

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaalteaduste valdkond
Ühiskonnateaduste instituut
Sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika õppekava

Cärolyn-Angelika Liblik

**TERVISHOIUSOTSIAALTÖÖTAJATE KUI MITTE-MEDITSIINILISE
PERSONALI JUHTIMINE JA TÖÖALANE TOETAMINE HAIGLA
KONTEKSTIS**

Magistritöö

Juhendaja: Marju Selg, MA

Tartu 2020

Käesolevaga kinnitan, et olen koostanud magistritöö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Cärolyn-Angelika Liblik

24.08.2020

ABSTRACT

Leading and supporting health care social workers as non-medical staff in the hospital settings

Summary: The aim of the master's thesis is to provide an overview of front line managers' perspective of leading and supporting health care social workers as non-medical staff in the hospital settings. The involvement of social work within the health care system has become more intrinsic today than ever before due to the changing needs of patients and challenges faced both in health and social systems. Many current research findings (Acquavita, Pittman, Gibbons & Castellanos-Brown, 2009; Brimhall, Lizano & Mor Barak, 2014; Dulebohn, Bommer, Liden, Brouer, Ferris, 2012; Ravalier, 2018; Ruch, 2012; Tafvelin, Hyvönen, Tham & Strömberg, 2020; Westerberg, 2014; Yliruka & Karvinen-Niinikoski, 2013 etc.) indicate that the quality of social work depends on the work-related wellbeing of social workers, which is directly related to the work environment and the quality of the management, leadership and work-environment support. Therefore, a social worker supported by the frontline manager interprets and critically analyzes the practice of work, is able to prevent burnout and ultimately offers a higher quality service.

Findings: Results showed that the front line managers who have no specific knowledge about social work tend to give social workers more autonomy and expect social workers to ask for help and support rather than offering it through proper support system. Same goes for coping with work-related stress and emotionally exhausting case work.

Applications: An understanding of front line managers' perspective of leading and supporting health care social workers as non-medical staff in the hospital settings may help constructing better practices for organizing social work in the hospital settings and offer insight what are the appropriate outcomes for hospital social work.

Keywords: hospital social work, leadership, front line management, work-environment support

SISUKORD

| | |
|--|----|
| SISSEJUHATUS | 6 |
| I TEOREETILINE RAAMISTIK JA PROBLEEMIPÜSTITUS | 8 |
| 1.1 Sotsiaaltöö toimumiskontekstid | 8 |
| 1.2 Tervishoiusotsiaaltöö | 11 |
| 1.3 Inimesi teenivate organisatsioonide juhtimine..... | 18 |
| 1.4 Sotsiaaltöötajate juhtimise eripära | 22 |
| 1.5 Sotsiaaltöötajate tööalane toetamine | 25 |
| Probleemipüstitus..... | 27 |
| II METOODIKA | 29 |
| 2.1 Uurimismeetodi valik ja põhjendus | 29 |
| 2.2 Andmekogumismeetod | 29 |
| 2.3 Uurimuses osalejad ja intervjuude käik | 29 |
| 2.4 Andmete analüüs..... | 32 |
| 2.5 Refleksioon | 33 |
| III TULEMUSED | 35 |
| 3.1 Ootused sotsiaaltöötajale | 35 |
| 3.2 Sotsiaaltöötaja roll ja tegevusvaldkonnad..... | 39 |
| 3.3 Juhtimine ja juhendamine | 45 |
| 3.4 Tööalane toetamine | 49 |
| 3.5 Eelarvamuslik suhtumine sotsiaaltöötajatesse | 53 |
| IV ARUTELU..... | 55 |
| 4.1 Sotsiaaltöö tähtsustamine haiglas | 55 |
| 4.2 Sotsiaaltöötajate iseseisvus | 56 |
| KOKKUVÕTE | 58 |
| KASUTATUD KIRJANDUS JA ALLIKAD..... | 59 |

| | |
|---|----|
| LISA 1 Intervjuu kava | 72 |
| LISA 2 Uurimuses osalemise nõusolek | 75 |

SISSEJUHATUS

„Tee tööd ja näe vaeva, siis tuleb armastus,“ teadis Andres Paas Anton Hansen Tammsaare (1926) romaanis „Tõde ja õigus“ kroonu minevale pojale õpetussõnu jagada. „Sina oled seda teind ja minu ema tegi seda ka, ega ta muidu nii vara surnd; aga armastus ei tulnd, teda põle tänapäevani Vargamäel.“ olid poja sõnad isale. Sarnaselt Vargamäele nõuab sotsiaaltöö sotsiaaltöötajalt pühendumust ja tööga vaevanagemist, pidevalt tõe ja õigluse otsimist. Tehtud töö vilju ei pruugi sotsiaaltöötaja aga ise mitte kunagi näha, kuid siiski tehakse tööd armastusest inimeste vastu ja armastusega koos nendega, kes seda kõige enam vajavad.

Minu magistritöö lähtub paljudes uuringutes selgunud tõsiasiast (Acquavita, Pittman, Gibbons ja Castellanos-Brown, 2009; Brimhall, Lizano ja Mor Barak, 2014; Dulebohn, Bommer, Liden, Brouer, Ferris, 2012; Ravalier, 2018; Ruch, 2012; Tafvelin, Hyvönen, Tham ja Strömberg, 2020; Westerberg, 2014; Yliruka ja Karvinen-Niinikoski, 2013 jpt), et sotsiaaltöö töö kvaliteet sõltub töötaja heaolust, mis on otseses seoses töökeskkonna ning juhtimise ja tööalase toetuse (tööõhkkond, juhi toetus, võimalus arutada tööasju, osaleda koolitustes jne) kvaliteediga. Seega, vahetu juhi poolt toetatud sotsiaaltöötaja mõtestab ja analüüsib kriitiliselt oma tööd, oskab end läbipõlemise eest hoida ning lõppkokkuvõttes pakub kvaliteetsemat teenust.

Magistritöö eesmärgiks on välja selgitada tervishoiusotsiaaltöötajate kui mitte-meditiinilise personali vahetute juhtide käsitus juhtimiseset ja tööalasest toetamisest haigla kontekstis. Liigitan haiglas töötavaid sotsiaaltöötajaid teadlikult mitte-meditiiniliseks personaliks ja mitte meditsiini siduseriala spetsialistideks, kuna Eestis ei ole tervishoiusotsiaaltöötaja teenused tervishoiuteenuste korraldamise seaduse (2020) tähenduses tervishoiuteenused, kuigi need on lahutamatu osa esmatasandi tervishoiuteenustest (Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020). Lisaks keskendun oma töös küsimustele, mis aitavad mõtestada sotsiaaltöötajate kuvandit läbi vahetute juhtide pilgu ja tervishoiusotsiaaltöötajate rolli Eestimaa haiglates.

