

TARTU ÜLIKOOL
Pärnu kolledž
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Rutt Hanni

**RAVIASUTUSE SOTSIAALTÖÖTAJA
TÖÖRAHULOLU SA TARTU ÜLIKOOLI
KLIINIKUMI NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Anne Rähn

Pärnu 2020

Soovitan suunata kaitsmisele

Anne Rähn

/digiallkirjastatud/

Kaitsmisele lubatud

TÜ Pärnu kolledži programmijuht Anu Aunapuu

/digiallkirjastatud/

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Rutt Hanni

/digiallkirjastatud/

SISUKORD

Sissejuhatus	4
1. Teoreetiline ülevaade sotsiaaltööst tervishoius ja töörahulolust	6
1.1. Sotsiaaltöö tervishoius.....	6
1.2. Tervishoiu sotsiaaltöötajate töörahulolu mõjutavad tegurid välismaal ja Eestis	10
1.3. Töörahulolu teooriad	15
2. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi sotsiaaltöötajate töörahulolu uuring.....	20
2.1. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi tutvustus.....	20
2.2. Uuringu meetoodika ja valimi kirjeldus.....	21
2.3. Tulemuste analüüs	23
2.3.1. Juhtimine ja tööalane toetus	23
2.3.2. Töökeskkond ja -korraldus.....	26
2.3.3. Koostöö efektiivsus.....	28
2.3.4. Eneseteostus ja arenguvõimalused.....	30
2.3.5. Sotsiaaltöö raviasutuses	32
2.4. Järeldused ja ettepanekud.....	35
Kokkuvõte	39
Viidatud allikad.....	41
Lisad.....	46
Lisa 1. Intervjueerimiskava.....	46
Summary	48

SISSEJUHATUS

Maailma Terviseorganisatsiooni põhikirja (2005) sissejuhatavas osas on öeldud, et „Tervis on täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisund, mitte üksnes haiguse või puuete puudumine“. Ka kaasaegne inimesekeskne lähenemine raviprotsessis eeldab, et lisaks meditsiinile pööratakse inimese terviseseisundi paranemise protsessis tähelepanu veel psühhosotsiaalsetele ja sotsiaalmajanduslikele teguritele. See omakorda eeldab multidistsiplinaarset meeskonda, sealhulgas sotsiaaltöötaja kaasatust patsiendi edukaks raviks. Patsientide edukaks raviks on organisatsioonidel oluline pöörata tähelepanu töötajate töörahulolu mõjutavatele teguritele, et tagada raviprotsessi edukus. Töötajate rahulolu uurimine on oluliseks teguriks töö kvaliteedile ja valdkonna arengule.

Erinevatest läbi viidud uuringutest ja kirjutatud artiklitest on selgunud mitmeid sotsiaaltöö eriala puudutavaid tegureid, mis võivad mõjutada töörahulolu. 2018. aastal viis Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon läbi töörahulolu uuringu sotsiaalvaldkonna töötajate seas. Tulemused näitavad, et vaid 35,4% vastanutest peavad töökoormust optimaalseks. Töötasu ei peeta võrdväärseks töökoormusega ning 51% vastanutest täidavad lisaraha teenimiseks põhitööle täiendavaid ülesandeid. (Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon, 2018, lk 6–14) Sumbajeva (2009) toob oma kirjutatud artiklis tervishoiusotsiaaltöö arengus probleemina välja asjaolu, et „tervishoius tehtava üle otsustajatel, patsientidel, kohalikel omavalitsustel, raviasutuse juhtidel ei ole veel piisavalt selget ettekujutust ega ülevaadet tervishoiusotsiaaltöö tegelikust olemusest, ülesannetest ning seda tööd tegevate spetsialistide pädevusest“ (lk 53). Õnneleid (2016, lk 27) toob oma uurimistöös välja, et tervishoiu sotsiaaltöötajate arvates on koostöö patsiendiga seotud asutustega keeruline ning Tisler (2010, lk 11) toob ühe probleemkohana välja asjaolu, et tervishoius ei arvestata piisavalt kõiki inimest mõjutavaid tegureid ning lähenemine on pigem meditsiinikeskne.

Käesoleva lõputöö eesmärgiks on analüüsida Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikumi (SA TÜK) sotsiaaltöötajate töörahulolu ning teha SA TÜK-le ettepanekuid sotsiaaltöötajate töörahulolu parendamiseks.

Lähtuvalt eesmärgist on püstitatud kaks uurimisküsimust:

1. Kuidas hindavad sotsiaaltöötajad töörahulolu mõjutavaid tegureid?
2. Mida hindavad sotsiaaltöötajad oma töö juures enim ning millised on raviasutuse sotsiaaltöoga seotud kitsaskohad?

Eesmärgi saavutamiseks on püstitatud järgmised uurimisülesanded:

1. anda kirjanduse põhjal ülevaade sotsiaaltööst tervishoius välismaal ja Eestis ning töörahuloluga seotud teoreetilisest lähenemisest;
2. planeerida ja läbi viia kvalitatiivne uurimus SA TÜK sotsiaaltöötajate hulgas;
3. analüüsida saadud tulemusi ning teha ettepanekuid tööandjale sotsiaaltöötajate töörahulolu parendamiseks.

Käesolev lõputöö koosneb kahest peatükist. Esimeses peatükis antakse teadusliku kirjanduse baasil ülevaade tervishoiu sotsiaaltööst ja välismaa kui ka Eesti tervishoiu sotsiaaltöötajate töörahulolu mõjutavatest teguritest. Esimeses peatükis tuuakse välja töörahulolu definitsioonid, põhimõisted ja käsitletakse peamisi töörahulolu teooriaid. Teine peatükk sisaldab lõputöö raames läbi viidud tervishoiu sotsiaaltöötajate töörahulolu uuringut. Esmalt antakse ülevaade uuritavast asutusest ning järgnevalt on kirjeldatud uuringu meetodikat, toodud välja analüüs, peamised järeldused ja ettepanekud.

1. TEOREETILINE ÜLEVAADE SOTSIAALTÖÖST TERVISHOIUS JA TÖÖRAHULOLUST

1.1. Sotsiaaltöö tervishoius

Sotsiaaltöö elukutsena on seotud väga mitmete teguritega. Sotsiaaltöö üldiseks eesmärgiks võib pidada inimese toimetuleku parandamist. Sotsiaaltöö on „professionaalne tegevus sotsiaalse õigluse põhimõtete elluviimiseks, elukvaliteedi parandamiseks, sotsiaalse kapitali arendamiseks, toimetulekuraskuste ennetamiseks, leevendamiseks või kõrvaldamiseks. Sotsiaaltöö on loomu poolest ennetav, leevendav, rehabiliteeriv, juhendav, hooldav või arendav“ (Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon, 2005, lk 1). Rahvusvahelise Sotsiaaltööd Õpetavate Kõrgkoolide Assotsiatsioon (IASSW – *International Association Of Schools Of Social Work*) kiitis 2014. aastal heaks sotsiaaltöö definitsiooni, mille järgi „Sotsiaaltöö on nii praktiline kui ka akadeemiline teadusala, mis aitab kaasa sotsiaalsetele muutustele ja arengule, inimeste võimustumisele ja vabanemisele ning edendab sotsiaalset ühtekuuluvust. Sotsiaaltöös on tähtsal kohal sotsiaalne õiglus ja inimõigused, kollektiivne vastutus ja erinevuste austamine“ (viidatud Selg, 2014, lk 9 vahendusel). Sotsiaaltöötaja on sotsiaalhoolekande seaduse (2015) § 4 järgi määratletud kui „sotsiaalhoolekandes töötav vastava erialase ettevalmistusega kõrgharidusega isik“.

Sotsiaaltöö eriala üheks suunaks võib pidada sotsiaaltööd tervishoius. Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsiooni sõnastuse järgi on „tervishoiusotsiaaltöö protsess, milles sotsiaaltöötajad hindavad patsiendi/kliendi psühhosotsiaalseid vajadusi ja ressursse, pakuvad patsiendile/kliendile ja tema perekonnale psühhosotsiaalset nõustamist, informeerivad juhtumiga seotud osapooli sotsiaalteenustest/toetustest ja ühiskonna ressurssidest“ (viidatud Tisler, 2010, lk 11 vahendusel). Ameerika Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsiooni poolt avaldatud raporti järgi defineeritakse tervishoiu sotsiaaltööd kui sotsiaalala juhtumitöö üht vormi, mis keskendub haiguse ja sotsiaalse

kohanemise seosele (Gehlert & Browne, 2012, lk 14). Meditsiinilise hoolduse kõrval on tervishoiu sotsiaaltöö seotud inimeste individuaalsete hoiakute, käitumise ja keskkonna ressursidega, mõjutades tervishoidu kolmel tasemel – ennetus, ravi, efektiivsus ja hüvitamine (Cowles, 2009, lk 39).

Sotsiaaltöö tervishoius on seotud erineva tasandi raviasutustega ning on leitud selle professioni positiivset mõju ravi efektiivsusele. Koos arstide, õdede ja teiste spetsialistidega on sotsiaaltöötaja meeskonna liige nii ennetava ravi asutustes, järelravi asutustes kui ka kõikides vahepealsetes etappides (Dhooper, 2012, lk 1). Narusson (2003) on raviasutuse sotsiaaltöö kohta öelnud, et „Sotsiaaltöö raviasutuses on tervishoiu sotsiaaltöö üks harudest, mis vaatamata oma sekundaarsele positsioonile võrreldes meditsiinierialadega täidab olulisi eesmärke nii kliendi heaolu kui tervishoiuorganisatsiooni toimimise seisukohalt“ (lk 222).

Hoolitsedes patsiendi haiguse iseloomust tulenevate sotsiaalsete probleemide lahendamise eest aitab tervishoiu sotsiaaltöötaja kaasa meditsiinilise ravi hõlbustamise ja efektiivsuse tõstmisel (Gehlert & Browne, 2012, lk 14). Ka Õnneleid (2016, lk 12) toob oma töös välja, et „raviasutustes on sotsiaaltöötajal võimalik vähendada meditsiinitöötajate koormust. Meditsiinitöötajad ei pea tegelema patsientide sotsiaalprobleemide lahendamisega ja saavad keskenduda raviga seotud probleemidele. Koostöö kaudu suudetakse pakkuda mõlemas valdkonnas kvaliteetsemat ja standardiseeritud professionaalsel tasemel abi“. Haiglasse sattunud patsiendi sotsiaalsete probleemidega õigeaegne tegelemine tõstab ravi efektiivsust ning vähendab ravikuluseid, mistõttu on sotsiaaltöötaja raviasutuses oluliseks meeskonna liikmeks (Sumbajeva, 2009, lk 53).

Kanadas läbi viidud uuring toob välja, et sotsiaaltöötajate kaasamine esmatasandi tervishoidu aitab maksimeerida abivajaduse kättesaadavust ning oluline on selle valdkonna arendus ja nii tervishoiutöötajate kui ka rahva teadlikkuse tõstmine valdkonna tegevusest (Ashcroft, McMillan, Ambrose-Miller, McKee, & Brown, 2018, lk 114–116). 2016. aastal Põhja-Iirimaal läbi viidud uuring toob välja, et haigla sotsiaaltöötaja on patsiendile suureks abiks haiglast välja saamise protsessis. Ta on väärtustatud ravimeeskonnaliige ning hinnatud isikukeskse ravi korraldajana. (McLaughlin, 2016, lk 148–149)

Tervishoiu valdkonna sotsiaaltöö on sotsiaaltööpraktika esimene eriala (Cowles, 2009, lk 7). Sotsiaaltööd võib tervishoiuga seostada üle saja aasta (Dhooper, 2012, lk 1). Mitmed allikad on tervishoiu sotsiaaltöö algusaastaks märkinud 1905. aastat, mil arst Richard C. Cabot lõi Massachusettsi haiglas sotsiaaltöö osakonna (Cowles, 2009, lk 3; Gehlert & Browne, 2012, lk 7).

„Eesti tervishoiusotsiaaltöö alguseks võib lugeda 1935. aastat, kui Tallinnas asutati Sotsiaal- ja Kodumajandusinstituut“ (Sumbajeva, 2009, lk 52). Eestis jõudis hoolekanne küllaltki heale tasemele kahekümnenda sajandi neljakümnendateks aastateks. Nõukogude okupatsioon seiskas sotsiaaltöö eriala arengu. N-ö uus aeg sotsiaaltöö arengus algas kümme aastat enne uue aastatuhande algust, mis teeb tervishoiu sotsiaaltöö Eestis küllaltki nooreks erialaks. (Saia, Sooniste, & Gornischef, 2018, lk 31)

Tervishoiu sotsiaaltöö kujunemisel maailmas on mõjuteguriteks olnud kolm üksteisega tihedalt seotud tegurit: populatsiooni demograafilised muutused üheksateistkümnenda- ja kahekümnenda sajandi algusaastate jooksul, suhtumise muutumises, kuidas ja kus haigeid tuleks ravida ning arusaamises, kuidas mõjutavad sotsiaalsed ja psühholoogilised tegurid inimese tervist (Gehlert & Browne, 2012, lk 4). Sotsiaaltöö arenemine haiglates oli tihedas seoses meditsiinipraktika laienemisega – lisaks koduvisiitidele ja arsti kabinetidele tekkisid haiglad, kui diagnoosi- ja ravikeskused. Seesugune areng tõi arstide jaoks kaasa info vähenemise patsientide seotuse kohta kodu, töö ja muu elukeskkonnaga. Arst keskendus edaspidi peamiselt füüsilistele teguritele ning haigla sotsiaaltööl nähti potentsiaali olla tõhusaks vahendiks täpsemaks diagnoosimiseks ja efektiivsemaks raviks. (Cowles, 2009, lk 3)

Teoreetilise vaatenurga järgi mõjutavad tervishoiu sotsiaaltöös nii bioloogiline, psühholoogiline kui ka sotsiaalne süsteem vastastikku terviseprobleemide põhjuseid ja tagajärgi (Cowles, 2009, lk 39). Tervishoiu sotsiaaltöö jaoks on inimese tervise tervikliku pildi kujundamises olnud väljakutse ja suur roll leida seos füüsilise ja vaimse tervise ning heaolu vahel (Heinonen, Metteri, & Leach, 2009, lk 150).

