityisesti johtamisella on nähty saavutettavan sekä laatua että työhyvinvointia sosiaalialalle, koska henkilöstö on sosiaalialan strateginen voimavara ja toiminnan keskeinen menestystekijä. Tätä on tuotu esiin myös viime vuosina sosiaali- ja terveysministeriön kautta, mikä liittyy myös KASTE 2008–2011 -ohjelmaan ja sen kolmeen osakokonaisuuteen, joilla on ollut tavoitteena ohjata johtamiskäytäntöjen uudistamista ja työhyvinvoinnin kehittämistä. Valtakunnallisesti on todettu, että johtamisosaamisen ja -käytäntöjen uudistaminen on välttämätöntä sosiaali- ja terveysalalla, jotta suunnitellut rakenteelliset ja toiminnalliset uudistukset saadaan tavoitteiden mukaisesti toteutettua. Johtamisen kehittämisen tavoitteena on ollut parantaa palvelujen vaikuttavuutta ja saatavuutta sekä edistää työntekijöiden työhyvinvointia muuttuvissa ja uudistuvissa toimintaympäristöissä. Kansallisesti monista eri toimijoista koostuvien sosiaali- ja terveydenhuollon verkostojen toimivuuden ja palveluiden laadun on nähty edellyttävän henkilöstövoimavarojen jatkuvaa kehittämistä ja henkilöstöä osallistavaa johtamistapaa. (STM 2009, 3–15.)

Jo tapahtuneet ja tulevat muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä, lainsäädännön velvoittavuudessa sekä asiakkaiden palvelutarpeiden monimuotoisuudessa ja vaativuudessa ovat sosiaali- ja terveysministeriön mukaan tuoneet esiin tarpeen kehittää johtamiskäytäntöjä ja johtamisosaamista. Sosiaalipalveluissa on selkeästi tarvetta parantaa palveluprosessien ja palveluverkostojen toimintaa, kehittää tiimi- ja verkostotyötä sekä jäsentää työtä uudelleen, jotta asiakkaiden palvelutarpeisiin pystytään vastaamaan riittävästi. Samaan aikaan henkilöstön osaamista on tarpeen vahvistaa ja parantaa työolosuhteita, jotta henkilöstö voi yhä edelleenkin hyvin ja pysyy työssään. Tähän tarvitaan hyvää henkilöstöjohtamista, joka tukee työn hallittavuutta ja työn tarkoituksenmukaista kohdentumista. (STM 2009, 16–21.)

5 TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa Satakunnan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden käsityksiä laadusta, laadun kehittämisen tarpeista ja muista seikoista, jotka liittyvät laatuun heidän tekemässään työssä. Laatujohtamisen mallia (Deming 1986), jolle laatutyö perustuu, on kuvattu myös organisaation kehittämisen menetelmäksi sekä toimintatutkimukselliseksi kehittämismalliksi (Lumijärvi & Jylhäsaari 1999, 32).

Tämän tutkimuksen voidaan katsoa olevan osa Maarit Outisen, Kristiina Lempisen, Tupu Holman ja Riitta Haverisen (1999, 81–96) viidettä laadunkehittämisen laatupolkua, jonka tavoitteena on pyrkiä parempaan käytäntöön hoidossa ja palvelussa. Laatupolun lähtökohtana on, että ennen varsinaista kehittämistä kerätään tietoa nykytilanteesta ja mahdollisista parantamisalueista. Työntekijöiden yhtenäinen käsitys on tarpeellista olla olemassa, ennen kuin asiakaspalautetta voidaan tehokkaasti hyödyntää. Tästä syystä, tutkimus tehdään perehtymällä työntekijöiden omiin kokemuksiin ja käsityksiin eli pohjustettiin ja mahdollistettiin työntekijöiden osallistuminen oman työnsä laadun kehittämiseen jatkossa.

Myös Grönroosin (1987, 11) mukaan kaiken laadun kehittämisen lähtökohtana on, että organisaatiolla itsellään on selkeä käsitys, mistä palvelun laatu muodostuu juuri heidän työssään. Tutkielman lähtökohtana on organisaation keskimääräisen laatukäsityksen kuvaaminen tämän tutkimuksen avulla. Yksittäisen sosiaalityöntekijän näkökulmasta tutkimus on hyvä mahdollisuus tuoda esiin työntekijän oma kokemus ja asiantuntijuus laadusta, sen ilmenemisestä ja haasteista käytännön sosiaalityössä. Kirjallinen yhteenveto sosiaalityöntekijöiden näkemyksistä laatuun liittyen antaa tarttumapintaa ja lähtökohtia laatuun liittyvälle keskustelulle terveys- ja sosiaalityön organisaatiossa, mistä voidaan myöhemmin siirtyä sosiaalityön laadun tavoitteelliseen kehittämiseen. Mahdollisesti tutkielma voi myös lisätä sosiaalityöntekijöiden laatukäsitysten yhtenäisyyttä.

Toisaalta tutkielman tarkoituksena on tuottaa vertailutietoa sosiaalityön ja terveys- ja sosiaalityön laadun kehittämiseen. Tutkimuksen tarkoituksena on avata yleisemmin erikoissairaanhoidon sosiaalityön laadun haasteita ja kehittämiskohtia. Informantteina ovat sosiaalityön ammattilaiset, sosiaali-

työntekijät, joilla on asiantuntijuus käytännön laadusta ja sen haasteista. Pureutuminen yhteen sosiaalityön organisaatioon tuo näkökulmia ja esimerkkejä myös laajempaan sosiaalialan laatukseskusteluun.

Terveysosiaalityössä Satakunnan sairaanhoitopiirissä on aiemmin tehty muutamia asiakastyytyväisyyskyselyjä sekä kyselyjä sairaaloiden henkilökunnalle sosiaalityön palveluihin liittyen. Näissä ei kuitenkaan ole ollut lähtökohtana selkeästi laatuajattelu eikä kyselyitä ole tehty säännöllisesti. Asiakaskunnan ja sidosryhmien lisäksi on tarpeen ottaa huomioon myös sosiaalityöntekijöiden näkemys omasta työstään ja sen kehittämisestä kyseissä organisaatioissa. Työn kehittämistä tai työntekijöiden näkemysten kartoittamista ei ole aiemmin systemaattisesti tehty, joten nyt tämän aloittamiselle on hyvä hetki.

Työelämässä muutos on pysyvää ja työelämässä mukana oleminen vaatii jatkuvaa kehittämistä ja kehittymistä, niin sanottua ajan hermolla pysymistä. Satakunnan sairaanhoitopiirissä ollaan mahdollisesti ottamassa käyttöön laadunhallinta-järjestelmää, jolloin on hyvä, että myös sosiaalityössä tiedetään enemmän laadusta sekä sosiaalityön omista laatu näkökulmista ja -tarpeista. Tutkimuksen kautta erikoissairaanhoidon sosiaalityön organisaatioissa saadaan yhtenäisempi käsitys laadusta ja sen kehittämisestä, joka palvelee laadun kehittämisen aloittamista.

Tutkimuskysymykset liittyvät Satakunnan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden omiin näkemyksiin laadun eri näkökulmista. Tutkimuskysymykset ovat:

- Mikä on sosiaalityöntekijöiden näkemys laadusta ja sen osa-alueista, niiden tärkeydestä ja toteutumisesta asiakkaan kannalta?
- Mikä on sosiaalityöntekijöiden näkemys laadusta ja sen osa-alueista, niiden tärkeydestä ja toteutumisesta työntekijän itsensä ja tekemänsä työn kannalta?
- Mikä on sosiaalityöntekijöiden näkemys laadusta ja sen osa-alueista, niiden tärkeydestä ja toteutumisesta työyhteisön ja organisaation kannalta?
- Mikä on sosiaalityöntekijöiden näkemys siitä, mitä asioita pitäisi ottaa jatkossa huomioon kehitettäessä erikoissairaanhoidon sosiaalityön laatua Satakunnan sairaanhoitopiirissä?

5.2 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

5.2.1 Tapaustutkimus

Tutkimus on tapaustutkimus eli case study. Tapaustutkimus on yksi monista sosiaalitieteiden tutkimusstrategioista. Tutkimusstrategia on tutkimuksen menetelmällisten ratkaisujen kokonaisuus. Muina perinteisinä tutkimusstrategioina pidetään kokeellista eli eksperimentaalista tutkimusta ja kvantitatiivista survey-tutkimusta. Näistä survey-tutkimuksen voidaan myös ajatella olevan lähellä tämän tutkimuksen lähtökohdia. Tässä tilanteessa survey ei kuitenkaan täysin sovi tutkimusstrategiaksi, sillä kyseessä ei ole pelkkä kvantitatiivinen otostutkimus ja tutkimuksessa pyritään myös pääsemään strukturoitua ja standardoitua survey-tutkimusta syvemmälle. Tapaustutkimuksessa pyritään keräämään yksityiskohtaista tietoa yksittäisestä tapauksesta tai pienestä joukosta toisiinsa suhteessa olevia tapauksia. Tutkittava tapaus voi sisältää päätöksiä tai ratkaisuja, yksilöitä, organisaatioita, prosesseja, ohjelmia, naapuruksia, instituutioita ja jopa tapahtumia. Tässä tutkimuksessa tapaustutkimuksen kohteena on Satakunnan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon sosiaalityön organisaatio, sen sosiaalityöntekijät ja siinä tehtävä sosiaalityö. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 120–123; Yin 2009, 2, 17–19.)

Tutkimuksella on aina tarkoitus tai tehtävä, joka voi olla kartoittava, kuvaileva, selittävä tai ennustava. Tarkoitus ohjaa tutkimusstrategisia valintoja ja liittyy siihen, millaisia kysymyksiä aiotaan esittää. Yhteen tutkimukseen voi kuitenkin sisältyä useita tarkoituksia ja ne voivat myös muuttua tutkimuksen edetessä. Tapaustutkimuksen hienous on sen joustavuus, sillä tapaustutkimusta voidaan tehdä myös selittävänä, kuvailevana kuin kartoittavanakin tutkimuksena. Tapaustutkimusta voidaan pitää erityisen sopivana tilanteissa, joissa halutaan kysyä miten ja miksi -kysymyksiä eli kyseessä on enemmän selittävä ja kartoittava kuin puhtaasti kuvaileva tutkimus. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon sosiaalityön nykyisyyttä ja etsiä uusia näkökulmia sosiaalityön laatuun, jolloin voidaan puhua kartoittavasta tutkimuksesta. Lisäksi tutkimusta voidaan luonnehtia myös kuvailevaksi, koska tutkimuksen tuloksena pyritään esittämään kuvaus tutkimusjoukosta sekä dokumentoimaan sen keskeisiä ja kiinnostavia piirteitä. (Denscombe 2007, 45–46; Hirsjärvi ym. 2000, 127–128; Yin 2009, 2–3, 8.)

Tyypillisesti tapaustutkimusta ei ole sidottu joko kvantitatiiviseen tai kvalitatiiviseen metodiikkaan, vaan niitä molempia voidaan hyödyntää tapaustutkimuksessa. Joissain tapaustutkimuksissa menään myös perinteisten rajojen yli ja käytetään sekoituksena sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista

lähestymistapaa. (Denscombe 2007, 46; Hirsjärvi ym. 2000, 123; Saarela-Kinnunen & Eskola 2007, 185; Yin 2009, 2, 17–19.) Tässä tutkimuksessa tapaustutkimus toteutetaan yhdistämällä kvalitatiivista ja kvantitatiivista metodologiaa. Kytkeytymättömyyttä yhteen tiettyyn metodiin pidetäänkin tapaustutkimuksen vahvuutena (Denscombe 2007, 45–46). Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen metodologian yhdistämistä voidaan kutsua mixed methods -tutkimukseksi ja lisäksi monimetodisuutta voidaan pitää yhtenä triangulaation keinona (Denscombe 2007, 116–119).

Tapaustutkimusta on kritisoitu sen täsmällisyyden puutteesta. Yinin mukaan (2009, 2–3, 14–15), jotta tapaustutkimus on tieteellisesti pätevä, tutkijan tulee noudattaa tieteellistä tutkimusprosessia ja kuvata se tarkasti raportissaan. Tieteellinen tutkimusprosessi alkaa kirjallisuuskatsauksella, jonka pohjalta tutkimus suunnitellaan huolellisesti. Tätä seuraa tutkimusprosessin valmistelu, mistä siirrytään aineiston keräämiseen. Lopuksi tulokset analysoidaan ja raportoidaan. Samalla tapaustutkimuksessa tulee koko prosessin ajan huolehtia riittävän objektiivisesta tutkimusotteesta, koska kyseessä on erityinen tapaus ja tavallista syvällisempi tutkimus. Tapaustutkimuksen lähtökohtaisesta vapaudesta ja täsmällisyyden puutteesta huolimatta, prosessi tulee siis toteuttaa tieteellisesti ja kentties jopa kiinnittää enemmän huomiota päätösten perusteluun kuin selkeämpiä metodeja hyödynnetäessä.

Lisäksi tapaustutkimuksen laajempaa merkittävyyttä kritisoidaan - miten tapausta voidaan tieteellisessä mielessä yleistää, kun tapaustutkimuksessa tavoitteena ei ole tulosten suora yleistäminen. Sama ongelma on kuitenkin myös tietyissä koeasetelmissa ja survey-tutkimuksissa. Toisaalta tapaustutkimuksen yhtenä vahvuutena pidetään sitä, että yhden tapauksen kartoittaminen ja sen raportointi voi tuoda asiaa tuntemattomalle lukijalle paljon uusia ajatuksia ja tietoa uudesta tapauksesta tai ilmiöstä. Tapaustutkimuksen hyöty voi siis olla normaalia tutkimusraporttia laajempi, koska se tuo jonkin erityistapauksen laajan lukijakunnan käyttöön. Lisäksi monet elementit ja ilmiöt ovat usein löydettävissä muistakin yhteyksistä ja toimintayksiköistä kuin vain tutkittavasta tapauksesta, ja tapauksesta saatavaa tietoa voidaan hyödyntää jatkotutkimuksen tai -kehittämisen pohjana. Tietäen varauksin ja rajallinen aineisto huomioon ottaen tapaustutkimuksesta voidaan tehdä myös varovaisia yleistyksiä esimerkiksi vertailemalla tutkittua tapausta aiempaan asiaan liittyvään kirjallisuuteen. (Denscombe 2007, 44; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Yin 2009, 14–15, 168–169.)

5.2.2 Mixed methods

Perinteisesti tutkimukset jaetaan kvalitatiivisiin ja kvantitatiivisiin tutkimuksiin. Hirsjärven, Remksen ja Sajavaaran (2000, 123–125) mukaan kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus on perinteisesti määritelty strukturoiduksi, kovaksi ja luotettavaksi sekä teoriaa varmistavaksi. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on nähty strukturoimattomaksi, rikkaaksi ja syväksi sekä teoriaa luovaksi. Kirjallisuudessa esitetään, että kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusta on vaikea erottaa tarkkarajaisesti toisistaan. Nykyisin niitä ei enää nähdäkään kilpaileviksi suuntauksiksi, vaan toisiinsa täydentäviksi lähestymistavoiksi, mitä hyödynnettiin myös tässä tutkimuksessa. Näkökulmista esitettyjen eri piirteiden jaotteluiden mukaan tästä tutkimuksesta on löydettävissä niin kvantitatiivinen painotus kuin kvalitatiivinenkin painotus eikä tutkimus ole yksiselitteisesti lokeroitavissa jompaankumpaan. Näin ollen, tässä tutkimuksessa on kyseessä niin sanottu mixed methods -suuntaus.

Mixed methods -suuntaus valittiin, koska haluttiin saada valittua kyselytutkimusta hyödyntämällä mahdollisimman monipuoliset tutkimustulokset ja laaja käsitys juuri tämän tapauksen tilanteesta. Koska tapaustutkimuksen tarkoituksena on nimenomaan syvällisesti perehtyä aiheeseen kyseisessä tutkimuskohteessa, monipuolinen lähestymis- ja analyysitapa nähtiin sopivana metodiikkana. Pelkkä kvantitatiivinen lähestymistapa ei olisi auttanut toteuttamaan tapaustutkimuksen syvyyttä etenkin kun tutkimuksen kohdejoukko on pieni, ja toisaalta kvalitatiivinen lähestymistapa ei välttämättä olisi mahdollistanut kokonaistutkimusta ja siten laajaa käsitystä hajanaisen kohdejoukon kokonaisuudesta.

Mixed methods -suuntaus yhdistää erilaisia lähestymistapoja samassa tutkimuksessa – yksinkertaisimmillaan se hyödyntää sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia metodeja, aineistoa tai tutkimusotetta. Mixed methods -suuntauksen ydin ajatus on, että normaalisti vastakkain asetettuja metodeita, kuten kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta, voidaan hyödyntää samassa tutkimuksessa. Se mahdollistaa tutkimuksen luotettavuuden paranemisen, kokonaisvaltaisemman kuvan saamisen tutkittavasta ilmiöstä sekä ilmiöiden ja niiden syiden yhtäaikaisen tutkimisen. (Denscombe 2007, 116–119; Hirsjärvi ym. 2000, 215.)

Mixed methods -suuntausta voidaan kutsua myös triangulaatioksi tai toisin päin. Joka tapauksessa mixed methods mahdollistaa yleisesti tutkimuksen triangulaation eli tutkimusmenetelmien yhteiskäytön, jonka tavoitteena on tutkimuksen reliabiliteetin eli luotettavuuden ja validiteetin eli pätevyyden parantaminen. Lähtökohtaisesti useiden eri menetelmien käyttö parantaa validiutta. Tällaista

useiden menetelmien yhteiskäyttöä, kutsutaan tarkemmin metodologiseksi tai metodiseksi triangulaatioksi. Muita triangulaation muotoja ovat tutkijatriangulaatio, teoreettinen triangulaatio ja aineistotriangulaatio, joista jälkimmäistä voidaan myös tästä tutkimuksesta havaita. Aineistotriangulaatiossa saman ongelman ratkaisemiseksi kerätään erilaisia tutkimusaineistoja. Tässä tutkimuksessa mixed methods -suuntaus ja triangulaatio näkyvät kokonaisvaltaisempina tutkimuksena sekä aineisto- ja menetelmätriangulaation keinona, kun itse tutkimuksessa ja analyysissä hyödynnetään sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tutkimusperinnettä. (Denscombe 2007, 116–119; Hirsjärvi ym. 2000, 213–215.)

5.2.3 Kyselytutkimus

Tutkimuksen aineistonkeruumetodiksi valittiin kyselytutkimus, jonka kyselylomakkeessa (Liite 1) on sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä, joita voidaan lähestyä sekä kvalitatiivisesta että kvantitatiivisesta näkökulmasta. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2000, 180–181) mukaan kysely tunnetaan perinteisesti survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä, jolloin kysely ymmärretään standardoiduksi ja aineistona on otos tai näyte tietyistä perusjoukosta. Usein tutkimustulokset käsitellään tällöin kvantitatiivisesti. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan pidetty lähtökohtana survey-tutkimusta vaan lähdettiin vapaamuotoisemmin liikkeelle tapaustutkimuksen strategiasta ja hyödynnettiin mixed methods -suuntausta. Kyseessä ei siis ollut perinteinen kyselytutkimus.

Kyselytutkimuksen etuna pidetään mahdollisuutta kerätä laaja tutkimusaineisto ja toteuttaa kysely, jossa voidaan kysyä monia asioita. Kyselytutkimuksen avulla olikin realistista tavoittaa kaikki tutkimusjoukkoon kuuluvat terveystieteiden ammattilaiset. Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena, jolloin kyselytutkimus voidaan nähdä myös tutkijan kannalta säästeliäänä vaihtoehtona – pro gradu -tutkielman työmäärään suhteutettuna kokonaistutkimuksen toteuttaminen tässä työyhteisössä, esimerkiksi haastattelemalla, olisi ollut laaja ja työläs vaihtoehto. Lisäksi kyselytutkimuksella pyrittiin ehkäisemään tutkijan vaikutusta tutkittaviin ja tutkimuksen tuloksiin. Tämä otettiin erityisesti huomioon, sillä tutkijalle oli syntynyt yhteys työyhteisöön jo ennen tutkimusidean syntyä työharjoittelun ja kesätyösuhteen kautta. Tutkimusaineiston keruu kyselyn avulla valittiin tietoisesti, jotta se vähentäisi tutkijan vaikutusta tutkimustuloksiin ja jotta vältettäisiin suurempien ristiriitojen syntyminen tutkimustilanteessa. Ristiriidat ja tutkijan vaikutus tutkimustuloksiin olisi todennäköisesti ollut suurempi esimerkiksi haastattelu-menetelmän tai osallistuvan havainnoinnin kohdalla. (Hirsjärvi ym. 2000, 182–183.)

Tutkimuslomake voi sisältää sekä avoimia että strukturoituja kysymyksiä. Strukturoiduissa eli suljetuissa kysymyksissä vastaaja valitsee vastauksen valmiista vaihtoehdoista, kun puolestaan avoimiin kysymyksiin vastaaja voi vastata haluamallaan tavalla. Tässä tutkimuksessa on sekä avoimia kysymyksiä, joissa vastaajat saavat itse muodostaa kvalitatiivista aineistoa omista käsityksistään ja ajatuksistaan. Tämän tarkoituksena on saada kokemuksellisempaa ja syvempää tietoa. Strukturoimat kysymykset tuovat vastaajille tiettyjä vapausasteita, ja samalla mahdollistavat kvalitatiivisen lähestymistavan analyysissä. Toki tällaiset kysymykset pakottavat vastaajan työlääseen ja hankalaan kommunikaatioon, eikä tiedon keruu ole yhtä joustavaa ja kokemusrikasta kuin perinteisemmässä kvalitatiivisessa aineistonkeruumetodiikassa, kuten haastatteluissa. Tutkimuksessa päädyttiin kuitenkin tähän ratkaisuun, koska työyhteisössä tehtyjen vierailujen yhteydessä laatu koettiin erittäin tärkeäksi tutkimusteemaksi ja työyhteisö toivotti laatututkimuksen tervetulleeksi. Tutkimuksessa nähtiin mahdollisena saavuttaa kokemuksellista ja monipuolista tietoa tällaisen tutkimusmetodin avulla, koska motivaatio aihepiiriin osoittautui etukäteen hyväksi. (Ahola 2007, 57.)

Lisäksi kyselyyn sisältyy strukturoituja kysymyspatteristoja eri laadun näkökulmista, joiden tavoitteena on kartoittaa sosiaalityön laadun osa-alueiden merkityksellisyyttä ja toteutumista. Näiden kysymysten vastauksia on tarkoitus pystyä helpommin vertaamaan vastaajien kesken, ja saada samalla tietoa asioista, jotka eivät välttämättä muutoin tulisi vastaajien mieleen. Samoja aihepiirejä käsittelevien avoimien ja strukturoitujen kysymysten vastauksia on tarkoitus myös verrata toisiinsa, jolloin päästään kiinni kokonaisvaltaisempaan ulottuvuuteen. Tosin valmiiden vaihtoehtojen suunnittelu vaatii tutkijalta itseltään hyvät etukäteistiedot aihepiiristä, joten kyselypatteristot on koottu aiempaa laatutietoa ja teorioita apuna käyttäen. Vastaajan kannalta tällaiset rasti ruutuun -kysymykset ovat kuitenkin helppoja vastata, vaikka esimerkiksi tärkeysasteiden pohtiminen, on lähtökohtaisesti hyvin haastava tehtävä. (Ahola 2007, 57.)