Töös kasutan termineid klient ja patsient sünonüümidena, mõlemad tähistavad raviasutuse teenuseid kasutavat inimest. Erinevus terminite kasutamisel tuleneb sellest, et sotsiaaltöötaja kasutab abistatava kohta terminit klient ja meditsiinilise taustaga personal terminit patsient. Samuti ei püüa ma töös eristada raviasutust, haiglat või kliinikut, vaid lähtun dokumentide ja intervjueritavate keelepruugist.

Töö koosneb viiest osast. Esimeses osas annan kirjanduse ülevaate sotsiaaltöö toimumiskontekstidest, tervishoiusotsiaaltöö eripärast, inimesi teenivate organisatsioonide juhtimisest, sotsiaaltöötajate juhtimise eripärast ja sotsiaaltöötajate tööalasest toetamisest. Magistritöö teises osas kirjeldan uurimismeetodit, uurimuses osalejaid, andmekogumise protsessi ja reflekteerin enda kui uurija mõtteid ja tundeid seoses andmete kogumise ja analüüsimisega. Uurimuse läbiviimiseks kasutasin kvalitatiivset uurimismeetodit. Empiirilised andmed kogusin poolstruktureeritud individuaalintervjuudega. Intervjuud viisin läbi 2019. aasta aprillis, mais, septembris ja novembris ning 2020. aasta märtsis. Uurimusse olid kaasatud seitse raviasutustes töötavate tervishoiusotsiaaltöötajate vahetut juhti ja üks sotsiaaltöötaja. Andmete analüüsiks kasutasin temaatilist andmete analüüsi, mille tulemused on väljatoodud töö kolmandas osas. Töö neljandas osas arutlen analüüsi tulemusena saadud olulisematel teemadel ja toon välja järeldused. Töö viimases osas võtan kokku uurimuse ja selle tulemused.

Töö valmimise eest soovin oma siirast tänu avaldada eelkõige intervjuudes osalenud tervishoiusotsiaaltöötajate vahetutele juhtidele, kes reageerisid uurimuses osalemise kutsele ja leidsid oma tihedas töögraafikus aega intervjuude andmiseks ning aitasid seeläbi kaasa minu magistritöö valmimisele. Suurim tänu töö juhendajale, Marju Seljale, minusse usku mitte kaotamisel ja kannatlikkuse eest töö valmimisel. Samuti lahked tänusõnad SA Tartu Ülikooli Kliinikumi lastekliiniku laste ja noorukite arendus- ja taastusravi keskuse kolleegidele mõistvuse eest õpingute lõpetamisel.

Loodan, et minu magistritöö aitab tervishoiusotsiaaltöötajate tööd korraldavatel meditsiinilise taustaga inimestel sügavamalt mõista sotsiaaltöötaja panust ravi õnnestumises ja patsientide rahulolus ning sotsiaaltöötajad pälvivad haiglas rohkem tähelepanu ja toetust.

I TEOREETILINE RAAMISTIK JA PROBLEEMIPÜSTITUS

1.1 Sotsiaaltöö toimumiskontekstid

Ülemaailmse sotsiaaltöö definitsiooni järgi on sotsiaaltöö „nii praktiliselt põhinev profession 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. Toetudes sotsiaaltöö teooriatele, sotsiaal- ja inimteadustele ning pärimusteadmistele, ärgitab sotsiaaltöö inimesi ja struktuure ületama elus ettetulevaid raskusi ning suurendama heaolu.“ (Sotsiaaltöö ülemaailmne definitsioon, 2014:9). Asquith, Clark ja Waterhouse (2005) leiavad aga, et sotsiaaltööd ei ole võimalik üheselt määratleda, kuna puudub universaalselt tunnustatud arusaam, mida täpselt sotsiaaltöö endast kujutab ja missuguste oskuste, teadmiste ja kompetentsiga peab üks sotsiaaltöötaja olema. Seejuures tuleb arvestada, et sotsiaaltöö on pidevas muutuses, kuna tänane maailm ja ühiskondlik kontekst on pidevas muutuses, mis tähendab, et püüdes ajaga kaasas käia ja vastata ühiskonna ja inimeste vajadustele ja ootustele, muutub ka sotsiaaltöö käsitlus ja sotsiaaltöötajalt nõutavad teadmised ja oskused. Samas Hyslopi (2011) kohaselt pole vahet, kui laialt või kitsalt sotsiaaltöö defineeritud on, sest see jääb ikkagi mitmetähenduslikuks.

Huvitav erinevus sotsiaaltöökäsitusest on ka angloameerika ja Mandri-Euroopa paradigmatel. Angloameerikalik arusaam sotsiaaltööst on selgemalt piiritletud ja kindlama tähendusega, sealjuures ollakse seisukohal, et sotsiaaltöö mõistet kasutatakse liialt üldistavalt ja kergekäeliselt kõikide tegevuste kohta, mis on suunatud kaasa aitama inimese probleemide lahendamisele mõtestamata sügavamalt tehtava töö konteksti (Thompson, 2015). Samas Mandri-Euroopas on pigem kasutusel mõiste sotsiaalne töö, mis tähendab üldisemalt inimeste toetamist nende sotsiaalses toimimises ja suhtluses ning osalemist ühiskonnas (van Ewijk, 2016a).

Sotsiaaltööd kogetakse ja kirjeldatakse tihti kui keerukat tööd, mille iseloomustamiseks võiks kasutada järgmisi sõnu: riskantne, ebamäärane, ebakindel, ettearvamatu, ohtlik, mitmetähenduslik, tingimuslik, vastuoluline, keeruline (Hyslop, 2011).

See, millisena keegi sotsiaaltööd kogeb ja kirjeldab, sõltub paljuski sotsiaaltöö toimumiskontekstist. Selg (2012:64) käsitab kontekste „kui inimreaalsuse mõtestatud osa, st keskkondasid, mis on inimeste jaoks tähtsad, mille loomises nad osalevad, milles nad tegutsevad ja mis nende elu mõjutavad“. Sotsiaaltöö on läbi aegade taotlenud muutust olles seega ise pidevas muutuses, et vastata inimeste ootustele ja vajadustele. Olude muutudes mõtestatakse ka sotsiaaltöö ümber, mida tõestab sotsiaaltöö esialgse fookuse liikumine individilt sotsiaalsetele muutustele, üleminek modernistlikelt arusaamadelt post-modernistlikule arusaamale (mis hõlmab liikumist koostöö- ja tugevuskeskse lähenemise suunas), üleminek läänelikelt paradigmatelt rahvusvahelistele paradigmatel ning mitmesuguste ülemaailmsete majanduslike ja poliitiliste suundade mõju sotsiaaltöö praktikale (Staniforth, Fouché ja O'Brien, 2011).