Raviasutuse sotsiaaltöötajad peavad olema oma töö efektiivseks koordineerimiseks teadlikud riigis toimivast tervishoiu süsteemist ja raviasutuse spetsiifikast, tervise ja haigusega seonduvast terminoloogiast ning olema tuttavad valdkonda reguleeriva

seadusandlusega (Kutsekoda, 2019, lk 17). Lisaks sotsiaaltöötaja erialastele kompetentsinõuetele nagu näiteks enesearendus, sotsiaalnõustamine, teavitustöö, valdkonna arendustegevus ja teenuste korraldamine on tervishoiu sotsiaaltöö kutsestandardis esitatud tööülesanded. Esmalt on olulisel kohal anda teavet riigis kehtivate sotsiaalhoolekannet reguleerivate seaduste kohta ning nõustada nii patsienti kui ka tema lähedasi toimetulekut hõlbustavate teenuste ja toetuste osas. Ravi efektiivsuse tagamiseks on tähtsal kohal meeskonnatöö ning patsiendi esindamine ja tema huvide kaitsmine ning olulise töö osana veel inimese haiglast koju või hoolekandetasutusse saatmise organiseerimine. (*Ibid.*, lk 16–17)

Õnneleid (2016, lk 12) nimetab oma lõputöös tervishoiu sotsiaaltöö ülesannetena tegevuste koordineerimist, koostööd, informatsiooni jagamist patsiendile ja tema lähedastele, dokumentatsiooni vormistamist ning ravivõimaluste otsimist. Sarnaseid tööülesandeid tuuakse välja ka teiste riikide praktikas ning Garcés Carranza (2013, lk 14) toob peamiste ülesannetena välja järgmised:

1. Infovahetus patsiendi, tema pere ja meditsiinipersonali vahel.
2. Patsiendi ja tema pere psühhosotsiaalsete probleemide ja emotsionaalsete vajaduste tähtsustamine.
3. Nõustamine, sealhulgas patsiendile tema õiguste osas informatsiooni jagamine.
4. Inimesest lähtuva sekkumisplaani koostamine.
5. Meeskonnatöö.
6. Jätkuteenuste korraldamine.
7. Dokumentide vormistamine.

Tervishoiu sotsiaaltöö kui eriala teke tähistab sotsiaalvaldkonna sisenemist teise praktikakeskkonda nagu näiteks meditsiin, kus esmane organisatsiooniline funktsioon ei ole sotsiaaltöö (Cowles, 2009, lk 7). Töö korraldusliku poole pealt toob Õnneleid (2016) välja, et „tervishoiu sotsiaaltöötaja praktiseerib meditsiinisüsteemis, kus kehtivad tervishoiuteenuste osutamise põhimõtted ja samas teeb ta sotsiaaltööd, järgides oma eriala põhimõtteid ning põhiväärtuseid“ (lk 12).

Eelnevast tulenevalt võib öelda, et tervishoiu sotsiaaltöötaja tegevus on reguleeritud nii tervishoidu reguleeriva kui ka hoolekannet reguleeriva seaduse poolt. Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2001) § 2 ütleb, et „tervishoiuteenus on tervishoiutöötaja tegevus

haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist“. Sotsiaalhoolekande seaduse (2015) § 3 on toodud sotsiaalhoolekande põhimõtted, mida abi andmisel sotsiaaltöötja peab järgima.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et tervishoiu sotsiaaltöö kujunemislugu algab eelmise sajandi algusest. Tervishoiu sotsiaaltöö on seotud mitme erineva ravietapiga ning tööd reguleerib nii tervishoiu- kui ka sotsiaalvaldkonna seadus. Lisaks eriala kompetentsinõuetele on tervishoiu sotsiaaltöötajal mitmeid ülesandeid alustades patsiendi ja tema lähedaste nõustamisest, meeskonnatööst, kuni dokumentide vormistamiseni.

1.2. Tervishoiu sotsiaaltöötajate töörahulolu mõjutavad tegurid välismaal ja Eestis

Tervishoiu sotsiaaltöötaja kuulumine erinevatesse tervishoiutasanditesse eeldab kõrgetasemelist professionaalsust ja oskusi (Dhooper, 2012, lk 1). Sotsiaaltöö õppekavade riikliku tellimuse vähendamine ja tasemeõppekavade optimeerimine ning ettepanekud ühendada sotsiaaltööõpe mõne teise õppekavaga paraku eriala arengut ja professionaalsust ei toeta (Saia *et al.*, 2018, lk 38).

Saia *et al.* (2018) on Eesti sotsiaaltöö, sh. tervishoiu sotsiaaltöö kirjelduseks öelnud:

Kirjeldades Eesti sotsiaaltööd, võime näiteks välja tuua, et seda iseloomustab ametinimetuste paljusus, liikumine n-ö ise- ja kõigeteadja sotsiaaltöötaja juurest suurema professionaalsuse ja spetsialiseerumise poole, samas ka n-ö „sünnist surmani“ teemadega töötavate sotsiaaltöötajate jätkuvalt suur hulk. Eriala ja elukutse positsioon ühiskonnas on alles kujunemas, toimub pidev tasakaalu otsimine teooria ja praktika vahel ja professionaalse identiteedi järjepidev loomine. (lk 31)

Ka mujal maailmas tehtud uuringutest on leitud samu sotsiaaltöö eriala iseloomustavaid tegureid, mis võivad üldist töörahulolu mõjutada. Kümne erineva geograafilise asukoha, sotsiaalpoliitika, majanduse ja ajaloolise taustaga maa sotsiaaltöö eriala uuringust selgus, et pooltes uuritavatest riikidest on sotsiaaltöö staatus võrreldes teiste abistavate ametitega väga madal. Tegurid, mis seda põhjustavad on sotsiaaltöö lai ja mittespetsiifiline

määratlus, madalad sotsiaaltöölased haridusnõuded ja väljaõpe, avalikkuse teadmatus sotsiaaltöötajate tööülesannete kohta ning teenuste kasutajate madal staatus ühiskonnas. (Weiss-Gal & Welbourne, 2008, lk 288) Üldine sotsiaaltöö kuvand ühiskonnas, mis on olnud pigem negatiivse varjuga, mõjutab sotsiaaltöötajate rahulolu. Tõenäoliselt tuleneb negatiivne kuvand tööga seotud klientidest. (Saia *et al.*, 2018, lk 37)

Sotsiaaltöö elukutse mainet ja töötajate rahulolu mõjutab ka madal töötasu (Saia *et al.*, 2018, lk 37). Rahvusvahelises sotsiaaltöötajate töörahulolu uuringust selgus, et üle poolte uuritavates riikides on sotsiaaltöötajate palgatase võrreldes teiste abistavate elukutsetega madalam. Põhjusteks on toodud vähene teadlikkus selle kohta, et profession nõuab erialast koolitust ja teadmisi. Teiseks on välja toodud fakt, et sotsiaaltöö erialal töötab rohkem naisi ning enamus sotsiaaltöötajaid on ametis avalikus sektoris ning puudub riiklik litsents. (Weiss-Gal & Welbourne, 2008, lk 288)

2018. aastal viis Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon läbi töörahulolu uuringu sotsiaalvaldkonna töötajate seas, mille tulemused näitavad, et töökoormust peetakse liialt suureks ning töötasu ei ole sellele vastav (Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon, 2018, lk 6–14). Õnneleid (2016, lk 26) toob oma uurimustöös välja, et kõik küsitatud tervishoiu sotsiaaltöötajad nimetavad, et töökohustusi on palju ning ülekoormuse tõttu võib kannatada patsiendi heaolu. Grünberg (2015, lk 81–84) toob oma uurimistöös välja, et sotsiaaltöötajad peavad oma tööd emotsionaalselt raskeks ning töötasu ebapiisavaks. Rahulolematust tekitab vähene vabadus võtta vastu otsuseid ja kaasa rääkida organisatsiooni arengus. Samuti ei tunnetata juhtkonna toetust ning tagasiside tehtud töö eest ei ole vastanute arvates piisav.

Rahvastiku tervise arengukava vahehindamises (Paat-Ahi, Nurm, Aaben, 2017) tuuakse ühe sotsiaaltöö korraldust mõjutava probleemkohana välja tõsiasi, et „Eestis on kokku leppimata patsiendikesksuse ja inimkesksuse definitsioon ja sellest tulenevad teenuse disainimist vajavad aspektid“ (lk 14). Tervishoiusüsteemis pööratakse enam tähelepanu haiguspõhisele lähenemisele ning ei arvestata raviotsustamises inimest mõjutavat taustsüsteemi. Ka Tisler (2010, lk 11) on oma magistrیتöös öelnud, et tervishoiuga kokkupuutunud sotsiaaltöötajad on sageli tunnetanud, et sotsiaalsed ja keskkonnast tulenevad mõjutegurid jäävad meditsiinilisest lähenemisest kaugele maha. Raamat (2007, lk 31–32) on oma artiklis öelnud, et endiselt on raviasutuste eesmärgiks tulu

maksimeerimine ehk voodikohtade täituvus mitte patsiendi toimetulek pärast haiglast lahkumist. Puuduvad piisavad ressursid, et ravitöö saaks olla maksimaalselt abistav.

Riiklikul tasandil on tervishoiu sotsiaaltöötaja ameti väärtustamiseks ja ressursside tõstmiseks tehtud vähe. Tisler (2010) toob oma magistritöös välja, et:

Eestis on tervishoiuteenuste loetellu liidetud kolm teenust, mille osutamisele on esitatud nõue tervishoiusotsiaaltöötaja kaasamiseks tervishoiuteenuse osutamise protsessi. See saavutus on tähtis, kuna Eesti Vabariigi Sotsiaalministeeriumile ja Eesti Haigekassale on raske põhjendada tervishoiusotsiaaltöö lisamist tervishoiuteenuste hulka. Eesti tervishoiusotsiaaltöötajad on koondunud organisatsiooni nimega Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon (ETSA) ja püüdnud tervishoiusotsiaaltöö lülitamist erinevate tervishoiuteenuste kirjeldustesse kiirendada, kuid seni suuremate tulemusteta. (lk 9)

Ebakõla tekitab ka olukord, kus erinevate erialade spetsialistidest, kes ravimeeskonda kuuluvad ei ole kõik tervishoiutöötajad. Tervishoiuteenuse korraldamise seaduse (2001) § 3 järgi on Eestis tervishoiutöötaja endiselt vaid meditsiinipersonal: arst, hambaarst, õde ja ämmamemand.

Töötades raskelt haigete või keerulise taustaga kliendigrupiga on sotsiaaltöötajatel sageli kaastundeväsimus, mis omakorda tekitab stressi. On leitud, et sotsiaaltöötajate kaastundeväsimust ja sellest tekkivat stressi aitaks leevendada efektiivne supervisioon, võimalus tööga seotud muredest rääkida. (Kapoulitsas & Corcoran, 2015, lk 98) Tervishoiu sotsiaaltöötajad tunnetavad, et puudub inimene, kelle poole muredega pöörduda ning see võib omakorda koostööd teiste meeskonna liikmetega raskendada (Õnneleid, 2016, lk 25).

Ameerikas läbi viidud uuring palliatiivhaigla töötajate seas toob välja seose emotsionaalselt raske töö ja kõrgel tasemel tööstressi ning läbipõlemise vahel. Omakorda mõjutavad need tegurid töörahulolu ning töö efektiivsust. (Quinn-Lee, Olson-McBride, & Unterberger, 2014, lk 220–221) Saudi-Araabia kahes haiglas läbi viidud töörahulolu uuringust selgus, et tervishoiu töötajatest üle poole kannatab tööstressi all. Leiti, et peamised stressiallikad on näiteks töötamine nädalavahetustel, erinevad konfliktisituatsioonid, vähene toetus stressi ilmnedes. Leiti, et töörahulolu ei pruugi kõrge

stressitaseme juures langeda, kui pakutakse piisavalt n-ö. motivaatoreid nagu näiteks kõrge töötasu. Samas võib uuringu kohaselt kõrge stressitase vähendada töö tulemuslikkust. (Salam *et al.*, 2014, lk 163–165)

Tervishoiu esmane funktsioon on arstiabi, mis teeb sotsiaaltöö tervishoius teiseseks abimeetmeks ehk sotsiaaltöö teenused raviasutuses on abistavad ja allutatud meditsiini- ja õendusabitöötajate teenustele. Teisejärgulise teenuse osutajana peavad sotsiaaltöötajad tervishoius aktsepteerima esmaseid teenuseosutajaid, mis eeldab järjepidevat koostööd, tähelepanelikkust ja lugupidamist põhiteenuse pakkujate osas ning järgima asutuse funktsioone. Probleemid nende esmaste pakkujatega koostöö tegemisel tekivad tavaliselt siis, kui sotsiaaltöötajad on liiga vaevatud oma tööst ning meditsiinipersonal hoolimatu teiste teenusepakkujate osas. (Cowles, 2009, lk 23)

Tervishoiu sotsiaaltöö keerukust tõstab ka asjaolu, et haigla süsteemis valitseb kahe autoriteediga süsteem – bürookraatlik ja arstlik süsteem, mis kulgevad üksteisega paralleelselt (Cowles, 2009, lk 39). Töötades organisatsiooni huvide järgi ning vastandudes seetõttu patsiendi enesemääramisõigusega võib tervishoiu sotsiaaltöötajal esineda eetiliste väärtuste konflikt (Tisler, 2010, lk 72). Sotsiaaltöö väärtused ja eetilised printsiibid võivad küll teiste meditsiinipersonali liikmetega kattuda, kuid väärtuste tähtsusjärjekord on erialati enamasti erinev. Eetiliste väärtuste konflikt võib endaga kaasa tuua tervishoiu sotsiaaltöötajate rahulolematust töökohas ning võib viia ametikohalt lahkumiseni. (O'Donnell *et al.*, 2008, lk 31)

Tervishoiu sotsiaaltöötaja kutsestandardis on välja toodud klausel, et patsiendiga töö toimub raviprotsessi vältel ning enamasti haiglast lahkumise järgselt koostöö patsiendi ja haigla sotsiaaltöötajaga lõppeb, kuigi keerulise diagnoosiga patsient või tema pere vajavad abi ka raviasutusest lahkudes (Kutsekoda, 2019, lk 16). Tervishoiu sotsiaaltöötajad tunnevad vajadust erinevate juhtumite koordineerija järgi, kes oleks haigla sotsiaaltöötajale kättesaadav ning kes väljaspool raviasutust tegeleks patsiendiga edasi (sotsiaaltöötaja alluvusse kuuluva juhtumikorraldaja kaasamine). Nähakse vajadust pikemalt kliendi kõrvale jääda ja teda toetada. (Õnneleid, 2016, lk 26)

Tervishoiu sotsiaaltöötaja töö muudab keerukamaks asjaolu, et enamasti on haiglas patsient lühiajaliselt või väga haigena, mis lühendab sotsiaaltöötaja võimalikku tööaega

ja sekkumist. Sotsiaaltöötajalt eeldatakse keskendumist teenustele, mis toetavad ja täiendavad haiglateskkonna lühiajalise ravi eesmärke. (Cowles, 2009, lk 25) Ajaressursi surve ei ole sageli võimalik patsiendi erinevatesse muredesse süveneda ning leida sobivaimaid lahendusi (Tisler, 2010, lk 72).