Kyselytutkimus on herkkä tutkimusmenetelmä, sillä se edellyttää hyvää ja laadukasta etukäteisvalmistelua. Tutkijan tulee osata ottaa huomioon vastaajien ajan, halun ja taidot vastata kyselyyn. (KvantiMOTV 2010.) Kyselylomake onkin tehty huolellisen teoreettisen perehtymisen jälkeen, joka on sisältänyt myös kandidaatin tutkielman tekemisen samaan aihepiiriin liittyen. Aiempi työyhteisössä mukana oleminen ja tutkimusympäristön tuntemus puolestaan ovat helpottaneet kyselylomakkeen ja tutkimuskysymysten muotoilua.

5.3 Kyselylomakkeen laatiminen

Kyselylomakkeen suunnittelussa on otettava huomioon monia seikkoja ja lomaketta on hyvä testata (KvantiMOTV 2010). Kyselylomakkeen suunnittelu aloitettiin hyvissä ajoin ja lomakesuunnittelua tukivat yliopiston pro gradu -seminaari ja pro gradu -tutkielman tutkimusmetodeihin keskittyvä metodipaja. Kyselylomaketta työstettiin kommenttien pohjalta helppolukuisemmaksi, selkeämmäksi ja informatiivisemmaksi. Tutkittavan työyhteisön näkökulmasta tutkimuksen kävi läpi sairaanhoitopiirin johtava sosiaalityöntekijä, jonka avulla nimenomaan tätä organisaatiota koskevat spesifit ilmaukset saatiin kollektiivisesti ymmärrettäviksi. Konkreettisesti kyselyä testattiin kahdella terveysosasto- ja sosiaalityöntekijällä, jotka työskentelevät muissa kuin tutkittavassa terveydenhuollon organisaatiossa, sekä yhdellä sosiaalipolitiikan opiskelijalla. Testausten avulla löydettiin suurimmat kielelliset ja ajatukselliset lapsukset, jotka voitiin korjata ennen lopullisen kyselyn lähettämistä. Samalla saatiin myös arvio ajasta, joka kyselyn täyttämiseen kuluu.

Operationalisointi eli käsitteellistäminen ja mittaamisen suunnittelemisen aloitettiin samoihin aikoihin kuin itse tutkielmankin teko. Operationalisointia helpotti jo edelläkin mainittu aihepiirin tuntemus. Tässä tutkimuksessa sosiaalityön laatua on tarkoitus käsitellä laajasta teoreettisesta perspektiivistä ja syvällisemmin asiakas-, työyhteisö- ja työntekijä- sekä organisaatio- ja johtamisnäkökulmista. Lisäksi yhtenä osa-alueena on otettu huomioon nimenomaan laadun kehittäminen. Näistä teemoista on rakennettu myös kyselylomakkeen runko, joka on jaettu teemojen mukaisesti neljään eri osa-alueeseen.

Laatu pyritään näkemään useista eri näkökulmista ja siksi tutkimusta ja sen suunnittelua sekä tulosten analysointia ovat ohjanneet useat teoriat ja lähestymistavat. Muun muassa sellainen on Christian Grönroosin (2009) määritelmä seitsemästä hyvän palvelun ulottuvuudesta, joita on tarkemmin esitelty jo luvussa 3.3. Valintaa voidaan perustella sillä, että Grönroosin merkitys palvelujen laadun keskustelussa on Suomessa ollut merkittävä ja lisäksi hänen määritelmänsä perustuu kansainväliseen tutkimukseen ja määrittelyyn, jolloin sen voidaan ajatella olevan luotettava ja yleispätevä määrittely. Tämän näkökulman kautta halutaan huomioida sosiaalityön asiakastyö ja sen palveluluontoisuus. Työyhteisön tilannetta laadun kehittämisessä ja laadunhallinnan kehittyneisyyttä on pyritty ottamaan huomioon jonkin verran. Neljäntenä näkökulmana onkin hyödynnetty ja sovellettu Tupu Holman (1997) ITE - menetelmää työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. ITE – menetelmää on käsitelty luvussa 4.2. Tutkimuksessa on huomioitu myös vuon-

na 1994 tehdyn laadun määrittelyn, joka on esitetty oppaassa *Laatu ja asiakas - laatutyöskentely sosiaali- ja terveysalalla* (Outinen ym. 1994, 13–14), missä laatu jaetaan kuuteen eri osatekijään. Erityisesti näiden teorioiden ja näkökulmien perusteella koottiin kyselylomakkeen kolme kysymyspatteristoa, ja niihin sisällytettiin myös sellaisia väitteitä, joista analyysivaiheessa on mahdollista tehdä summamuuttujia.

Suurin osa kysymyksistä oli kvalitatiivisia, avoimia kysymyksiä, joissa vastaaja sai itse valita, mitä kysymykseen vastaa, missä muodossa ja missä laajuudessa. Erityisesti vastaajien taustatietojen määrittelyssä käytettiin välimatka- ja laatuero- eli luokitteluasteikkoa, ja sellaisia esiintyi myös itse aihepiiriin liittyvissä kysymyksissä. Kvantitatiiviset kysymyspatteristot olivat kaksiosaisia. Samoja väitteitä pyydettiin määrittelemään sekä järjestysasteikolla tärkeyden mukaan että laatueroasteikolla toteutumisen mukaan.

5.4 Tutkimuksen kohdejoukko ja aineiston keruu

Tapaustutkimuksen kohdalla järkeväksi vaihtoehdoksi muodostui kokonaistutkimus. Kokonaistutkimuksessa kyselylomake lähetetään kaikille kohdejoukon jäsenille (Hirsjärvi ym. 2000, 166). Tutkimusjoukkoon otettiin mukaan kaikki erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijät, jotka tutkimuksen toteutushetkellä työskentelivät Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Joukkoon sisältyi myös muutama sosiaaliohjaaja, mutta heitä ei rajattu tutkimuksen ulkopuolelle, koska työtehtävät ovat osittain sosiaalityöntekijöiden työtehtävien kaltaisia. Tutkimuskysely tavoitti yhteensä kaksikymmentäyhdeksän työntekijää.

Kokonaistutkimus valittiin myös siksi, että erikoissairaanhoidon sosiaalityössä työntekijöiden työyhteisöt ovat hyvin vaihtelevia ja oli oletettavaa, että heidän kokemuksensa ja käsityksensä vaihtelevat suurestikin toimipisteestä riippuen. Kokonaistutkimuksen avulla mahdollistettiin kokonaisvaltaisempi kuvaus tapauksesta kuin otoksen avulla. Kokonaistutkimus oli myös realistinen vaihtoehto, koska toteutustapana oli kyselytutkimus ja kokonaisjoukko oli kohtuullisen suuruinen.

Tutkimuksen tekoa valmisteltiin koko talvi ja kevät 2011. Tutkija pyrki etukäteen motivoimaan sosiaalityöntekijöitä yhteistyöhön tutkimuksen toteuttamisessa – ennen tutkimuksen toteuttamista tehtiin vierailut sekä psykiatrisen että somaattisen sosiaalityön palavereissa talvella 2010–2011 sekä tiedotuskäynti kesän 2011 alussa kaikkien sosiaalityöntekijöiden yhteisessä tapaamisessa. Tutki-

mus suunnitelmaa hiottiin psykiatrisen ja somaattisen alueen sosiaalityön johtavan sosiaalityöntekijän kanssa. Tutkimukselle haettiin tutkimusluvat Satakunnan sairaanhoitopiirin operatiivisen hoidon toimialuejohtaja Jorma Hannukaiselta ja psykiatrisen hoidon toimialuejohtaja Sakari Lankiselta, minkä hakemusten yhteydessä tutkimussuunnitelmat myös olivat liitteinä. Tutkimuslupien saamisesta kerrottiin tutkimusjoukolle kyselyn saatteessa. Tutkimuslupien saamisen jälkeen aloitettiin konkreettisen toteutuksen tarkempi suunnittelu.

Hyvä lomake ei yksin riitä, vaan myös muihin aineiston keruuseen liittyviin seikkoihin tulee kiinnittää huomiota (KvantiMOTV 2010). Alun perin tutkimus piti tehdä Webropol-tietokonesovelluksen avulla eli verkkolomaketta hyödyntämällä. Tällöin sähköinen kysely olisi lähetetty sähköpostilinkkinä kaikille sosiaalityöntekijöille. Verkkolomakkeilla on useita paperilomakkeesta poikkeavia ominaisuuksia, kuten erilaisia mahdollisuuksia mahdollistaa ja ohjata vastaamista joustavammin kuin paperilomakkeella (Selkälä 2008, 119, 129). Internet-kysely nähtiin hyväksi vaihtoehdoksi paperikyselylle, koska kyselyyn olisi ollut ajallisesti helpompi vastata haluamaan ajankohtana ja verkkolomake olisi helpottanut ja nopeuttanut vastaamista. Lopulta havaittujen teknisten soveltumattomuuksien takia Webropol-ohjelmistoa ei ollut tässä tutkimuksessa mahdollista käyttää, mikä selvisi vasta useiden kokeilujen ja työtuntien jälkeen. Lopulta päädyttiin osittain tietokonepohjaiseen ratkaisuun. Kysely tehtiin Word-kirjoitusohjelmalla ja lähetettiin sähköpostin liitetiedostona sosiaalityöntekijöille. Kysely ohjeistettiin niin, että lomake oli kunkin vastaajan oman mieltymysten mukaan joko mahdollista tulostaa ja täyttää käsin tai täyttää Word-kirjoitusohjelmassa tietokoneella ja tulostaa sen jälkeen. Täytetyn kyselyn toimitus tutkijalle tapahtui postitse nimettömästi suljetussa kuoressa. Kysely postitettiin suoraan tutkijalle kotiin eli täytettyjä kyselyitä ei tarvinnut kuljettaa esimerkiksi esimiehen kautta ja samalla anonymiteetin varmistuminen parantui.

Kyselyn täyttäminen tuotti vastaajille kuitenkin jonkin verran verkkokyselyä enemmän työtä tällä tavalla toteutettuna, koska he joutuivat itse tulostamaan ja postittamaan valmiin kyselyn. Kyselyn toteuttamista pyrittiin helpottamaan sillä, että kyselyyn sai vastata työajalla ja vastausaika oli kuu-kauden mittainen. Jokaisen vastaajan oli siis mahdollista vastata kyselyyn haluamanaan ajankohtana, suhteellisen pitkän ajan kuluessa ja myös valita itselleen luontevin kirjoitustapa. Postitusta helpotettiin antamalla vastaajille mahdollisuus käyttää työnantajan kirjekuria, jolloin vastaajille ei tullut kuluja vastaamisesta.

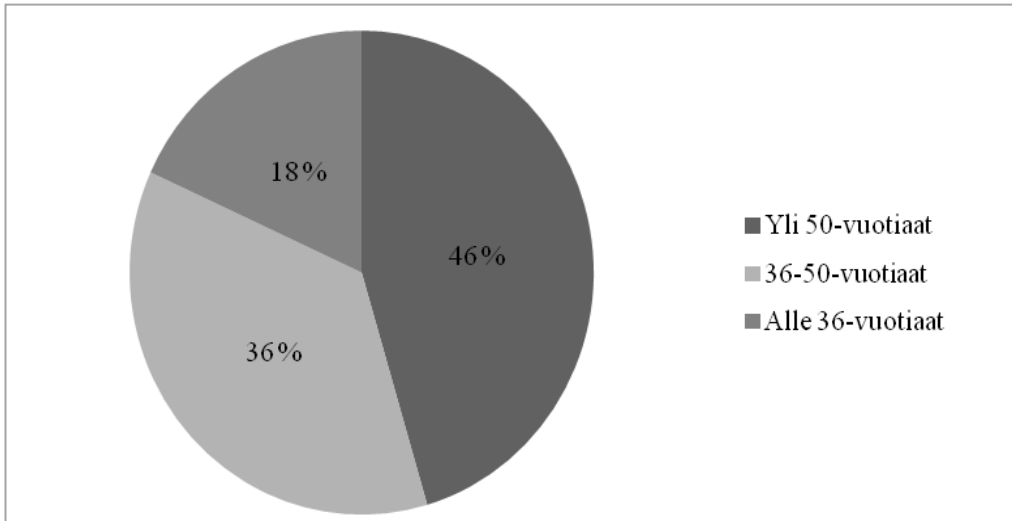
Kysely toteutettiin 15. elokuuta ja 15. syyskuuta 2011 välillä. Tutkimus lähetettiin tutkimusjoukolla sähköpostitse kunkin työsähköpostiin. Tutkimuksen lähettämistä huolehti tutkija itse. Kysely lähetettiin 29 sosiaalityöntekijälle ja -ohjaajalle. Lähetetty sähköposti sisälsi sähköpostiviestin, joka toimi kyselyn lähetteenä (Liite 2). Lisäksi sähköpostin liitteenä oli kolme eri tiedostoa: kyselyn A, kyselyn B ja postikuori-malli, jolla saattoi tulostaa valmiin tutkijalle osoitetun postikuoren. Kyselyn A ja B sisällöt olivat muutoin samat, mutta A-tiedostossa kirjoitettiin harmaisiin tekstikenttiin tietokoneella tai klikattiin hiirellä rasti ruutuun, kun taas B-tiedostossa kirjoitettiin käsin viivoille ja ympyröitiin oikea vastaus tai rastitettiin ruutu.

Vastausajan kuluessa tutkimusjoukolla lähetettiin kaksi muistutus-viestiä, ensimmäinen tutkimusajan puolella välissä ja toinen tutkimusajan päättymisen lähestyessä. Näiden viestien mukana olivat samat tiedostot ja ohjeet kuin ensimmäisessäkin viestissä, jotta ensimmäisen viestin hävittäminen tai hukkaaminen eivät voisi estää kyselyyn vastaamista. Kummankin muistutus viestin jälkeen vastausten saapumiseen tuli pieni piikki yhden tai kahden päivän ajaksi. Samoin heti vastausajan alussa tuli kahden päivän mittainen piikki vastausten saapumisessa.

5.5 Tutkimuksen aineisto

Kohdejoukkoon kuuluu yhteensä 29 työntekijää, joista lähes kaikki ovat naisia. Kuten alakin yleensä, myös tämä työyhteisö on siis hyvin sukupuolittunut. Lopullinen tutkimusaineisto muodostui 22 vastauksesta (N=22) eli vastausprosentiksi muodostui 76 %. Aineiston pienuuden takia kaikkia lukuja ei voida esittää vastaajien anonymiteetin säilymiseksi, mutta aineisto pyritään kuvaamaan pääosin sanallisesti mahdollisimman monimuotoisesti.

Iältään vastaajat olivat enimmäkseen jompaakumpaa ääripäätä (kuvio 1.). Vastaajien ikäjakauma on suurin piirtein verrattavissa koko kohdejoukkoon. Eniten oli yli 50-vuotiaita, 10 vastaajaa eli yli kaksi viidennestä ja toiseksi eniten alle 36-vuotiaita, joita oli hieman alle kaksi viidennestä eli 8 vastaajaa. 36–50-vuotiaita oli neljä vastaajista.



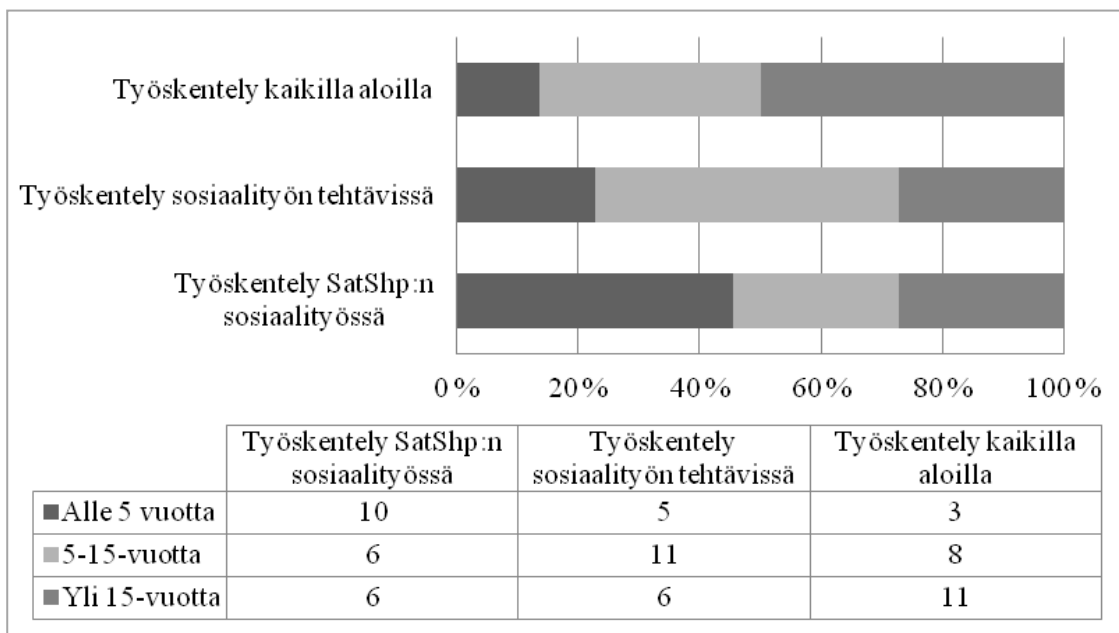
Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma.

Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun lain (272/2005) 3 §:n tai 14 §:n mukainen sosiaalityöntekijän pätevyys oli 14 vastaajalla eli yli kolmella viidesosalla. Pätevyyden tuottavan koulutuksen oli heistä suorittanut 1970-luvulla kaksi vastaajista, seitsemän vastaajaa oli suorittanut sen 1980–1990-luvuilla ja viisi vastaajaa 2000-luvulla. Suurimmalla osalla vastaajista oli useita koulutuksia. Yhdeksällä vastaajalla oli maisterin tutkinto, joka oli yhteiskuntatieteiden maisteri. 12 vastaajalla oli opistotutkinto tai alempi ammattikorkeakoulututkinto, joista mainittiin opistotason sosiaaliohjaaja ja sosionomi (amk). Kenelläkään ei ollut ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Alempia yliopistotutkintoja löytyi 13 vastaajalta, näistä yleisimmät olivat yhteiskuntatieteiden kandidaatti sekä sosiaalihuoltajatutkinto, joka myös siirtymäsäännösten mukaisesti tuottaa sosiaalityöntekijän pätevyden. Terapiakoulutus oli kahdeksalla vastaajalla. Terapiakoulutuksista mainittiin muun muassa perheterapiakoulutus ja psykoterapian koulutukset. Muina käytyinä koulutuksina mainittiin esimerkiksi psykologian opinnot, sosiaalityöntekijän pätevyyskoulutus ja työnohjauskoulutus. Koulutuskysymyksen kohdalla oli kuitenkin havaittavissa pientä vastauskatoa, sillä muutama vastaaja oli merkinnyt vain yhden, korkeimman tutkintonsa, vaikka kysymyksessä pyydettiin ilmoittamaan kaikki vastaajan suorittamat tutkinnot. Muutama vastaaja oli myös jättänyt erittelemättä, minkä niminen koulutus oli kyseessä.

Vastanneista noin kolme neljäsosaa työskentelee Satakunnan sairaanhoitopiirissä psykiatrisen alueen sosiaalityössä ja somatiikan alueen sosiaalityössä noin yksi neljäsosa Puolet vastanneista työskentelee pelkästään avo-/poliklinikan sosiaalityössä, 23 % pelkästään osaston sosiaalityössä ja 27 % molemmissa. Tässä yhteydessä pyydettiin myös kuvailemaan asiakaskuntaa muutamalla sanalla, jotta erityisesti tutkielman ulkopuolisille lukijoille tarkentuu kohdejoukon asiakaskunta. Psykiatrian

asiakkaat ovat kaikenikäisiä, eri sairauden vaiheessa olevia, monilla tavoin psyykkisesti sairastuneita, joilla esiintyy lisäksi esimerkiksi sairautentunnottomuutta ja lääkehoidon keskeyttämistä sekä päihdeongelmia. Myös potilaiden omaiset ja verkostot tuotiin esiin osana asiakaskuntaa. Somatiikan asiakkaat ovat myös kaikenikäisiä. Erityisenä potilasryhmänä mainittiin syöpäsairaat ja päihteiden käyttäjät.

Pääosa vastanneiden työkokemuksesta oli tullut sosiaalialalta (kuvio 2.). Keskimäärin sosiaalityöntekijän tehtävissä Satakunnan sairaanhoitopiirissä oli työskennelty noin 9,5 vuotta ja yleensä sosiaalityön tehtävissä keskimäärin 13 vuotta. Satakunnan sairaanhoitopiirissä suurin osa vastanneista on työskennellyt alle 5 vuotta. Kuusi vastaajista on työskennellyt 5–15 vuotta ja loput yli 15 vuotta. Pisimpään työskennelleiden työkokemus oli yli 30 vuotta. Yleisesti sosiaalityön tehtävissä oli vastanneista suurin osa työskennellyt 5–15-vuotta. Pisimpään työskennelleiden työkokemus oli tässäkin kohtaa reilusti yli 30 vuotta. Yhteensä kaikilla aloilla oli työskennelty pääosin yli 15 vuotta. Vain muutamilla kaikkien alojen työkokemus jäi alle 5 vuoden. Maksimissaan kaikkien alojen työkokemusta oli taas kertynyt lähes 40 vuotta.



Kuvio 2. Vastaajien työkokemus.

Myös näiden kysymysten kohdalla oli havaittavissa pientä vastauskatoa, sillä osa oli jättänyt vastaamatta kaikkien alojen työkokemuksen kohtaan. Näissä kohdissa vastaus kysymykseen muodostettiin laskelmalla yhteen sosiaalityön kokemusvuodet, jolloin todellinen työvuosien määrä saattaa olla suurempi kuin tässä tutkimuksessa on tullut esiin. Näin vastauksissa voitiin kuitenkin ottaa

kaikki huomioon (n=22). Muutama vastaaja myös koki, ettei sanamuoto sosiaalityö koskettanut heitä, koska he varmaankin kokevat työskentelevänsä parhaillaankin sosiaalialan, mutta eivät tarkalleen ottaen sosiaalityön tehtävissä. Tässä kohtaa vastaajan oma tulkinta saattoi siis vaikuttaa vastauksiin.

5.6 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineiston keruun jälkeen, voidaan keskittyä tutkimuksen ydinasiaan eli aineiston analyysiin, tulkintaan ja johtopäätöksen tekoon. Ennen päätelmien tekemistä piti vielä tehdä esitöitä. Ensin kerätty tieto tarkistettiin eli etsittiin selvät virheellisyydet ja tietojen puuttuminen. Vastaukset muutamien kysymysten kohdalla oli todettavissa, mutta näin pienessä aineistossa tietojen täydentämisestä, esimerkiksi keskiluvuin, ei katsottu kannattavaksi. Summamuuttujien kannalta kato saattaa olla harmillista, mutta toisaalta tulokset pysyvät oikeampina, kun vastauksia ei aleta korjailla. Muutoin mitään merkittävää virheellisyyttä tai puuttumista ei havaittu. (Hirsjärvi ym. 2000, 207–210.)