Võime ajaga kaasas käia ja vastata muutustele ühiskonnas on suures osas tingitud sotsiaaltöö toimumiskontekstide mitmekesisusest. Suuresti varieerub sotsiaaltöö ajalooliste, geograafiliste ja institutsionaalsete kontekstide poolest, mis mängivad rolli sotsiaaltöötaja tehtava töö sisus (Healey, 2014:1). Kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialisti tehtav töö erineb väga palju raviasutuses töötava tervishoiusotsiaaltöötaja tööst. Ka kahe samas raviasutuses töötava tervishoiusotsiaaltöötaja töö erineb üksteisest väga palju, kuna tegelik praktika on koosloomine praktiku igapäevastest kokkupuudetest ja interaktsioonidest erinevate inimestega, ametialaste ja isiklike väärtuste kombinatsioonist, poliitilistest kaalutlustest ja individualiseeritud eesmärkidest (Sanderson, 2003; Witkin, 2012:3). Lisaks tuleb sotsiaaltöötajal arvestada kliendi vajadustega, institutsionaalsete ja personaalsete ressursside ja piirangutega ning nende põhjal otsustada, kuidas ja milliseid teadmisi ta konkreetse juhtumi puhul rakendab, et saavutada soovitud eesmärki (Schwandt, 2005:98).

„Arusaamade ja kogemustemaailmade vastastikune jagamine on aluseks *tööle*, mida sotsiaaltöötajad ja kliendid ühiselt teevad, ning selle [töö] tulemusena tekibki see *sotsiaalne*, mis vormib nende interaktsioone ja mida need omakorda vormivad. *Sotsiaalne* on kindla kontekstiga seotud kokkuleppeline ala, mille piires praktika toimub ...” (Dominelli 2004:42)

Klienditöös on sotsiaaltöö sekkumismeetodid tingitud inimese habitusest, eluilmast ja talle loomuomasest keskkonnast, kuid tänapäeva sotsiaaltöötaja peab oskama ka mõtestada ja

analüüsida, millest on ajendatud tehtav töö, mis on selle töö aluseks olevad arusaamad ja miks eelistatakse üht toimimisviisi teisele (Selg, 2012:65). Sotsiaaltöötajad pole aga harjunud endalt küsima, mis see sotsiaaltöö, mida tehakse, ikkagi on, kuidas on see seotud tehtava töö sihtgrupi vajaduste ja ootustega, töökeskkonna ja seda kujundavate institutsionaalsete ja poliitiliste väärtustega (Selg, 2012:65).

Sotsiaaltöö olemuse mõistmist ja sellest tervikpildi nägemist võib raskendada toimumiskontekstide mitmekesisus, mis Healy (2014) kohaselt on seotud kolme järgneva asjaoluga. Esiteks, sotsiaaltööd iseloomustab multi- ja interdistsiplinaarsus, mis tähendab, et tehtava töö aluseks on tavalisest suurem ja laiem teadmiste ning väärtuste baas võrreldes niiöelda iseseisvate professionidega nagu meditsiin. Erinevate valdkondade teadmiste ja oskuste lõimimine võimaldab sotsiaaltööl avardada sotsiaaltöö teadmust ja rakendusala ning hõlpsamini kohaneda ajaga muutuvate inimeste vajaduste ja ootustega. Teiseks, sotsiaaltöötajate töö sisu ning selleks vajalikud teadmised ja oskused varieeruvad suuresti valdkonniti. Erinevusi võib esineda ka väärtuste tõlgendamisel, mistõttu ei saa eeldada, et näiteks tervishoisotsiaaltöötaja ja kohaliku omavalitsuse hoolekande spetsialist mõistavad hapra eaka toetamise vajadust haiglaravilt lahkumise järel ühtmoodi. Kolmandaks, sotsiaaltööl ei ole oma kindlat tegutsemispaika. Kindel füüsiline keskkond on üks neist tingimustest, mis on aluseks ühtsete erialateadmiste ja -väärtuste kujunemisel. Sotsiaaltöötajad aga töötavad väga paljudes erinevates süsteemides, valdkondades ja asutustes, mis esitavad sotsiaaltöötajatele erinevaid nõudeid ja väljakutseid (Biesta, 2010; Hyslop, 2011; McBeath, 2016; Van Robaeys, Raeymaeckers ja van Ewijk, 2018) ning seega vormivad ühiselt sotsiaaltöö kuvandit. Sotsiaaltöötajad võivad töötada kohalikes omavalitsustes, hoolekandeasutustes ja haiglates, koolides, vanglates ning paljudes erinevates sotsiaalteenuseid osutavates asutustes, organisatsioonides ja ühingutes. Sellest, kus sotsiaaltöötaja töötab, sõltuvad ka tema tööülesanded, tegevuste taotlikkus ja meetodid (Selg, 2012:66). Lisaks ei ole sotsiaaltöötajate sekkumistes põhjuste ja tulemuste vahel lihtsaid ja otseseid seoseid, kuna kõikidel sotsiaaltöö klientidel on võime mõelda, mis tähendab ka, et nad saavad oma käitumist muuta vastavalt oma tõlgendustele ja mõistmisele (Biesta, 2010: 497).

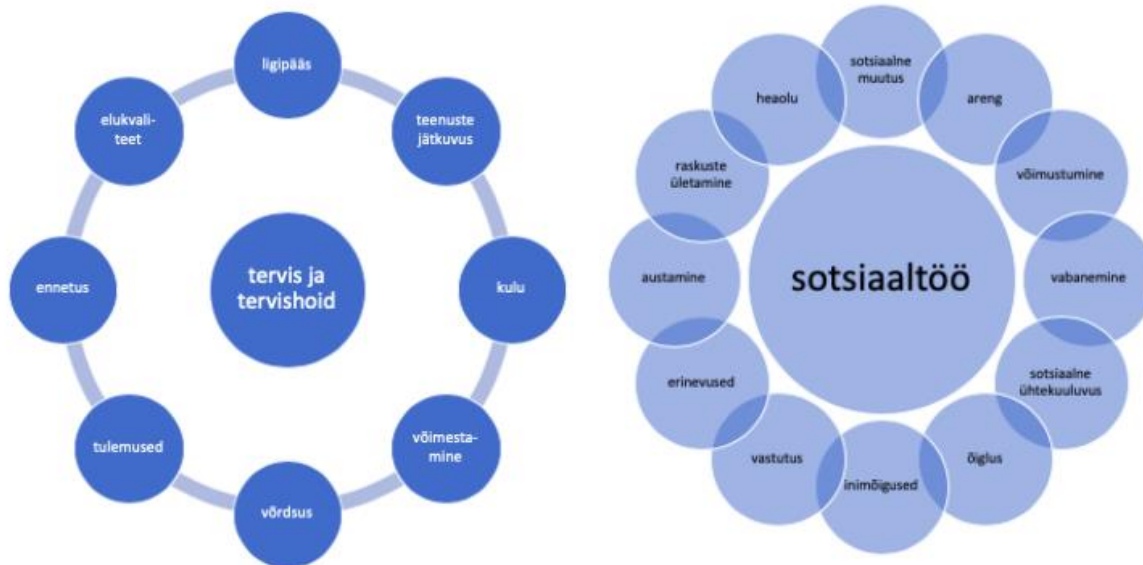
McBeathi (2016) sõnul on sotsiaaltöö praktika olemuse aluseks ühiskonna üksikisikute, gruppide ja elanikkonna väljendatavate vajaduste peegeldus. Kontekstuaalsus võimaldab sotsiaaltööl kriitiliselt analüüsida ideesid, mis kujundavad praktikaid ja sekkumismeetodeid ning mõtestada sotsiaaltöö rolli (Healey, 2014:10). Kokkuvõtteks võibki seega tõdeda, et