Tervishoiu sotsiaaltöötajate töömahtu tõstab ka see, et haiglas on töö ja vastutus delegeeritud mitme töötaja vahel ning seetõttu võib olla keeruline jõuda vastutava inimeseni. Sotsiaaltöötaja peab olema tuttav erinevate ametikohtade ja osakondade töökorraldusega, et patsiendi kohta teavet saada ja jagada. Vastasel korral võib teabe saamine võtta oluliselt rohkem aega ning oluline info patsiendi kohta ei jõua raviarstini või mõne teise olulise meeskonnaliikmeni. (Cowles, 2009, lk 25)

Tervishoiu sotsiaaltöötaja ülesandeks on patsiendi efektiivseks raviks kaasata nii meeskonnatöötajaid kui ka teha koostööd patsiendi lähedaste või raviasutusest väljaspool olevate organisatsioonidega, kes patsiendiga seotud (Kutsekoda, 2019, lk 16–17). Tervishoiu sotsiaaltöötajate koostöö nii erinevate omavalitsuste kui ka teiste organisatsioonide töötajatega kuhu patisient ravi järgselt peaks minema on töötajate arvates pigem tagasihoidlik ja kaootiline (Õnneleid, 2016, lk 27). Lisaks on koostöö sageli ajamahukas, koostöö ulatus läbirääkimata teema ja raviasutuse sotsiaaltöötajate vajadused määratlemata (*Ibid.*, lk 35).

Õnneleid (2016, lk 37) toob oma uurimistulemustes välja, et „Tervishoiu sotsiaaltöötajad on arvamusel, et oma tegevusega hoiavad nad kokku teiste spetsialistide aega ja aitavad seeläbi kokku hoida ravikulude pealt, kuid see pole uurimuses osalejate hinnangul väga laialt toetatud arvamus“. Nähakse vajadust koos meditsiinipersonaliga meeskonnaarutelude järgi, mis siiani on küsitletud raviasutustes pigem tagasihoidlik ja harv (*Ibid.*, lk 27).

Kokkuvõtvalt võib öelda, et tervishoiu sotsiaaltöötajate töörahulolu võib olla mõjutatud nii Eestis kui ka mujal maailmas üpriski sarnastest teguritest ja töökorraldusest. Probleemiks on sotsiaaltöö üldine madal staatus ühiskonnas ning suur töökoormus. Emotsionaalselt raske töö mõjutab tervishoiu sotsiaaltöötajate stressitaset. Patsientide edukaks raviks nii haiglas kui ka iseseisvat toimetulekut soodustavate teenuste ja toetuste leidmiseks on vajalik pidev koostöö nii meeskonna siseselt kui raviasutusest väljaspool

asuvate patsiendiga seotud asutuste ja omavalitsustega. Hetkel on leitud, et koostöö on vähene ja reguleerimata. Töö raviasutuses muudab keeruliseks valitseva süsteemi tõttu tekkida võiv eetiliste väärtuste konflikt ning vähene võimalus kaasa rääkida organisatsiooni arengus.

1.3. Tööraahulolu teooriad

Tööraahulolu on teoreetikud defineerinud erinevalt. Vroomi (viidatud Aziri, 2018, lk 77 vahendusel) definitsiooni järgi on tööraahulolu määratletud kui töötaja töösse suhtumist ehk keskendub töötaja rollile. Spector (viidatud Aziri, 2018, lk 77 vahendusel) defineerib tööraahulolu läbi inimese tunnete ja hoiakute töö suhtes ehk mis inimestele nende töö osas meeldib või ei meeldi. Tööraahulolu on kui meeldiv emotsionaalne seisund, mis tuleneb oma töökoha hindamisest, tundmisest ja suhtumisest töösse (Morin, 2018, lk 286). Ka Locke (viidatud Eid & Larsen, 2008, lk 394 vahendusel) on tööraahulolu defineeritud kui rahuldust pakkuvat ja positiivset tööst saadud tunnet.

Organisatsiooni käitumise ja tööraahulolu uurimiseks on loodud mitmeid teooriad, mis on kategoriseeritud kolme gruppi (Eid & Larsen, 2008, lk 398–399):

1. Situatsiooni teooria – töö rahulolu on seotud töö endaga ja ümbritseva keskkonnaga.
2. Dispositsiooni teooria – töö rahulolu on seotud inimese isikuomadustega.
3. Interaktiivne teooria – töö rahulolu on kombinatsioon situatsiooni teooriast ja dispositsiooni teooriast.

Tööraahulolu väljaselgitamiseks on Herzbergi motivatsiooni-hügieeniteooria üks enim kasutatavatest. Töoga seotud rahulolu mõjutavad situatsiooni tegurid jagas Herzberg oma teooria kohaselt kaheks (vt tabel 1), hügieenifaktorid ja motivatsioonifaktorid. (viidatud Raziq & Maulabakhsh, 2015, lk 719 vahendusel) Töötaja motivatsioon mõjutab tööraahulolu kaudselt ning see on inimese sisemine jõud, mis viib isiklike ja organisatsiooniliste eesmärkide täitmiseni. Motivatsioonifaktorite nagu näiteks saavutused töökohal, märkamine ja tunnustamine ning arenguvõimaluste olemasolu võivad tõsta tööraahulolu. Hügieenifaktorid on seotud töökeskkonnaga ning mõjutavad tööga seotud rahulolematust. (Morin, 2018, lk 288)

Tabel 1. Hügieeni- ja motivatsioonifaktorid

Hügieenifaktorid	Motivatsioonifaktorid
Palk, kompensatsioonid	Saavutusvajaduse rahuldamine
Kindlustunne tööl	Vastutus
Töötingimused	Enesearneg
Järevalve ja selle ulatus	Huvipakkuv töö
Suhted kolleegidega	Tunnustus
Staatus, edutamine	Edasijõudmine
Juhtimise kvaliteet, reeglid	Töökoha stabiilsus

Allikas: Dugguh & Ayaga, 2014, lk 12–13

Hügieenifaktorid ei saa tekitada rahulolu, kuid neid tõstes on võimalik rahulolematust vähendada või tõsta lühiajaliselt töötajate motivatsiooni. Motivatsioonifaktoritel seeläbi on pikaajaline positiivne efekt, kuna nende tõstmisel suureneb töötajate positiivne suhtumine oma töösse. (Raziq & Maulabakhsh, 2015, lk 719)

Herzbergi motivatsiooni-hügieeniteooria kõrval on Edwin A. Locke väärtusteteooria üks tuntumaid töörahulolu uurimise kasutatavatest mudelitest (Morin, 2018, lk 288). Locke teooria järgi on rahulolu võimalik mõõta valemiga (Eid & Larsen, 2008, lk 398–399):

$$\text{rahulolu} = (\text{vajadused} - \text{olemasolev}) \times \text{tähtsus}$$

Teooria järgi on rahulolematust võimalik töötaja vajaduste ja tööst saadu vahest hinnata, kui tööga seotud tegurid on inimesele olulised. Üldise rahulolematuse hindamiseks korratakse valemit iga tööga seotud faktori puhul eraldi ning lõpptulemuseks saadud väärtused liidetakse. (*Ibid.*, lk 400)

Eesmärgiteooria järgi võib eeldada töö tulemuslikkust ja kõrget motivatsiooni, kui töötajal võimaldatakse püstitada endale piisavalt kõrged, kuid teostatavad eesmärgid (Brooks, 2008, lk 68). Tööviljakus, töötaja rahulolu kui ka töötulemused tõusevad vastavalt sellele, mil määral töötaja isiklikud eesmärgid kattuvad organisatsiooni eesmärkidega (Fisher, 2009, lk 353–354). Suurtes organisatsioonides, kus ei ole võimalik isiklike eesmärgi seada, on oluline, et ühised seadud eesmärgid samastuksid töötajate sihtidega, et tulemuslikkust maksimeerida. Teooria kohaselt muudavad seadud eesmärgid töötajate tegutsemist fookuseerides tähelepanu, tõstes vastupidavust, õhutades pingutama ja oma tegevusi eesmärgipäraselt planeerima. (Brooks, 2008, lk 68)

Töö omaduste teooria järgi saab rahulolu tõsta viie tööga seotud teguriga: ülesande identiteet, ülesande tähtsus, töö mitmekesisus, autonoomsus ja tagasiside. Teooria järgi tõstavad töö motivatsiooni kolm psühholoogilist tegurit: töö olulisuse tunnetamine, töö tulemuste eest vastutuse tunnetamine ja tulemustest teadlik olek. (Dugguh & Ayaga, 2014, lk 15) Teooria järgi parandab töötajate rahulolu nimetatud viie teguri arendamine töökohas. Teooria kohaselt on peamiste töörahulolu mõjutavate tegurite nagu palk, karjäärivõimalus, kaastöötajad jne just rahulolu töö endaga oluliseim töörahulolu tõstja. (Eid & Larsen, 2008, lk 399) Kui on tagatud töö mitmekesisus, ülesande tähtsus või ülesande identiteet, tõuseb inimese jaoks töö tähendusrikkus. Sellele lisaks autonoomsuse ja tagasiside olemasolul on teooria kohaselt kõrge töötaja motivatsioon, sooritusvõime ja töörahulolu. (Dugguh & Ayaga, 2014, lk 15)

Adamsi võrdsuse teooria järgi peab töötaja oluliseks töötasu ja tehtud töö suhet. Kui töötaja tunneb, et ei saa tehtud töö eest väärilist tasu, siis tunneb ta rahulolematust. See võib omakorda põhjustada vaenulikku suhtumist kaastöötajatesse ja organisatsiooni ning vähendada motivatsiooni ja tulemuslikkust. Võrdsuse teooria kohaselt ei ole vaid tehtud töö ja saadud tasu olulised vaid esineb ka võrdlus teiste töötajatega. Kui tehtud töö eest saadud tasu tunnetatakse õiglasena, on töötajad rahulolevamad, õnnelikumad ja motiveeritud. (Dugguh & Ayaga, 2014, lk 14)

Organisatsiooni juhid soovivad ja eelistavad rahulolevaid töötajaid, kuna see omakorda loob positiivse suhtumise töösse ja tekitab töökohas üldist heaolu. Rahulolev ja õnnelik töötaja panustab oma vaba ajaga, on loov ja pühendunud, valmis ületama tööalaseid takistusi, abistama kolleege ja ülemusi. Neil on erakordne töövõime ja see toob ettevõttele edu. (Bakotic, 2010, lk 119) On leitud, et seos töörahulolu ja organisatsiooni tulemuslikkuse vahel on tugevam kui seos organisatsiooni tulemuslikkuse ja tööga rahulolu vahel: tööga rahulolu määrab organisatsiooni tulemuslikkust tugevamalt. (*Ibid.*, lk 126)

Pöörates tähelepanu töökeskkonnale laiemalt (töö ise ja sellega kaasnev) on organisatsioonil võimalik tõsta töötajate motivatsiooni ja töösse pühendumist. Tõstes seeläbi töörahulolu on töötajad rohkem pühendunud oma ettevõttele, on rohkem motiveeritud kõvasti tööd tegema ja seeläbi tõuseb nende ettevõtete tootlikkus, mis on ettevõttele pikas perspektiivis kasulik. (Raziq & Maulabakhsh, 2015, lk 724) Töörahulolu

mängib töötajate tulemuslikkuses olulist rolli ning mõningal määral ka tema üldisele heaolule. Lisaks tõstab töörahulolu organisatsiooni produktiivsust ja tõhusust, parandab töösuhteid ning vähendab töölt puudumisi ja lahkumist. (Dugguh & Ayaga, 2014, lk 17)

Töörahulolu mõjutavad erinevad keskkonna tegurid, individuaalsed ja psühholoogilised faktorid (Dugguh & Ayaga, 2014, lk 15–16). Rootsisis läbi viidud töörahulolu uuring vaimse tervise õdede seas näitas, et töötajaid motiveerisid eeskätt töö ise, usaldus, hea vastastikune suhtlus töötajate vahel ning inimestevahelised suhted kolleegide ja patsientidega (Holmberg, Caro, & Sobis, 2018, lk 587). Töörahuloluga on seotud juhtimisstiil ja -kultuur, töötajate kaasamine, jõustamine, iseseisvuse võimaldamine töökohal ning mitmed töö hõlbustamiseks tehtavad tegurid (Morin, 2018, lk 286). Teiste oluliste rahuloluga seotud tegurite hulgas on mainitud ülesannete olulisust, tagasiside saamist, töötasu, meeskonnatööd, supervisiooni võimalust (Frazier, 2009, lk 26).

Ajalistest teguritest on teadlased keskendunud enim kahele töörahulolu mõjutavale tegurile, töötaja vanusele ja tööstaažile (Riza, Ganzach, & Liu, 2018, lk 2560). Tööstaaži kohta on leitud nii positiivseid kui ka negatiivseid seoseid töörahuloluga. Staaži kasvades on tõenäolisem töötaja edutamise, staatuse ja võimu kasvamine, mis ühtlasi tõstavad töörahulolu. Staaži seost töörahulolu vähenemisega on teadlased seostanud võimaliku suurema tüdimusega oma tööst või aastate jooksul oma asutuse kohta kogunenud negatiivse infoga (*Ibid.*, lk 2562). Töötaja vanusega seoses on leitud, et tõuseb ka töörahulolu ning Clark (viidatud Riza *et al.*, 2018, lk 2561 vahendusel) on esile toonud viis vanuse ja töörahulolu seose tegurit:

1. Vanuse tõustes on töötaja saavutanud kõrgema staatuse ja atraktiivsema töö.
2. Töö karakteristikute olulisuse ja väärtuste muutus ajas.
3. Tajatud tühimik töö osas tehtud ootuste ja reaalsuse vahel on vanuse tõustes väiksem.
4. Vanem generatsioon võib olla loomupäraselt rahulolevam kui noorem.
5. Töörahulolu ei sõltu mitte niivõrd individuaalsest töö rahulolu tasemest kui võrd laiemaalt muutustest üldise heaolu ja mentaalse tervise osas.

Erinevate sotsiaaltöötajate seas läbi viidud töörahulolu uuringud toovad esile veel mitmeid tegureid, mis rahulolu mõjutavad. USA-s läbi viidud uurimus toob välja, et haigla sotsiaaltöötajate ja meditsiiniõdede töörahulolu mõjutavad eelkõige õiglane ja lugupidav kohtlemine ning eetiliste väärtuste järgimine. Leiti, et need tegurid olid kõige

enam seotud töötajate vaimse tervise ja töö tulemuslikkusega. Vähem toodi rahulolu mõjutavatest teguritest esile töökoormust, boonuseid, palka ja kaastöötajaid. (Ulrich *et al.*, 2007, lk 1716–1717) Grünberg (2015, lk 82) toob oma uurimistöös välja, et rahulolu tõstab töösuhte püsivus, huvitav ja vaheldusrikas töö, tagasiside hästi tehtud tööle, võimalus iseseisvalt otsuseid vastu võtta ja arenemisvõimaluste olemasolu. Samas uurimistöös on leitud, et juhtivtöötajad peavad oluliseks rahulolu tõstvaks motivaatoriks töö meeldimist, häid töötingimusi, erinevaid töötajatele pakutavaid hüvesid ja soodustusi ning töötajate kaasamist organisatsiooni arengusse (*Ibid.*, lk 82).