Tämän jälkeen aineisto järjestettiin tietojen tallennusta ja analyysija varten. Kvalitatiivinen aineiston järjestely on monimuotoista ja suuritöistä, ja kvantitatiivinen aineiston järjestely puolestaan koostuu muuttujien muodostamisesta ja aineiston merkitsemisestä laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti. Kvalitatiivinen aineisto kopioitiin, jotta teemoittelun ja luokittelun sekä sisällönanalyysin tekeminen helpottuisi. Kvalitatiivinen aineisto myös eroteltiin kuhunkin kysymykseen liittyväksi. Kvantitatiivinen aineisto kirjattiin SPSS-ohjelmaan, johon oli ensin luotu matriisipohja kyselyn perusteella. Puuttuva tieto kirjattiin numerolle 0 ja lisäksi tärkeys-vaihtoehtojen vastausvaihtoehto 5 ”ei sovi työhöni” kirjattiin puuttuvaksi tiedoksi tässä kohtaa, koska suurimmassa osassa analyysistä tätä tietoa ei merkittävästi voida hyödyntää. (Hirsjärvi ym. 2000, 207–210.)

Tutkimuksen pääasiallisena analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysissä voidaan sanoa etsittävän tekstin merkityksiä ja kuvattavan sanallisesti dokumenttien sisältöä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 106–107). Sisällönanalyysissä kvalitatiivista analyysiä tehdään luokittelemalla, teemoittelemalla ja tiivistämällä kerättyä sanallista aineistoa. Riippuen siitä, perustuvatko analyysi ja luokittelu aineistoon vai teoreettiseen viitekehukseen, voidaan sisällönanalyysi tehdä aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 109–116). Tätä tutkimusta voidaan luonnehtia teoriaohjaavaksi, sillä teoreettinen viitekehys ohjaa analyysin tekoa, mutta kyseessä ei kuitenkaan ole täysin teorialähtöinen tutkimus.

Kvantitatiivinen aineisto käsiteltiin pääasiassa jakaumia tarkastelemalla sekä keski- ja hajontalukuja hyödyntämällä. Ristiintaulukoinnin avulla oli mahdollista vertailla tuloksia, vaikka solufrekvenssit olivat pieniä. Ristiintaulukointeja tehtiin, mutta niistä ei käynyt ilmi mitään merkityksellistä. Näin pienellä aineistolla ei ollut mahdollista toteuttaa monimuuttuja-analyysyjä, mutta summamuuttujia muodostettiin jo ennakkoon suunnitelluista kysymysryhmittymistä. Tilastollinen testaus ei aineiston pienuuden takia ollut mahdollista. Tarkoituksena oli keskittyä tapauksen kuvaukseen näiltä osin. Lisäksi kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia tuloksia vertailtiin keskenään.

5.7 Tutkimuksen arviointia

Yksi keskeinen osa tutkimuksen raportointia on tutkimuksen luotettavuuden arviointi, ja tutkimuksen uskottavuuden perusta on ennen kaikkea hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu muun muassa rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus sekä kaiken kaikkiaan tutkimusetiikka. Tähän liittyy myös reliabiliteetin eli luotettavuuden ja validiteetin eli pätevyyden arviointi. Reliabiliteetti ja validiteetti liittyvät selkeämmin kvantitatiiviseen tutkimukseen ja sen arviointiin, mutta yhä enenevässä määrin ollaan sitä mieltä, että näitä termejä voidaan käyttää myös kvalitatiivisen tutkimuksen arvioinnin yhteydessä. Eettisyys kuuluu selkeästi myös molempiin tutkimusperinteisiin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettisinä periaatteina pidetään tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, vahingoittamisen välttämistä sekä yksityisyyden ja tietosuojan huomioimista. Tutkittavien itsemääräämisoikeutta pyrittiin kunnioittamaan takaamalla osallistumisen vapaaehtoisuus ja antamalla tutkittaville runsaasti tietoa tutkimuksen toteuttamisesta. Kirjallinen suostumus tutkimukseen ei ollut erikseen tarpeen, sillä kukin saattoi valita vastaako kyselyyn vai ei, ja vastaaminen voidaan tulkita myöntymiseksi tutkimukseen osallistumiseen. Yleiset suostumukset pyydettiin toimialajohtajilta ja johtava sosiaalityöntekijä oli käytännössä edesauttamassa tutkimuksen toteuttamista. Saatteessa mainittiin kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuudesta, vaikka toisaalta saatteessa pyrittiin motivoimaan vastaanottajaa vastaamaan kyselyyn. Saateetextissä kerrottiin mahdollisimman informatiivisesti tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta, jotta voidaan sanoa tutkimukseen osallistumisen perustuneen riittävään tietoon, ja lisäksi tutkija oli etukäteen esitellyt tutkimusaihettaan yhteisesti lähes jokaiselle kohdejoukon jäsenelle. Tutkimusjoukolle kerrottiin tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe, aineistonkeruun konkreettinen toteutustapa ja kyselyyn vastaamiseen kuluva arvioitu aika, kerättävän aineiston käyttötar-

koitus, hävittäminen ja se, ettei aineistoa käytetä muuhun kuin tähän tutkimukseen (Liite 1). (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4–11.)

Tutkimuksen eettisyys tarkoittaa muun muassa sitä, että tutkimus ei ole puolueellista jotakin tahoa kohtaan ja että tutkimus ei aiheuta haittaa yksilölle tai ryhmälle. Tutkimuksessa tutkija pyrki olemaan puolueeton tutkija huolimatta aiemmasta työskentelystään Satakunnan sairaanhoitopiirissä. Tutkimuksen tulokset tulivat vain tutkijan käyttöön, ja tutkimusraportin teksti kirjoitettiin siten, ettei sitä voi yhdistää yksittäisiin työntekijöihin. Näistä asioista informoitiin myös tutkimusjoukkoa kyselyn saatekirjeessä. Tutkimustulokset pyrittiin myös tuomaan mahdollisimman anonyymisti esiin, jotta kyselyyn vastaamisesta ei koituisi haittaa yksilölle, vaikka tutkimusjoukko olikin pieni. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2009; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4–11).

Tutkimusaineiston luotettavuuteen vaikuttavat kato ja otantavirhe. Koska kyseessä oli kokonaistutkimus, otantavirhettä ei voinut tulla. Kato sen sijaan oli otettava huomioon myös tässä tutkimuksessa. Tutkimuksen kannalta on aina toivottavaa, että vastausprosentti olisi mahdollisimman suuri ja kato sekä kokonaisissa vastauksissa että yksittäisten kysymysten kohdalla olisi mahdollisimman pieni. Koko kyselyn vastausprosentti oli 76 %, jolloin kadon osuudeksi jäi 24 %. Kadon määrää pyrittiin tässä tutkimuksessa vähentämään sillä, että vastaajat saivat vastata tutkimukseen työajalla ja käyttää tutkimusvastauksen lähettämiseen sairaanhoitopiirin kirjeluoria. Postitse vastauksen lähettäminen paransi myös vastaajien anonymiteettiä, koska tutkija ei tällöin voinut tietää, mistä vastaus oli lähetetty ja kuka sen olisi voinut lähettää. Toisaalta voidaan ajatella, että vastaamatta jättäneet ovat saattaneet kokea kyselylomakkeen tulostamisen ja postittamisen itse liian työlääksi ja aikaa vieväksi. Syntynyt kato voi johtua työkiireistä tai siitä, että vastaamatta jättäneet kokivat aiheen tai ylipäätään koko tutkimuksen turhaksi tai merkityksettömäksi. Yksinkertaisesti unohtaminenkin saattaa olla vastaamatta jättämisen syy. Muistutusviestien jälkeen oli molemmilla kerroilla huomattavissa vastausten saapumisen aktivoituminen eli herkemmin vastattiin ensimmäisen kyselyviestin ja muistutusviestien saapumispäivänä ja yhdestä kahteen päivää sen jälkeen. Lähtökohtaisesti vastausprosentti oli kuitenkin hyvä, joskin näin pienessä aineistossa kadon merkitys korostuu.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat hyvien tutkimuskäytäntöjen lisäksi myös reliabiliteetti ja validiteetti, jotka pitää huomioida niin kvantitatiivisessa kuin kvalitatiivisessa tutkimuksessa, vaikka ne kummassakin saavat hieman eri piirteitä. Yksinkertaisimmillaan reliabiliteetti tarkoittaa tulosten toistettavuutta ja validius puolestaan kykyä mitata sitä, mitä pitikin (Hirsjärvi & Remes & Saja-

vaara 2000, 213). Kvalitatiivisen tutkimuksen reliabiliteettia voidaan tarkastella hieman erilailta ja ottaa huomioon metodin luotettavuuden ja johdonmukaisuuden arviointi, ajallinen luotettavuus eli mittausten ja havaintojen pysyvyys eri aikoina sekä johdonmukaisuus tuloksissa (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Kyselytutkimus aineistonkeruun menetelmänä saattoi olla kvalitatiivisen aineiston reliabiliteetin kannalta heikentävä tekijä. Kyselymenetelmässä ei ole mahdollista tarkistaa ymmärsikö vastaaja kysymyksen oikein, kysyä tarkennuksia tai saada monipuolista ja laajaa kokemusperäistä aineistoa, koska vastaaminen kirjoittamalla usein yksinkertaistaa vastaajan ulosantia. Toisaalta koska tutkija oli aiemmin tuttu kohdejoukon kanssa ja vastaajia pyrittiin etukäteen motivoimaan, lomaketutkimus aineistonkeruun menetelmänä saattoi parantaa tutkimuksen luotettavuutta. Lomaketutkimuksen avulla tutkijan suora vaikutus tutkimustuloksiin poistuu, kun tutkimustilanne itsessään ei ole vuorovaikutuksellinen tilanne. Myös tutkijan tuttuutta ja tämän vaikutusta pystytään hälventämään, kun tutkija ei ole tutkimustilanteessa läsnä. Näin vastaajien todelliset näkemykset ja asiantuntemus tulevat varmemmin vastauksissa esiin. Tosin aina tutkimuksissa on se piirre, että vastaaja pyrkii vastaamaan sosiaalisesti hyväksytyllä tavalla eikä todellisen kokemuksensa tai mielipiteensä mukaan, mutta tämä vaara on myös suorissa vuorovaikutustilanteissa, kuten haastatteluissa.

Tässä tutkimuksessa reliabiliteettia on yleisesti lisätty muun muassa kysymysten ymmärrettävyyden ja vastattavuuden kehittämällä ja sitä kautta virhevastausten mahdollisuuksia minimoimalla. Tutkimuksen reliabiliteettia pyrittiin siis kasvattamaan ja katoa vähentämään kyselylomakkeen testauksella sekä kysymysten ymmärrettävyyden ja lomakkeen vastattavuuden varmistamisella. Työskentely kyseisessä organisaatiossa auttoi myös käyttämään sellaista kieltä, joka on konstruktiiivisesti ymmärrettävissä tutkittavassa ympäristössä. Reliabiliteettia voidaan ajatella kasvattavan lomakkeen käyttö tutkimusmenetelmänä, koska se mahdollisti kokonaistutkimuksen tekemisen ja siten tutkimustulosten on yleistettävämpi kyseisessä organisaatiossa kuin otoksen avulla olisi ollut. Organisaatiossa kohdejoukko kuitenkin työskentelee hyvin erilaisissa olosuhteissa, jolloin esimerkiksi haastattelun avulla olisi saatu esiin yksittäisiä havaintoja, mutta ei välttämättä kokonaisvaltaista näkemystä koko sosiaalityön osalta.

Kysymällä laatuun liittyviä asioita sekä kvantitatiivisilla menetelmillä että kvalitatiivisilla menetelmillä pyrittiin tutkimuksen luotettavuuden kasvuun. Jo aiemminkin mainittu triangulaatio on siis yhteydessä tutkimuksen luotettavuuteen, sillä lähtökohtaisesti useiden eri menetelmien käyttö pa-

rantaa sekä reliabiliteettia että validiutta. Sitä, miten itse tutkimustulokset vastaavat tutkimusongelmiin, ovatko havainnot pysyviä eri aikoina ja ovatko tulokset johdonmukaisia, käsitellään tutkimustulosten yhteenvedossa. (Hirsjärvi ym. 2000, 215.)

6 ERIKOISSAIRAANHOIDON SOSIAALITYÖNTEKIJÖIDEN LAATUNÄKEMYKSET

6.1 Monipuolinen laatu

Kyselyn ensimmäisessä osiossa käsiteltiin laatuajattelua kokonaisuutena. Osio sisälsi kaksi kysymystä, joista ensimmäinen oli avoin ja toinen strukturoidumpi. Ensimmäisessä kysymyksessä pyydettiin vastaajia määrittelemään, mikä heidän mielestään on hyvää laatua sosiaalityössä. Kaikki vastaajat olivat vastanneet ensimmäiseen kysymykseen. Laadukas sosiaalityö tuli esiin vastauksissa hyvin monipuolisena, sillä yksittäisiä asioita mainittiin toista sataa. Asioista nousi esiin selkeitä yhtenäisiä teemoja, mutta myös hajanaisempia näkökulmia laatuun. Vastauksista erottui se, että yleensä yksittäisen työntekijän näkemys laadukkaasta sosiaalityöstä painottui lähes vallan yhteen tai korkeintaan kahteen eri teemaan. Näin ollen kokonaisuutena tarkasteltuna sosiaalityöntekijöiden näkemys laadukkaasta sosiaalityöstä oli hyvinkin monipuolinen, mutta yksittäisten sosiaalityöntekijöiden omat näkemykset olivat hyvin yksipuolisia.

Selkeästi eniten yksittäisiä vastauksia tuli liittyen teemoihin: asiakaslähtöisyys, vuorovaikutus, ammattitaito ja moniammatillisuus. Asiakaslähtöisyys-teemaan kuuluvia asioita kirjoitti yli kaksi kolmasosaa vastaajista. Asiakaslähtöisyyteen liittyen tuotiin esiin asiakkaan tilanteen perusteellisen ja kokonaisvaltaisen kartoittamisen tärkeys sekä työn tekeminen asiakkaan tilanne, tarpeet, toiveet ja itsemääräämisoikeus huomioiden. Toiseksi suurimpaan teemaan eli vuorovaikutukseen oli kiinnittänyt huomiota myös yli kaksi kolmasosaa vastaajista. Tärkeänä nähtiin asiakkaan kunnioittava ja yksilöllinen kohtaaminen, asiakkaan kuuleminen ja kuunteleminen, dialogisuus ja empatia sekä asianmukainen ja jopa ystävällinen asiakaspalvelu. Myös vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot tuotiin esiin.

Puolet vastaajista toi esiin asioita, jotka jaoteltiin kuulumaan ammattitaito-temaan. Tällaisina laadukkaan sosiaalityön elementteinä mainittiin niin ammatillisuus kuin ammattitaito, kyky kohdata ja ottaa puheeksi vaikeita asioita ammattitaitoisesti, koulutus ja pätevyys, kuin tieto-taito ja sen ylläpitäminenkin. Koska ammattitaito on hyvin epämääräinen käsite, otettiin tähän teemaan vain ne kommentit, joissa oli mainittu sana ammattitaito tai ammatillisuus. Termit oli mainittu niin monissa vastauksissa, että nähtiin tarpeelliseksi erottaa ne omaksi teemakseen, vaikka toisaalta kaikki työn laadukkaaseen tekemiseen liittyvät asiat voitaisiin ajatella ammattitaidon ominaisuuksiksi. Moniammatillisuus-teman mainitsi noin joka kolmas vastaaja. Esiin tuotiin muun muassa verkostoituminen, muiden toimijoiden kunnioittaminen, avoimuus ja yhteydenpito muihin ammattiryhmiin sekä asiakastyössä moniammatillisuuden hyödyntäminen siten, että asiakas saa parhaan avun.

Pienempinä laadukkaan sosiaalityön teemoina tuli esiin useita hyvin erilaisia asioita, joita olivat vaihtelevasti maininneet yksi henkilö tai korkeintaan alle yksi kolmasosa vastaajista. Tällaisia työn konkreettiseen tekemiseen liittyviä teemoja olivat esimerkiksi perheen ja omaisten huomiointi, riittävän tiedon jakaminen asiakkaille sekä eettisyys, kuten sosiaalityön etiikka, lakien ja ohjeiden noudattaminen, oikeudenmukaisuus, tasa-arvoisuus ja luottamuksellisuus. Sosiaalityöntekijän oma asenne ja henkilökohtaiset kyvyt koettiin yhdeksi laadukkauden merkiksi. Tähän liittyen mainittiin esimerkiksi aito halu viedä asiakkaan asioita eteenpäin, oman työn arvostus, kyky reflektoida omaa toimintaa ja kehittää itseään sekä kyky pitää itsestään huolta ja vetää raja työn ja vapaa-ajan välille. Selkeästi laatuajatteluun liittyvänä teemana tuotiin esiin tuloksellisuus, jonka merkkeinä nähtiin asiakkaan kokemus siitä, että hän on saanut tarvitsemansa avun ja lisäksi sosiaalityön oikea-aikaisuus, mahdollisimman nopeasti asiakkaan tarpeeseen vastaaminen ja oikeissa asioissa auttaminen. Mainituksi tuli myös se, että laadun tulee olla mitattavissa. Organisaatio tuotiin myös esiin muutamissa vastauksissa. Organisaation koettiin vaikuttavan laadukkaaseen sosiaalityöhön hyvän johtamisen ja riittävien resurssien sekä koulutuksen ja työnohjauksen järjestämisen avulla.

Tutkimuksen toisessa kysymyksessä vastaajia pyydettiin asettamaan kuusi esitettyä sosiaalityön laadun osa-aluetta kunkin oman työn kannalta tärkeimmästä vähiten tärkeimpään. Kaikki sosiaalityöntekijät olivat vastanneet kysymykseen (n=22). Esitetyt ominaisuudet perustuvat sosiaali- ja terveyspalvelujen laadun ominaisuuksien erittelyyn: palvelun hyvä sisältö, hyvät toimintaedellytykset, hyvä asiakaspalvelu, palvelun hyvä toteutus, hyvät tulokset sekä hyvät tukijärjestelmät ja työvälineet (Outinen ym. 1994, 13–14). Kyselylomakkeessa vaihtoehtoja oli hieman avattu esimerkein. Palvelun hyvä sisältö tarkoittaa esimerkiksi palvelujen kohdentamista oikein, asiakkaiden ongelmi-

en tunnistamista, oikeita työmenetelmiä ja työn tavoitteita sekä oikeaa jaettavaa tietoa. Hyvät toimintaedellytykset sisältävät toimivat tilat ja varusteet, toimivan työyhteisön sekä työtä tukevan työilmapiirin ja johtamisen. Hyvään asiakaspalveluun on eritelty asiakkaan aito kohtaaminen, eettisten periaatteiden ja lakien noudattaminen, asiakkaan toiveiden huomiointi ja asiakkaan mahdollisuus osallistua palveluun. Sosiaalityön hyvä toteutua on esimerkiksi oikeiden asioiden tekemistä oikeaan aikaan, riittävän tehokasta työtä, tiedotusta ja verkostojen toimivuutta niin talon sisällä kuin sen ulkopuolellakin. Hyvä tulos määrittellään asiakastyön tavoitteiden saavuttamiseksi, työn vaikuttavuudeksi, asiakastyytyväisyydeksi ja asiakassuhteiden onnistumisenkokemuksiksi. Hyvät tukijärjestelmät ja työvälaineet puolestaan tarkoittavat asiakkaille jaettavien ohjeiden ja esitteiden toimivuutta, työyhteisön ohjeiden ja sopimusten tarkoituksenmukaisuutta ja kaikkien tietoutta niistä sekä toimivia ja tarkoituksenmukaisia tieto- ja palautejärjestelmiä.

Taulukossa 1. tarkastellaan sosiaalityöntekijöiden vastausten jakautumista kunkin vaihtoehdon suhteen keskilukujen avulla. Tärkeyttä arvioitiin asteikolla 1-6, joka oli jaettu siten, että luku 1 tarkoittaa tärkeintä ja luku 6 vähiten tärkeintä. Kaikki olivat vastanneet kysymykseen (n=22).

	Palvelun hyvä sisältö	Hyvät toimintaedellytykset	Hyvä asiakaspalvelu	Palvelun hyvä toteutus	Hyvät tulokset	Hyvät tukijärjestelmät ja työvälaineet
Moodi	2	5	1	3 ^a .	4	6
Mediaani	2	5	1	4	4	6
Keskiarvo	2,1	4,4	1,9	3,7	3,6	5,5

a. useita arvoja, pienempi arvo valittu

Taulukko 1. Sosiaalityöntekijöiden näkemykset sosiaalityön laadun ominaisuuksista tärkeimmästä vähiten tärkeimpään.

Taulukon esittämien keskilukujen perusteella voidaan tehdä johtopäätöksiä siitä, miten keskimääräisesti ominaisuudet järjestyvät tärkeysasteikolla. Tärkeimpänä ominaisuutena sosiaalityöntekijät pitävät selkeästi hyvää asiakaspalvelua ja toiseksi tärkeimpänä palvelun hyvää sisältöä.

Palvelun hyvä toteutus ja hyvät tulokset eivät ole niin yksiselitteisesti laitettavissa järjestykseen, koska keskiarvot ovat hyvin lähellä toisiaan ja mediaanikin on sama. Palvelun hyvän toteutuksen moodikin on epätarkka arvo analysoida, koska tarjolla on ollut useita arvoja, joista ohjelma on valinnut pienemmän arvon. Voidaan kuitenkin tehdä keskilukujen tärkeyden ja luotettavuuden mukai-

sesti valinta, että moodi merkitsee tässä kohtaa arvona enemmän, sillä siihen eivät vaikuta muista muuttujan arvoista huomattavasti poikkeavat suuret tai pienet arvot. Tässä tutkimuksessa, kun havaintojen määrä on pieni, tällaiset äärimmäisen poikkeavat arvot voivat vaikuttaa suuresti aritmeettisen keskiarvon suuruuteen. Päätelyn avulla palvelun hyvä toteutus järjestyy kolmanneksi tärkeimmäksi sosiaalityön laadun ominaisuudeksi ja neljänneksi tärkeimmäksi hyvät tulokset.

Myös jälkimmäiset ominaisuudet ovat selkeitä tulkita, koska moodi ja mediaani sekä keskiarvo ovat kaikki linjassa keskenään sekä kyseisen ominaisuuden kohdalla että muiden ominaisuuksien kesken. Näin ollen viidenneksi tärkeimmäksi ominaisuudeksi voidaan tulkita hyvät toimintaedellytykset. Vähiten tärkeimpänä sosiaalityöntekijät näkevät hyvät tukijärjestelmät ja työvälineet.