sotsiaaltöö üheks nurgakiviks on selle toimumiskontekstide mõistmine, mis on eelduseks nii sotsiaaltöötajate ametiidentiteedi kujunemisele kui ka sotsiaaltöö professioni järjepidevusele. Mõistes oma töökoha ja inimeste argielu kontekstide iseärasusi, erinevate kontekstide kokkupuutealasi ning neid mõjutavad erialasi, suudavad sotsiaaltöötajad ajaga kaasas käia ja vastata muutustele ühiskonnas (Pockett ja Beddoe, 2017). Sotsiaaltöö toimumiskontekstide mitmekesisus ei kahanda kuidagi sotsiaaltöö tähtsust, vaid esitab uusi väljakutseid, sundides kohanema muutuvate oludega ja aktiivselt osalema praeguste ja uute toimumiskontekstide kujundamises (Selg, 2012). Heade klienditöö praktikate kujundamiseks tuleb sotsiaaltöötajatel õppida rohkem tähelepanu pöörama sotsiaaltöö praktiseerimise kontekstidele.

1.2 Tervishoiusotsiaaltöö

Miks otsustatakse karjääri valikut tehes sotsiaaltöötajaks hakata? Furnessi (2007) kohaselt on kõige sagedasemaks põhjuseks soov aidata endast nõrgemaid ja abivajajaid ning parendada inimeste elukvaliteeti. Sotsiaaltöö on eneseteostamiseks piisavalt suur ja lai ning väga eriilmeline (Wilken, 2013:9), et leida endale sobiv rakendusala.

Maailmas on üha enam hakatud tõdema, et tervist ei saa eristada inimesest tervikuna ja tervisehäireid ei saa lahendada ilma patsiendi sotsiaalsetesse oludesse sekkumata (Schrecker, Chapman, Labonté ja De Vogli, 2010). Maailma Tervishoiu Organisatsioon (WHO) on oma konstitutsioonis (1946) kirjeldanud tervist kui füüsilise, vaimse, emotsionaalse ja sotsiaalse heaolu seisundit, mitte ainult haiguste puudumist. See tähendab, et inimese toimimine on seotud tema kõigi heaolu aspektidega. Seetõttu on sotsiaaltöötajad tänaseks juba üle saja aasta töötanud tervishoiusüsteemis meditsiinilise personaliga kõrvalt (Cleak ja Turczynski, 2014; Craig ja Muskat, 2013; Gehlert, 2019; Heyman ja White-Ryan, 2018; Judd ja Sheffield, 2010; Reich, 2012) ja toetanud patsiendikeskse lähenemise kujunemist keskendudes haiguse sotsiaalsetele aspektidele võttes arvesse patsiendi psühholoogilisi ja emotsionaalseid tegureid (Browne, 2012; Craig, Betancourt ja Muskat, 2015).



Joonis 1. Tervise ja tervishoiu tagamise tegurid (Heyman ja White-Ryan, 2018:10) ja sotsiaaltöö definitsioon (IFSW, 2014)

Tervishoiusotsiaaltöö on üks sotsiaaltöö harudest, mis hõlmab endas sotsiaaltöö praktiseerimist esmatasandi tervisekeskustes¹, haiglates, hooldekodudes, järeldravi asutustes, koduhoolduses, hospiitsides ja paljudes teistes tervishoiuteenuseid pakkuvates asutustes (Allen ja Spitzer, 2015). Eelkõige on tervishoiusotsiaaltöö ülesandeks aidata patsientidel ja nende lähedastel toime tulla haigusega ja aidata kaasa psühhosotsiaalsete probleemide lahendamisele (Browne, 2012; Muskat, Craig ja Mathai, 2017), et kliendi/patsiendi tervenemine oleks toetatud ja kompleksne (Keefe, Geron ja Enguidanos, 2009).

Inglisekeelsest erialasest kirjandusest leiab mitu erinevat terminit, millega kirjeldatakse tervishoiusotsiaaltööd: *health social work* või ka *health care social work*, mis on üldistav mõiste kõikidel tervishoiu tasanditel ja etappides praktiseeritava sotsiaaltöö kohta ning *medical social work* või ka *hospital social work*, mis tähistab raviasutustes tehtavat sotsiaaltööd (Judd ja Sheffield, 2010; Udo, Forsman, Jensfelt ja Flink, 2019). Vaimse tervise kontekstis on kasutusel ka *mental health social work* või ka *social work in mental health*.

Mis on aga sotsiaaltöötajate tegevusvaldkonnad tervishoius? Heurtin-Roberts (2012:viii) toob välja, et koos ravimeeskonnaga patsiendi ravivajaduse hindamine, patsientide ja nende

¹ Eestis on esmatasandi tervisekeskus ühtses taristus üldarstiabi osutav juriidiline isik või füüsilisest isikust ettevõtja ning selles osutab üldarstiabi vähemalt kolm nimistuga perearsti (kokku 4500 isikut) (Eesti Haigekassa, i.a).

lähedaste nõustamine, patsiendi võrgustiku aktiveerimine ja koordineerimine, hospiitsi ja palliatiivravi koordineerimine, tervisealase ennetus- ja teavitustöö läbiviimine, tervise ja üldise heaoluga seotud poliitikate kujundamine ja propageerimine ning koostöös kogukondadega võimaluste loomine tervishoiuteenuste kättesaadavuse parendamiseks on vähesed näited, mida sotsiaaltöötajad üle maailma tervishoius teevad.