Raviasutuse sotsiaaltöötajate töörahulolu tõstmiseks on oluline pöörata tähelepanu autonoomsuse võimaldamisele, arenemisvõimalustele, loovuse ja variatiivsuse võimaldamisele. Vähem mõjutab raviasutuse sotsiaaltöötajatega läbi viidud uuringu järgi töörahulolu töökoormus ja töötasu. (Pugh, 2016, lk 500) Tervishoiu, sealhulgas tervishoiu sotsiaaltöötajad leiavad, et tööga rahulolu on tugevalt seotud haigla poliitikaga, inimestevaheliste suhetega ja tundega, et suudetakse pakkuda patsientidele kvaliteetset teenust. Näiteks tekitab tervishoiu töötajate rahulolematust autonoomsuse vähesus otsuste tegemisel, tasakaalu puudumine isiklike ja ametialaste kohustuste vahel, patsiendiga veedetud aja hulk ja töötasu. (Jovic-Vranes, Vesna, Boris, & Natasa, 2008, lk 223)

Töötajate töörahulolu on organisatsioonikäitumises oluliseks pidepunktiks. Töörahulolule tähelepanu pöörates ja seda parandades on võimalik organisatsiooni tulemuslikkust tõsta. Töörahulolu selgitavate teooriatena on tuntuimad Herzbergi kahefaktori teooria ja Locke väärtuste teooria, mis selgitavad olulisi tegureid, mis võivad rahulolu töökohas tõsta või langetada. Mitmetest läbi viidud uuringutest selgus, et tervishoiu sotsiaaltöötajad peavad oluliseks töörahulolu mõjutavateks teguriteks Herzbergi teooria järgi pigem motivatsioonifaktoreid nagu näiteks eneseareng, vastutus, huvipakkuv töö.

2. SA TARTU ÜLIKOOI KLIINIKUMI SOTSIAALTÖÖTAJATE TÖÖRAHULOLU UURING

2.1. SA Tartu Ülikooli Kliinikumi tutvustus

Tartu Ülikooli Kliinikum on asutatud aastal 1804, sihtasutusena hakkas kliinikum tööle aastast 1998 (Tartu Ülikooli Kliinikum, *s.a.*). SA Tartu Ülikooli Kliinikum on eraõiguslik juriidiline isik, mis juhindub oma tegevuses Eesti Vabariigi seadustest, oma põhikirjast ja muudest õigusaktidest ning lepingutest. Kliinikum on osutatavate teenuste arvult suurim haigla Eestis. (Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum, 2018, lk 4) Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikumi (2018) visioon on „olla Euroopas tunnustatud ülikoolihaigla, millel on juhtiv roll Eesti meditsiinis“ (lk 8). Visiooni elluviimisel pööratakse tähelepanu kõrgetasemelise arstiabi osutamisele ja meditsiini arendamisele Eestis. Asutuse oluliste väärtustena on nimetatud hoolivust, pädevust ja usaldusväärtust. (*Ibid.*, lk 8)

Kliinikumi juhtimisorganid on juhatus ja nõukogu. Kõrgeim juhtimisorgan on kaheksaliikmeline nõukogu, mille liikmeid valitakse kolmeks ametiaastaks. Juhatusel on kaheksaliikmeline nõukogu, mille liikmeid valib nõukogu viieks aastaks ning hetkel on kliinikumi juhatuses viis liiget. Kliinikumi struktuuriüksusteks on seitseteist kliinikut ning nende koosseis moodustatavad osakonnad. (Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum, 2018, lk 9) Kliinikumi struktuuriüksuste põhimäärused kinnitab kliinikumi juhatus. Kliinikumi struktuuriüksuste põhimäärustes sätestatakse struktuuriüksuste juhtimise ja töökorralduse alused ning finantseerimise kord, samuti muud struktuuriüksuste põhimäärusega reguleerimist vajavad küsimused. Igat kliinikut juhib kliinikumi juhatus poolt määratav kliiniku juhataja, lisaks on igal osakonnal juhataja. Juhatus võib vajadusel delegeerida struktuuriüksuste juhtidele otsustamisõiguse erinevates küsimustes, mis puudutavad nende struktuuriüksuste ja kliinikumi suhteid kolmandate isikutega. (Tartu Ülikooli Kliinikum, 2019) Haiglatest kuulub kliinikumi koosseisu lisaks piirkonna haiglale ning

Tartu kiirabile veel kolm üldhaiglat: Lõuna-Eesti Haigla, Põlva Haigla ja Valga Haigla (Tartu Ülikooli Kliinikum, *s.a.*).

Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikumi (2018) tegevusaruandes on öeldud, et „iga organisatsiooni väärtuslikum osa on tema inimesed, mistõttu on oluline pöörata tähelepanu töötajate rahulolule, professionaalsele arendamisele, töötingimuste parandamisele jne“ (lk 10). Kliinikumi strateegiakavas aastateks 2018–2030 on peamine töötajatega seotud prioriteet välja toodud järgmiselt (Tartu Ülikooli Kliinikum, 2018):

Kliinikum on atraktiivne töökoht kõikidel erialadel ja ametitel. Meie töökultuuri lahutamatuks osadeks on lugupidamine ja kaasahaaratus. Panustame personali pidevasse arengusse ning loome kaasaegse ning turvalise töökeskkonna, motiveeriva palgasüsteemi ning parima akadeemilise õhkkonna. Toetame töötajate teadustöös osalemist. Seisame hea selle eest, et tagada akadeemiline järelkasv kõigil erialadel.

2018. aasta seisuga on kliinikumis 4302 töötajat, neist tugipersonali ligikaudu 900 inimest, kellest sotsiaaltöötajaid 11 (Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum, 2018, lk 10). Erinevate kliinikute ja osakondade sotsiaaltöötajate peamised tööülesanded on: patsientidele informatsiooni andmine, patsiendi ja tema lähedaste nõustamine, toetamine ja juhendamine, koostöö korraldamine ja koordineerimine, rehabilitatsiooni plaani koostamisel osalemine ja rehabilitatsiooniteenuste osutamine (Tartu Ülikooli Kliinikum, *s.a.*).

Tartu Ülikooli Kliinikum on Eesti üks suurimaid tervishoiuasutusi, mis ühendab mitmeid erinevaid kliinikuid. Lisaks tervishoiuteenuste osutamisele on oluliseks tegevusvaldkonnaks olla meditsiinihariduse edendamise õppekohaks. Asutusena pakub kliinikum tööd lisaks meditsiinierialdele veel mitmete erinevate valdkondade spetsialistidele.

2.2. Uuringu metoodika ja valimi kirjeldus

Käesolevas töös viiakse andmete kogumiseks läbi kvalitatiivne uurimus. Laherand (2008, lk 24) toob kvalitatiivse uurimisviisi kohta välja, et seda kasutades on võimalik saada olulist teavet inimestega toimunud sündmuste ja sealt saadud kogemuste ning erinevate

olukordade ja arusaamade mõistmiseks. Ka Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2005) on öelnud, et „kvalitatiivse uurimuse lähtekohaks on tegeliku elu kirjeldamine“ (lk 152). Kvalitatiivne uurimus tugineb inimeste vaatenurgale nende uskumuste, kogemuste ja tähenduste mõistmiseks (Mohajan, 2018, lk 24). Kvalitatiivse uurimisviisi olemusest ning uurimistöö eesmärgist ja uurimisküsimustest lähtuvalt peab autor käesoleva töö puhul vajalikuks läbi viia kvalitatiivne uurimus, et koguda sotsiaaltöötajate arvamusi ja kirjeldusi neid mõjutavate töörahuloluga seotud tegurite kohta.

Antud töö uuringu tüübiks on valitud juhtumiuuring. Õunapuu (2014) ütleb juhtumiuuringu kohta, et „juhtumiuuring on meetod, mis võimaldab uurida igapäevaelu sündmusi, säilitades nende tervikliku iseloomu ja tähenduslikud tunnused“ (lk 59). Juhtumiuuring võimaldab detailselt kirjeldada ja analüüsida nii üksikisiku kui ka grupi vajadusi, probleeme, erinevaid protsesse (Mohajan, 2018, lk 33). Juhtumiuuring võimaldab koguda ning hilisemalt analüüsida väga erinevaid andmeid, toetudes varasemalt esitatud teoreetilisele lähenemisele (Laherand, 2008, lk 74).

Juhtumiuuringus võib andmete kogumiseks teiste kõrval kasutada ka intervjuud (Laherand, 2008, lk 83). Intervjuu võimaldab teha vastustes täpsustusi, saada vastajalt subjektiivseid arvamusi, näha n-ö laiemat pilti (Hirsjärvi *et al.*, 2005, lk 192). Intervjuu on kvalitatiivsetes uuringutes üks enimrakendatavaid andmekogumisviise (Õunapuu, 2014, lk 170). Toetudes eelnevale viiakse antud töö raames andmete kogumiseks läbi poolstruktureeritud intervjuu.

Intervjuukava ja küsimused on koostatud tuginedes Grünbergi (2015) uuringule, küsimusi on töö autor modifitseerinud tuginedes käesoleva töö eesmärgile ja uurimisküsimustele. Küsimused on jagatud kuueks teemagrupiks. Üldiste andmete alla kuuluvad kaks küsimust on valikvastustega ning teistesse teemagruppidesse kuuluvad üksteist küsimust on avatud vastustega. Tulenevalt Tartu Ülikooli eetikakomitee nõuetest on kliinikumis läbi viidud lõputöödeks vaja komitee luba. Käesolev lõputöö sai loa viia läbi kirjalik intervjuu, et tagada vastajate anonüümsus ja vastamise vabatahtlikkus. Intervjuu küsimused koostati kasutades Google Drive keskkonnas Google Forms programmi ning küsimustikule vastamine ei nõudnud vastaja isikustamist. Küsimuste saatmiseks kasutas töö autor kontaktisikut, kes edastas intervjuu küsimused vastajatele e-posti teel. Kontaktisikuks oli Tartu Ülikooli Kliiniku kliiniliste teadusuuringute koordinaator.

Küsimustele vastamise perioodil saadeti osalejatele kaks meeldetuletust intervjuu küsimustele vastata.

Kvalitatiivse uurimistöö puhul on valimi moodustamisel oluline jälgida, et valimisse kaasatakse objekte, mis vastavad sisulistele kriteeriumitele. Üldkogumi moodustavad sarnaste omadustega objektid või nähtused ning nendest võib valimeid koostada erinevatel tasanditel, sealhulgas inimeste tasandil. (Õunapuu, 2014, lk 149–150) Käesolevas lõputöös moodustavad üldkogumi SA TÜK-s töötavad üksteist sotsiaaltöötajat. Kasutades uuringus populatsiooni tervikuna, on tegemist kõikse valimiga (*Ibid.*, 2014, lk 142). Kuna käesoleva töö üldkogum on väike moodustatakse valim kõigist üheteistkümnest sotsiaaltöötajast. Kuna intervjuudele vastamine oli vabatahtlik, saadi vastuseid analüüsimiseks kaheksalt kliinikumi sotsiaaltöötajalt.

Tööra hulolu uurimiseks läbi viidud intervjuudest saadud materjal transkribeeritakse sõna-sõnalt kasutades MS Office Wordi tekstitöötlusprogrammi. Transkribeerimise järgselt kasutatakse käesolevas töös andmete kodeerimist. Kodeerimisel liigendatakse saadud tekstiline materjal osadeks, et oleks võimalik moodustada ühtsed kategooriad ja süsteem (Laherand, 2008, lk 286). Avatud kodeerimisel võib tekst olla kodeeritud rida-realt või sõna-sõnalt, lõik-lõigult, et saadud infot eesmärgipäraselt kategoriseerida ja tekst rühmitada (Flick, 2009, lk 309).

Saadud andmed analüüsitakse kasutades temaatilist sisuanalüüsi. Antud analüüsisivaliku määras eelnevalt intervjuu küsimuste jagamine teemagruppidesse. Saadud vastuste mitmekordne läbitöötamine ning koodide alusel jaotamine toob esile peamised uurimisküsimustega seotud märksõnad ning eristuvad teemad. Andmete analüüsi järgselt tehakse andmete tõlgendus, mille tulemusena esitatakse uued teadmised ning viimase etapina järeldused (Õunapuu, 2014, lk 207). Töö tulemustest tehtavate järelduste põhjal tehakse ettepanekuid sotsiaaltöötajate töörahulolu tõstmiseks.

2.3. Tulemuste analüüs

2.3.1. Juhtimine ja tööalane toetus

Käesoleva lõputöö raames läbiviidud intervjuudes käsitleti esmalt sotsiaaltöötajate tööalast toetust ja juhtimist puudutavaid tegureid. Eesmärgiks oli selgitada, mil määral

tajuvad sotsiaaltöötajad enda kaasatust asutuse tulevikuplaanidesse ning kuidas hindavad tööalaste probleemide esinemise korral saadavat toetust.

Esmalt küsiti sotsiaaltöötajatelt, kellelt on neil võimalik saada toetust tööl esinevate probleemide korral. Kõik kaheksa sotsiaaltöötajat tõid välja, et peamiselt saadakse erialast tulenevate probleemide ja küsimuste korral toetust teistelt sotsiaaltöötajatelt, kes mõistavad erialaga seotud spetsiifikat. Tekkinud küsimusi on võimalik arutada nii asutuse siseste kui ka teiste kliinikute sotsiaaltöötajatega.

S8: „Eelkõige oleneb see probleemi olemusest. Kui tegemist on probleemiga, mille lahendus nõuab sotsiaaltöölalast teadmist, siis esmalt konsulteerin kolleegiga ja kui sellest väheks jääb, siis mõne ametikaaslasega, kellel on rohkem töökogemust (nt mõne tuttavaga, kellega suhtlen ka väljaspool sotsiaaltöötaja rolli).“

Kaks küsitletud sotsiaaltöötajat (S1 ja S5) nimetavad üheks probleemide üle arutamise võimaluseks supervisioone. Keeruliste juhtumite puhul on võimalik arutelusid pidada ja lahendusi otsida nii individuaalse- kui ka grupi supervisiooni teel, mis toetab sotsiaaltöötajat.

Kolm vastajat (S1, S3 ja S7) saavad tööl esinevate probleemide korral vajadusel toetust vahetu juhi käest ning kaks (S2 ja S7) sotsiaaltöötajat on saanud abi oma osakonna vanemõelt. S7: „Töökorralduslike probleemide korral on võimalik abi küsida osakonna juhatajalt ja vanemõelt.“

Meditiinilise personali käest tööalaselt esinevate probleemide korral abi saamist on nimetanud kolm sotsiaaltöötajat (S1, S3 ja S6). S6 arvates saab tekkinud probleeme lahendada koostöös arstidega. Tööalaste küsimuste korral väljastpoolt asutust on abi saanud kaks respondenti: S4 on nimetanud Sotsiaalkindlustusametit ning S7 võimalust konsulteerida juristiga.