6.2 Asiakslähtöisyys ja vuorovaikutus

Kyselyn toinen osio käsitteli sosiaalityöntekijöiden tekemää työtä, mutta asiakkaan näkökulmasta. Ensin vastaajia pyydettiin sanallisesti kertomaan, mitä he ovat kokemuksensa perusteella huomanneet asiakkaiden pitävän tärkeimpänä heidän tekemässään työssä. Kysymykseen olivat vastanneet kaikki. Sosiaalityöntekijöiden näkemykset siitä, mitä asiakkaat pitävät tärkeimpinä heidän työssään vaihtelivat hieman verrattuna heidän aiemmin esittämiinsä näkemyksiin laadukkaasta sosiaalityöstä. Tosin suurimmiksi nousivat tässäkin kohtaa teemat vuorovaikutus ja asiakslähtöisyys, jotka tuntuivat kietoutuvan toisiinsa useissa teksteissä. Yhteensä vuorovaikutuksen ja/tai asiakslähtöisyyden mainitsi runsas neljä viidesosaa vastaajista. Vuorovaikutuksen erityispiirteinä tuotiin esille muun muassa selkeys, rehellisyys ja kunnioittaminen sekä kuulluksi ja kohdatuksi tuleminen. Asiakslähtöisyydestä mainittiin erityisesti asiakkaan tilanteen kokonaisvaltainen ymmärtäminen ja työssä keskittyminen siihen, mikä on asiakkaalle tärkeää. Asiakkaiden koettiin pitävän tärkeimpänä asiakslähtöistä vuorovaikutusta ja asiakkaan kohtaamista ja toisaalta asiakslähtöistä työtä, jota tehdään dialogissa asiakkaan kanssa, kuten seuraavassa:

”Asiakkaat pitävät tärkeänä heidän toiveidensa ja mielipiteidensä kuulemista ja huomioimista sekä asiakkaan yksilöllisten lähtökohtien huomioon ottamista.” Vastaaja 22

Lisäksi tärkeimpänä asiakkaiden koettiin pitävän konkreettisuuden ja tuloksellisuuden tematiikkaa. Tärkeänä mainittiin siis pidettävän konkreettista työtä, kuten ongelmien selvittämistä ja jopa ratkaisemista, asian tai asiakkaan ohjaamista eteenpäin, tiedon antamista, hakemusten täyttämässä aut-

tamista sekä asiakkaan toimeentulon paranemista. Lisäksi mainittiin termistön ja tulevien toimenpiteiden tai tapahtumien selittäminen, selkeän jatkosuunnitelman tekeminen, asiakkaan tulevaisuuden suunnitelmien rakentuminen sekä mahdollisen seuraavan hoito- tai kontaktitahon löytäminen. Asiakkaalle on tärkeää, että löytyy vaihtoehtoja, jotka konkreettisesti auttavat selviämään jatkossa paremmin. Näitä asioita oli maininnut yli neljä viidesosaa vastaajista. Näiden selkeiden teemojen lisäksi tuotiin esiin yksittäisiä asioita, kuten lohduttaminen ja toivon ylläpitäminen vaikeissa tilanteissa, keskusteluapu, läsnäolon kiireettömyys ja tavoitettavuus, joita asiakkaiden koettiin pitävän tärkeimpänä terveyssoseaalityössä.

Ensimmäinen kvantitatiivinen strukturoitu kysymyspatteristo (kysymys 4.) käsitteli soseaalityötä asiakkaan näkökulmasta. Väittämät koskettivat asioita, jotka ovat lähtökohtaisesti merkityksellisiä asiakkaan kokemukselle laadusta. Soseaalityöntekijöitä pyydettiin arvioimaan kymmenen väittämän kohdalla, miten suuri merkitys niillä on kunkin omasta mielestä työnsä laadulle. Vastausvaihtoehdot olivat täysin merkityksetön, jokseenkin merkityksetön, jokseenkin tärkeä, erittäin tärkeä ja ei sovi työhöni. Vaihtelevasti kuhunkin väittämään oli vastannut 19–22 henkilöä. Tärkeimmäksi näistä seikoista erottautui väittämä 2., että asiakas saa asiakastapaamisessa tarvitsemansa tiedon ymmärrettävästi ja selkeästi (n=22). Väittämien keskilukutaulukossa tämän väittämän moodi, mediaani ja keskiarvo olivat arvoltaan 4, ja siten suuremmat kuin muiden. Jokainen vastaaja oli arvioinut tiedon saannin erittäin tärkeäksi. Mitään väittämää ei ollut arvioitu täysin merkityksettömäksi, ja muut väittämät olivat keskiluvuiltaan hyvin samankaltaisia keskenään.

Lisäksi kunkin väittämän kohdalla pyydettiin arvioimaan, toteutuuko kyseinen asia tällä hetkellä vastaajan työssä vai ei, asteikolla 1 toteutuu ja 2 ei toteudu. Vaihtelevasti kuhunkin väittämään oli vastannut 20–22 henkilöä. Keskiluvuista ja jakaumista oli havaittavissa, että jokaisen väittämän kohdalla löytyy niitä, joiden työssä asia toteutuu ja niitä, joiden työssä asia ei toteudu. Ainoa väittämä, jonka kohdalla moodi, mediaani ja keskiarvo kohosivat arvon 2 suuntaan, oli väittämä 7., että asiakastyytyväisyyttä seurataan säännöllisesti soseaalityön osalta (n=21). Jakaumasta voitiin myös nähdä, että vain yksi vastaaja katsoi seurannan toteutuvan. Suurimman osan kohdalla asiakastyytyväisyyden säännöllinen seuranta ei siis toteudu. Tärkeimpänä erottuneen väittämän asiakkaan tarvitsemasta tiedon saannista soseaalityöntekijät arvioivat myös toteutuvan enimmäkseen (n=22). Kyseisen väittämän keskiluvut olivat selkeästi pienemmät ja lähempänä arvoa 1 kuin muiden väittämien. Jakauman mukaan vain yksi vastaaja arvioi, että tiedonsaanti ei toteudu.

Viidennessä kysymyksessä sosiaalityöntekijöiden ajatukset siitä, miten kunkin tekemää sosiaalityötä tai työtapoja pitäisi kehittää, jotta asiakkaan kokema laatu paranisi entisestään, hajaantuivat suuresti. Vastauksista oli myös huomattavissa, että kysymystä ei ollut luettu riittävän hyvin tai ymmärretty oikein. Osa vastaajista nimittäin toi ennemminkin esiin työn tekemistä haittaavia asioita kuin selkeästi ratkaisuja työn laadun parantamiseksi. Haittaavana asiana mainittiin esimerkiksi kiire, mutta ei esitetty mitään konkreettista toimenpidettä, jolla kiirettä voitaisiin vähentää. Kysymyksessä haettiin keinoja, joilla työntekijä itse voisi parantaa oman työnsä laatua siten, että laadun paraneminen näkyisi nimenomaan asiakkaalle. Parannuskeinoja oli toki myös mainittu. Kiirettä voitaisiin sosiaalityöntekijöiden mielestä hälventää ajanvarausmenetelmiä kehittämällä, työajan käytön uudelleen organisoinnilla sekä työn oikea-aikaisuuden ja asiakasohjautuvuuden kehittämistä niin, että asioihin voisi paneutua aiemmin kuin vasta kotiutuspäivänä. Toiseksi merkittävimpänä toimenpiteenä tuotiin esiin tiedottaminen sosiaalityön palveluista niin asiakkaille kuin muulle henkilökunnallekin. Tiedottamisen avulla toivottiin asiakkaiden löytävän sosiaalityön avukseen helpommin ja oikeissa tilanteissa joko itse tai muun henkilökunnan ohjaamana. Moni mainitsi myös tarvitsevänsä lisää tietoa ja asiantuntemusta itselleen esimerkiksi lähipalveluiden, muiden sosiaali- ja terveystalveluiden toimintojen, etuus- ja sosiaaliturvajärjestelmän sekä muun erityisasiantuntijuuden suhteen. Asiantuntemuksen kasvattamiseen mainittiin saatavan apua myös nykyistä aktiivisemmän vertaistuen ja konsultoinnin kautta. Yksittäisinä parannuskeinoina kirjattiin myös esitietojen parempi keruu esimerkiksi esitietolomakkeen tai verkostokartan avulla, selkokielisten kirjallisten tietopakettien kehittäminen ja niiden jakaminen asiakkaille, selkeämmät kirjaukset sekä työyhteisön yhteinen työtapojen kehittäminen.

Siihen, miten asiakasta voisi hyödyntää sosiaalityön laadun kehittämisessä ja miten asiakas voi vaikuttaa sosiaalityön laatuun, ei tullut kovinkaan innovatiivisia vastauksia. Sosiaalityöntekijät kokivat, että tälläkin hetkellä asiakkailla on vaikutusmahdollisuuksia sosiaalityön laatuun ja sen kehittämiseen. Noin joka kolmas vastaaja kertoo pyrkivänsä asiakastapaamisten yhteydessä kysymään asiakkaan toiveita ja odotuksia sekä tarkistamaan asiakkaan tyytyväisyyttä ja esimerkiksi tiedon ymmärrettävyyttä. Vastauksissa tuotiin myös esiin, että osa asiakkaista on hyvin tietoisia palveluista ja he osaavat vaatia asioita, kuten esimerkiksi etuuksia ja apua niiden hakemiseen. Vastaajat olivat myös sitä mieltä, että asiakastapaamisen yhteydessä mielipiteiden ja palautteen kysymistä voisi lisätä myös jokaisen työntekijän toimesta. Suurimmaksi kehittämistarpeeksi kävi ilmi kirjallisen asiakaspalautteen säännöllinen kerääminen. Tämän toi esiin puolet sosiaalityöntekijöistä. Siihen, miten kysely toteutettaisiin, oli monia ehdotuksia, kuten sähköinen palautelomake ja palautelaatikko. Ky-

selyissä voitaisiin sosiaalityöntekijöiden mielestä kysyä niin saadusta palvelusta ja työntekijöiden ammattitaitoisuudesta kuin asiakkaiden toiveista ja kehittämistarpeista.

Seitsemännessä kysymyksessä haluttiin tietää, kokevatko sosiaalityöntekijät, että heidän asiakkailaan on ristiriitaisia odotuksia liittyen sosiaalityön sisältöihin ja palvelun laatuun. Puolet sosiaalityöntekijöistä oli sitä mieltä, että ristiriitaisia odotuksia on ja puolet sitä mieltä, että ei ole (N=22, n=22). Kahdeksannen kysymyksen vastaukset siihen, mitä ristiriitaisille odotuksille voisi tehdä, jotta ne vastaisivat paremmin terveysosiaalityön todellisuutta, jakautuivat lähinnä kahteen eri teemaan. Ensinnäkin sairaaloissa ja Internet-sivuilla tulisi pyrkiä tiedottamaan paremmin terveysosiaalityön sisällöistä ja mahdollisuuksista, jotta asiakkaalla olisi etukäteen mahdollisimman hyvä kuva siitä, mitä sosiaalityöltä voi sairaalassa odottaa. Toiseksi valtakunnallisella ja paikallisella tasolla tulisi tiedottaa asukkaita sosiaalityön eri kenttien rooleista ja palveluista, ja sitä kautta lisätä yleensäkin tietoisuutta sosiaalityön koulutuksesta ja palveluista:

”Sosiaalityöntekijän odotetaan usein olevan vain etuuskäsittelijä, vaikka koulutus antaa valmiudet asiakkaan kohtaamiseen ja asioiden selvittelyyn.” Vastaaja 11

”Selkeyttää asiakkaille myös sairaalan sosiaalityöntekijän työnkuvaa ja sitä esim. miten eroaa kunnan sosiaalityöntekijän virasta. Nyt tullut vastaan tilanteita, jossa asiakkaat olettaneet, että sairaalan sosiaalityöntekijät tekevät myös päätöksiä esim. toimeentulotuesta.” Vastaaja 6

Kolmanneksi odotuksia pitäisi käsitellä viimeistään asiakastilanteessa. Asiakkaan kanssa pitäisi käydä hänen tilanteensa läpi ja sen jälkeen keskustella siitä, mitä sairaalassa asioille voidaan tehdä. Asiakkaat ovat usein kärsimättömiä, mutta realiteettien kertominen ja yhteisten tavoitteiden asettaminen auttaa kestävämpään epävarmaan tilannetta ja ymmärtämään sairaalan sosiaalityön rajallisuutta.

6.3 Itsenäistä kehittämistä kiireessä

Kolmas osio käsitteli sosiaalityötä ja sen laatua erityisesti työntekijän näkökulmasta. Sosiaalityöntekijöiltä kysyttiin asioita, joiden he ovat kokeneet edistäneen ja haitanneen kunkin tekemän sosiaalityön laatua viimeisen puolen vuoden aikana. Kysymyksissä mainittiin esimerkkeinä organisaatiossa, työoloissa, työyhteisössä, työtehtävissä tai henkilökohtaisessa elämässä tapahtuneet muutokset.

Ilmeisesti henkilökohtaisessa elämässä tapahtuneita asioita ei kuitenkaan koettu työn laatuun merkittävästi vaikuttavina asioina, koska niitä ei ollut vastauksissa sivuttu.

Laatua oli edistänyt selkeästi eniten kunkin työntekijän itsenäinen työn kehittäminen, esimerkiksi omia työtapoja ja -asenteita pohtimalla ja muuttamalla, sekä aktiivinen tiedon hankinta ja kouluttautuminen. Näitä seikkoja mainitsi kaksi viidesosaa sosiaalityöntekijöistä. Toiseksi eniten tuotiin esiin työn organisointiin tehtyjä muutoksia, kuten työtehtävien uudelleen jakoa, rajausta ja selkeyttämistä sekä työtila- ja henkilövaihdoksia. Kolmanneksi eniten mainittiin yhteistyössä ja moniammatillisessa työskentelyssä tapahtuneet muutokset. Sosiaalityöntekijöiden kollegiaaliset tapaamiset ja yhteistyöpalaverit mainittiin erityisesti. Lisäksi tuotiin esiin yksittäisinä kommentteina työergonomian parantuminen, potilaille suunnatun kirjallisen tiedottamisen lisääminen ja sosiaalityön suurempi esille tuominen työyhteisössä.

Laatua oli puolestaan haitannut selkeästi eniten kiire. Tämän toi esiin kaksi viidesosaa sosiaalityöntekijöistä. Kiireen mainittiin olevan jopa päivittäistä, ja sen koettiin haittaavaan laadukkaan ja monipuolisen työn tekemistä. Toiseksi ja kolmanneksi eniten mainittiin samoihin teemoihin liittyviä asioita, kuin työtä edistäneissä asioissa. Työn organisointiin liittyvät seikat, kuten työtehtävien epäselvyys tai rajaamattomuus, työtilojen toimimattomuus sekä henkilömuutokset ja -ristiriidat. Myös johtotason suppea informointi mainittiin. Yhteistyössä ja moniammatillisessa työskentelyssä mainittiin joko asioiden olevan huonolla tolalla tai niiden muuttuneet huonommiksi. Sosiaalityöntekijän huomiotta jättäminen asiakastyössä ja moniammatillisen yhteistyön vähentyminen mainittiin erityisesti. Henkilökohtaiset sairauslomat tuotiin myös esiin laatua haitanneena asiana.

Yhdestoista kysymys oli toinen kysymyspatteristo, jossa oli 12 väittämää liittyen lähinnä siihen, miten sosiaalityöntekijä toteuttaa työtään arjessa. Vastaustavat olivat samat kuin edellisessäkin patteristossa eli ensin sosiaalityöntekijöitä pyydettiin arvioimaan, miten suuri merkitys väittämillä on kunkin omasta mielestä työnsä laadulle. Vastausvaihtoehdot olivat täysin merkityksetön, jokseenkin merkityksetön, jokseenkin tärkeä, erittäin tärkeä ja ei sovi työhöni. Jakaumien ja keskilukujen perusteella selkeästi tärkeimmäksi asiaksi sosiaalityöntekijöiden mielestä nousi palvelun luotettavuus eli salassapidon toteutuminen ja lainmukaisuus. Kaikkien sosiaalityöntekijöiden mielestä (n=22) tämä luotettavuus oli erittäin tärkeää palvelun laadulle. Lähes kaikkien muiden väittämien kohdalla keskiluvut olivat tasaisesti arvon neljä lähettyvillä eli ne koettiin erittäin tärkeiksi. Ainoastaan väittämät 5., 7. ja 8. poikkesivat keskiluvuiltaan muista siten, että niiden arvot tipahtivat lähelle arvoa 3

eli jokseenkin tärkeä, ja lisäksi niissä ilmeni eniten hajontaa. Väitteisiin 5., 7. ja 8. oli myös jätetty useammin vastaamatta kokonaan, kun muiden väitteiden kohdalla vastaajia oli 21–22.

Merkityksellistä oli, että tässä kysymyspatteristossa oli väittämien kohdalla käytetty vastausvaihtoehtoa *ei sovi työhöni*, mitä ei aiemmassa kysymyspatteristossa ollut juurikaan käytetty. Koska *ei sovi työhöni* -vaihtoehto koodattiin puuttuvaksi tiedoksi, se ei vääristä kuitenkaan tärkeyden jakaumia. Esimerkiksi viidennessä väittämässä *Teen työni heti kerralla oikein*, kuusitoista sosiaalityöntekijää oli vastannut kysymykseen (n=16) ja lisäksi viisi muista oli valinnut vaihtoehdon *ei sovi työhöni*. Pohdittavaksi jäänee tarkoittaako tässä kohtaa vaihtoehto *ei sovi työhöni*, että vastaaja on tulkinnut kysymyksen niin, että kyseinen väite ei vain voi toteutua työssä ja on siksi valinnut tämän vaihtoehdon. Mikäli näin ei ole, vastaus on pakko tulkita niin, että 23 % kyselyyn vastanneista sosiaalityöntekijöistä on sitä mieltä, että työn tekeminen kerralla oikein ei ole sosiaalityön tarkoitus tai että kunkin vastaajan kohdalla sosiaalityön tekeminen heti kerralla oikein ei sovi työtavaksi. Oikeastaan jokainen näistä eritetyistä ymmärrystavoista olisi huolestuttavaa sosiaalityön kannalta ja sen laatuajattelun kannalta – eikö kuitenkin olisi tarkoituksenmukaista edes tavoitella työn tekemistä heti kerralla oikein, jotta työ olisi mielekästä ja vaikuttavaa? Lisäksi huomattavaa on, että vain neljä vastaajaa näkee työn tekemisen heti kerralla oikein laadun kannalta erittäin tärkeäksi ja loput pitävät sitä vain jokseenkin tärkeänä.

Patteristoon oli hukutettu kaksi väittämää, jotka ovat toistensa vastakohtat: 7. *Palveluni tavoittaa vähemmän asiakkaita, mutta yhteen asiakkaaseen käytetään koko hänen tarvitsemansa aika ja palvelu on syvällistä.* ja 8. *Palveluni tavoittaa mahdollisimman monta asiakasta, mutta yhteen asiakkaaseen käytetty aika on pienempi ja palvelu vähemmän syvällistä.* Toisin kuin lähes kaikki muut väittämät, näistä väittämistä kumpikaan ei ole yksiselitteisesti laatuajattelun mukaisesti niin sanottu oikea vaihtoehto. Käytännössä työyhteisö tai organisaatio voi määritellä kumpi näistä vaihtoehdoista vastaa paremmin heidän perustehtäväänsä, tavoitteisiinsa sekä käsitykseensä laadusta juuri tässä työssä. Näiden väittämien kohdalla oli havaittavissa eniten vastauksia *ei sovi työhöni* (taulukko 2.).

Vastausten jakaumien perusteella voidaan sanoa, että sosiaalityöntekijöiden mielestä on tärkeämpää laadun kannalta tehdä syvällisempää palvelua kuin tavoittaa mahdollisimman monta asiakasta, sillä selkeästi useampi koki syvällisyyden sekä jokseenkin tärkeäksi että erittäin tärkeäksi verrattuna toiseen väittämään. Myös vastauksia *ei sovi työhöni* tuli enemmän väitteen kahdeksan kohdalla.

	11) 7. Palveluni tavoittaa vähemmän asiakkaita, mutta yhteen asiakkaaseen käytetään koko hänen tarvitsemansa aika ja palvelu on syvällistä.	11) 8. Palveluni tavoittaa mahdollisimman monta asiakasta, mutta yhteen asiakkaaseen käytetty aika on pienempi ja palvelu vähemmän syvällistä.
Hyväksytyt vastaukset (n)	19	15
- Täysin merkityksetön	0	0
- Jokseenkin merkityksetön	0	4
- Jokseenkin tärkeä	11	9
- Erittäin tärkeä	8	2
Puuttuvat	3	7
- Puuttuva tieto	0	2
- ”Ei sovi työhöni”	3	5
YHTEENSÄ (N)	22	22

Taulukko 2. Sosiaalityöntekijöiden vastausten jakaumat liittyen väittämien merkitykseen sosiaalityön laadulle.

Lisäksi kunkin väittämän kohdalla pyydettiin arvioimaan, toteutuuko kyseinen asia tällä hetkellä vastaajan työssä vai ei, asteikolla 1 toteutuu ja 2 ei toteudu. Lukuun ottamatta väitteitä 5., 7. ja 8., joissa oli useammin jätetty vastaamatta koko kysymykseen tärkeydenkin arvioinnin kohdalla, kuhunkin kysymykseen oli vastannut 20–22 sosiaalityöntekijää. Kaiken kaikkiaan väitteet toteutuivat suurimmaksi osaksi sosiaalityöntekijöiden työssä. Kaikkien sosiaalityöntekijöiden (n=22) kohdalla toteutuivat väitteet:

- Asiakaspalveluni on luotettavaa (vrt. neuvot ja tiedot pitävät paikkaansa).
- Minulla on työssäni avoin ja ystävällinen palveluasenne.
- Olen kiinnostunut ratkaisemaan asiakkaiden ongelmatilanteita/tukemaan heitä ratkaisuisia.

Selkeästi väitteiden joukosta erottui, että asiakassuhteen alussa laajan sosiaalisen tilanteen kartoitus toteutuu vähiten, sillä yksitoista sosiaalityöntekijää kertoo, ettei väite toteudu hänen työssään (n=20). Se, että sosiaalityön palvelu tavoittaa vähemmän asiakkaita, mutta yhteen asiakkaaseen käytetään koko hänen tarvitsemansa aika ja palvelu on syvällistä, toteutuu 13 vastaajan kohdalla (n=19). Puolestaan se, että sosiaalityön palvelu tavoittaa mahdollisimman monta asiakasta, mutta yhteen asiakkaaseen käytetty aika on pienempi ja palvelu vähemmän syvällistä, toteutuu kymmenen vastaajan kohdalla (n=18). Toteutumisesta voitaisiin arvioida, että työ varmaankin vaihtelee, ja toisinaan toteutuu toinen ja toisinaan toinen vaihtoehto paremmin. Tämä voisi selittää myös puuttuvat

vastaukset näiden kysymysten kohdalla. Edellisten tärkeys-arviointien mukaan tärkeämpänä kuitenkin pidetään syvällistä palvelua.