Töötades tervishoius, tegelevad sotsiaaltöötajad nii tervishoiu kui ka sotsiaalhoolekande kitsaskohtadega, tehes koostööd teiste tervishoiutöötajatega. Sotsiaaltöötajad võivad töötada meeskondades, mis on multidistsiplinaarsed (iga spetsialist töötab autonoomselt väheses interaktsioonis teistega), interdistsiplinaarsed (spetsialistid teevad teenuseid osutades koostööd, kuid säilitavad selged professionaalsed piirid, mida hoitakse erialase terminoloogia ja sekkumisalaste eelistustega) või ideaalis transdistsiplinaarsed (tihe koostöö spetsialistide vahel, sealhulgas olles keeleliselt ühel lainel ja jagades ühist vaadet sekkumise kavandamisele) (Browne, 2012: 32). Asutuse toimimise seisukohast on sotsiaaltöötajate jaoks väljakutse töötada multidistsiplinaarsetes ja interdistsiplinaarsetes meeskondades, säilitades samal ajal oma positsiooni asutuse struktuurisiseses hierarhias ning toime tulla konfliktiga ressursikasutuse tõhususe ja patsientidele vajaliku informatsiooni kättesaadavamaks tegemise vahel (Ambrose-Miller ja Ashcroft, 2016; Reisch, 2012), sest sotsiaaltöötajad ei saa teha üksinda patsienti puudutavaid otsuseid, vaid on osa suuremast ja üldjuhul keerulisemast suhete võrgust (Mänttari-van der Kuip, 2016:88).

Selleks, et olla meeskonnas võrdväärne liige, tuleb Egani (2010:1) kohaselt sotsiaaltöötajatel tervishoiusüsteemis praktiseerides olla teiste tervishoiutöötajate, sealhulgas arstide, õdede ja psühholoogide silmis veenev. Oliver (2013:774) toob välja, et sotsiaaltöötajad, kes töötavad interdistsiplinaarsetes meeskondades ainsa sotsiaaltöötajana, peavad pidevalt oma rolli meeskonnas õigustama ja ennast tõestama saamata selleks abi ja toetust ametikaaslastelt. Sotsiaaltöötajatel tuleb näidata, kuidas nad saavad meeskonda unikaalsel viisil panustada (Ambrose-Miller ja Ashcroft, 2016), sest kui nad ei suuda meeskonnale tõestada, et nad tulevad teatud asjadega toime, seatakse nende autoriteet meeskonnas kahtluse alla (Hungman, 2009:1143).

Ennekõike keskendub käesolev magistriuurimus haigla kontekstile, mistõttu püüan järgnevalt kirjeldada konkreetsemalt raviasutustes tehtavat tervishoiusotsiaaltööd ja selle konteksti eripära võrreldes ülejäänud sotsiaaltöö toimumiskontekstidega. Selleks, et mõista, millega

haigla sotsiaaltöötajad igapäevaselt oma töös kokku puutuvad, tuleb kõigepealt aru saada, kuidas toimivad haiglad, milles nad sotsiaaltööd praktiseerivad.

Haigla on ambulatoorsete ja statsionaarsete tervishoiuteenuste osutamiseks moodustatud majandusüksus, millel ei või olla muud tegevusala peale eriarstiabi, kiirabi, iseseisvalt osutada lubatud õendusabiteenuste, iseseisvalt osutada lubatud ämmaemandusabiteenuste ja sotsiaalteenuste osutamise, tervishoiualase õppe- ja teadustöö, haiglaapteegi pidamise, täisvere ja verekomponentide tootmise, rakkude, kudede ja elundite hankimise ja käitlemise ning kinnisasja kasutusse andmise (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2020). Haiglaid jaotatakse piirkondlikeks haiglateks, keskhaiglateks, üldhaiglateks, kohalikeks haiglateks, erihaiglateks ja taastusravihaiglateks (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2020) ning erinevad need üksteisest eelkõige elanikkonna teeninduspiirkonna suuruse poolest, mis tingib ka kohustused tagada tervishoiuteenuste pakkumine teatud tasemel ja teatud erialadel (Sotsiaalministeerium, 2020).

Tervishoiuteenuseks loetakse tervishoiutöötaja tegevust haiguse, vigastuse või mürgistuse ennetamiseks, diagnoosimiseks ja ravimiseks eesmärgiga leevendada inimese vaevusi, hoida ära tema tervise seisundi halvenemist või haiguse ägenemist ning taastada tervist (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2020). Seaduse tähenduses on tervishoiutöötajaks arst, hambaarst, õde ja ämmaemand, kui nad on registreeritud Terviseametis (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus, 2020). Samas loetakse esmatasandi tervishoiuteenusteks ka füsioteraapia teenust, apteegiteenust, psühholoogi või vaimse tervise õe teenust, terviseteenuseid², logopeedi teenust, tegevusterapeudi teenust ja sotsiaaltöötaja teenuseid (Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu, 2020), kuigi need ei ole tervishoiuteenuste korraldamise seaduse tähenduses tervishoiuteenused (Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020). Erinevalt füsioterapeudi, psühholoogi, logopeedi ja tegevusterapeudi teenustest, ei ole aga sotsiaaltöötaja teenused Eesti Haigekassa rahastatavad. Carranza (2013) sõnul on üheks põhjuseks, miks sotsiaaltöötajate tööd haiglas nähakse pigem kuluallikana kui kasutegurina patsiendile, tema lähedastele ja haigla meditsiinilisele personalile, see, et sotsiaaltöötaja ei teeni haiglale teenuse osutamisega tulu. Lisaks ei kuulu

² Terviseteenuste all mõistetakse nõustamisteenuseid, mis on suunatud riskikäitumise ennetamisele või sellest loobumisele sh sõltuvushäirete (nt alkoholismi) varasele avastamisele ja neist loobumisele ning haiguste ennetamisele. Neid osutavad vastava koolituse olemasolul pereõde ja –arst või suurtes tervisekeskustes ka eraldi spetsialistid (Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020).

sotsiaaltöötajad Eesti Haiglate Liidu, Eesti Kiirabi Liidu, Eesti Arstide Liidu, Eesti Tervishoiutöötajate Kutseliidu ja Eesti Õdede Liidu sõlmitud kollektiivlepingu (2018) tervishoiu tugispetsialistide hulka. Kollektiivlepingu osaliseks olek tagaks sotsiaaltöötajatele võrreldes teiste tervishoiu töötavate spetsialistidega võrdsed töötingimused, -koormuse ja -tasu, mis hetkel kuidagi reguleeritud ei ole.

Eesti Haigekassa Tervishoiuteenuste loetelust (2020) leiab aga ühe teenuse, mille osutamine nõuab kohustuslikus korras tervishoiusotsiaaltöötaja olemasolu. Selleks on geriaatrilise seisundi hindamine, mille komisjoni peavad kuuluma arst, õde, **sotsiaaltöötaja** ning vajaduse korral konsultandid. Lisaks on samas määruses välja toodud veel, et Haigekassa rahastab psühhiaatrilise ravimeeskonna koduvisiiti alla 19-aastasele isikule, kui raske psüühikahäirega patsiendi seisundi tõttu on raviks vajalik tagada ravimeeskonna kontakt väljaspool raviasutust ning ravivajadust on hinnanud ja dokumenteerinud ravimeeskond, millesse kuuluvad psühhiaater ja vähemalt kliiniline psühholoog, **sotsiaaltöötaja** või vaimse tervise õde ning tuberkuloosi ja sõltuvushäire kaksikdiagnoosiga patsientide ravi, kui patsiendi ravivajadust on hinnanud ning dokumenteerinud ravi alguses ja lõpus ravimeeskond, millesse kuuluvad kopsuarst ja vähemalt kaks liiget järgmisest loetelust: psühhiaater, vaimse tervise õde, **sotsiaaltöötaja**, tegevusterapeut ja kliiniline psühholoog (Eesti Haigekassa Tervishoiuteenuste loetelu, 2020).