Järgnevalt küsiti, kuidas on sotsiaaltöötajad kaasatud asutuse arengusuundade ja tulevikuplaanide väljatöötamisse. Vaid kaks sotsiaaltöötajat (S1 ja S5) vastasid, et on kaasatud ning nende vaadet küsitud. Ülejäänud kuus vastasid, et ei ole kaasatud (S2, S3, S7, S8) või praktiliselt ei ole kaasatud (S4, S6). Üks vastaja (S6) lisas, et ühiseid arutelusid tulevikuplaanide osas, nagu näiteks sobivate lahenduste ja patsientide

toetusvõimaluste leidmiseks, peetakse teiste asutusesiseste sotsiaaltöötajatega. S4 kommenteeris, et erinevad tulevikuvisioni arutelud toimuvad kitsas ringis ning S7 lisas, et arengusuundade väljatöötamine on asutuses reguleerimata ja meditsiinikeskne (S7).

Paegune üldine juhtimiskultuur SA TÜ Kliinikumis on ülevalt alla ja väga vähe kaasatakse tugipersonali arengusuundade ja tulevikuplaanide väljatöötamisse /.../ väärtustatakse arste ja õdesid, kuid jääb puudu pilgust suurele pildile ja patsiendi holistilisele ravikäsitlusele, kus kandev roll ei ole mitte diagnoosimisel nagu esimese etapi raviasutusele kohane, vaid pigem tervenemise toetamisel ja tagasilanguse või suuremate probleemide ennetamisel. (S8)

Küsimusele, mida muudaksite asutuse arengusuundade ja tulevikuplaanide väljatöötamises ei osanud kaks vastajat (S2 ja S6) midagi konkreetset nimetada. Üks vastaja (S5) muudaks võimalusel kliinikumi sotsiaaltöötaja ametijuhendit, et seda oleks võimalik rakendada kõikides kliinikutes võrdväärselt. Leiti, et tulevikuplaane ning arengusuundade väljatöötamist aitaks parendada pidev meeskonnatöö (S4) ning kliinikute töökorralduse ühtlustamiseks oleks vajalik muuta kliinikumi sotsiaaltöö struktuuri ja alluvussuhteid (S3).

Arengusuundade muutmise teemal tõid kolm sotsiaaltöötajat (S1, S7, S8) välja vajaduse pöörata rohkem tähelepanu meeskonnatööle, et toetada juhtumipõhist lähenemist. Vajalike asutuse arengusuundade muutmise kohta ütleb S7 järgmist:

Sotsiaaltöötaja oleks rohkem kaasatud meeskonnatöösse ning ei oleks ainult nähtav vajalikuna erakorralise ja kriisi juhtumite korral. See toetaks, et asutuse üldine patsiendikeskset lähenemist eeldav vaade oleks paremini igapäevases töös rakendatud ning patsiendi paranemine või elukvaliteedi säilitamine oleks toetatud läbi biopsühhosotsiaalse mudeli.

Veel taheti juhtimise ja tööalase toetuse osas teada, kuidas sotsiaaltöötajate arvates tagatakse nende võrdne kohtlemine võrreldes teiste tugispetsialistidega ja meditsiinipersonaliga. Pooled vastanutest (S1, S3, S5 ja S6) tundsid, et asutuses koheldakse kõiki töötajaid võrdsel alustel. Üks vastaja (S5) nimetas meeskonnatöösse kaasamist ja enese olulisena tunnetamist ühe võrdse kohtlemise kriteeriumina. Ka S1

tunnetas võrdset kohtlemist läbi meeskonnatöö ning enese seisukohtade arvestamisega. S6 tõi välja ühisele eesmärgile suunatuse ning seeläbi võrdse kohtlemise tunde.

Neli sotsiaaltöötajat (S2, S4, S7 ja S8) leidsid, et ei ole oma asutuses teiste ametikohtadega võrdselt koheldud. Üheks ebavõrdse kohtlemise tunnuseks nimetasid kolm sotsiaaltöötajat (S4, S7 ja S8) madalamat töötasu võrreldes teiste tugispetsialistidega.

Üks vastaja (S2) toob puudusena välja hüved nagu näiteks palgatõus õdedel tööstaaži pealt, mis teistel erialadel tulenevalt nende ametiühingute kokkulepetest on, kuid sotsiaaltöötajatel puuduvad. Teine sotsiaaltöötaja (S8) nimetab ebavõrdse kohtlemise tunnuseks struktuuris sotsiaaltöötajate paiknemist samal tasandil hooldajate ja koristajatega. S2 lisab, et koolituslane info puudutab enamasti meditsiinipersonali ning sageli info üldse sotsiaaltöötajani ei jõua, mis tekitab ebavõrdse seisuga. S7 kommenteeris, et „koolituste ja enesetäiendusvõimaluste toetamine on piiratumad kui teistel erialadel“. Ühe ebavõrdse kohtlemise aspektina nimetas S7 veel seda, et „asutus ei ole avaldanud toetust ja valmisolekut pidada Haigekassaga läbirääkimisi sotsiaaltöötaja teenuse tervishoiuteenuste nimekirja lisamiseks“.

Vastustest selgus, et tulenevalt tekkinud probleemi olemusest saadakse abi erinevatelt töökaaslastelt. Olenevalt tekkinud küsimuste iseloomust pööratakse nii teise ametikaaslase, vanemõe kui ka otsese juhi poole. Enamus vastanutest tõi välja, et asutuse arengusuundade ja tulevikuplaanide aruteludesse ei ole nad kaasatud. Leiti, et võimalusel muudetakse kliinikute sotsiaaltöö korraldust ühtlasemaks, vaadataks läbi sotsiaaltöötaja ametijuhendid ning juhtumikorraldusliku töö efektiivistamiseks peaks rohkem tähelepanu pöörama meeskonnatööle. Ebavõrdset kohtlemist töökohal tunnetasid pooled vastanutest, teine pool vastanutest ebavõrdsust ei tunnetanud.

2.3.2. Töökeskkond ja -korraldus

Järgnevalt sooviti teada sotsiaaltöötajate arvamust erinevate tegurite osas, mis puudutavad töökeskkonda (töötasu, tööruumid, puhkus jne) ning töökorraldust. Küsimusele, kas tehtava töö ja saadud tasu suhe vastab teie ootustele, vastasid kaks sotsiaaltöötajat (S2 ja S5), et tänu makstavale lisatasule võib enam-vähem saadud tasuga

rahule jääda. Ülejäänud kuus respondenti leidsid, et töötasu ei ole piisav. Kolm vastanut (S2, S4 ja S7) leidsid, et saadav põhipalk ei vasta nõutud erialasele kvalifikatsioonile. S2 nimetab põhipalga mitte vastavust erialasele ettevalmistusele ning S4 lisab, et tulenevalt kutsestandardi 7. tasemele vastavast töö sisust ja vastutuse suurusel ei ole töötasu piisav.

Kuna meditsiinivaldkonnas töötava sotsiaaltöötaja teadmiste ja pädevuste hulk peab olema oluliselt laiem (tuleb mõista ka meditsiinivaldkonda, mida nt kohaliku omavalituse sotsiaaltöötajad ei valda), kuid töötasu jääb oluliselt alla paljudes teistes valdkondades töötavate sotsiaaltöötajate töötasule. Seega ei ole võimalik olla rahul töötasuga, mis jääb alla isegi riigi keskmisele töötasule. Pidevalt tuleb tõestada, et sotsiaaltöötaja väärrib suuremat tasu ka tervishoiu valdkonnas, kuid olulist töötasu tõusu siiski ei tule. (S7)

Kaks vastajat (S1 ja S4) nimetasid saadud tasu liiga väikeseks võrreldes tehtava töö mahuga. S3 lisas, et kolleegi asendamisega seotud lisakoormust palgaga ei kompenseerita.

S8 leiab, et: „palk ei ole kindlasti võrdväärne teiste tugispetsialistide palgaga ja konkurentsivõimeline väljaspool kliinikut“. Üks respondent (S1) kommenteeris, et kuna sotsiaaltöötajad ei ole kaasatud meditsiinitöötajate kollektiivlepingusse on nende palgatõus ja sellega seotud läbirääkimised eraldiseisev, aja- ja stressirohke ettevõtmine. S6 leiab, et palgalõhe on „üleriigiline probleem, palga läbirääkimised peavad algama riigi tasandilt, kuna Haigekassa ei tasusta raviasutuste sotsiaaltööd /.../“. Erialade, kelle teenused on Haigekassa poolt rahastatud, töötasu suureneb regulaarselt (S7).

Töötingimuste kohta küsides vastasid pooled sotsiaaltöötajad (S1, S2, S4 ja S5), et on rahul oma kabinetiga ja leidsid, et selles on mugav nii ise töötada kui ka kliente vastu võtta. Lisaks olid kõik neli vastajat rahul vajalike töövahenditega nagu näiteks arvuti ja töötelefon.

Neli sotsiaaltöötajat (S3, S6, S7 ja S8) leidsid töötingimusi puudutavas, et töökabinet ei vasta nende ootustele. Kaks respondenti (S3 ja S8) tõid välja, et kabinet ei vasta ergonomilistele nõuetele ning sisustus on vananenud. S7 lisas, et „kabineti sisustuse eest tuleb ise pidevalt seista ja sisustus "uueneb" sageli vaid teistest töötajatest ülejäänud

kasutatud mööbli näol.“ Kolm sotsiaaltöötajat (S3, S6 ja S8) nimetasid probleemkohana privaatsuse puudumise. Üks sotsiaaltöötaja (S3) jagab kabinetti sekretäriaga, mis vähendab võimalust kliendiga privaatsed kohtumisi korraldada. Kaks respondenti (S3 ja S8) nimetavad lisaks seda, et kabinet ei ole helikindel ning ukse tagant on võimalik kuulata sees toimuvat.

Kõik kaheksa sotsiaaltöötajat olid rahul oma ettenähtud tööpäeva pikkusega, mis enamasti kestab kaheksa tundi, kui töötajal ei ole osaline koormus. Samas juhtub sageli, ettenähtud tööpäev venib pikemaks. Kaks vastajat (S1 ja S7) tõid välja, et liialt suure töökoormuse tõttu tuleb sageli teha ületunde. Olulise hüvena aga toovad neli respondenti (S4, S5, S7 ja S8) välja selle, et saavad ise oma töögraafiku osas kaasa rääkida ja seda kujundada. Üks vastaja (S3) lisab, et vajadusel saab ta töötada kodukontoris.

Neli respondenti (S2, S5, S7 ja S8) saavad kaasa rääkida ka puhkuse ajastamisel ning jagada koos kolleegidega asendusi. Üks töötaja (S4) puhkab suvise kollektiivpuhkuse ajal kuna on asutuses ainus sotsiaaltöötaja. S1 toob välja, et asendaja puudumine tekitab enne puhkusele minekut ja tööle naastes lisa pinget ja koormust. Lisaks toob S1 asenduse puuduse tõttu töövõimetuslehel viibimise probleemi.

Töötingimuste ja töökorralduse osas ei ole üle poolte vastanutest rahul oma töötasuga. Vastanute arvates ei ole töötasu võrdväärne teiste tugispetsialistide palgaga, on võrreldes koormusega liiga madal ning nõutavad pädevused ja töö sisu ei vasta sotsiaaltöötajate arvates kliinikumi palgale. Töötingimuste osas lähevad arvamused pooleks, mis võib olla tingitud kliinikutes esinevate töötingimuste erinevusest. Ollakse rahul oma tööruumide ja -vahenditega ning samas leiavad pooled vastanutest, et tööruumid ei võimalda privaatsset vastuvõttu ning ei ole kaasaegsed ja ergonoomilised. Positiivseks peetakse võimalust kaasa rääkida töögraafiku koostamise ja puhkuse aegade osas.

2.3.3. Koostöö efektiivsus

Kolmandaks käsitleti teemasid, mis on seotud koostööga nii asutuste vahel kui ka kolleegidega. Esmalt sooviti, et vastajad kirjeldaksid meditsiinipersonali suhtumist sotsiaaltöötajatesse enda asutuses. Seejärel taheti teada, kas asutuse sisene ja asutuste vaheline koostöö on piisav, et töö oleks tulemuslik.

Kolm respondenti (S1, S5 ja S6) leidsid, et meditsiinipersonal suhtub neisse hästi ning S1 ja S6 lisasid, et nad on igati kaasatud meeskonnatöösse. S5 ootab lisaks sõbralikule ja toetavale suhtumisele enam kaasamist, et toetada patsientide paranemist.

Kolleegidega, kellega puutun osakonnas igapäevaselt kokku, olen väga rahul. Suhted on algusest peale olnud toetavad, sõbralikud. Arstide ja õdedega toimub infovahetus igapäevaselt, samuti tugipersonaliga. Sageli küsitakse nõu ja abi sotsiaalküsimustes, mis näitab usaldust minu kui spetsialisti vastu. Tunnen, et tänu koostööle saan vastutust vajadusel jagada ning tegutseda ühise eesmärgi nimel. Meeskonnatöö toimimist hindan väga heaks. (S1)

Kolm sotsiaaltöötajat (S2, S3 ja S7) nimetasid, et üldiselt on suhtumine hea, kuid võib esineda probleeme erinevatel tasanditel. S2 nimetab vanema põlvkonna arstide oskamatus pöörata tähelepanu patsiendi sotsiaalsetele probleemidele ning seetõttu kaasatakse sotsiaaltöötajat vähem meeskonnatöösse. S7 nimetab meditsiinipersonali usaldamatust noortesse kolleegidesse ning aeg-ajalt esinevat isikukeskset valmidust koostööks. Üks sotsiaaltöötaja (S8) nimetab arstide suhtumist kõrgiks ning leiab, et vahel kandub see üle ka õdedele. Ta lisab, et administratsiooni suhtumise muutudes muutuks ka ülejäänud personali suhtumine.

S4 ütleb, et õdede ja muu tugipersonaliga on suhted ja koostöö hea. Meditsiinipersonali teadmatust sotsiaaltöötaja tööülesannete osas ja ebarealseid ootusi nimetavad kolm respondenti (S3, S4 ja S7). S4: „Jätkuvalt ei tea meditsiinipersonal sageli sotsiaaltöötaja ülesandeid ja võimalusi ning ei oska seetõttu ka nende olemasolu ära kasutada. Sageli tuleb endale "reklaami" teha.“

Küsimusele koostöö kohta asutuse siseselt ning teiste asutustega leidsid kõik vastajad, et koostöö tegemine on oluline tegur. S8: „Meeskonnatöö ja koostöö on väga olulised töö tulemuslikkusele, sest haigla sotsiaaltöötaja saab omalt poolt teha nii palju, kui palju see jääb tema töö piiridesse.“

Asutusesisese koostöö sujuvust nimetavad kolm sotsiaaltöötajat (S1, S2 ja S4). Asutuse välise koostöö kohta ütlevad vastaja S2 ja S4, et see toimub vajadusel igapäevaselt ning enamasti suheldes telefoni ja e-kirja teel. S5 ja S7 leivad, et koostööd üldiselt tehakse,

kuid selle kvaliteet on tulenevalt isikute suhtumisest ning lähenemisviisilt erineva tasemega.