Työn tekeminen heti kerralla oikein toteutuu vain 12 sosiaalityöntekijän kohdalla (n=17), jolloin voidaan jäädä miettimään, voisiko se vaikuttaa tulokseen, että työn tekemistä heti kerralla oikein ei edes nähdä niin tärkeänä asiana. Näin ollen selittävänä muuttujana tarkastellaan väitteen tärkeyttä ja selitettävänä muuttujana väitteen toteutumista. Ristiintaulukoinnista (taulukko 3.) ei voida nähdä mitään erittäin merkittävää, koska vastausten määrät ovat jo lähtökohtaisesti niin pieniä. Ristiintaulukoinnin informatiivisuutta vähentää myös osittain se, että neljä niistä viidestä henkilöstä, jotka ovat vastanneet tärkeyden kohdalla vaihtoehdon *ei sovi työhöni*, ovat myös jättäneet kokonaan vastaamatta väitteen toteutumiseen. Kyseisen vastauksen kohdalla kato on siis suuri suhteessa kyselyyn vastanneisiin, mikä toki on ymmärrettävä, sillä miten väite voisi toteutua, jos se ei alun perinkään ole työhön sopinut. Tosin tässä tapauksessa olisi kuitenkin voinut vastata vaihtoehdon *ei toteudu työssäni*. Ristiintaulukoinnista voidaan kuitenkin todeta, että ne, jotka ovat pitäneet väitettä erittäin tärkeänä, ovat useammin vastanneet väitteen myös toteutuvan työssään.

		Teen työni heti kerralla oikein. Tärkeys.			
		Erittäin tärkeä	Jokseenkin tärkeä	Ei sovi työhöni	YHTEENSÄ
Teen työni heti kerralla oikein. Toteutuminen.	Toteutuu työssäni tällä hetkellä.	3	9	0	12
	Ei toteudu työssäni tällä hetkellä.	1	3	1	5
YHTEENSÄ		4	12	1	17

Taulukko 3. Työn heti kerralla tekemisen tärkeyden vaikutus työn heti kerralla tekemisen toteutumiseen.

Näistä väitteistä tehtiin myös useita moniulotteisia ristiintaulukointeja esimerkiksi ikäluokan, sosiaalityöntekijän pätevyyden ja muiden työn ominaisuuksien suhteen. Taulukoista ei kuitenkaan tullut esiin mitään merkittävää, mikä johtuu suurimmaksi osaksi varmaankin siitä, että näissä taulukoissa otettiin huomioon vain 17 vastausta 22:sta. Muutoinkin vastausmäärät ovat toki hyvin pieniä jo pelkästään ristiintaulukointia ajatellen ja khiin neliö testikään ei näin pienien vastausmäärien kohdalla ole luotettava.

Voidaan toki ajatella, että sosiaalityöntekijät eivät näe väitettä työssään toteutuvana ylipäätään, jolloin väitettä on ollut vaikea käsittää ja käsitellä. Sosiaalityö on lähtökohtaisesti muutostyötä, eikä ihminen voi elää omaa elämäänsä niin sanotusti heti kerralla oikein. Kuitenkin voidaan ajatella, että tavoitteena työn tekeminen heti kerralla oikein olisi tärkeä laadun, tulosten ja työmotivaationkin kannalta. Esimerkiksi jaettavan tiedon ja ohjeiden tulisi olla oikeaa, jotta asiakkaan kokema laatu olisi hyvää. Samoin voidaan ajatella, että asiakkaan tilanteen riittävän laaja kartoittaminen heti asiakassuhteen alussa voisi vähentää väärin ymmärryksiä ja niin sanottua turhaa työtä. Pienen yksityiskohdan unohtaminen tai kysymättä jättäminen saattaa laajassa selvitystyössä tuottaa työntekijälle paljon turhaa työtä, johon kuluu aikaa ja vaivaa. Mitä paremmin sosiaalityöntekijä hallitsee oman alansa tiedon, sitä paremmin työ voidaan tehdä heti kerralla oikein, kun tiedetään oikein tilannetta säätelevät lait, organisaation toimintatavat, asiakkaan tilanne ja muut työhön vaikuttavat tekijät. Vaikka kyselyyn vastaamisen aikana tämä väite on tuntunut käsittämättömältä, sitä olisi kuitenkin hyvä pohtia. Se, että esimerkiksi omien vajavaisten tietojen, epäselvän organisaation työnjaon tai toimintatapojen takia joutuu tekemään yhteen asiakkaaseen liittyen paljon turhaa työtä, palaamaan asioihin yhä uudelleen tai korjaamaan jo sovittuja asioita tai annettua tietoa, kuluttaa työntekijää ja antaa samalla asiakkaalle ja työntekijän ympärillä olevalle työyhteisölle hutiloivan ja epäammattimaisen kuvan. On selvää, että aina ei voida onnistua heti kerralla ja tilanteet muuttuvat, mutta lähtökohtaisesti useaan kertaan tehty sama asia on paljon kalliimpi niin työntekijälle itselleen, asiakkaalle kuin työnantajallekin, kuin kerralla riittävän hyvin tehty työ.

Kahdennessatoista kysymyksessä 20 vastaajaa 22 sosiaalityöntekijästä toi esiin asioita, joilla kukin voi itse vaikuttaa tekemänsä sosiaalityön laatuun. Selkeästi merkittävimmäksi teemaksi koettiin itsenäinen kouluttautuminen ja tiedon hankinta, jotka oli maininnut kolme viidesosaa kysymykseen vastanneista. Toiseksi tärkeimmäksi koettiin itsenäinen työn kehittäminen saadun palautteen ja oman ajattelun pohjalta. Apuna uusiin ideoihin nähtiin keskustelu ja ajatusten vaihto työyhteisön, kollegoiden ja työnohjaajan kanssa tai palautteen kysyminen suoraan, esimerkiksi osaston henkilökunnalta. Oma asenne kehittämiseen nähtiin myös tärkeänä – työn kehittämisen kannalta on parasta, että asenne työtä ja sen kehittämistä kohtaan on avoin, innostunut ja aktiivinen. Oman työn organisointi nousi esiin omana teemanaan. Erityisesti työntekijät kokivat voivansa vaikuttaa työn laatuun itsenäisen työn suunnittelun ja aikataulutuksen avulla, minkä mainitsi kolmannes kysymykseen vastanneista. Vastauksissa yhtä suuren painoarvon sai myös omasta hyvinvoinnista huolehtiminen. Siihen liittyen tuotiin esiin omasta psyykkisestä ja fyysisestä jaksamisesta kiinni pitäminen sekä työpaikalla turvallisuuden ja työolojen huomioiminen. Näiden lisäksi mainittiin sosiaalityön aktiiv-

vinen elävöittäminen ja esille tuominen työyhteisössä sekä inhimillisyyden ja ihmisyyden muistaminen:

”Muistamalla, ettei kukaan ole koskaan valmis työssään ja että asiakkaat ovat myös jonkun lapsia, tyttäriä, poikia, äitejä, isiä, siis samalla tavalla ihmisiä kuin minäkin. Ja että minä itsekin voin olla joskus tilanteessa, että tarvitsen sosiaalityön palveluja.” Vastaja 21

6.4 Asiantuntija organisaatiossa

Kyselyn neljännessä osassa käsiteltiin sosiaalityötä ja organisaation näkökulmaa siihen liittyen. Käytetyt termit oli pyritty määrittelemään työntekijöiden kokemusmaailmaa peilaten. Työyhteisöllä tarkoitetaan erityisesti sosiaalialan osaajien työyhteisöä, johon vastaaja itse kuuluu, mihin sisällytetään myös vastaava ja johtava sosiaalityöntekijä. Toimipisteeksi erotellaan fyysinen paikka eli osastot ja poliklinikat henkilökuntineen, joissa vastaaja työskentelee sekä edellä mainittu sosiaalityön työyhteisö. Organisaatioksi puolestaan käsitetään koko sairaala ja organisaatio, jossa vastaaja tekee työtään, mihin sisältyvät myös edellä mainitut työyhteisö ja toimipiste.

Kolmannessatoista kysymyksessä kunkin omaan kokemukseen perustuen kysyttiin, mitä asioita sosiaalityöntekijät ovat huomanneet organisaation pitävän tärkeänä heidän työssään. Kysymykseen olivat vastanneet kaikki sosiaalityöntekijät. Yksittäisinä kommentteina esitettiin, että sairaalaorganisaation tärkeinä pitämistä asioista ei ole tietoa ja että organisaatio ei juuri ole kiinnostunut sosiaalityöstä. Muutenkin vastaukset tuntuivat kautta linjan korostavan organisaatiota kovana ja tuloksellisena toimijana. Vastauksissa ei juurikaan tuotu esiin, että organisaatio tuntuisi haluavan asiakaslähdistä palvelua tai edes asiakastyytyväisyyttä. Organisaation arvostamina yksiselitteisesti niin sanottuina pehmeinä arvoina mainittiin ainoastaan yksittäisesti ”*asiakkaan koutsaaminen*” (vastaaja 5) ja ”*kuntouttava työote*” (vastaaja 11). Organisaation mielestä tärkeimpänä nähtiin asiantuntijuus ja siinä erityisen korostuneena etuuksiin, lausuntoihin ja hakemuksiin liittyvä osaaminen ja niihin liittyvän työn tekeminen. Lisäksi tuotiin esiin, että organisaatio haluaa sosiaalityön tavoittavan mahdollisimman monta asiakasta ja palvelun olevan nopeaa. Yhteensä sosiaaliturva-asioiden asiantuntijuudesta, tavoitettavuudesta ja nopeudesta mainitsi lähes jokainen sosiaalityöntekijä. Niiden lisäksi organisaation mainittiin olevan kiinnostunut toimivasta yhteis- ja tiimityöstä, kirjaamisesta, salassapitovelvollisuudesta sekä tiedottamisesta. Näistä ainoastaan yhteis- ja tiimityön mainitsi useampi eli yksi kolmasosa vastaajista.

Organisaatiolla nähtiin olevan paljonkin mahdollisuuksia vaikuttaa kunkin sosiaalityöntekijän palvelun laatuun, sillä lähes kaikki olivat vastanneet kysymykseen neljätoista ja vastauksetkin olivat pitkiä. Vaikutusmahdollisuudet kytkeytyivät lähinnä koulutuksen ja työnohjauksen järjestämiseen ja tukemiseen sekä resurssien ja työolojen järjestelyyn. Resursseihin ja työoloihin liittyen mainittiin erityisesti resurssien ja työmäärän suhteeseen vaikuttaminen, työskentelyoloista ja työilmapiiristä huolehtiminen sekä palautteen ja kiitoksen antaminen työntekijöille. Sosiaalityön laadun kannalta organisaation tehtäväksi muodostuisi esimerkiksi:

*”Riittävästä resursseista, työhyvinvoinnin kannalta olennaisista asioista, huolehtiminen ja epäkoh-
tiin tarttuminen ja korjaaminen.”* Vastaaaja 19

Esimerkiksi asennevaikuttamista organisaatiossa ei tuotu lainkaan esiin ja määrärahojen tai budjetin suoranainen merkitys jäi vastauksissa suhteellisen pieneksi. Muiden ammattiryhmien katsottiin voi-
van tukea laadukasta sosiaalityötä parhaiten ottamalla sosiaalityöntekijän mukaan moniammatilli-
siin tiimeihin ja hoitokokouksiin useammin, ilmoittamalla asiakkaista aiemmin kuin nykyään ja
kertomalla nykyistä enemmän taustatietoa esimerkiksi asiakkaan diagnooseista ja tilanteesta. Paras
laatu saavutettaisiin:

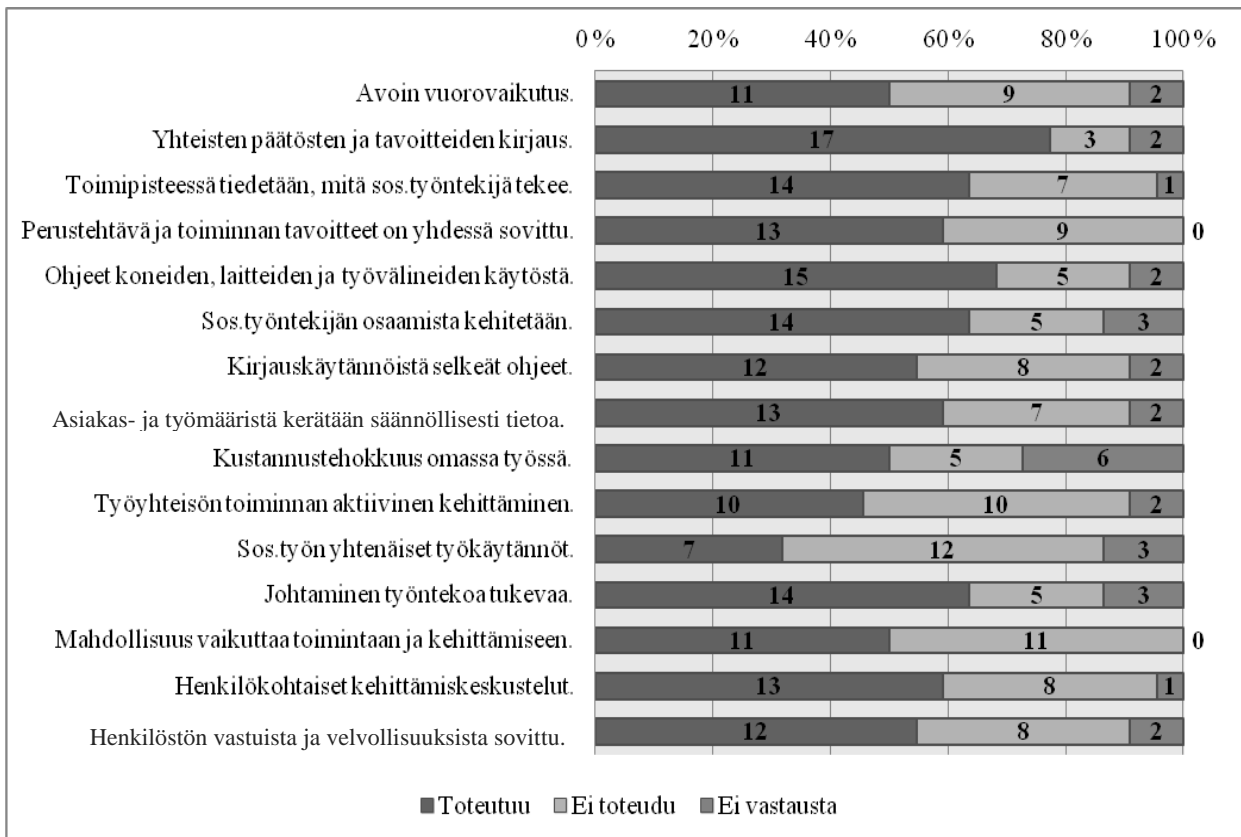
*”Käymällä aktiivista keskustelua sosiaali- ja hoitotyön yhdistymisestä siten, että jokaisen asiakkaan
kohdalla ne muodostuvat kokonaisuudeksi.”* Vastaaaja 8

Viidestoista kysymys oli kolmas ja viimeinen kysymyspatteristo, jossa oli 15 väittämää liittyen työ-
yhteisön ja organisaation toimintaan. Vastaustavat olivat samat kuin edellisissäkin patteristoissa eli
ensin sosiaalityöntekijöitä pyydettiin arvioimaan, miten suuri merkitys väittämällä on kunkin omasta
mielestä työnsä laadulle. Vastausvaihtoehdot olivat täysin merkityksetön (1) , jokseenkin merkityk-
setön (2) , jokseenkin tärkeä (3) , erittäin tärkeä (4) ja ei sovi työhöni (5). Väitteisiin oli vaihtelevas-
ti vastannut 19–22 sosiaalityöntekijää. Keskilukujen perusteella voitiin todeta kaikkien väitteiden
olevan vastaajien mielestä tärkeitä, sillä mediaanit ja moodit vaihtelivat arvojen kolme ja neljä välil-
lä. Kuitenkin myös hajontaa esiintyi paljon.

Selkeästi erittäin tärkeänä pidettiin työyhteisön avointa vuorovaikutusta, perustehtävästä ja toimin-
nan tavoitteista yhdessä työyhteisössä sopimista, sosiaalityöntekijöiden osaamisen kehittämistä,

työntekoa tukevaa johtamista sekä sitä, että toimipisteissä tiedetään, mitä sosiaalityöntekijä tekee. Näitä erittäin tärkeänä piti yli kolme neljäsosaa sosiaalityöntekijöistä. Työn tekemistä kustannustehokkaasti ei pidetty tärkeänä. Täysin merkityksettömänä kustannustehokkuutta piti yksi ja jokseenkin merkityksettömänä seitsemän vastaajaa. Loput pitivät kustannustehokkuutta vain jokseenkin tärkeänä (n=19). Kaksi henkilöä 22:sta oli lisäksi sitä mieltä, että väite kustannustehokkuudesta ei sovi heidän työhönsä. Keskiarvojen perusteella vähemmän tärkeiksi asioiksi erottautuivat myös ohjeet koneiden, laitteiden ja työvälineiden käytöstä, asiakas- ja työmääristä tilastotiedon kerääminen, yhtenäiset sosiaalityön työkäytännöt ja henkilökohtaiset kehityskeskustelut. Näiden keskiarvot olivat hieman alle tai päälle arvon kolme eli jokseenkin tärkeän rajapinnassa, ja lisäksi vastauksissa esiintyi hajontaa ja vastauksia jokseenkin merkityksetön.

Lisäksi kunkin väittämän kohdalla pyydettiin arvioimaan, toteutuuko kyseinen asia tällä hetkellä vastaajan työssä vai ei, asteikolla 1 toteutuu ja 2 ei toteudu. Vastaukset työyhteisön ja organisaation ominaisuuksien toteutumisesta olivat hyvin vaihtelevat verrattuna aiempien kysymyspatteristojen tuloksiin (kuvio 3.). Esimerkiksi parin väitteen kohdalla vastaukset olivat jakautuneet tasan, kuten väitteiden *Työyhteisöni toimintaa kehitetään aktiivisesti.* ja *Voin vaikuttaa työyhteisöni ja toimipisteeni toimintaan ja kehittämiseen.* kohdalla. Harvimminkin toteutuu väite *Organisaatiossani sosiaalityön työkäytännöt ovat yhtenäisiä.*, joka toteutuu vain seitsemän vastaajan kohdalla. Parhaiten puolestaan toteutuvat väitteet *Työyhteisössäni tehdyt yhteiset päätökset ja tavoitteet kirjataan.* ja *Organisaatiossani on ohjeet koneiden, laitteiden ja työvälineiden käytöstä.*, joiden vastaa toteutuvan yli kolme viidesosaa sosiaalityöntekijöistä. Kuvioon on otettu mukaan puuttuvan tiedon määrä, koska sitäkin on mielenkiintoista tarkastella. Huomattavaa on, että kustannustehokkuus-väittämään on jättänyt vastaamatta kuusi henkilöä, joka on merkittävä kato. Lisäksi kustannustehokkuuden arvelee toteutuvan vain puolet sosiaalityöntekijöistä (n=22). Voidaankin pohtia, mitä se kertoo, että kustannustehokkuutta ei pidetä tärkeänä laatuun vaikuttavana tekijänä ja että kustannustehokkuus ei toteudu sosiaalityöntekijöiden työssä. Onko niin, että kustannustehokkuus sanana on vaikea ymmärtää ja herättää sosiaalityöntekijöissä jo valmiiksi negatiivisen ajatusmallin siitä, ettei se voi sopia sosiaalityöhön vai tarkoittaako tämä yksinkertaisuudessaan sitä, että sosiaalityö on organisaatiossa tällä hetkellä tehoton kustannuserä?



Kuvio 3. Väitteiden toteutuminen sosiaalityöntekijöiden työssä lukumäärinä.

Sosiaalityön organisaatiossa ja toimipisteessä nähtiin edelleen kehittämistä sosiaalityön laadun parantamiseksi kysymyksessä kuusitoista. Suurin haaste tuntuisi vastausten perusteella olevan moniammatillisen työn toimimattomuus ja vähäisyys sekä muiden ammattiryhmien heikko tietous sosiaalityön palveluista. Tähän toivottiin tiedotusta, näkyvyyttä organisaation sisäisissä tiedotusvälineissä sekä toiminta- ja yhteistyötapojen muutosta. Sosiaalityöntekijän roolin korostumista omais- ja läheistyössä toivottiin myös, koska sitä kautta koettiin sosiaalityön pystyvän paremmin toteuttamaan omaa tehtäväänsä. Sosiaalityön laadun parantamiseksi katsottiin tarpeelliseksi kehittää vuorovaikutusta avoimemmaksi ja tiedonkulkua paremmaksi sekä lisätä sosiaalityöntekijöiden yhteisiä tapaamisia, kehittämistä ja kehityskeskusteluja. Näiden kautta koettiin saavutettavan erityisesti lisää kollegiaalista tukea niin työn tekemiseen kuin sen kehittämiseenkin. Koulutus, sen järjestäminen, tukeminen ja lisääminen, nousi yhä vastauksista yhdeksi omaksi teemakseen.

6.5 Kehittämistä asiakkaan parhaaksi

Viimeisessä osassa pohdittiin yleisemmin sosiaalityön laadun kehittämistä. Kaikkien vastaajien mielestä laatu on tärkeä kehittämisteema sosiaalityössä. Perusteet laadun tärkeydelle olivat moni-

puoliset kysymyksessä kahdeksantoista, mutta parin vastaajan mielestä laatu on itsestään selvä ja universaali kehittämisteema kaikessa työssä. Ennen kaikkea laadun kehittämisen perusteena pidettiin sitä, että sen avulla asiakas saa hyvää sosiaalityön palvelua. Näin ajatteli kolme viidesosaa sosiaalityöntekijöistä. Muutama toi esiin myös sen, että sosiaalityön etiikkaan ja perustehtävään kuuluu hyvän ja laadukkaan palvelun tuottaminen jokaiselle asiakkaalle. Asiakkaalla nähtiin olevan oikeus laadukkaaseen sosiaalityöhön.

Laadukas sosiaalityö nähtiin keinona erottautua sairaalassa, esimerkiksi hoitotyöstä, ja pitää siten yllä sekä parantaa sosiaalityön asemaa. Toisaalta laadukas sosiaalityö nähtiin vastauksena odotuksiin – ”*sosiaalityöntekijöiltä odotetaan laadukasta palvelua ja osaamista*” (vastaaja 12). Laadukas sosiaalityö tuotiin esiin myös eräänlaisena taustan varmistajana, erityisesti mikäli löytyy mittareita, joilla laatu voidaan näyttää toteen. Laatu nähtiin useissa vastauksissa tärkeänä myös oman mielenkiinnon ja jaksamisen kannalta.

Yhdeksännessätoista kysymyksessä sosiaalityön laadun kehittämisen tärkeimpänä motivaattorina mainittiin yhtäältä työntekijän oma halu tehdä työnsä hyvin ja kehittyä työssään, toisaalta tieto asiakkaan saaman avun ja tuen parantumisesta. Laadun kehittämisen motivaatiota lisää ymmärrys siitä, että työssään jaksaa paremmin, kun työ on laadukasta. Työssä jaksaa paremmin myös sen tähden, kun saa hyvää palautetta asiakkaalta, esimieheltä tai työtovereilta, mitä saa helpommin laadukkaasta työstä. Laadukkaan työn avulla nähtiin myös mahdolliseksi nostaa sosiaalityön arvostusta ja asemaa niin paikallisesti kuin valtakunnallisestikin. Useammassakin vastauksessa mainittiin myös palkkaus sekä omana motivaation tuojanaan että osoituksena sosiaalityön arvostuksesta ja sitä kautta motivaation lisääjänä. Tietynlaista hulluuttakin sosiaalityön laadun kehittämisen motivaation ylläpitämiseksi vaaditaan:

”Usko siihen, että asioihin voi vaikuttaa tekemällä – ehkä ’hullu mieli’.” Vastaaja 4

Koska kaikkien mielestä laatu oli tärkeä kehittämisteema, ei kukaan ollut vastannut kysymyksiin 20 ja 21. Kysymykseen 22 oli lähinnä vastattu lähettämällä ruusuja ja risuja kyselyn käytännön toteutukseen liittyen. Sen enempää näkökulmia itse aiheeseen ei tässä kohtaa enää tullut.