Patsiendi ravi- ja abivajaduse hindamine on aga ainult üks osa haigla sotsiaaltöötaja tööülesannetest (Udo jt, 2019). Patsientide probleemide mitmekesisus ja tervishoiusüsteemi keerukus on ajaga tervishoiusotsiaaltöötajate rolli ja tööülesandeid drastiliselt muutnud (Evans, 2018). Judd ja Sheffield (2010) leidsid, et sotsiaaltöötaja peamiseks ülesandeks on valmistada ette patsiendi lahkumine haiglast, mis hõlmab ka patsiendi võrgustikuliikmete ja kohaliku omavalitsuse aktiveerimist ja patsiendile koha leidmist järelravi- või hoolekandetasutuses. Sotsiaaltöötajad aitavad ka patsiendil ja tema lähedastel mõista diagnoosi, ravi vajadust ja olemust, terviseseisundist tingitud lisaabi ja tugiteenuste vajadust ja nõustavad, kuidas neid korraldada. Sellega toetavad nad patsientide ja lähedaste leppimist olukorraga ning pere pühhosotsiaalse toimetuleku säilimist. Juhtumitöösse kuulub veel patsiendi võrgustikuliikmete teavitamine, nõustamine ja aktiveerimine ning meditsiinilise personali ja tugispetsialistide nõustamine sotsiaalvaldkonda puudutavates küsimustes (Browne, 2012). Keerulisemateks

töösadeks on kriisitöö ja laste heaolu tagamine³ (Fantus, Greenberg, Muskat ja Katz, 2017; McLaughlin, 2016; Muskat, Craig ja Mathai, 2017). Lisaks kuulub sotsiaaltöötaja repertuaari hulk tööülesandeid, mis ei ole üks-ühele seotud patsiendi ja juhtumitööga, nagu infomaterjalide koostamine, administratiivsete küsimustega tegelemine, (bio)eetiliste dilemmade adresseerimine, tervishoiu- ja sotsiaalpoliitikate kujundamine, uurimuste läbiviimine tõenduspõhise praktika kujunemiseks jne (Browne, 2012; Judd ja Sheffield, 2010; McLaughlin, 2016).

Sotsiaaltöötajate tööülesannete mitmekesisus haigla kontekstis on viinud teiste tervishoiutöötajate eelduseni, et sotsiaaltöötaja on hunt Kriimsilm üheksa ametiga, kelle vastutusalal ja kohustustel pole piire ning ta on võimeline täitma piiramatul hulgal ülesandeid, mis on seotud patsiendi kojusaatmisega, terapeutilise toetamisega, juhtumitööga, administratiivsete kohustustega ja probleemide lahendamise algatamisega (Craig ja Muskat, 2013; Fantus jt, 2017). Lisaks konstateerib Carranza (2013), et arstid, õenduspersonal ja teised spetsialistid tihtilugu ei teagi, mis on sotsiaaltöötaja funktsioon haiglas ja missugune on tema panus ravi õnnestumises. Sotsiaaltöötate endi seas läbiviidud uurimuse kohaselt (Craig ja Muskat, 2013) identifitseerisid nad end lisaks sotsiaaltöötajana veel turvatöötajana, kelle ülesandeks on sündsusetult käituvaid patsiente korraks kutsuda; majahoidjana, kellel tuleb teiste spetsialistide eest ära teha neid ülesandeid, mida teised ei pidanud endale sobilikuks või patsiendi seisukohast piisavalt oluliseks; ütehoidjana, kellel tuleb tuge ja toetust pakkuda patsientidele ja nende lähedastele ning ka kolleegidele ja koordineerida võrgustikutööd; vahendajana, kes vahendab informatsiooni arsti, patsiendi, pere ja võrgustikuliikmete vahel; tuletõrjujana, kellel tuleb kriisilukordades koheselt sekkuda ja leida kiiresti kõigile osapooltele sobivad lahendused; žonglööriks, kellel tuleb juhtumitöös erinevaid rolle täita ning viimasena väljakutsujana, kelle ülesandeks on taotleda haigla meditsiinilises mudelis patsiendile parimat hoolt.

Dagmar Narusson (2003) uuris oma 2002. aasta magistritöös sotsiaaltöötajate tegevusvaldkondi Eesti raviasutustes ja leidis, et kõige enam tegelesid uurimuses osalenud sotsiaaltöötajad igapäevases klienditöös informeerimise, nõustamise ja ressursside koordineerimisega ning vähem tegeleti klientide terviseteadlikkuse suurendamisega. Samas kuulus igapäevase töö juurde ka konsulteerimine (asutusesiseselt peamiselt raviarstide, õdede,

³ Töös on teadlikult kasutatud mõiste „lastekaitse“ asemel „laste heaolu tagamine“ selle laiema tähenduse tõttu.

psühholoogide, eripedagoogidega; väljaspool asutust kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajate, perearstide, hoolekandeaosutuste, teiste raviasutuste, haigekassa, pensioniameti, politsei-prefektuuri, rahvastikuregistri jpt institutsioonide esindajatega), erialane enesearendamine, teenuste korraldamine, dokumentatsioonide vormistamine, töö infomaterjalidega ja koostöö paljude erinevate spetsialistidega nii raviasutuses kui väljaspool raviasutust (Narusson, 2003).