Kaks sotsiaaltöötajat (S1 ja S3) kommenteerivad, et hea koostöö on erinevate kohalike omavalitsuste sotsiaaltöötajatega. Samas toob S8 välja just asjaolu, et tulenevalt kohalike omavalitsuste erinevast tööpraktikast ja võimekusest on koostöö nendega raskendatud. S8: „Mõnele tuleb sõna otseses mõttes öelda, mida on vaja teha ja teinekord isegi paluda. Mõnele omavalitsusele piisab mainimisest, kui nad ise juhtumikorralduse üle võtavad. Enamjaolt siiski jääb kogu koordineerimine haigla sotsiaaltöötaja teha.“

Kaks respondenti (S1 ja S3) leiavad, et keeruline on koostööd teha Sotsiaalkindlustusametiga ja Töötukassaga. Kommenteeritakse, et info saamine on piiratud, taotluste menetlemine ja otsuste saamine aeganõudev.

Meditsiinipersonali suhtumine sotsiaaltöötajatesse on üldiselt hea. Samas leiti, et endiselt on meditsiinipersonali teadlikkus sotsiaaltöötaja tööülesannetest ja võimalustest vähene ning seetõttu võib madalam olla ka meeskonnatöösse kaasatus. Koostööd asutuse siseselt kui ka asutuste vaheliselt küll tehakse, kuid sõltuvalt isikute suhtumisest, erinevate asutuste tööpraktikast kui ka võimekusest on selle kvaliteet väga erinev.

2.3.4. Eneseteostus ja arenguvõimalused

Neljandas teemablokis käsitleti eneseteostuse ja arenguvõimalustega seonduvat. Eesmärgiks oli välja selgitada, kuidas on asutuses tagatud enesearenguvõimalused, kas töötajate arvates on need piisavad ja toetavad tööalaste pädevuste hoidmist.

Esmalt küsiti, milliseid enesearenguvõimalusi, nagu näiteks õppetöö ja erinevad koolitused, pakub asutus. Kuus sotsiaaltöötajat (S1, S2, S3, S4, S5 ja S8) vastasid, et õppetöö on asutuse poolt toetatud. S1 kommenteerib, et vahetu juht on töötajate enesearenduse osas väga toetav ning S2 lisab, et õppeperioodidel võimaldatakse igakuiselt õppetöös osaleda. Kaks respondenti (S6 ja S7) leiavad, et enesearenguks on asutuse poolt vähe võimalusi ja toetust. S6 kommenteerib, et enese täiendamine ja teadmiste juurde saamine on võimalik vaid oma aja arvelt ning lugedes näiteks erialakirjandust.

Koolituste kohta ütlesid kolm vastanut (S1, S2 ja S6), et tervishoiu sotsiaaltööd puudutavaid täiendusvõimalusi on vähe. Kolm vastajat (S2, S3 ja S4) lisasid, et ise peab olema aktiivne ning info saamiseks kuuluma erialagruppidesse ja -listidesse. Kui koolitusinfo tuleb ja tekib soov osaleda, siis neli respondenti (S1, S2, S4 ja S5) ütlesid, et tööandja on neile selle võimaldanud ning koolituskulud katnud.

S4: „Asutuses on paar korda aastas koolituspäevad, mis mõeldud kõikidele mitteametistele /.../. Lisaks on võimalus kokkuleppel tööandjaga käia enda valitud kursustel, millel osalemise tööandja tasub./.../Võimalusi on praegu piisavalt, ainult ise pead enda enesearengu eest vastutama/.../.“

Kaks respondenti (S7 ja S8) vastasid koolituste kohta, et nende asutuses on enesetäiendamine vähe toetatud. S8 lisas, et tasuta koolitustel osalemine on tööandja poolt toetatud, kuid tasulistel koolitustel saab käia oma raha eest. Mõlemad leidsid, et asutuse siseselt ei ole iga eriala spetsialistide koolitustel osalemise võimalused võrdsed. Mõlemad vastajad lisasid, et ootavad tööandjalt paremaid võimalusi ja suuremat toetust ennast erialaselt koolitada ja enda kvalifikatsiooni hoida.

Järgnevalt sooviti teada sotsiaaltöötajate karjäärivõimaluse kohta kliinikumis. Üks respondent (S8) ei osanud vastata. Seitse respondenti (S1, S2, S3, S4, S5, S6 ja S7) leidsid, et sotsiaaltöötajatel asutusesiseselt karjääriredelil tõusta ei ole võimalik.

Kliinikumis on kõigi sotsiaaltöötajate ametikoht võrdne. Karjääriredelil tõusta (ega langeda) ei ole kuhugi. Sotsiaaltöötajatel ei ole nõ sotsiaaltöötajast vahetut juhti, seda rolli täidavad osakonnajuhatajad või ülemõed. Nendel ametikohtadel töötamise eelduseks on meditsiiniline haridus, mistõttu sotsiaaltöölase haridusega inimesed sinna ei kvalifitseeru. (S1)

Üks sotsiaaltöötaja (S3) leidis, et „praeguse struktuuri juures puudub võimalus teha karjääri“. S7 kommenteeris, et erinevalt teistest kliinikumis esindatud erialadest puudub sotsiaaltöötajatel asutuse siseselt võimalus karjääriredelil tõusta. S5 lisas, et kuigi ametialaselt kliinikus karjääriredel puudub, on võimalik arendada uusi teenuseid ja seeläbi oma töövaldkonnas areneda.

Õppetöös osalemine on asutuse siseselt enamustele sotsiaaltöötajatele võimaldatud. Erialaspetsiifilisi koolitusi on vähe ning nende leidmiseks on vaja ise aktiivselt erinevatesse erialagruppidesse kuuluda. Tasulistel koolitustel osalemine ja koolituskulude katmine on vastanute lõikes erinev ning pooled vastanutest tunnevad, et enesetäiendamine on vähe toetatud, mis vähendab võimalusi ennast erialaselt täiendada ja oma kvalifikatsiooni hoida. Praeguse struktuuri juures ei ole sotsiaaltöötajatel kliinikumis karjääriredelil võimalik tõusta.

2.3.5. Sotsiaaltöö raviasutuses

Viimases teemablokis käsitleti töö sisuga seotud tegureid. Töö autor soovis teada, milles seisneb raviasutuse sotsiaaltöö ja teiste valdkondade sotsiaaltöö erinevus. Lisaks uuriti, mida hindavad sotsiaaltöötajad oma töö juures kõige rohkem ning paluti välja tuua kitsaskohad, mida sotsiaaltöötajad hetkel oma töö juures näevad ja muuta sooviksid.

Sotsiaaltöö raviasutuses erineb mitmeti teistes valdkondades sotsiaaltööst. S7 ja S8 on esile tõstnud erinevad teadmised ja kogemused, mida teistes sotsiaaltööd sisaldavates süsteemides ei ole võimalik saada. Töötamise kohta raviasutuses on S1 öelnud järgmist:

Raviasutuse sotsiaaltöö on intensiivne. Sotsiaaltöötaja peab olema patsiendile toetajaks, kontaktisikuks ja infovahendajaks ka pereliikmetele, samas on väga oluline jääda seejuures oma rolli ja ameti piiridesse. Raviasutuse sotsiaaltöötaja peab suutma hallata suurt infomahtu, seda organiseerida ja asjakohaselt edastada. Patsiendile ja perele on sotsiaaltöötaja enamasti nõustaja ja suunaja rollis. Palju tuleb teha kriisinõustamist, tegeleda emotsionaalselt raskes seisus inimestega.

Küsimusele, mida hindavad sotsiaaltöötajad oma töö juures kõige enam pidasid viis respondenti (S1, S2, S4, S6 ja S7) oluliseimaks toetavaid kolleege ja asutusesisest koostöövõimalust erinevate erialadega. Siinkohal toodi välja nii õdesid, füsioterapeute, logopeede ja psühholooge ning arste. S1 toob välja, et peab väga oluliseks osakonna usaldust enda tegemiste osas.

Kolm respondenti (S1, S3 ja S6) hindasid oma töö juures võimalust ise oma tööd planeerida. S3 lisas, et tööd tehes saab ise otsustada ja vastutada ning vajadusel on olemas kolleegid, kellelt nõu ja abi paluda.

Veel nimetasid viis sotsiaaltöötajat (S4, S5, S6, S7 ja S8) üheks oluliseks teguriks enda töö juures võimalust abivajajaid aidata. S8: „Sotsiaaltööd ei tehta iseenda jaoks, kuna sotsiaaltöö saab töö tegijale garanteerida vaid südamevalu ja emotsionaalseid kannatusi. Sotsiaaltööga rikkaks ei saa /.../ Sotsiaaltööd ei tehta selleks, et keegi sind tänaks.“

Kaks vastajat (S5 ja S8) lisasid võimaluse midagi ära teha ja ellu viia kasvõi väikesi muutusi. S5 hindab „selle valdkonna suurust ja võimalusi, oskust tunnetada ja näha, olla üheks osaks patsiendi ravi ja toimetuleku korraldamisel selliselt, et patsient tunneb elust rahulolu.“

Kui on kasvõi üks laps, kes läheb õhtul magama oma voodisse, mis asub soojas toas, täis kõhuga ja nõ nägu naerul, siis see on töövõit. Või kui on kasvõi üks lapsevanem, kes tunneb, et ta on erivajadusega last kasvatades toetatud ja ta saab alati mure või rõõmuga kellegi poole pöörduda, siis see on töövõit. Need on väikesed asjad, aga see, mida ma enda töö juures kõige rohkem hindan. (S8)

S1 ja S7 lisasid eelnevatele teguritele asjaolu, et pidevalt juhtumid vahelduvad ja see pakub igapäevaselt mitmekesisust. Töö ei muutu rutiinseks ja toimub pidev eneseareng. S1: „Töötatud aastate jooksul ei ole töö muutunud rutiinseks. Ikka ja jälle tuleb mõni väljakutsuv juhtum või seni nägemata probleem, mis omakorda innustab õppima, arenema, uurima ja küsima.“

Järgnevalt uurides raviastutuses sotsiaaltöötajana töötamise kitsaskohtade kohta toodi välja palju erinevaid tegureid, mille muutmine võiks tööd efektiivsemaks muuta. Kaks sotsiaaltöötajat (S1 ja S4) nimetasid ühe kitsaskohana liialt suurt töökoormust. Eelkõige tõid nad häiriva tegurina välja asjaolu, et seetõttu ei pruugi jõuda kõigi abivajajateni ning liialt vähe on aega otseseks kontaktiks patsiendi ja tema lähedastega ning väheneb võimalus teha põhjalikke ja korduvaid nõustamisi.

Kolm respondenti (S3, S5 ja S6) ütlesid, et kitsaskohaks on astutuse siseselt ühtse struktuuri puudumine. S3 ja S6 kommenteerivad, et puudub ühtne käsitlus ja sotsiaaltöö sisu. S5 lisab, et vaja oleks üle vaadata kliinikumi sotsiaaltöötaja ametijuhend.

S2 ja S5 nimetasid raviastutuse sotsiaaltöö kitsaskohana meeskonnakaaslaste vähese teadmise sotsiaaltöö sisu osas. S5 leiab, et hetkel ei teadvusta kõik kolleegid sotsiaaltöö

olulisust patsiendi terviklikus käsitlemises. S2: „Kitsaskohaks on ehk kõigi ülejäänud kolleegide vähene informeeritus ja arusaam sotsiaaltöötaja töö sisu ja selle vajalikkuse osas. Näiteks puutun sageli kokku residentidega, kellel puudub igasugune arusaam sotsiaalvaldkonna toimimisest ja patsiendi aitamise võimalustest.“ Siinkohal on vastanu kommenteerinud, et lahendusena on leitud võimalus tal asutuse siseselt arstitudengitele õppetöö käigus sotsiaaltööd tutvustada ning sama lähenemist kasutab ta aktiivselt ka uute kolleegide puhul.

Veel tuuakse (S1, S2, S6, S7 ja S8) kitsaskohana välja asjaolu, et Eestis ei ole tervishoiu sotsiaaltöö riiklikul tasandil piisavalt toetatud. S7 kommenteerib, et spetsiifilisi raviasutuse sotsiaaltööd puudutavaid arenguvõimalusi napib ning pikaajalisi tervishoiu töötanud sotsiaaltöötajaid on võrreldes teiste valdkondadega vähe ja see võib olla põhjuseks tervishoiu mõtlemises muutuste aeglasemas elluviimises. S8: „Tervishoiusotsiaaltöö ja sotsiaaltöö raviasutustes on Eestis alles lapsekingades, kuid kindlasti kasvav trend“. S1 lisab, et raviasutuse sotsiaaltöö muudavad keerulisemaks tervishoiu- ja sotsiaalsüsteemi kitsaskohad nagu näiteks Haigekassa nõuded raviteenuste maksumuse ja kestuse kohta, teenuste puudus nii riigi kui ka kohaliku omavalituse tasandil ning seetõttu sundolukorras olevad patsiendid ja nende lähedased.

S6 leiab, et tervishoiu sotsiaaltöö arenguks oleks vajalik teenuste rahastus Haigekassa poolt, sest hetkel on sotsiaaltöötaja justkui haigla eralõbu. S2 lisab, et sotsiaaltöötajaid toetaks kuulumine meditsiiniga seotud ametiühingutesse. S2: „Tunnen ennast haiglas sotsiaaltöötajana pisut üksi, kuna kõiki teisi kolleege on rohkem ning neil on oma eriala grupid ja ühendused, kus jagada infot ja samas kellega koos vajadusel enda huvide, õiguste, töötingimuste eest välja astuda.“

Raviasutuse sotsiaaltöö on intensiivne, sageli tuleb tegeleda raskes tervislikus seisundis olevate inimestega ja nende lähedastega, mis võib olla emotsionaalselt raske. Küsitletud sotsiaaltöötajad hindavad oma töö juures võimalust teha koostööd erinevate erialaesindajatega, väärtustavad autonoomsust ise oma tööga seotud otsuseid vastu võtta ja vastutada ning töö mitmekesisust. Oluliseks peetakse võimalust abivajajaid aidata ning leitakse, et töövõiduks on iga patsiendi rahulolu suurendamine. Peamiste kitsaskohtadena nimetati ühena liialt suurt töökoormust. Leiti, et ühtse käsitlemise jaoks oleks vajalik üle vaadata kliinikumi sotsiaaltöötajate ametijuhend ning sotsiaaltöötajate suuremaks

kaasatuseks meeskonnatöösse rohkem informeerida meditsiinipersonali nende töö sisust ja vajalikkusest. Kitsaskohti nähti ka riiklikul tasandil nagu näiteks teenuste rahastamise puudus Haigekassa poolt, teenuste ja teenuskohtade vähesus ning sotsiaaltöötajate vähene toetus ametiühingute poolt.