6.6 Laadun ulottuvuuksia ja laadunhallintaa

Kysymyspatteristojen pohjalta tehtiin myös summamuuttujia, jotka muodostettiin jo etukäteen operationalisoinnin yhteydessä valittujen teorioiden ja näkökulmien mukaan. Summamuuttujat liittyvät Christian Grönroosin palvelujen laadun seitsemään ulottuvuuteen ja Tupu Holman ITE- työyksikön itsearviointiin.

Grönroosin palvelujen laadun seitsemään ulottuvuuteen liittyi kysymyspatteristossa esitetyistä väitteistä yhteensä 20 eri väitettä. Tosin ulottuvuutta seitsemän, eli maine ja uskottavuus, ei huomioitu tässä kohtaa, koska se liittyy asiakkaan uskomuksiin siitä, että palveluntarjoajan toimiin voi luottaa. Asiakkaan uskomuksia ja mainetta on vaikea tämän kaltaisessa tutkimusasetelmassa huomioida nimenomaan ulottuvuuden tarkoittamalla tavalla, vaan tällöin tilannetta pitäisi kysyä suoraan asiakkaalta itseltään. Muita kuutta ulottuvuutta katsottiin voitavan mitata väitteiden avulla seuraavasti:

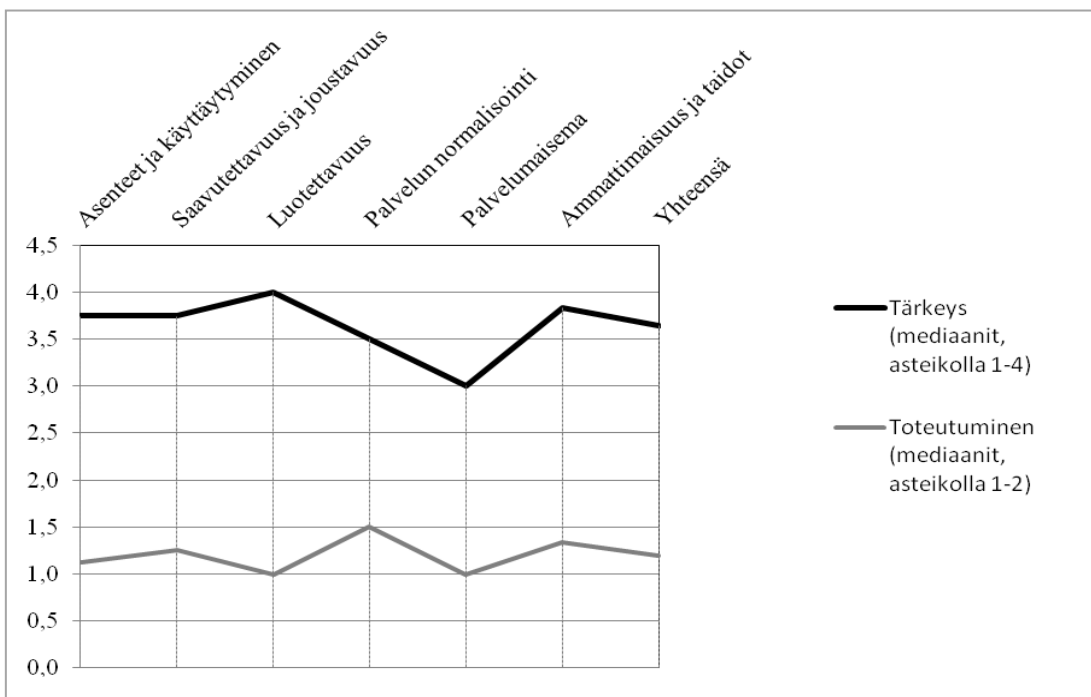
- Asenteet ja käyttäytyminen = väitteet 4.8, 11.10, 11.11 ja 11.12.
- Saavutettavuus ja joustavuus = väitteet 4.1, 4.4, 4.10 ja 15.3.
- Luotettavuus = väitteet 11.2, 11.3. ja 11.6.
- Palvelun normalisointi = väitteet 4.5 ja 11.9.
- Palvelumaisema = väite 4.3.
- Ammattimaisuus ja taidot = väitteet 4.2, 4.9, 11.1, 15.4., 15.12 ja 15.15.

Summamuuttujien jakaumien ja keskilukujen tarkastelun pohjalta voitiin todeta, että tärkeimpänä hyvän palvelun ulottuvuutena sosiaalityöntekijät pitävät luotettavuutta, sillä sen keskiluvut olivat muita korkeammat (n=21). Mediaani ja moodi saivat arvon neljä eli korkeimman mahdollisen ja keskiarvokin oli 3,97. Vähiten tärkeimpänä ominaisuutena sosiaalityöntekijät pitävät keskilukujen perusteella palvelumaisemaa (n=22), jonka mediaani ja moodi saivat arvon kolme ja keskiarvo oli 3,18. Kaiken kaikkiaan jokainen ulottuvuus nähdään vähintään jokseenkin tärkeänä (n=17), sillä kaikkien ulottuvuus-summamuuttujien yhteinen moodi oli 3,6, mediaani sai arvon 3,64 ja keskiarvo oli 3,66.

Toteutumista käsiteltiin vaihtoehdoilla: toteutuu (1) ja ei toteudu (2). Parhaiten toteutui luotettavuus (n=21), jonka moodi ja mediaani saivat arvot 1 ja keskiarvokin lähestyi yhtä arvolla 1,03. Myös palvelumaisema sai moodin ja mediaanin arvot 1, mutta keskiarvo oli hieman korkeampi arvolla 1,38 (n=21). Huonoiten toteutui palvelun normalisointi, jonka moodi oli 1, mutta mediaani 1,5 ja

keskiarvo 1,35. Kaikkien ulottuvuuksien toteutuminen oli kuitenkin hyvä, sillä sen moodi sai arvon 1, mediaani arvon 1,19 ja keskiarvokin oli 1,24 (n=15).

Tärkeyden ja toteutumisen yhteistarkastelussa (kuvio 4.) voidaan huomata arvojen suhteista, että tärkeimpänä pidetty luotettavuus myös toteutuu suhteessa erittäin hyvin. Palvelumaiseman ulottuvuutta ei pidetä niin tärkeänä, mutta se kuitenkin toteutuu hyvin, kun taas ammattimaisuuden ja taitojen ulottuvuutta pidetään tärkeänä, mutta se ei suhteessa toteudu yhtä hyvin.



Kuvio 4. Hyvän palvelun ulottuvuuksien tärkeyden ja toteutumisen suhde toisiinsa summamuuttujien mediaanien perusteella.

Seuraavaksi olisikin hyvä tutkia asiakkaiden näkemyksiä samoista seikoista, koska Grönroosin määritelmä liittyy nimenomaan asiakkaan kokemaan laatuun. Tällöin voisi tulla esiin esimerkiksi sellaisia seikkoja, että asiakkaat kokevat palvelumaiseman paljon huonommaksi kuin työntekijät. Tätä ei voida tietää, koska työntekijöiden on loppujen lopuksi hyvin vaikea asettua täysin asiakkaiden asemaan.

ITE-työyksikön laadunhallinnan itsearvioinnin muuttujia oli otettu kysymyspatteristoihin mukaan muutamia, koska niiden voitiin todistetusti sanoa kuvastavan työyhteisön tasoa laadunhallinnassa tällä hetkellä. Kyseessä ei kuitenkaan ole ITE-menetelmä, eivätkä tulokset ole vertailukelpoisia ITE-menetelmän kanssa, koska kaikkia ITE-arviointikysymyksiä ei ole ollut mahdollista ottaa mu-

kaan ja arviointiasteikko on myös erilainen. Yhteensä 16 väitteen katsottiin kuitenkin kertovan laadunhallinnan nykytilanteesta seuraavasti:

- Johtaminen = väitteet 15.12, 15.13 ja 15.15.
- Perustehtävä = väitteet 15.1, 15.4 ja 15.6.
- Prosessien hallinta = väitteet 15.2, 15.5, 15.7, 15.10 ja 15.11.
- Erilaisten asiakkaiden huomioon ottaminen = väitteet 4.6 ja 4.8.
- Palvelujen seuranta, mittaaminen ja arviointi = väitteet 4.7 ja 15.8.

Summamuuttujien jakaumat ja keskiluvut toivat esiin, että tärkeimpänä laadunhallinnan osa-alueena sosiaalityöntekijät pitivät perustehtävää, jonka moodi ja mediaani saivat korkeimman mahdollisen arvon eli 4 ja keskiarvo oli 3,76 (n=22). Tärkeyttä arvioitiin siis yhä samalla asteikolla 1–4, jossa yksi oli täysin merkityksetön ja neljä oli erittäin tärkeä. Vähiten tärkeänä laadunhallinnan osa-alueena sosiaalityöntekijät pitivät palvelujen seuranta, mittaamista ja arviointia. Osa-alueen moodi ja mediaani olivat 3 ja keskiarvoksi muodostui 3,1 (n=21). Keskimäärin laadunhallintaa pidettiin tärkeänä, sillä ITE-summamuuttujat saivat yhteensä keskiarvoksi 3,46, moodi sai arvon 3,76 ja mediaani arvon 3,47 (n=16).

Laadunhallinnan toteutumista käsiteltiin vaihtoehdoilla: toteutuu (1) ja ei toteudu (2). Laadunhallinnan osa-alueista parhaiten näytti toteutuvan johtaminen (n=18), jonka moodi ja mediaani saivat arvot 1,33 ja keskiarvokin oli 1,35. Huomattava on kuitenkin, että parhaitenkin toteutuva laadunhallinnan osa-alue jäi merkittävästi kauemmaksi arvosta yksi, kuin esimerkiksi palvelun laadun osa-alueiden toteutumista tarkastellessa. Myös perustehtävä sai mediaanin arvon 1,33, mutta moodi ja keskiarvo olivat hieman korkeampia arvoilla 1,67 ja 1,41 (n=18). Huonoiten toteutui laadunhallinnan osa-alueista palvelujen seuranta, mittaaminen ja arviointi, jonka moodi oli 1,5, mutta mediaani 1,5 ja keskiarvo 1,66. Kaikkien laadunhallinnan osa-alueiden toteutuminen oli periaatteessa hyvä, sillä ITE-summamuuttujat saivat yhteensä keskiarvoksi 1,48 ja moodi sai arvon 1,3 sekä mediaani arvon 1,47 (n=15). Tässäkin kohtaa selvää silti on, että arvot ovat lähempänä arvoa kaksi eli ei toteudu kuin esimerkiksi palvelun laadun osa-alueiden toteutumista tarkastellessa.

Tästä voitaisiinkin vetää se johtopäätös, että eniten kehitettävää saattaisi olla nimenomaan laadunhallinnan kohdalla. Tämä on toisaalta hyvin ymmärrettävä tulos, kun otetaan huomioon, että työyhteisössä ei varsinaista laadunhallintaa ole toteutettukaan. Palvelujen seuranta, mittaaminen ja arviointi toteutuivat huonoiten, mikä vastaa jo aiemminkin tutkimustuloksissa esiteltyjä huomioita, että

huonoiten toteutui asiakastyytyvyyden säännöllinen seuranta ja kehittämistä olisi kirjallisen asiakaspalautteen säännöllisessä keräämisessä.

6.7 Yhteenveto

Tutkimustuloksista käy selkeästi ilmi, että laatu nähdään tärkeäksi kehittämisteemaksi, mutta varsinkin laadun kehittäminen ja laadunhallinta työyhteisöstä tällä hetkellä puuttuu. Tärkeimpinä laateemoina sosiaalityöntekijät näkevät palvelun asiakaslähtöisyyden, asiakastyön vuorovaikutteisuuden, työntekijöiden ammattitaitoisuuden sekä toimivan moniammatillisen yhteistyön. Eniten kehittämistä taas oli asiakaspalautteen keräämisessä sekä kehittämisen konkreettisessa toteutuksessa. Laatu ymmärrettiin kokonaisuudessaan tarkasteltuna monipuolisena asiana, mutta yksittäisten sosiaalityöntekijöiden vastauksissa korostui aina jokin tietty piirre, näin ollen laatu näkemysten kollektiivisuudessa ja yhtenäisyydessä on kehittämistä, mihin tämän raportin toivotaankin osaltaan tuovan apua. Hyvät tukijärjestelmät ja työvälineet olivat vähemmän tärkeiden kehittämiskohteiden joukossa, ja niiden kohdalla toteutuminen tuntui myös olevan kohtuullisen hyvää. Tämä on sikäli laatuajattelun kannalta hyvä tulos.

Kehittämistä on siinä suhteessa, että saataisiin määriteltyä, mikä on tuloksellisuutta ja kustannustehokkuutta erikoissairaanhoidon sosiaalityössä. Tärkeää on hyvä palvelun toteutus, hyvä asiakaspalvelu ja palvelun hyvä sisältö, mutta ne kaikki voivat vesittyä, mikäli työn tekeminen kerralla oikein ja johonkin tulokseen pääseminen ei onnistu. Vaikka sosiaalityö on herkkää omalla persoonalla tehtävää työtä, pitäisi koko asiakkaan kokema laatu (ks. Grönroosin käsite *koettu laatu*, s. 12) ottaa huomioon, jotta sosiaalityö saisi ansaitsemansa maineen. Tällöin olisi mahdollista saavuttaa tuloksellisen työn avulla myös entistä parempi ja motivoituneempi työilmapiiri. Koska asiakkaalle ei aina jää käteen mitään konkreettista sosiaalityön palvelutilanteesta, pitäisi pyrkiä siihen, että edes sanallisesti käytäisiin palvelutilanteen loppuksi läpi, mitä tuli tehtyä ja mihin asiakastilanteessa päästiin. Toisin sanoen tavoitteellisuutta voitaisiin korostaa ja sitä kautta parantaa asiakkaiden teknisen laadun kokemusta. Toiminnallinen laatu on varmasti sosiaalityössä pääosin hyvää, kuten sosiaalityöntekijät itsekin kyselyssä totesivat – sosiaalityöntekijät ovat ihmisuuntautuneita, asiakaslähtöisiä, vuorovaikutustaitoisia ja kiinnostuneita työstään. Palvelun ympärillä tapahtuva prosessi voi kuitenkin haitata asiakkaan palvelukokemusta, mikäli moniammatillinen yhteistyö ei toimi, tiedotus sosiaalityön palveluista on epäselvää ja asiakasohjautuvuus sosiaalityöhön takkuua. Asiakkaan laatukokemukseen vaikuttaa myös imago, joka muodostuu sosiaalityön toimintatavoista ja prosesseista

sekä mielikuvista. Olisikin tärkeää, että yhteisistä toimintaperiaatteista olisi sovittu, jotta palvelu olisi jokaisella osastolla samansuuntaista ja että tiedotusta ja asiakasohjautuvuutta kehittämällä asiakkaalla olisi jo etukäteen edes jonkin verran oikean suuntainen mielikuva sosiaalityön palveluista. Näin asiakkaan odotukset sosiaalityötä kohtaan olisivat realistisemmat, eikä odotettu laatu poikkeaisi suuresti koetusta laadusta. Kehittämistä tässä olisi erityisesti sen takia, että myös työntekijät itse tiedostavat asiakkaiden pitävän konkreettisuutta ja tuloksellisuutta tärkeänä sosiaalityössä. Tärkeinä asiakkaiden koettiin pitävän myös hyvää vuorovaikutusta ja asiakaslähtöisyyttä, joista ensimmäisen on tutkimuksessa todettu myös toteutuvan hyvin, ja jälkimmäistä saataisiin kehitettyä samalla edellä mainituin keinoin.

Organisaation tärkeimpinä pitäminä laatuteemoina sosiaalityöntekijät toivat esiin asiantuntijuuden erityisesti etuuksiin, lausuntoihin ja hakemuksiin liittyen sekä sosiaalityön mahdollisimman laajan tavoitavuuden ja nopean palvelun. Sosiaalityöntekijöiden käsitys asiasta voi hyvinkin vastata todellisuutta, koska kaikki nämä sosiaalityöntekijöiden esiin tuomat teemat ovat sellaisia, joita voidaan mitata ja joista on selkein konkreettinen hyöty organisaatiolle. Nämä teemat on tuotu esiin myös organisaation Internet-sivuilla sosiaalityön esittelyssä. Koko organisaation laatu keskustelua silmällä pitäen sosiaalityöntekijöiden voisikin olla tarpeen miettiä, ovatko nämä heidän ainoita tärkeitä työssä tuloksellisuuden mittareita? Mikäli eivät, niin mitä muita tärkeitä työn ominaisuuksia on ja mitä niiden mittarit sitten voisivat olla. Esimerkiksi asiakastyytyväisyys olisi hyvä mittari, joka toisi esiin myös laajemmin sosiaalityön sisältöjä, kuin vain konkreettisia tuloksia. Mittareita olisi kuitenkin hyvä pohtia, koska sairaalaorganisaatioissa erilaisten arviointiasteikoiden, hoitotakuun ja muiden laatumittareiden käyttö on jo hyvin arkipäiväistä. Vertailussa tuloksellisten leikkausjonojen purkuprosessien kanssa sosiaalityö jää varjoon ja sosiaalityön lisäarvo organisaatiolle voi olla vaarassa hämärtyä. Laaja tavoitettavuus ja nopea palvelu laadun mittareina ovat myös sinänsä ristiriidassa työntekijöiden omaan näkemykseen siitä, että sosiaalityössä palvelun on tärkeämpää tavoittaa vähemmän asiakkaita, mutta yhteen asiakkaaseen käytetään koko hänen tarvitsemansa aika. Työnteossa voidaan olettaa olevan suuriakin sisäisiä ristiriitoja työntekijöiden itsensä ajatuksissa ja työn toteutuksessa, mikäli he olettavat organisaation haluavan toista ja tekevät itse toista. Tällainen jatkuva vastakkainasettelu myös aiheuttaa ongelmia avoimeen vuorovaikutukseen, kehittämisilmapiiriin ja työyhteisön ilmapiiriin. Voitaisiinko näistä ristiriitaisuuksista päästä yhteisymmärryksen määrittelemällä selkeämmin sosiaalityön tarkoitus, sen kohderyhmät ja tärkeimmät asiakasryhmät sekä tiedottamalla näistä avoimesti ja konkreettisesti koko organisaatiossa? Entä voitaisiinko sosiaalityön

työyhteisöön ja koko organisaatioon saada oikeampi kuva sosiaalityöstä ja sen tarkoituksesta korostamalla sosiaalityön itse määrittelemiä työn tärkeimpiä tuloksia?

Useissa yhteyksissä tuotiin esiin nimenomaan kiire. Voidaan kuitenkin ajatella, että lähtökohtaisesti uusia tarpeita syntyy sitä mukaa mitä enemmän erilaisia palveluja tarjotaan. Samoin kysyntä kasvaa sitä mukaa mitä enemmän palvelua on määrällisesti tarjolla. Kaikkeen tarpeeseen vastaaminen ei siis ole realistista, minkä takia jo edellä mainittu asiakasryhmien määrittely ja työn tärkeimpien kohderyhmien määrittely olisi tärkeää. Resurssien lisääminen pelkkänä yksittäisenä kehittämiskeinona ei myöskään aina tuo haluttuja tuloksia, koska kyse voi olla työn organisoinnin puutteista ja työtavoista, eikä niinkään työntekijäresurssien vähäisyydestä. Sosiaalityöntekijät toivatkin esiin muutamia keinoja, joilla olemassa olevaa kiirettä voitaisiin hallita ja sietää paremmin. Tällaisia voisivat olla ajanvarausmenetelmien kehittäminen, työajan käytön uudelleen organisointi sekä työn oikea-aikaisuuden ja asiakasohjautuvuuden kehittäminen erityisesti niin, että asioihin voisi paneutua aiemmin kuin vasta asiakkaan kotiutuspäivänä. Tähänkin saattaisi auttaa perustehtävän selkeyttäminen ja runsas sisäinen tiedotus.

Laadunhallinnan osalta kehittämistä on perustehtävän ja toimintaperiaatteiden läpikäynnissä ja yhteisessä sopimisessa siten, että ne tulevat kaikkien tietoon samalla tavalla. Tämä tuli esiin useissa kohdissa. Tulosten pohjalta seuraavaksi tulisi ensin käydä läpi sitä, miten työyhteisössä halutaan työtä tehdä. Asiakkaiden laatukokemusten ja kehittämistarpeiden säännölliseen tutkimukseen tulisi panostaa jo ennen lopullisia päätöksiä, jotta voidaan varmistua edes osittain siitä, että asiakkaatkin haluavat samoja asioita kuin työyhteisö. Tutkimuksessa tuli selkeästi ilmi, että asiakastyytyväisyyden säännöllinen seuranta ei toteudu. Tulisi panostaa myös sekä sisäiseen että ulkoiseen tiedottamiseen ja jatkaa säännöllistä asiakaspalautteen keräämistä, jotta toiminnan muutokset ja toiminnan tulosten muutokset voidaan konkreettisesti havaita ja näyttää toteen.

7 LOPUKSI

Tämä tutkimus käsitteli monimenetelmällisen tapaustutkimuksen lähtökohdista terveysosiaalityön laatua ja laadun kehittämistä. Tavoitteena oli laittaa liikkeelle laadunkehittämisen viides laatupolku (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999), jossa ennen varsinaista kehittämistä kerätään tietoa nykytilanteesta ja mahdollisista parantamisalueista. Samalla tarkoituksena oli edesauttaa työnte-

kijöiden yhtenäistä käsitystä laadun osa-alueista heidän työssään sekä laadunkehittämisestä heidän organisaatiossaan, jotta seuraavaksi kerättävää asiakaspalautetta voidaan tehokkaasti hyödyntää (Grönroos 1987; Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999). Nämä tavoitteet saavutettiin sikäli, että kvantitatiivisin ja kvalitatiivisin menetelmin analysoiduista tuloksista saatiin koottua monipuolinen ja yhtenäinen kokonaisraportti, joka kertoo nykytilanteesta, erilaisista näkemyksistä sekä tulevaisuuden kehittämishaasteista. Raportista tuli kvalitatiivisen analyysin avulla myös eläväisempi ja kuvauksellisempi kuin pelkkä kvantitatiivinen näkökulma olisi tuottanut. Se, missä määrin työyhteisön käsitys laadusta kollektivisoituu tämän raportin avulla ja mitä konkreettista hyötyä raportista on organisaatiolle, riippuu pitkälti organisaation ja työyhteisön tahtotilasta sekä tulevaisuuden toimista.