Täites arvukaid rolle ja tegutsedes paljudes erinevates terviseiga seonduvates kontekstides, on sotsiaaltöötajad lüüks mitmete organisatsiooniliste süsteemide ja professionide vahel hõlbustades oma panusega patsiendile vajaliku abi korraldamist (Browne, 2012; Evans, 2018). Ajaga muutunud patsiendi- ja tervisekäsitlus on suurendanud spetsialistide hulka, kes on seotud patsiendi ravi ja abi korraldamisega. Suurem koostöövõrgustik eeldab sotsiaaltöötajatelt suuremat sekkumist, koordineerimist ja administreerimist (Cleak ja Turczynski, 2014). See on aga ohuks sotsiaaltöö üleprofessionaliseerumisele tervishoiusüsteemis, kuna suuremas meeskonnas tuleb sotsiaaltöötajatel enda vajalikkust rohkem tõestada. Olles haigla struktuurisiseses hierarhias madalamal positsioonil võrreldes meditsiinilise ravipersonaliga ja sõltudes patsiendi puudutavate otsuste tegemisel peamiselt meditsiinilisest personalist, võib kaduda sotsiaaltöö fookus kliendilt professioni sotsiaalse staatuse, positsiooni ja legitimeerimise edendamisele (Kam, 2014). Püüdes saavutada sarnaseid või võrreldavaid positsioone teiste erialadega nagu arstid, psühhiaatrid või psühholoogid, ajendatakse sotsiaaltööd rõhuma oma ametialastele teadmistele, autoriteedile ja ekspertarvamuse kasutamisele kasvatades seeläbi sotsiaaltöötajate ja teenuse kasutajate vahelist niigi ebavõrdset võimusuhet ja muutes seega kliendid sotsiaaltöötajatest rohkem sõltuvaks (Ferguson, 2008; Kam, 2019). Juba praegu võib täheldada trendi krooniliste terviseprobleemidega patsientide arvu suurenemise, elanikkonna vananemise ja kognitiivsete võimete languse foonil, et patsiendid ja nende lähedased vajavad rohkem sotsiaaltöötaja abi erinevate ametiasutustega suhtlemiseks, sotsiaalabi puudutavates õigusaktides orienteerumiseks ja oma keerukate juriidiliste ja rahaliste probleemide lahendamiseks (Cleak ja Turczynski, 2014).

Niisiis eristub haigla sotsiaaltöö ülejäänud sotsiaaltöö toimumiskontekstidest eelkõige selle poolest, et sotsiaaltöötajatel on haigla kontekstis tervishoiusüsteemis ainulaadne positsioon asudes nii tervishoiu ja sotsiaalhoolekande kui ka raviasutuse ja kogukonna vahelises puutepunktis (Rachman, 1995 viidatud McLaughlin, 2016:137 kaudu). Sotsiaaltöötajad peavad tervishoiusüsteemis töötades omama laia teadmiste amplituudi, et tulla toime igapäevaste tööülesannete mitmekesisuse, arvukate rollidega ja patsientide keeruliste probleemidega.

Samas on sotsiaaltööl unikaalne võimalus tõsta patsientide teadlikkust oma õiguste ja võimaluste osas ning abistada neid, kes seisavad silmitsi raskete valikutega oma tervise ja ravivõimaluste osas (Evans, 2018). Sotsiaaltöötajate panus patsientide heaolu tagamises ja ravi õnnestumises on võrreldav meditsiinilise taustaga personali panusega, kuid ilma sotsiaaltöötajata võivad arstide ja õdede pingutused tühja minna.

1.3 Inimesi teenivate organisatsioonide juhtimine

Juhtimine on osutunud üheks olulisemaks organisatsiooniliseks teguriks töötamise kontekstis, mis ei mõjuta ainult töötajate töö kvaliteeti, tööõhkkonda, töörahulolu, läbipõlemist ja soovi töölt lahkuda, aga ka mitmesuguseid organisatsioonilisi protsesse nagu poliitikate ja töökorralduse kujundamine (Aarons, Sommerfeld ja Willing, 2011; Dulebohn jt, 2012; Hughes ja Wearing, 2007, Ravalier, 2018; Ruch, 2012; Tafvelin, Hyvönen, Westerberg, 2014; Yliruka ja Karvinen-Niinikoski, 2013). Ütlus, et inimesed on organisatsiooni kõige suurem vara võib kõlada ajatu klišeena, kuid oluline on meeles pidada, et inimesi teenivates organisatsioonides on esikohal inimlikkus (Carnochan ja Austin, 2015), mida on edasi võimalik anda vaid inimeselt inimesele, mistõttu tuleb erilist rõhku panna töötegijate väärtustamisele, toetamisele ja juhtimisele.

Mõistet „juhtimine“ kiputakse tihti peale võrdsustama võimupositsioonidega, mõjuvõimu ja staatusega (Hafford-Letchfield, 2009:22) ning vähem seostatakse seda produktiivsuse, innovaatilisuse, personali heaolu tagamise ja töötajate maksimaalse potentsiaali saavutamisega (Yliruka ja Karvinen-Niinikoski, 2013). Peamine viis, kuidas juhtimist organisatsioonisiselt mõistetakse, sõltub juhust, juhtimisstiilist ja juhtimismudelist. Juhtimisteooriad, mis on inimesi teenivates organisatsioonides populaarsed, rõhutavad juhi individuaalsete omaduste olulisust, kuid ei arvesta inimeste vahelist suhet ja organisatsioonilist konteksti (Peters, 2018), mis tundub vastuoluline, kuid mitte üllatav, kuna inimesi teenivates organisatsioonides kasutatakse enamasti juhtimisteooriaid ja -mudeleid, mis on välja töötatud äriliste ja riigikaitse asutuste jaoks, millel on selgelt erinevad väärtused, eesmärgid ja tegevused (Lawler ja Bilson, 2010).

Inimestega töötavas organisatsioonis on kesksel kohal inimene tema loomuomases keskkonnas ning probleeme, millega ta silmitsi seisab, ei peeta inimese isiklikeks ebaõnnestumisteks, vaid ajutisteks raskusteks, millest on võimalik abi ja koostööga võitu saada. Valdkonna

põhiväärtusteks on inimväärikuse tagamine, diskrimineerimisele ja sotsiaalsele stigmatiseerimisele vastandumine ning sotsiaalse ebavõrdsuse leevendamine erinevate meetmete kaudu (Hasenfeld, 2015). Selleks, et nendele väärtustele vastata, tuleb inimesi teenivatel organisatsioonidel luua praktikaid, mis pakuvad klientidele vajalikke teenuseid, austavad ja edendavad inimeste sotsiaalset väärtust, käsitlevad neid kui subjekte, kellega koos tööd teha, selle asemel, et käsitleda neid kui objekte, kelle kallal tööd teha ning tagada, et teenuste osutamine ei põhineks abivajaja enesesüüdistamise aktsepteerimisel (Hasenfeld, 2015). Arendades inimese iseseisvat probleemilahendamise oskust ja võimekust raskusi ületada, suureneb üldine heaolu ning väheneb vajadus abistavate teenuste järele.

Lisaks lasub inimesi teenivatel organisatsioonidel kohustus teha kuuldavaks ja nähtavaks ühiskonna poolt rõhutatuid ja tõrjutuid ning toetada sotsiaalseid õigusi poliitiliste meetmete kaudu (Hasenfeld, 2015). Selliste praktikate loomine ja kasutamine eeldab toetavat organisatsioonilist struktuuri, kus hierarhilised suhted on minimeeritud ja võim on töötajate vahel võrdselt jagatud ning klientidel on sõnaõigus organisatsiooni poliitika kujundamisel ja kehtestamisel (Hasenfeld, 2015). Äriliste ja riigikaitse asutuste juhtimismudelid põhinevad aga hierarhiatel ning soodustavad pigem konkurentsi ja lüüasaamise kultuuri, kui koostööd ja võimaluste loomist (Peters, 2018). Inimesi teenivad organisatsioonid on see-eest üldjuhul mittetulunduslikud või avalik-õiguslikud organisatsioonid, mille eesmärk on kaasa aidata sotsiaalsetele muutustele, vastates ühiskonna haavatavate sihtgruppide sotsiaalhoolekande vajadustele, vähendades sotsiaalset ebavõrdsust, kaitstes sotsiaalseid õigusi ning edendades seeläbi inimeste iseseisvust ja elus hakkamasaamist.