2.4. Järeldused ja ettepanekud

Küsitledes keerulise kliendigrupiga töötavaid sotsiaaltöötajaid on leitud, et võimalus rääkida tööga seotud muredest aitab leevendada töötajate stressi (Kapoulitsas & Corcoran, 2015, lk 98). Kui puudub inimene, kelle poole muredega pöörduda, võib see omakorda raskendada koostööd teiste meeskonna liikmetega (Õnneleid, 2016, lk 25). Käesolevast uuringust selgus, et kõik sotsiaaltöötajad on tööalaste probleemide korral saanud oma muredest kellegagi rääkida. Sotsiaaltöötajad saavad tööalaste murede korral pöörduda nii ametikaaslaste, vahetu juhi kui ka osakonna vanemõe poole. Vähem saadakse murede korral abi meditsiinipersonalilt. Võimalus erinevate erialadega igapäevaselt koostööd teha oli üheks ravisutuses töötamise väärtuseks, mida nimetati.

Ajalistest teguritest on töörahulolu seost enim uuritud töötaja vanusega ja tööstaažiga ning leitud, et töötaja vanusega tõuseb ka töörahulolu, kuid tööstaaži puhul on leitud nii positiivseid kui ka negatiivseid seoseid (Riza, Ganzach, & Liu, 2018, lk 2561–2562). Käesolevast uuringust seesugune korrelatsioon esile ei tulnud. Töötajate vanusest olenemata oldi erinevate töörahulolu mõjutavate teguritega nii rahul kui ka rahulolematud.

Herzbergi motivatsiooni-hügieeniteooria järgi on töökeskkond üheks hügieenifaktoriks, mis mõjutab tööga seotud rahulolematust (Morin, 2018, lk 288). Käesolevas töös selgus, et pooled vastanutest olid oma töötingimustega rahul. Teine pool vastanuid leidsid, et töötingimused ei ole kaasaegsed, ei vasta ergonoomilistele nõuetele ning puudub võimalus privaatseid kohtumisi kliendiga läbi viia. Töö autori arvates võib saadud tulemus tuleneda sellest, et kliinikumi alla kuuluvate kliinikute lõikes on töötingimused erinevad.

Grünberg (2015, lk 81–84) toob oma uurimistöös välja, et sotsiaaltöötajate rahulolematust tekitab vähene vabadus võtta vastu otsuseid ja kaasa rääkida

organisatsiooni arengus. Käesolevast uuringust selgus, et oma tööd planeerides, seda puudutavates küsimustes ja tööülesannetega seotud otsuste vastu võtmises on sotsiaaltöötajatel piisavalt autonoomsust, mida kliinikumis töötamise juures kõrgelt hinnati. Küll aga leiti sarnaselt Grünbergi (2015) uuringule, et asutuse arengusuundade ja tulevikuplaanide aruteludesse on sotsiaaltöötajad kaasatud vähesel määral. Erinevad tulevikuvisionid puudutavad arutelud toimuvad kitsas ringis ja on meditsiinikesksed. Toodi välja, et tugispetsialistide vähene kaasamine ja vaid arstide ja õdede väärtustamine ei võimalda näha suuremat pilti ja pöörata tähelepanu patsiendi terviklikule ravikäsitlusele.

Raviasutuse sotsiaaltöötajate töörahulolu tõstmiseks on oluline pöörata tähelepanu arenemisvõimalustele (Pugh, 2016, lk 500; Grünberg, 2015, lk 82). Käesolevas uuringus vastasid pooled sotsiaaltöötajad, et neil puudub asutuse poolne rahaline toetus osaleda tasulistel koolitustel. See omakorda vähendab võimalusi enesetäiendamiseks ja oma kvalifikatsiooni hoidmiseks. Töö autori arvates peaks kvalifikatsiooni hoidmine olema lisaks töötajatele ka asutuse huvides, et seal töötaksid professionaalsed oma ala asjatundjad. Lisaks puudub asutuses sotsiaaltöö erialal ametiredelil tõusmise võimalus.

2018. aastal avaldatud artiklis sotsiaaltöö tuleviku kohta Eestis on öeldud, et sotsiaaltöö elukutse mainet ja töötajate rahulolu mõjutab madal töötasu (Saia *et al.*, 2018, lk 37). Adamsi võrdsuse teooria järgi tunneb töötaja rahulolematust, kui tehtud töö eest ei saada väärilist tasu ning tunnetab erinevust teiste töötajatega (Dugguh & Ayaga, 2014, lk 14). Ka käesoleva töö tulemustest selgusid sarnased näitajad. Sotsiaaltöötajate hinnangul ei vasta saadav tasu töökoormusele, nõutava pädevuse ja vastutuse suurusele. Lisaks toodi välja, et saadav töötasu ei ole võrdväärne teiste tugispetsialistide palgaga, mille tõttu tunnetati ebavõrdset kohtlemist töökohal.

Tervishoiu sotsiaaltöötajad leiavad, et töökohustusi on palju ning ülekoormuse tõttu võib kannatada patsiendi heaolu (Õnneleid, 2016, lk 26). Samad tulemused ilmsid ka käesolevas uurimustöös. Liialt suure töökoormuse tõttu tunnetavad sotsiaaltöötajad, et ei jõua piisavalt kõigi abivajajate juurde ning ei saa sageli korduvaid nõustamisi teha, kuigi näevad selleks vajadust. Samas on patsiendi heaolu tõstmine ja võimalus abivajajaid aidata just üheks oluliseks väärtuseks, mille uuringus osalejad oma töö juures esile tõid.

Hoolitsedes patsiendi haiguse iseloomust tulenevate sotsiaalsete probleemide lahendamise eest aitab tervishoiu sotsiaaltöötaja kaasa meditsiinilise ravi hõlbustamise ja efektiivsuse tõstmisel (Gehlert & Browne, 2012, lk 14). Õnneleid (2016, lk 27) toob oma uurimistulemustes välja, et sotsiaaltöötajad näevad vajadust koos meditsiinipersonaliga meeskonnaarutelude järgi, mis siiani on küsitletud raviasutustes pigem tagasihoidlik ja harv ning koostöö erinevate omavalitsuste kui ka teiste organisatsioonide töötajatega, kuhu patsient ravi järgselt peaks minema, on töötajate arvates pigem tagasihoidlik ja kaootiline. Ka käesoleva uurimistöo tulemused näitavad, et meditsiinipersonali vähene teadlikkus sotsiaaltöötaja tööülesannetest ja võimalustest võib olla madala meeskonnatöösse kaasatuse põhjuseks. Samuti toodi välja, et erinevate asutuste vaheline suhtlus on kvaliteedilt erinev, tulenevalt asutuste tööpraktikast, võimekusest kui ka sõltuvalt isikute suhtumisest.

Tisler (2010, lk 9) toob oma magistritöös välja, et riiklikul tasandil sotsiaaltöötaja ameti väärtustamiseks ja ressursside tõstmiseks oleks üheks võimalikuks meetodiks tervishoiusotsiaaltöö lisada erinevate tervishoiuteenuste nimekirja, mida Haigekassa rahastab, kuid siiani on see õnnestunud vaid kolme teenuse puhul. Käesoleva lõputöö vastusest tuleb samuti välja, et nähakse vajadust ellu viia muudatusi riiklikul tasandil. Leiti, et hetkel tekitab Haigekassa vähene sotsiaaltöötaja teenuse rahastus olukorra, kus sotsiaaltöötaja on haigla eralõbu. Patsiendi haiglast välja saades ei ole hetkel piisavalt teenuseid ja teenuskohti, et säilitada ja tõsta patsiendi heaolu. Lisaks leiti, et sotsiaaltöötajaid raviasutuses toetaks nende kuulumine meditsiinivaldkonnaga seotud ametiühingutesse.

Tulenevalt saadud vastustest ja nende analüüsist leidis käesoleva töö autor, et töörahulolu mõjutavate teguritega jagunesid tulemused enamasti võrdselt rahulolevateks kui ka mitte. Töö autori arvates võib rahulolu varieeruvus olla tingitud kliinikute erinevusest. Kuna käesolevas töös kliinikute lõikes erisusi ei uuritud, oleks täpsustuste tegemiseks edaspidi vajalik teha küsitlusi, mille alusel saaks välja tuua rahulolu varieeruvuse täpsemaid põhjuseid.

Lisaks selgusid sotsiaaltöötajate vastustest tegurid, mida oma töö juures väärtustati ning tööga seotud kitsaskohad, mille parendamine aitaks kaasa raviasutuse sotsiaaltöö arengule ja efektiivistamisele. Leiti, et raviasutuses töötamine on mitmekülgne ja uusi

väljakutseid pakkuv, mis ei lase tekkida tööga seotud rutiinil. Igapäevaselt on võimalus teha koostööd erinevate erialade spetsialistidega ning oma tööülesannetega seotud otsuste osas on võimaldatud piisavalt autonoomsust. Tööl esinevate kitsaskohtadena nimetati eelkõige suurt töökoormust, meditsiinipersonali vähest teadlikkust sotsiaaltöö olemusest ja sotsiaaltöötaja tööülesannetest ning riiklikul tasandil vähest toetust raviasutuse sotsiaaltöö kiiremale arengule.

Töö autoril on järgmised soovitusel SA TÜK juhtkonnale sotsiaaltöötajate töörahulolu ja raviasutuse sotsiaaltöö arengu parendamiseks:

1. Leida võimalusi sotsiaaltöötajate töötasu ja koolitusvõimaluste ühtlustamiseks võrreldes teiste tugispetsialistidega.
2. Leida võimalusi sotsiaaltöötajate tunnustamiseks ja paremaks meeskonnatöösse kaasamiseks.
3. Ühtlustada erinevate kliinikute käsitlust sotsiaaltöö korralduse alustest.
4. Rakendada rohkem kaasava juhtimise põhimõtteid: kaasata asutuse arengusuundade väljatöötamise tugispetsialiste.
5. Algatada või toetada Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsiooni läbirääkimistel Haigekassaga sotsiaaltöötajate teenuste tervishoiuteenuste nimekirja lisamiseks.

Tulemustest lähtuvalt leiti vastused käesoleva töö uurimisküsimustele. Küsimusele, kuidas hindavad sotsiaaltöötajad töörahulolu mõjutavaid tegureid, selgus, et oli tegureid, millega oldi rahul kui ka seesuguseid, mille puhul arvamused jagunesid enamasti pooleks. Küsimusele, mida hindavad sotsiaaltöötajad oma töö juures enim ning millised on kitsaskohad, selgus, et oma töö juures hinnatakse sarnaseid väärtusi ja kitsaskohad on seotud nii asutusesisese töökorraldusega kui ka riikliku raviasutuse sotsiaaltöö korralduses esinevate probleemidega.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et sotsiaaltöötajad leidsid vaatamata oma tööl esinevatest kitsaskohtadest mitmeid tegureid, mida nad enda töö juures väärtustasid. Lõputöö eesmärk sai täidetud ja tulenevalt vastuste analüüsist esitati SA TÜK juhtkonnale ettepanekud sotsiaaltöötajate töörahulolu parendamiseks. Tulenevalt käesolevas töös saadud vastustest leiab autor, et sotsiaaltöötajate rahulolu võib suuresti erineda ka uuritud asutuse kliinikute lõikes. See aga vajab edasisi täpsemaid uuringuid, misjärel saaks teha ettepanekuid sotsiaaltöötajate töörahulolu parendamiseks kliinikumis.

KOKKUVÕTE

SA Tartu Ülikooli Kliinikum on üks Eesti suurimaid tervishoiuteenuseid osutavaid regionaalhaiglaid. Lisaks ravitööle on kliinikumi prioriteediks meditsiinihariduse õppebaasiks olemine. Kliinikumis töötab üle 4000 töötaja ning lisaks meditsiinipersonalile on kliinikumis tööl erinevate erialade spetsialistid. Käesoleva lõputöö eesmärgi saavutamiseks intervjueriti kaheksat kliinikumi sotsiaaltöötajat.

Töö teoreetilises osas toodi välja, et sotsiaaltöö tervishoius on sotsiaaltöö eriala üheks suunaks. Seda peetakse vanimaks sotsiaaltööpraktika erialaks. Tervishoiuga seostatakse sotsiaaltööd juba üle saja aasta. Raviasutuses on sotsiaaltöötajal mitmeid ülesandeid, teiste hulgas patsiendi ja tema lähedase nõustamine, patsiendi esindamine, dokumentide koostamine ning meeskonnatöös osalemine ravi efektiivsuse tõstmiseks ning isikukeskse lähenemise toetamiseks. Erinevatest uuringutest on leitud, et tervishoiu sotsiaaltöö juures on peamisteks probleemkohtadeks näiteks eriala madal staatus ühiskonnas, suur töökoormus, meditsiinipersonali ja patsiendiga seotud asutustega koostöö vähesus, emotsionaalselt raske töö. Teoreetikud on välja toonud mitmeid tegureid, millele tähelepanu pöörates on võimalik töötajate rahulolu tõsta. Tuntuimad töörahulolu teooriad on teiste hulgas Herzbergi motivatsiooni-hügieeniteooria, Locke väärtusteteooria ja eesmärgiteooria. On leitud, et organisatsiooni tulemuslikkus sõltub selle töötajate rahulolust ning seega on oluline sellele tähelepanu pöörata.

Käesolevas töös läbi viidud kvalitatiivse uurimuse tulemustele tuginevalt tegi töö autor ettepanekuid SA Tartu Ülikooli Kliinikumi juhtkonnale sotsiaaltöötajate töörahulolu tõstmiseks. Uuringu vastustest tulenevalt leiti, et on töörahuloluga seotud tegureid, millega on kõik sotsiaaltöötajad rahul, kui ka selliseid, millega ei olda rahul või lähevad arvamused lahku. Toodi välja, et tööl esinevate probleemide korral on olemas inimene, kellelt saadakse tuge. Samas tunnetasid osad sotsiaaltöötajad ebavõrdset kohtlemist ja vähest kaasatust organisatsiooni arengusuundade väljatöötamisse. Rahulolu oli erinev ka

töötasu ja töötingimuste osas, asutuse poolt toetatavate enesearenguvõimaluste osas ja nii asutusesisese kui ka asutustevahelise koostöö sujuvuse osas.

Antud uuringust võib järeldada, et sotsiaaltöötajate hinnangud töörahule on erinevad, mis võib autori arvates tuleneda erisustest uuritud asutuse kliinikute lõikes. Kuna käesolevas uuringus olid vastused anonüümsed ja vastanuid erinevate kliinikutega ei seostatud, peaks täpsemate tulemuste saamiseks läbi viima uuringu, milles oleks seesugune eristamine tehtud. Kokkuvõtvalt võib autor öelda, et käesoleva töö eesmärk sai täidetud ja uurimusküsimused leidsid vastused.