Toisaalta tutkielman tarkoituksena oli tuottaa vertailutietoa sosiaalityön ja terveystieteiden laadun kehittämiseen sekä tuoda esiin yleisemmin erikoissairaanhoidon sosiaalityön laadun haasteita ja kehittämiskohtia. Tämä tutkimusraportti on monipuolinen kuvaus sosiaalityön ja tarkemmin terveystieteiden arjesta sekä sen laadun toteuttamisen haasteista. Kuten muissakin terveystieteiden tutkimuksissa ja kuvauksissa myös tässä nousivat esiin moniammatillisen yhteistyön haasteet sekä sosiaalityöntekijän perustehtävän sekä työn tavoitteiden hajanaisuus. Voidaan ajatella, että pelkät sosiaalialan eettiset ohjeet eivät ole riittävät, vaan kuten muussakin työssä myös sosiaalityössä yhteinen ymmärrys perustehtävästä ja työn tavoitteiden määrittely on työyhteisötasolla tärkeää ja voi auttaa työntekijöiden riittämättömyyden tunteiden ja kiireen hallitsemiseen. Samalla voidaan todeta, että sosiaalityön asiantuntijuus ei ole samalla tavoin tiedossa kaikilla muilla ammattiryhmillä, vaan sosiaalityön ammatin ja tavoitteiden esiin tuominen sekä organisaation sisällä että valtakunnallisesti on yhä tärkeää.

Tulokset olivat sellaisia, mitä tehdyillä mittareilla oletettiin saavutettavan. Mikäli vastausprosentti olisi ollut 100 %:a, olisi kokonaiskuva toki ollut todenmukaisempi ja pitänyt varmimmin paikkaansa. Nyt jäivät kuitenkin puuttumaan 24 %:n vastaukset, mikä saattaa näin pienessä aineistossa vääristää kokonaiskuvaa. Sosiaalityöntekijöiden näkemykset laadusta, sen osa-alueista, niiden tärkeydestä ja toteutumisesta saatiin kuitenkin kartoitettua ja kuvattua asiakkaan, työntekijän itsensä ja kunkin tekemän työn sekä työyhteisön ja organisaation kannalta. Myös sosiaalityöntekijöiden näkemykset laadun kehittämisestä ja sen tarpeista saatiin kartoitettua ja kuvattua. Tuloksista löytyi selkeitä terveystieteiden erityispiirteitä, kuten korostunut moniammatillisuus sekä siihen liittyvä

sisäisen tiedotuksen tarve. Toisaalta esiin tuli sosiaalityön erityispiirteitä, kuten asiakaslähtöisyys, eettisyys ja luotettavuus sekä vuorovaikutteisuus.

Valtakunnallisissa tutkimuksissa on 2000-luvulla todettu asiakkaan osallisuuden ja vaikutusvallan organisaatioiden laadunhallinnassa ja palvelujen laadun arvioinnissa olevan heikkoa. Systemaattista asiakaskokemusten keräämistä ja hyödyntämistä ei myöskään ole ollut käytössä. Valtakunnalliset kehittämisteemat siis näkyvät myös tässä organisaatiossa. Verrattuna esimerkiksi Pekurisen, Rääkkösen ja Leinosen (2008) näkemykseen viidestä laadun ulottuvuudesta vain korkeatasoisen osaaminen ulottuvuus tuli merkittävästi esiin näissä tutkimustuloksissa. Palveluiden saatavuuden ulottuvuudesta on tähän kyselyyn vastanneilla sosiaalityöntekijöillä erilaisia käsityksiä niin saatavuuden tavoitteisiin kuin saatavuuden toteutumisen arvioihinkin liittyen. Turvallisuuden ulottuvuutta ei tässä tutkimuksessa niinkään tuotu esiin, koska terveysosiaalityössä se ei todennäköisesti ole niin korostunut laadukkuuden mittari kuin itse hoitotyössä. Tehokkuudesta oli myös useita mielipiteitä. Toisaalta palvelun tehokkuutta ja asiakastyytyväisyyttä pitäisi mitata myös asiakaskyselyllä, jotta saataisiin realistinen käsitys todellisesta tilanteesta. Näitä varten pitäisi myös kehittää selkeät mittarit siitä, mitkä ovat tavoitteet ja miten niiden toteutumista voidaan mitata. Tulokset erosivat myös jonkin verran Parviaisen ja Telilän (2005) pro gradu -tutkielman tuloksista, joissa moniammatillinen yhteistyö oli saanut hyvin korostuneen roolin, kun taas tämän tutkimuksen tuloksissa se oli yksi teema asiakaslähtöisyyden ja vuorovaikutuksen rinnalla. Huolimatta pienistä eroavaisuuksista tulokset olivat muihin sosiaalialan laatututkimuksiin verraten kohtuullisen samansuuntaisia, joten tämän tutkimuksen tulosten voidaan sanoa olevan johdonmukaisia. Tässä tutkimuksessa tehdyt havainnot tuntuvat myös olevan suhteellisen pysyviä, kun verrataan näitä tuloksia aiempien tutkimusten tuloksiin. Tähän liittyen toki olisi toivottavaa, että tuloksissa tapahtuisi muutosta, mikä tarkoittaisi sitä, että laatu asiat on otettu työnalle ja laadunkehittäminen on vienyt työtä ja sen laatua parempaan suuntaan.

Tulosten perusteella voitaisiin ajatella, että kuuden ulottuvuuden määritelmä laadukkaasta sosiaalityöstä (Outinen, Holma & Lempinen 1994) sopii sosiaalityön laadun kehittämiseen hyvin. Sen sisällöt vastaavat suhteellisen hyvin niitä teemoja, jotka työntekijät itsekin toivat tässä tutkimuksessa esiin. Määritelmä sopii hyvin myös sosiaalityön ja terveysosiaalityön tavoitteisiin ja ottaa kuitenkin huomioon myös asiakkaan ja organisaation riittävällä tavalla. Grönroosin palvelun laadun ulottuvuudet taas sopivat paremmin nimenomaan asiakkaan kokeman laadun tutkimukseen, missä asiakkaat arvioivat saamaansa palvelua. Tähän Grönroos onkin alun perin pyrkinyt. Asiakkaiden ei

tarvitse ymmärtää sosiaalityön tavoitteita tai terveysosiaalityön tarkoitusta täydellisesti vastatesaan siihen, miten he ovat kokeneet saamansa palvelun. He voivat ulottuvuuksia käsittelevien kysymysten avulla kuitenkin tuoda esiin, miten he ovat sosiaalityön oikeasti kokeneet.

Yksi laatuajattelun teorioissa korostuneista teemoista oli perustehtävän selkeys sekä työn tavoitteiden ja työtapojen määrittelyminen. Tämä ei ehkä niinkään tämän tutkimuksen tuloksissa korostunut, mutta toisaalta perustehtävä-teeman voidaan ajatella sisältyvän jokaiseen laatuaspektiin. Kuten tutkimuksen johdannossakin todettiin, pitää ensin tietää mitä tehdä ja sen jälkeen tehdä se hyvin. Tosin perustehtävän määrittelyminen vaatii paljon työtä, sillä se vaatii pohdintaa siitä, miten halutut tavoitteet voidaan saavuttaa. Esimerkiksi terveysosiaalityön kohdalla pitää miettiä, miten voidaan edistää ja ylläpitää terveyttä ja sosiaalisuutta sekä vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että heidän taloudellinen toimeentulonsa, sosiaalinen suoriutumisen ja yhteiskunnallinen osallistumisensa toteutuisivat sairaudesta huolimatta. Miten terveysosiaalityön tavoitteet saadaan konkretisoitua arjen toimiksi niin, että ne todella kantavat myös sairaalan ulkopuolella? Tämä vaatii ainakin erittäin hyvää verkostotyötä sairaalassa, erityisesti sairaalan ulkopuolelle suuntautuvaa verkostotyötä tarvitaan, mutta myös sairaalan sisäinen verkostotyö on tärkeää. Pitää kiinnittää entistä enemmän huomiota siirtymävaiheisiin ja hoitoketjuihin koko organisaation voimin. Tässä vaikuttaisi olevan kehitettävää tutkimuksen tulosten perusteella, koska moniammatilliseen työhön kaivattiin monia parannuksia. Koska terveysosiaalityöntekijät ovat kehittäneet terveysosiaalityön valtakunnallisen luokituksen tavoitteenaan vaikuttaa nimenomaan sosiaalityön asemaan, sisältöön, merkitykseen ja laadukkuuteen, luokitusta voisi mahdollisesti hyödyntää enemmän myös tämän organisaation laatutyössä. Perustehtävän määrittelyssä, tiedotuksen monipuolistamisessa ja seurannassa luokitukselta voisi olla nykyistäkin suurempaa hyötyä.

Toki pitää huomioida se, että yhden asiakasryhmän palveluiden paraneminen voi heikentää toisen ryhmän palveluiden laatua. Samoin mikä tahansa muutos voi heikentää jonkin olemassa olevan asiakkaan palveluja. Työn tavoitteita ja asiakasryhmiä määriteltäessä tuleekin ottaa huomioon, että jonkun asiakasryhmän jääminen ilman palveluja voi olla mahdollista. Itselle pitää kuitenkin olla armollinen ja ymmärtää, että jokaisen asiakkaan tavoittaminen sosiaalityön palveluin ei ole realistista. Toiselle asiakasryhmälle voisi riittää pelkkä sosiaalityön tuottama esite saatavilla olevista etuisuuksista, palveluista ja verkostoista. Jollekin yksittäiselle asiakkaalle se ei riitä, mutta tällöin kyseessä olisi kuitenkin vain yksittäisen asiakkaan jääminen ilman hänen tarvitsemaansa henkilökoh-

taista palvelua, minkä hän kuitenkin voisi saada, kun hän selkeämmän ja laajemman tiedotuksen avulla pystyisi itse ottamaan yhteyttä terveystieteiden ammattilaisiin.

Yhteinen työotteen tai työskentelytavan, esimerkiksi ratkaisukeskeisyyden, määrittely, siihen koulutautuminen ja toteuttaminen saattaisi olla myös yksi keino, joka yhtenäistäisi terveystieteiden ammattilaisia sairaalan sisällä niin, että sosiaalisen työn tarkoitus ymmärrettäisiin paremmin ja sitä kautta moniammatillinen työ ja asiakasohjautuvuus paranisivat. Työotteen määrittely olisi järkevämpää nimenomaan sen takia, että yksittäisten työmenetelmien määrittely ei ole niin mielekäs asiantuntijoiden kannalta ja yksittäinen työmenetelmä ei myöskään kerro koko ammattiryhmästä itsestään mitään niin laajaa, että siitä mainittavasti hyödyttäisiin. Yhtenäisenä, samoin työnsä ymmärtävänä ja samoin periaattein työtään toteuttavana joukkona sosiaalisen ammattilaiset olisivat mahdollisesti yksittäisessä sairaalassa vahvempi ammattilainen ryhmä. Näin voitaisiin työskennellä erityisesti jakaen yhteinen käsitys toimintavoista ja mahdollisesti päästä sitä kautta entistä parempiin tuloksiin.

Organisaation katsottiin pitävän tärkeänä erityisesti etuusjärjestelmään liittyvien asioiden tuntemusta ja samoin sairaanhoitopiirin Internet-sivuilla tuotiin esiin, että tiedon antaminen etuusjärjestelmästä on yksi merkittävin sosiaalisen ammattilaisien tehtäviin kuuluva asia. Toisaalta sosiaalisen ammattilaisissa nimenomaan tuottaa tätä kautta mainittua lisäarvoa muutoin niin sairaanhoitopainotteiseen moniammatilliseen tiimiin. Tutkimuksesta jäi kuitenkin mieleen kysymys siitä, kokevatko terveystieteiden ammattilaiset sosiaalisen ammattilaisissa etuusasiat rasitteeksi vai lisäarvoa tuoviksi? Lähtökohtaisesti etuusasioiden hoitaminen potilaan kanssa on kuitenkin potilaalle itselleen erittäin tärkeää myös terveystieteiden ammattilaisien tavoitteiden toteutumista ajatellen ja toisaalta tärkeää myös organisaatiolle, koska asiantuntemus näistä asioista on lähestulkoon vain ja ainoastaan sosiaalisen ammattilaisissa. Voisi siis olla tarpeen kehittää ja entisestään parantaa etuusasioiden arvostusta ja jopa mainostaa sosiaalisen ammattilaisien asiantuntijuutta niissä, koska tässä on yksi terveystieteiden ammattilaisien vahvuus. Harvalla sosiaalisen ammattilaisella on niin vahva ja monipuolinen osaaminen etuusasioista kuin terveystieteiden ammattilaisilla ja niillä vielä on suuri konkreettinen vaikutus asiakkaiden elämään, koska muutoin koko etuus saattaisi jäädä hakematta tai saamatta. Lisäksi prosessi, missä tehdään etuushakemuksia ja hoidetaan niihin liittyviä asioita, voi olla asiakkaan kannalta hyvin voimaannuttava, kun hän saa osallistua asioidensa hoitoon, siitä saadaan jopa onnistunut lopputulos aikaan ja lisäksi asiakkaan oma tilanne saattaa näyttävästi hänen silmissään aivan uudella tavalla. Samalla ammattilaisien itsetunto saattaisi vankistua ja parantua, kun selkeästi tunnistettava osaamisalue vankistaisi ammattilaisista identiteettiä.

Sosiaalityön laadun kehittämisessä on valtakunnallisesti nimenomaan voimakkaasti korostettu omista lähtökohdista, omasta organisaatiosta ja sen tavoitteista sekä omien asiakkaiden tarpeista liikkeelle lähtemistä. Ehdottomasti seuraavana Satakunnan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon sosiaalityössä kannattaisi keskittyä ensin asiakkaiden laatukokemusten tutkimiseen. Sen jälkeen työntekijöiden itsensä ja asiakkaiden näkemyksiä voitaisiin vertailla, ja lähteä perustehtävän ja tavoitteiden määrittelyn kautta kehittämään toimintaa pitkäjänteisen suunnitelman mukaan jatkuvasti suunnitellen, toteuttaen ja arvioiden. Laajemmin sosiaalityössä tulisi laatua myös kehittää, ensinnäkin siitä syystä, että asiakkaat saisivat mahdollisimman hyvää palvelua, mutta myös työntekijöiden työssä jaksamisen parantamiseksi. Sosiaalityö on henkisesti rankkaa ja työn hektisyys työntekijää lähelle tulevine ongelmineen kuluttavat innostunuttakin työntekijää. Kuitenkaan työn kehittämisestä ja parempien ratkaisujen etsimisestä ei saisi täysin jättäytyä sivuun, vaikka arki olisikin kiireistä, sillä vain kehittämisen kautta voidaan löytää ajantasaisia työtapoja ja -menetelmiä, joilla voidaan vastata asiakkaiden muuttuviin ja monitahoisiin tarpeisiin. Kiireessä kehittäminen ei ole mikään ideaalitalanne, mutta toisaalta parhaat ratkaisut voivat syntyä todellisen tarpeen ja kriisin hetkellä, jolloin ongelma tuodaan työyhteisössä esiin ja aletaan aktiivisesti yhdessä kehittää mahdollisia ratkaisuja tilanteeseen. Kehittämisen kautta voidaan saada yhteisiä onnistumisen kokemuksia ja sitä kautta ylläpitää työntöä ja jaksamista. Voidaan siis olettaa, että sosiaalityöntekijöidenkin työmotivaatio parantuu, kun työskentelyedellytyksiä parannetaan työrutiineja selkeyttämällä, yhteistyön tehostamisella, paremmilla työvälineillä, esimiesten kannustuksella ja joustavammalla sisäisellä tiedonkululla.

Toivottavaa on, että yleinen sosiaalityön laatu ja eri sosiaalityön ammattiryhmien laatu pysyvät keskustelussa jatkossakin. Sosiaalityön eettisiin ohjeisiin sisältyy heikoimman puolustaminen ja siten on tärkeää, että sosiaalialalla huolehditaan sosiaalityön asiakkaiden saaman palvelun laadukkuudesta. Toisaalta työntekijän kannalta on mielekästä, että hän saa tehdä laadukasta työtä, eikä yhteiskunnankaan kannalta ole pahitteeksi tuottaa laadukkaita palveluita niillä verorahoilla, mitä työhön on varattu. Nykyisessä kansallisessa ja kansainvälisessä taloudellisessa tilanteessa Suomenkaan julkisella sektorilla ei ole varaa hoitaa tehtäviään huonosti, koska se tulee maksamaan runsaasti enemmän kuin kerralla hyvin ja laadukkaasti tehty työ. Laatu on tulevaisuuden haaste, mutta toisaalta myös antoisa kehittämisnäkökulma, josta on kokonaisvaltaisesti huomioituna hyötyä niin asiakkaalle, työntekijälle kuin koko organisaatiollekin. Kehittämistä ei voida kuitenkaan tehdä pelkän kehittämisen takia, vaan laadun ja laatutyön tulee näkyä yhtäältä organisaatiolle parempina tuloksina, toisaalta työntekijöille esimerkiksi laadukkaampana työympäristönä, työvälineinä, täyden-

nyskoulutuksena ja mahdollisuutena ajatella itse sekä kolmanneksi asiakkaille esimerkiksi selkeämpänä palveluna ja parempana tavoitettavuutena. Positiivista on, että yhteisellä tekemisellä arjessa laatuunkin on mahdollista vaikuttaa omat ja asiakkaiden lähtökohdat huomioiden – ”usko siihen, että asioihin voi vaikuttaa tekemällä”.

LÄHTEET

- Aaltonen, Elli (1996) Laatu on lupaus asiakkaalle. *Sosiaaliturva* 84 (14), 3.
- Ahlgrèn, Kristiina (2008) Sosiaalityö sairaalaorganisaatioissa. Tapaustutkimus työntekijöiden työn mieltämisestä ja jäsentämisestä moniammatillisessa työyhteisössä. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalityö. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ahola, Anja (2007) Lomaketutkimusprosessi. Teoksessa: Leena Viinamäki & Erkki Saari (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus, 47–72.
- Beckmann, Christof & Otto, Hans-Uwe & Schaarschuch, Andreas & Schrödter, Mark (2007) Quality management and formalization in social service organizations – A survey on home-based family intervention services. *Social Work & Society* 1(5). http://www.socwork.net/2007/1/researchnotes/beckmann_et_al/. Viitattu 25.1.2011.
- Cronin, Joseph Junior & Taylor, Steven (1992) Measuring Service Quality: A Re-examination on Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 56–58.
- Cronin, Joseph Junior & Taylor, Steven (1994) Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. *Journal of Marketing*, 58(1), 125–131.
- Deming, Edwards W. (1986) *Out of the Crisis*. 24. painos. Cambridge: The Massachusetts Institute of Technology. Center for Advanced Engineering Study.
- Denscombe, Martyn (2007) *The Good Research Guide*. For small-scale social research projects. 3. painos. Berkshire: Open University Press.
- Ervasti, Heikki (1998) Yhteiskuntaluokat, individualistinen kritiikki ja hyvinvointipalvelujen kannatus. *Janus. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 6(2), 167–187.
- Grönroos, Christian (1982) *Strategic Management and Marketing in the Service Sector*. Helsinki: Swedish School of Economics.
- Grönroos, Christian (1987) *Hyvään palveluun. Palvelun kehittäminen julkishallinnossa*. Suom. Leena Sopenlehto. 1–2. painos. Helsinki: Suomen Kaupunkiliitto, Suomen Kunnallisliitto ja Valtion painatuskeskus.
- Grönroos, Christian (2009) *Palvelujen johtaminen ja markkinointi*. Suom. Maarit Tillman. Helsinki: WSOYpro.
- Gummesson, Evert (1987) *Models of Professional Service Marketing*. Stockholm: Liber/Marketing Technique Center.
- Gummesson, Evert (1993) *Quality Management in Service Organizations*. New York: ISQA International Service Quality Association.
- Hallintolaki 6.6.2003/434.
- Haverinen, Riitta (1995) *Laatupolitiikkaa sosiaalihuoltoon. Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja*. Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes, 85–97.
- Haverinen, Riitta & Maaniittu, Maisa & Mäntysaari, Mikko (toim.) (1995) *Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja*. Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes.
- Havukainen, Pirjo & Hiljanen, Sinikka & Passoja, Irma & Sundman, Eila (1998) *Terveys- ja sosiaalityön luokitus. Opas luokituksen käyttöön ja näkökulmia palvelujen kehittämiseen*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Hiekka, Eija (1995) *Sosiaalityön arviointia Jyväskylässä*. Teoksessa Riitta Haverinen & Maisa Maaniittu & Mikko Mäntysaari (toim.) *Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja*. Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes, 129–138.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2000) *Tutki ja kirjoita*. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Holma, Tupu (1997) ITE: Menetelmä työyksikön itsearviointiin ja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Holma, Tupu (2003) ITE2: Opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Holma, Tupu & Outinen, Maarit & Haverinen, Riitta (1997) PIENET – Kohti laatujärjestelmää. Sosiaali- ja terveydenhuollon pienten työyksiköiden ja yksin toimivien ammattihenkilöiden laadunhallinnan keinot. Helsinki: Stakes ja Suomen kuntaliitto.

Holma, Tupu & Outinen, Maarit & Idänpään-Heikkilä, Ulla & Sainio, Salla (2001) Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehittä laatutalo. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Idänpään-Heikkilä, Ulla & Outinen, Maarit & Nordblad, Anne & Päivärinta, Eeva & Mäkelä, Marjukka (2000) Laatu kriteerit. Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Aiheita-monistesarja 20/2000. Helsinki: Stakes.

Isoherranen, Kaarina (2005) Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Juran, Joseph M. (1989) Juran on Leadership for Quality. New York: Free Press.

Järvinen, Pekka (2005) Onnistu esimiehenä. 5. painos. Helsinki: WSOY.

Kallinen-Kräkin, Salme (1997) Sosiaalityön laatu Kuopion sosiaalitoimistossa. Kuopion yliopistollinen opetus- ja tutkimuskeskus 4/1997. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Kananoja, Aulikki (2010) Sosiaalityö terveydenhuollossa. Teoksessa Aulikki Kananoja & Martti Lähteinen & Pirjo Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma, 275–285.

Karvinen, Synnöve (2000) Sosiaalityön tutkimuksen metodologiset jännitteet. Teoksessa Synnöve Karvinen & Tarja Pösö & Mirja Satka (toim.) Sosiaalityön tutkimus. Metodologisia suunnitelmia. Jyväskylä: SoPhi 48 Jyväskylän yliopisto, 9–31.

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

Kujala, Eila (2003) Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteeseen. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 914. Tampere: Tampereen yliopisto.

KvantiMOTV (2010) Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietovarasto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Viitattu 30.4.2011.

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 29.4.2005/272.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621.

Lappalainen, Pentti (1999) Hämmentääkö laatu? Sosiaaliturva 87(10), 3.

Lecklin, Olli (2006) Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki: Talentum.

Lehtonen, Hannu (2000) Laatuhanke toi järjestystä sosiaalityön sekamelskaan. Sosiaaliturva 88(10), 14–15.

Lillrank, Paul (1988) Organization for continuous improvement. Quality Control Circle Activities in Japanese Industry. Helsinki: Helsingin yliopisto.

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

Lindén, Mirja (1999) Terveystieteiden sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Raportteja 234. Helsinki: Stakes.

Lumijärvi, Ismo (1994) Laadun arviointi sosiaali- ja terveystieteiden palveluyksiköissä. Antero Niemikorpi (toim.) Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia no 186. Hallintotiede 17. Vaasa: Vaasan yliopisto.

- Lumijärvi, Ismo & Jylhäsaari, Jussi (1999) Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. Helsinki: Gaudeamus.
- Maaniittu, Maisa (1994) Laadulla liikettä sosiaalitoimeen. *Sosiaaliturva* 82(13–14), 22–23.
- Meklin, Pentti (2003) Evaluation of Efficiency and Quality in Municipal Service Production. *Kunnallistieteen aikakauskirja* 31(4): 349–357.
- Metteri, Anna (1996) Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Anna Metteri (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. Helsinki: Edita. Sosiaalityön vuosikirja 1996, 143–157.
- Moisio, Jussi & Haverinen, Riitta (1997) Työprosessien mallintaminen sosiaalihuollossa? *Dialogi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen lehti* 7(5), 52–53.
- Mutka, Ulla (1998) Sosiaalityön neljäs käänne. Jyväskylä: SoPhi Jyväskylän yliopisto.
- Mäki, Maire (2000) Laadun ilmapiiritekijät ammattikorkeakoulussa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 743. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Mäntysaari, Mikko. (1993a) Laadulla liikettä sosiaalitoimeen. *Sosiaaliturva* 81(11), 19–21.
- Mäntysaari, Mikko (1993b) Toimeentulotukipäätösten laadunohjauksen ongelmia. *Sosiaalinen aikakauskirja* 87(3), 39–42, 54, 57.
- Mäntysaari, Mikko (1994) Laadun kehittäminen sosiaalityössä. *Sosiaaliturva* 82(13–14), 16–18.
- Mäntysaari, Mikko (1995) Laadun kehittämisen ristiriidat. Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja. Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes, 69–82.
- Mäntysaari, Mikko (1998) The risks of using TQM philosophy in developing the quality of social welfare services. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 7(1), 9–16.
- Mäntysaari, Mikko & Maaniittu, Maisa (1995) Ajankohtaistuva laatu. Teoksessa Riitta Haverinen & Maisa Maaniittu & Mikko Mäntysaari (1995) Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja. Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes, 11–18.
- Niemelä, Pauli (1981) Sosiaalityö sairaalassa. Tutkimus Helsingin yliopistollisen keskussairaalan sosiaalityöntekijöiden ajankäytöstä sekä työn kohderyhmästä ja pääsisällöstä. Tutkimusjulkaisu- ja B2/1981. Helsinki: Helsingin yliopistollinen keskussairaala.
- Niemelä, Pauli (1985) Sosiaalityön ammattikuva terveydenhuollossa. Empiirinen tutkimus sosiaalityöntekijöiden, sairaanhoitajien ja lääkäreiden näkemyksistä sairaalan sosiaalityöntekijöiden työtehtävistä, tieto- ja taitovaatimuksista, roolista ja asemasta sekä kunkin ammattiryhmän näkemys omaa ammattiaan koskevista arvoista ja niiden toteutumisesta työssä. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 44/1985. Helsinki: Sosiaalityöntekijän Liitto ry.
- Nikander, Pirjo (2002) Moniammatillinen viestintä. Yhteistyö ja päätöksenteko sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Sinikka Torkkola (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 57–72.
- Oulasvirta, Leena (2007) Palvelun laadun arviointi moniportaisessa julkisessa organisaatiossa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1239. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Outinen, Maarit & Holma, Tupu & Lempinen, Kristiina (1994) Laatu ja asiakas. Laatumyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Outinen, Maarit & Lempinen, Kristiina & Holma, Tupu & Haverinen, Riitta (1999) Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Outinen, Maarit & Räikkönen, Outi & Holma, Tupu & Voipio-Pulkki, Liisa-Maria (2007) Laadunhallinta sosiaali- ja terveyspalveluorganisaatioissa vuonna 2004 ja vertailu vuoteen 1999. Helsinki: Stakes.
- Parviainen, Henna & Telilä, Johanna (2005) ”...ei sairaalassa voi tehdä yksin tätä työtä...” Hyvän asiakaspalvelun ulottuvuudet sairaalan sosiaalityössä. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalityö. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Parasuraman, A. & Zeithaml, Valerie & Berry, Leonard (1985) A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* 49(4), 41–50. <http://www.jstor.org/stable/1251430>. Viitattu 1.10.2011.

Parasuraman, A. & Zeithaml, Valerie & Berry, Leonard (1988) SERVQUAL. A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing* 64, 12–40. <http://areas.kenan-flagler.unc.edu/Marketing/FacultyStaff/zeithaml/Selected%20Publications/SERVQUAL-%20A%20Multiple-Item%20Scale%20for%20Measuring%20Consumer%20Perceptions%20of%20Service%20Quality.pdf>. Viitattu 1.10.2011.

Parasuraman, A. & Zeithaml, Valerie & Berry, Leonard (1991) Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing* 67(4), 420–450.

Patwardhan, Anjali & Patwardhan, Dhruv (2007) How Transferable is Deming's Approach to a Health and Social Care Setting? *Journal of Health Management* 9(3), 443–457.

Pekurinen, Markku & Rääkkönen, Outi & Leinonen, Tuija (2008) Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakes sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin raportteja 38/2008. Helsinki: Stakes.

Pitko, Markku (2011) Johdanto laadunhallintaa ja ISO 9000 -standardeihin. Suomen Standardoimisliitto SFS ry. <http://www.sfsedu.fi/www/fi/liitetiedostot/SFS/Kalvosarjaoppilaitoksille/ISO9000versioSFSedusivustolle.pdf>. Viitattu 13.6.2011.

Raikisto, Kaisu-Leena (2011) Henkilökohtainen tiedonanto 31.8.2011. Johtava sosiaalityöntekijä, Satakunnan sairaanhoitopiiri ky.

Rajavaara, Marketta (1995) Laatureformit ja sosiaalialan ammattilaiset. Teoksessa Riitta Haverinen & Maisa Maaniittu & Mikko Mäntysaari (1995) Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja. Stakes sosiaali- ja terveystieteen tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes, 27–39.

Ronimus-Poukka, Päivi (2009) Sosiaalityö moniammatillisessa yhteistyössä. Tutkimus sairaalan kuntoutustyöryhmästä. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalityö. Tampere: Tampereen yliopisto.

Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna (2006) KvaliMOTV. Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Viitattu 23.03.2011.

Saarela-Kinnunen, Maria & Eskola, Jari (2007) Tapaus ja tutkimus = tapaustutkimus? Teoksessa: Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. korjattu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Satakunnan sairaanhoitopiiri (2011a) Satakunnan sairaanhoitopiiri. http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=99,1&_dad=wportal&_schema=WPORTAL. Viitattu 1.5.2011.

Satakunnan sairaanhoitopiiri (2011b) Satakunnan sairaanhoitopiirin sosiaalipalveluiden taseyksikkö. <http://www.satshp.fi/sataehp/index.html>. Viitattu 1.5.2011.

Satakunnan sairaanhoitopiiri (2011c) Sosiaalityö. Sosiaalityö erikoissairanhoidossa. http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=117,87175&_dad=wportal&_schema=WPORTAL. Viitattu 30.3.2011.

Selkälä, Arto (2008) Lomaketutkimuksen haasteet ja verkkolomakkeiden mahdollisuudet niihin vastaamisessa. *Sosiologia* 45(2), 119–134.

Shewhart, Walter A. (1931) *Economic Control of Quality of Manufactured Product*. New York: D. Van Nostrand Group.

Siltala, Juha (2003) Sosiaalityöntekijöiden kapina universaalien oikeuksien ja ammatillisen autonomian puolesta. Laatu- ja seurantajärjestelmien käyttäminen sosiaalihuollossa tuskin parantaa työntekijöiden jaksamista tai työn laatua. *Sosiaaliturva* 91(10), 7.

Sipilä, Jorma (1995) Ylhäältä alas vai alhaalta ylös? Teoksessa Riitta Haverinen & Maisa Maaniittu & Mikko Mäntysaari (1995) Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittä-

misen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja. Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes, 21–25.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (1995) Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. 3. tarkistettu painos. Helsinki: Stakes.

STM Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011.fi.pdf. Viitattu 23.10.2011.

STM sosiaali- ja terveysministeriö (2009) Johtamisella laatua ja työhyvinvointia sosiaalialalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:17. Helsinki: STM.

STM sosiaali- ja terveysministeriö & Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus & Suomen Kuntaliitto (1999) Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Valtakunnallinen suositus. Helsinki: Stakes.

Suhonen, Heikki (1995) Reflektiivisyys sosiaalityön laadun mahdollistajana. Teoksessa Riitta Haverinen & Maisa Maaniittu & Mikko Mäntysaari (1995) Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja. Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes, 41–56.

Suomen Kuntaliitto (1998a) Julkisten palvelujen laatustrategia. Julkisten palvelujen laatustrategia -projekti. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen Kuntaliitto (1998b) Julkisten palvelujen arviointi. Julkisten palvelujen laatustrategia -projekti. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Suomen Kuntaliitto (2011) Arviointi ja laatu. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/tuke/arviointi-laatu/Sivut/default.aspx>. Viitattu 4.11.2011.

Suomen Kuntaliitto & Terveysosasto ry (2007) Terveysosaston nimikkeistö 2007. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Suomen Standardoimisliitto SFS ry (2011) ISO 9000. <http://www.sfs.fi/iso9000/>. Viitattu 13.6.2011.

Suoninen, Lea, Känkänen, Päivi, Wacklin, Tapani & Havukainen, Pirjo (1994) Miten mitata sosiaalityön laatua? Sosiaaliturva 82(13–14), 19–21.

Taiveaho, Anita (1995) Henkilöstönjohtaminen laadun varmistajana. Teoksessa Riitta Haverinen & Maisa Maaniittu & Mikko Mäntysaari (1995) Tulokseksi laatu. Puheenvuoroja sosiaalihuollon laadunkehittämisen teorioista, metodeista ja käytännöistä. Raportteja. Stakes sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes, 109–116.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveysosasto ry (2011) Yhdistys. Terveysosasto ry:n Internet-sivut. <http://www.talentia.fi/terveysosastoyhteistyot/index.php?m=1&did=1483>. Viitattu 27.3.2011.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turtiainen, Juhani (2000) Työhallinto ja laatu. Laatu-erityispiirteitä julkisen hallinnon palveluissa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tampereensis 737. Tampere: Tampereen yliopisto.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009) Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Valtioneuvosto (2011) Pääministeri Jyrki Kataisen hallitus. <http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/fi.jsp>. Viitattu 1.10.2011.

Valtioneuvoston kanslia (2011) Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma 22.6.2011. <http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf332889/fi.pdf>. Viitattu 1.10.2011.

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto (2009) Tutkittavien informointi. Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja. <http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa3.html#infoE>. Viitattu 30.3.2011.

Yin, Robert K. (2009) Case Study Research. Design and Methods. Fourth Edition. Applied Social Research Methods Series. Volume 5. Los Angeles: SAGE Publications Inc.

KYSELY SOSIAALITYÖN LAADUSTA JA SEN KEHITTÄMISESTÄ

Vastausohjeet:

Kyselyssä on sekä avoimia kysymyksiä että kysymyksiä, joissa on valmiita vastausvaihtoehtoja. Vastausosi-
oita on yhteensä viisi ja lisäksi lopussa kysytään hieman taustatietoja sinusta.

Luethan jokaisen kysymyksen huolellisesti ja kirjoitat sitten, mitä asiasta ajattelet. Itseään ja
ajatuksiaan kohtaan ei kannata olla liian kriittinen. Olen kiinnostunut kaikista ajatuksistasi, isoista ja pienistä.

OSIO 1/5

1. Kun kuulet termin ”**laadukas sosiaalityö**”, mitä asioita tulee mieleesi? Mainitsethan ainakin viisi asiaa.
Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

2. Seuraavassa on lueteltu erilaisia hyvän sosiaalityön ulottuvuuksia, ja niiden merkityksiä on myös hieman
avattu. Aseta ominaisuudet oman työsi kannalta tärkeimmistä vähiten tärkeimpään valitsemalla tärkeyttä
vastaava numero asteikolla 1–6 (1=tärkein, 6=vähiten tärkein). Merkitsethän numeron harmaaseen kenttään
kunkin ominaisuuden eteen. Käytä jokaista numeroa vain kerran.

Sosiaalityön palvelun hyvä sisältö (Esim. palvelu kohdennetaan oikein, asiakkaan ongelmat tunniste-
taan, työmenetelmät ja työn tavoitteet ovat oikeat, jaettava tieto on oikeaa.)

Sosiaalityön hyvät toimintaedellytykset (Esim. tilat ja varusteet toimivat, työyhteisö toimii, työilmapii-
ri ja johtaminen tukevat työtä.)

Sosiaalityön hyvä asiakaspalvelu (Esim. asiakas kohdataan aidosti, eettisiä periaatteita ja lakeja nouda-
tetaan, asiakkaan toiveet huomioidaan ja asiakas voi osallistua palveluun.)

Sosiaalityön hyvä toteutus (Esim. tehdään oikeita asioita oikeaan aikaan, työ on riittävän tehokasta,
tiedotus sosiaalityöstä ja verkostotyö toimivat sekä talon sisälle että ulkopuolelle.)

Sosiaalityön hyvä tulos (Esim. asiakastyön tavoitteet saavutetaan, tehty työ on vaikuttavaa, asiakkaat
ovat tyytyväisiä ja asiakassuhteissa syntyy onnistumisenkokemuksia.)

Sosiaalityön hyvät tukijärjestelmät ja työvälineet (Esim. asiakkaille jaettavat ohjeet ja esitteet ovat
toimivia, työyhteisön ohjeet ja sopimukset ovat tarkoituksenmukaisia ja tiedossa kaikilla, tieto- ja palautejär-
jestelmät ovat toimivia ja tarkoituksenmukaisia.)

5. Mitä asioita kehittäisit tekemässäsi sosiaalityössä tai työtavoissasi, jotta asiakkaan kokema sosiaalityön laatu paranisi entisestään? Mainitsethan ainakin kaksi asiaa. Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

6. Miten asiakasta voisi hyödyntää sosiaalityön laadun kehittämisessä? Miten asiakas voi vaikuttaa sosiaalityön laatuun? Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

7. Koetko, että asiakkailla on ristiriitaisia odotuksia liittyen sosiaalityön sisältöihin tai palvelun laatuun? Klikkaa ruutua oikean vaihtoehdon kohdalla.

Kyllä (siirry kysymykseen 8.)

En (siirry kysymykseen 9.)

8. Mikäli vastasit edelliseen kyllä, niin mitä mielestäsi tälle asialle voisi tehdä, jotta asiakkaiden odotukset vastaisivat paremmin sosiaalityön todellisuutta? Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

Osio 3/5

Seuraavassa pyydän sinua miettimään tekemäsi sosiaalityötä vielä tarkemmin, sinun näkökulmastasi.

9. Onko joitain asioita, joiden koet edistäneen tekemäsi sosiaalityön laatua viimeisten 6 kuukauden aikana? Esimerkiksi organisaatiossasi, työoloissasi, työyhteisössäsi, työtehtävissäsi tai henkilökohtaisessa elämässäsi tapahtuneita asioita. Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

10. Onko joitain asioita, joiden koet haitanneen tekemäsi sosiaalityön laatua viimeisten 6 kuukauden aikana? Esimerkiksi organisaatiossasi, työoloissasi, työyhteisössäsi, työtehtävissäsi tai henkilökohtaisessa elämässäsi tapahtuneita asioita. Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

12. Miten voit itse vaikuttaa tekemäsi sosiaalityön laatuun? Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

*** *** *** *** *** ***

Osio 4/5

Seuraavassa pyydän sinua miettimään tekemääsi sosiaalityötä ja organisaation näkökulmaa siihen liittyen.

Tässä kohtaa käytetyillä termeillä tarkoitetaan seuraavaa:

Työyhteisö = sosiaalialan osaajien työyhteisö, johon itse kuulut, sisältäen vastaavan ja johtavan sosiaalityöntekijän.

Toimipiste = ne osastot ja poliklinikat henkilökuntineen, joissa työskentelet sekä sosiaalityön työyhteisö.

Organisaatio = se sairaala/organisaatio, jossa teet työtäsi, sisältäen työyhteisön ja toimipisteesi.

13. Mitä asioita olet kokemuksesi perusteella huomannut organisaatiosi pitävän tärkeinä tekemässäsi sosiaalityössä? Mainitsethan ainakin kaksi asiaa. Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

14. Mitä mahdollisuuksia organisaatiollasi on tällä hetkellä vaikuttaa sinun tekemäsi sosiaalityön palvelun laatuun? Mainitsethan ainakin kaksi asiaa. Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

16. Mitä asioita kehittäisit sosiaalityön organisaatiossasi tai toimipisteessäsi, jotta sosiaalityön laatu paranisi entisestään? Mainitsethan ainakin kaksi asiaa. Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

Osio 5/5

Seuraavassa pyydän sinua pohtimaan vielä yleisemmin sosiaalityön laadun kehittämistä.

17. Onko laatu mielestäsi tärkeä kehittämisteema sosiaalityössä? Klikkaa ruutua oikean vaihtoehdon kohdalla.

Kyllä (siirry kysymyksiin 18. ja 19.)

Ei (siirry kysymyksiin 20. ja 21.)

18. Mikäli kyllä, niin miksi? Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

19. Mikäli kyllä, niin mikä sinua motivoi kehittämään sosiaalityön laatua? Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein..

20. Mikäli ei, niin miksi? Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

21. Mikäli ei, niin mikä saattaisi motivoida sinua kehittämään sosiaalityön kokonaislaatua entisestään? Esimerkiksi palkkaukseen, palkitsemiseen, kannustukseen tai kehittämiseen liittyvät asiat. Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

22. Onko vielä jotakin, mitä haluaisit kertoa/sanoa/komentoida? Voit kirjoittaa alla olevaan harmaaseen tekstikenttään ranskalaisin viivoin tai kokonaisin lausein.

Seuraavassa pyydän sinua vielä kertomaan muutamia taustatietoja tutkimustulosten jäsentämistä varten. Tutkimusraportin kirjoitan kuitenkin siten, että tekstiä tai tuloksia ei voi yhdistää yksittäiseen työntekijään. Klikkaathan ruutua oikean vaihtoehdon kohdalla tai kirjoitat vastauksen harmaaseen tekstikenttään.

Missä työskentelet:

Psykiatrisessa sosiaalityössä

Somaattisessa sosiaalityössä

Missä työskentelet:

Avo-/Poliklinikan sosiaalityössä

Osaston sosiaalityössä

Molemmissa

Kuvailathan lyhyesti asiakaskuntaasi, jonka kanssa työskentelet:

Syntymävuotesi: 19

Sukupuolesi: nainen

mies

Tutkintosi, valitse kaikki suorittamasi tutkinnot:

2. asteen ammatillinen tutkinto, mikä

ylioppilastutkinto

opistotutkinto, mikä

alempi korkeakoulututkinto (yliopisto/amk), mikä

ylempi korkeakoulututkinto (yliopisto/amk), mikä

terapiakoulutus, mikä

muu, mikä/mitkä

Onko sinulla Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetun lain (272/29.4.2005) 3 §:n mukainen sosiaalityöntekijän pätevyys?

Kyllä on, olen valmistunut vuonna:

Ei ole

Kuinka monta vuotta olet työskennellyt?

a) Satakunnan sairaanhoitopiirin sosiaalityöntekijän tehtävissä:

vuotta

b) yleisesti sosiaalityön työtehtävissä:

vuotta

c) yleensä kaikissa eri alojen työtehtävissä:

vuotta

Suuret kiitokset! ☺

Hyvä sosiaalityöntekijä/-ohjaaja,

Tutkin Satakunnan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä sosiaalityön laadusta ja sen kehittämisestä. Tutkimuskysely on toimitettu vastattavaksi kaikille somaattisen ja psykiatrisen sairaanhoidon sosiaalityöntekijöille/-ohjaajille 15. elokuuta 2011 sähköpostilla. Toivon jokaisen tämän viestin saaneen vastaavan kyselyyn koulutuksesta ja työnimikkeestä riippumatta.

Olen viimeisen vuoden sosiaalityön opiskelija, ja olen ollut sairaanhoitopiirissä sosiaalityön harjoittelussa ja kesätöissä vuosina 2010 ja 2011. Kysely on osa sosiaalityön pro gradu -tutkielmaani, jota teen Tampereen yliopiston Porin yksikössä. Pro gradu -työni ohjaajana toimii professori Ilmari Rostila.

Tutkimuksellisesti olen kiinnostunut sosiaalityön käytännöistä ja kehittämisestä, mutta tutkimukseni tarkoituksena on hyödyttää nimenomaan Sinun työyhteisösi sosiaalityön kehittämistä – miten asiakkaille voitaisiin tuottaa riittävän laadukasta sosiaalityötä? Olen kiinnostunut asiantuntemuksestasi ja kokemuksistasi. Toivon, että opinnäytettäni hyödynnetään jatkossa sosiaalityön laadun kehittämisessä.

Tutkimukseen vastataan sähköpostin liitteenä olevalle lomakkeelle. Lomakkeen A voit täyttää tietokoneella – harmaisiin tekstikenttiin voi kirjoittaa ja ruutuja voi klikata – ja tulostaa, kun se on valmis. Vaihtoehtoisesti voit heti tulostaa lomakkeen B ja kirjoittaa vastaukset käsin. Valmiin lomakkeen voit toimittaa täytettynä postitse sairaanhoitopiirin kirjekuorella suoraan minulle kotiin osoitettuna. Liitteenä on valmis postikuoren malli tai vaihtoehtoisesti voit kirjoittaa osoitteeni käsin. Osoite löytyy tämän viestin lopusta. Tutkimuksen vastauslomakkeet sellaisenaan tulevat vain minun luettavakseni eli tietoja ei käytetä mihinkään muuhun kuin tähän tutkimukseen. Tutkimustieto on luottamuksellista ja tutkimustyön jälkeen hävitän vastauslomakkeet. Tutkimusraportin kirjoitan siten, että tekstiä ei voi yhdistää yksittäiseen työntekijään.

Vastausaikaa on torstaihin 15.09.2011 asti. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 30 minuuttia. Tutkimukseen voit vastata työajalla, sillä tutkimus toteutetaan yhteistyössä Satakunnan sairaanhoitopiirin kanssa. Tutkimusluvut olen saanut Satakunnan sairaanhoitopiirin operatiivisen hoidon toimialuejohtaja Jorma Hannukaiselta sekä psykiatrisen hoidon toimialuejohtaja Sakari Lankiselta.

Toivon, että osallistut tutkimukseen ja vastaat kysymyksiin rehellisesti. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Sinä olet asiantuntija, ainoa ja paras lähteeni. Jokainen vastaus on minulle tärkeä.

Suuret kiitokset jo etukäteen panoksestasi!

Lisätietoja voit kysyä suoraan minulta tai johtavalta sosiaalityöntekijältä Kaisu-Leena Raikistolta. Lähetän sähköpostitse tiedon, kun valmis työ on luettavissa pdf-muodossa Tampereen yliopiston kirjaston verkkopalvelussa (<http://tutkielmat.uta.fi>).

Terveisin,

Marianna Yli-Houhala

Postiosoite

Puhelinnumero

Sähköpostiosoite