VIIDATUD ALLIKAD

- Ashcroft, R., McMillan, C., Ambrose-Miller, W., McKee, R., & Brown, J. B. (2018). The Emerging Role of Social Work in Primary Health Care: A Survey of Social Workers in Ontario Family Health Teams. *Health & Social Work, 43*(2), 109–117. <https://doi.org/10.1093/hsw/hly003>
- Aziri, B. (2011). Job Satisfaction: A Literature Review. *Management Research and Practice, 3*(4), 77–86. <http://www.mrp.ase.ro/no34/f7.pdf>
- Bakotic, D. (2010). Relationship between job satisfaction and organisational performance. *Economic Research, 29*(1), 118–130. <https://doi.org/10.1080/1331677X.2016.1163946>
- Brooks, I., (2008). *Organisatsioonikäitumine. Üksikisik, rühm ja organisatsioon*. Tallinn: Tänapäev.
- Garcés Carranza, C. M. (2013) *Social work in the hospital settings. Interventions*. Bloomington, IN: Trafford Publishing.
- Cowles, L. A. F. (2009). *Social Work in the Health Field. A Care Perspective* (2nd ed.). New York: The Haworth Press, Inc.
- Dhooper, S. S. (2012). *Social Work in Health Care: Its Past and Future* (2nd ed.). Los Angeles: SAGE Publications, Inc.
- Dugguh, S. I., & Ayaga, D. (2014). Job satisfaction theories: Traceability to employee performance in organizations. *Journal of Business and Management, 16*(5), 11–18. doi:10.9790/487X-16511118
- Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon. (2005). *Sotsiaalala töötaja eetikakoodeks*. Loetud aadressil https://www.eswa.ee/wp-content/uploads/2016/11/Eetikakoodeks_Avaldatud-ST.pdf
- Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon. (2018). *ESTA töö- ja palgatingimuste uuringu kokkuvõte*. Loetud aadressil https://www.eswa.ee/wp-content/uploads/2018/10/Uuringu_kokkuvote_2018_04.10.2018.pdf

- Eid, M., & Larsen, R.J. (2008). *The Science of Subjective Well-Being*. New York: The Guilford Press.
- Fisher, E. A. (2009). Motivation and Leadership in Social Work Management: A Review of Theories and Related Studies. *Administration in Social Work, 33*, 347–367. doi: 10.1080/03643100902769160
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research* (4th ed.). California: SAGE Publications, Inc.
- Frazier, D. P. (2009). *Job Satisfaction of International Educators*. (Doctoral thesis). Boca Raton, Florida: Dissertation.com.
- Gehlert, S., & Browne, T. (2012). *Handbook of Health Social Work* (2nd ed.). Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Grünberg, R. (2015). *Sotsiaaltöötajate töörahulolu ja -motivatsioon Tartu Linnavalitsuse sotsiaalabi osakonna näitel*. (Magistritöö). Loetud aadressil https://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/49540/grunberg_reelika.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Heinonen, T., Metteri, A., & Leach, J. (2009). Applying health determinants and dimensions in social work practice. *European Journal of Social Work, 12*(2), 139–153. <https://dx.doi.org/10.1080/13691450802567424>
- Hirsjärvi, S., Remes, P., & Sajavaara, P. (2005). *Uuri ja kirjuta*. Tallinn: kirjastus Medicina.
- Holmberg, C., Caro, J., & Sobis, I. (2018). Job satisfaction among Swedish mental healthnursing personnel: Revisiting the two-factortheory. *International Journal of Mental Health Nursing, 27*, 581–592. <https://doi.org/10.1111/inm.12339>
- Jovic-Vranes, A., Vesna, B., Boris, V., & Natasa, M. (2008). Job satisfaction in Serbian health care workers who work with disabled patients. *Central European Journal of Medicine, 3*(2), 221–224. doi: 10.2478/s11536-008-0003-4
- Kapoulitsas, M., & Corcoran, T. (2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work, 14*(1), 86–101. <https://doi.org/10.1177/1473325014528526>
- Kutsekoda. (2019). *Kutsestandard: Sotsiaaltöötaja, tase 7*. Loetud aadressil <https://www.kutseregister.ee/ctrl/et/Standardid/exportPdf/10776728/>
- Laherand, M.-L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. Tallinn: OÜ Infotrükk.

- Maailma Terviseorganisatsiooni põhikiri. (2005). *Riigi Teataja II*, 4, 11. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/846869>
- McLaughlin, J. (2016). Social work in acute hospital settings in Northern Ireland: The views of service users, carers and multi-disciplinary professionals. *Journal of Social Work*, 16(2), 135–154. <https://doi.org/10.1177/1468017314568843>
- Mohajan, H. K. (2018). Qualitative research methodology in social sciences and related subjects. *Journal of Economic Development, Environment and People*, 7(1), 23–48. <https://doi.org/10.26458/jedep.v7i1.571>
- Morin, J. (2018). *Leadership and Change Management*. United Kingdom: ED-Tech Press.
- Narusson, D. (2003). Sotsiaaltöötajate tegevusvaldkonnad Eesti raviasutustes. *Eesti Arst*, 82(3), 222–227.
- O'Donnell, P., Farrar, A., Brintzenhofeszoc, K., Conrad, A. P., Danis, M., Grady, C., Ulrich, C. M. (2008). Predictors of Ethical Stress, Moral Action and Job Satisfaction in Health Care Social Workers. *Social Work in Health Care*, 46(3), 29–51. https://doi.org/10.1300/J010v46n03_02
- Paat-Ahi, G., Nurm, Ü.-K., & Aaben, L. (2017). *Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 vahehindamine. Tervishoiuteenuste kvaliteedi ja kättesaadavuse valdkonna aruanne*. Loetud aadressil http://www.praxis.ee/wp-content/uploads/2017/03/RTA-arstiabi_Praxis.pdf
- Pugh, G. L. (2016). Job satisfaction and turnover intent among hospital social workers in the United States. *Social Work in Health Care*, 55(7), 485–502. <https://doi.org/10.1080/00981389.2016.1186133>
- Quinn-Lee, L., Olson-McBride, L., & Unterberger, A. (2014). Burnout and Death Anxiety in Hospice Social Workers. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care*, 10(3), 219–239. <https://doi.org/10.1080/15524256.2014.938891>
- Raamat, K. (2007). Mõtisklus sotsiaaltööst tervishoius täna. *Sotsiaaltöö*, 2, 31–37.
- Raziq, A., & Maulabakhsh, R. (2015). Impact of Working Environment on Job Satisfaction. *Procedia Economics and Finance*, 23, 717–725. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)00524-9](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00524-9)

- Riza, S., D., Ganzach, Y., & Liu, Y. (2018). Time and Job Satisfaction: A Longitudinal Study of the Differential Roles of Age and Tenure. *Journal of Management*, 44, 2558–2579. doi: 10.1177/0149206315624962
- Saia, K., Sooniste, I., & Gornischef, K. (2018). Milline võiks olla tulevikus Eesti sotsiaaltöö ja sotsiaaltöötaja? *Sotsiaaltöö*, 20. aasta juubeli erinumber, 31–38.
- Salam, A., Abu-Helalah, M., Jorissen, S. L., Niaz, K., & Mansour, A., & Qarni, A. A. (2014). Job stress and job satisfaction among health care professionals. *European Scientific Journal*, 10(32), 156–173.
- Selg, M. (2014). Sotsiaaltöö professiooni ülemaailmne definitsioon. *Sotsiaaltöö*, 3, 9–14.
- Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum. (2018). *Konsolideeritud majandusaasta aruanne*. Loetud aadressil https://www.kliinikum.ee/wp-content/uploads/2020/01/Sihtasutuse_Tartu_Ylikooli_Kliinikum_2018a_tegevusaruanne.pdf
- Sotsiaalhoolekande seadus. (2015). *Riigi Teataja I*, 30.12.2015, 5; *Riigi Teataja I*, 21.04.2020, 37. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/121042020037?leiaKehtiv>
- Sumbajeva, O. (2009). Tervishoiusotsiaaltöö eriala areneb koostöös. *Sotsiaaltöö*, 3, 52–53.
- Tartu Ülikooli Kliinikum. (2018). *Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikum strateegia 2018–2030*. Loetud aadressil <https://www.kliinikum.ee/haiglast/dokumendid/strateegia-ja-tegevuskava/>
- Tartu Ülikooli Kliinikum. (s.a.). Ajalugu. Loetud aadressil <https://www.kliinikum.ee/haiglast/ajalugu/>
- Tartu Ülikooli Kliinikum. (2019). *Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikum põhikiri*. Loetud aadressil https://www.kliinikum.ee/wp-content/uploads/2020/04/sa_tartu_ulikooli_kliinikum_pohikiri_25_04_2019_.pdf/
- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. (2001). *Riigi Teataja I*, 50, 284; *Riigi Teataja I*, 21.04.2020, 44. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009?leiaKehtiv>
- Tisler, M. (2010). *Hapra eaka haiglast väljakirjutamine: tervishoiusotsiaaltöötajate poolt tajutud eetilised konfliktid edaspidiste ravi- ja hooldusotsuste tegemisel*.

- (Magistritöö). Loetud aadressil
<http://www.rahvatervis.ut.ee/bitstream/1/3761/1/Tisler2010.pdf>
- Ulrich, C., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2007). Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science & Medicine*, 65(8), 1708–1719.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.050>
- Virovere, A., Alas, R., & Liigand, J. (2005). *Organisatsioonikäitumine*. Tallinn: Külim.
- Õnneleid, L.-L. (2016). *Tervishoiu sotsiaaltöötajate koostöö klientidega ja erinevate spetsialistidega*. (Bakalaureusetöö). Loetud aadressil
http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/50486/onneleid_laura_ba_2016.pdf
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*.
Loetud aadressil:
http://dspace.ut.ee/bitstream/handle/10062/36419/ounapuu_kvalitatiivne.pdf
- Weiss-Gal, I., & Welbourne, P. (2008). The professionalisation of social work: a cross-national exploration. *International Journal of Social Welfare*, 17(4), 281–290.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2008.00574.x>

Lisa 1. Intervjueerimiskava

1. Taustaküsimused

Teie vanus:

20 - 30

31 - 40

41 - 50

51 - 60

Vanem kui 60

Tööstaaž:

0 - 5 aastat

6 - 10 aastat

10 - 15 aastat

15 - 20 aastat

Üle 20 aasta

2. Juhtimine ja tööalane toetus

Kellelt on Teil võimalik saada tööalast toetust tööl esinevate probleemide korral? Palun põhjendage.

Kuidas olete kaasatud asutuse arengusuundade ja tulevikuplaanide väljatöötamisse?

Mida Teie muudaksite?

Kirjeldage, kuidas Teie arvates tagatakse sotsiaaltöötajate võrdne kohtlemine võrreldes teiste ametikohtadega teie asutuses?

3. Töökeskkond ja -korraldus

Palun kirjeldage, kuidas hindate oma tehtava töö ja saadud tasu suhet? Mil viisil see vastab Teie ootustele?

Millised on teie asutuses sotsiaaltöötajate töötingimused (näiteks kabinet, töövorm, tööpäeva pikkus, puhkus, asendused, töögraafik jne)? Milliseid probleeme näete?

4. Koostöö

Palun kirjeldage meditsiinipersonali suhtumist sotsiaaltöötajasse teie asutuses (näiteks arstid, õed, muu tugipersonal). Milliseid probleeme näete ning mida Teie ootate?

Palun kirjeldage sotsiaaltöötaja koostöövõimalusi oma asutuse siseselt ning teiste asutustega (näiteks KOV, kool, hoolekandeesutus). Mil viisil need toetavad Teie töö tulemuslikkust?

5. Eneseteostus ja arenguvõimalused

Milliseid enesearenguvõimalusi pakub teie asutus (näiteks koolitused, õppetöö)?

Milliseid võimalusi Teie ootate?

Millised on asutusesisesed karjäärivõimalused?

6. Raviasutuse sotsiaaltöö

Mida hindate Teie oma töö juures kõige enam?

Mida tähendab Teie jaoks töötada sotsiaaltöötajana raviasutuses? Milliseid kitsaskohti näete?

SUMMARY

THE JOB SATISFACTION OF SOCIAL WORKERS IN A MEDICAL INSTITUTION ON THE BASIS OF THE TARTU UNIVERSITY HOSPITAL.

Rutt Hanni

A modern people-centred approach to the treatment process requires that, in addition to medicine, psychosocial and socio-economic factors should be considered in the process of improving a person's health. This in turn requires the involvement of a multidisciplinary team, including a social worker, to successfully treat the patient. For the successful treatment of patients, it is important for organizations to pay attention to the factors influencing employee job satisfaction. Survey of employee satisfaction is an important factor for the quality of work and the development of the field. However various studies on the profession of social workers have found that social workers are dissatisfied with several factors that can affect job satisfaction, such as pay, overburdening and lack of co-operation.

The aim of this thesis is to analyse the job satisfaction of social workers of the Tartu University Hospital and to make proposals to the executive authorities for the improvement of job satisfaction of social workers. The present work is focused on finding answers to the following research questions: How social workers assess the factors influencing job satisfaction and what do social workers value most in their work and what are the problem areas related to the social work of the medical institution?

The paper consists both theoretical and empirical chapters. The theoretical part gives an overview of the history of healthcare social work, the factors affecting healthcare social workers job satisfaction abroad and in Estonia and gives description of job satisfaction theories. This chapter relies on literature. The empirical part gives an overview of performed study, the results and conclusions. In the empirical part a qualitative study

method was used. Semi-structured interview was sent to the respondents' e-mail addresses. Answering questions was voluntary and anonymous. Eight out of the eleven clinic's social workers answered to the questions.

The results of this study showed that there were job satisfaction factors that social workers were satisfied with and some they were not. All respondents found, that they have enough support when work related problems occur. When asked whether they are involved in the development of the organization, all respondents said, that they are not involved, and their opinion is not sought or considered important. However, they found value in the factor, that they can plan and make decisions concerning their own work tasks. A variety of perspectives were expressed when asked about working conditions and training opportunities. Half of the respondents found, that working conditions do not support efficient operation. Training opportunities are supported and funded by the employer for half of the respondents. The other half of the respondents found, that current support in this matter is not enough and therefore, it is difficult to maintain professional qualifications. Respondents considered that the remuneration did not correspond to the workload nor the required competence and was not equivalent to the salary of other support specialists, which leads to unequal treatment in the workplace. When asked about teamwork with medical staff, the respondents found that the main reason for the low involvement in team, could be the lack of understanding about the tasks and benefits of a social worker on behalf of medical staff as they have had no training in the social sector. Despite the above-mentioned dissatisfactory aspects of social workers job, they found several factors that they valued in their work, like interesting and versatile work, opportunity to help those in need, autonomy and opportunity to cooperate with different disciplines.

On the account of these findings a list of five recommendations was made to better treat and enhance workplace satisfaction among the social workers working in the Tartu University Hospital.

The results of this study indicate that factors influencing job satisfaction were mostly divided into equally satisfactory and non-satisfactory. According to the author, the variability in satisfaction may be due to differences in clinics. As the differences between clinics were not examined in the present work, it would be necessary to conduct surveys

in order to make further clarifications, based on which more precise reasons for the variability of satisfaction could be pointed out.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Rutt Hanni,

1. Annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Raviasutuse sotsiaaltöötaja töörahulolu SA Tartu Ülikooli Kliinikumi näitel“, mille juhendaja on Anne Rähn, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Rutt Hanni

20.05.2020