Valdkonna keerukuse tunnustamise ja töötajate juhtimise vajaduse mõistmise valguses on kasvanud administreerimine ja turundamine, mis Shanksi, Lundströmi ja Wiklundi (2015) kohaselt on tingitud uuest avalikust haldusest. Pollitt ja Bouckaert (2011) kujutavad uut avalikku haldust kaheastmelise nähtusena: ülemisel astmel on doktriin, mis väidab, et avalikku sektorit saab parandada äriindusest omistatud kontseptsioonide, tehnikate ja väärtuste abil ning madalamal astmel on mitmed avaliku sektori organisatsioonides rakendatavad meetodid ja praktikad. Doktriini üheks alustalaks on eelpool mainitud administreerimine, mis on ideoloogia, mis usub, et organisatsiooni edu määrab pigem hea juhtimine kui poliitika, tehnoloogiad jms ning juhtimist nähakse eraldiseisva professionina, kus juhtimisoskuseid peetakse erialasest kompetentsis tähtsamaks (Shanks, Lundström ja Wiklund, 2015). Turundamine, kui doktriini teine alustala, aitab seevastu kaasa turumehhanismide ja ideede

juurutamisele (st erastamisele, konkurentsile ja kliendikesksusele) (Shanks jt, 2015). Ruch (2012) näeb uut avalikku haldust kui võimalust kontrollida organisatsiooni tegevusega seotud väljakutsete ja riskide realiseerumist. Harrise (2007) sõnul ei tohi aga ära unustada, et uus avalik haldus kujunes välja selleks, et vastanduda seisukohale, et vabatahtlike, mittetulunduslike ja avalik-õiguslike organisatsioonide juhtimine on sisuliselt halduskorraldus.

Pärinedes eelkõige eraettevõtlastest, on uue avaliku halduse eesmärk jõudluse, tõhususe ja kulutõhususe suurendamine juhtimistrateegiate kaudu, mis hõlmavad pidevat järelvalvet, kontrolli ja regulatsioone (Pollitt ja Bouckaert, 2011). Edukuse saavutamiseks on töö struktureeritud, et optimeerida produktiivsust, teenindada võimalikult vähese ajaga võimalikult palju kliente ja hoida kulud minimaalsena. Soovitud tulemuste saavutamise aluseks on arusaam inimekäitumisest, mis soosib tunnetustegevust, ratsionaalsust ja ennustatavust ning pöörab vähem tähelepanu inimese käitumise emotsionaalsetele, irratsionaalsetele ja ettearvamatutele aspektidele (Ruch, 2012). Inimestega töötamine on aga ettearvamatut ning olles teenust osutades vahetus kontaktis inimesega, kes ei pruugi enda abivajadust mõista ja osutatavat abi tahta, võivad spetsialistid sattuda potentsiaalselt ohtlikesse ja emotsionaalselt keerulistesse olukordadesse (Blome ja Steib, 2014), millega tegelemine nõuab oluliselt rohkem ressursi ja pikaajalist pühendumist.

McBeathi, Carnochani, Stuarti ja Austini (2017) sõnul võimaldab uus avalik haldus avalik-õiguslikel asutustel kujundada sobivaid praktikaid klientide vajaduste teenindamiseks ja mittetulundusühingutel rakendada innovaatilisi kogukonnapõhiseid praktikaid teenuste osutamiseks. Hasenfeldi (2015) kohaselt on mõiste „sotsiaalne innovatsioon“ võimu omavate sidusrühmade esindajate (nt poliitikakujundajate, riigiametnike ja sihtasutuste) poolt inimesi teenivate organisatsioonide jaoks välja mõeldud termin, millega innustada organisatsioone läbi ajama vähesemate ressursidega. Sotsiaalselt innovaatilised juhid ja töötajad on ettevõtlikud, leidlikud, loovad ja oskavad olemasolevate ja/või vähete ressursidega leida sotsiaalsete probleemide lahendamiseks uusi võimalusi, mis on kulutõhusamad ja efektiivsemad. Innovaatilisus võimaldab sidusrühmal ära kasutada inimesi teenivate kutsealade harjumust teha vähemaga rohkemat, seades sellega ohtu nii toimivad teenused, kui ka teenuseosutajate heaolu, kuna neil tuleb paljude juhtumitega korruga tegeleda limiteeritud ressursidega ja täita ebareaalset tulemuslikkusele suunatud ootusi (Hasenfeld, 2015).

Lisaks toob Hasenfeld (2015) välja, et ärilised juhtimisteooriad ja -mudelid omavad mõju organisatsiooni väärtustele. Uus avalik haldus, mida enamasti jõustavad valitsusasutused, kes kasutavad mittetulunduslike ja tulunduslike inimesi teenivate organisatsioonide osutatavaid teenuseid, põhineb neoliberaalsel loogikal, mis nihutab riigi vastutuse sotsiaalhoolekande ees turule ja kollektiivse vastutuse individuaalsele vastutusele. Eelkõige tähendab see seda, et inimeste tugivõrgustikus nähakse ohtu iseseisvale toimetulekule ja tööetika kahanemisele, mis on ka peamine põhjus, miks kujutatakse sotsiaalseid probleeme isiklike moraalsete ebaõnnestumistena ja mitte ühiskondlikust ebavõrdsusest tingitud sotsiaalsete ja struktuuriliste puudustena (Hasenfeld, 2015).

Töösuhted, mis põhinevad usaldusel, pühendumusel, toetusel ja lojaalsusel, eeldavat selleks sobivat töökeskkonda, tööõhkkonda, usalduslikke ja toetavaid suhteid juhi ja töökaaslastega ning võimalust tööalaseks eneseteostuseks. Juhi käitumine või juhtimisstiil võib oma olemuselt töötajate jaoks olla, kas stressi tekitav või positiivne ning mõjutada nende stressitaset ja heaolu (Skakon, Nielsen, Borg ja Guzman, 2010). Inimesi teenivates organisatsioonides, kus töötajatel on vaja väga head stressitaluvust, on juhil väga oluline roll töökeskkonna ja tööõhkkonna mõjutamisel ja kontrollimisel (Tafvelin, Armelius ja Westerberg, 2011; Wang ja Rode, 2010). Töökeskkond ja tööõhkkond on otseses seoses töötaja heaoluga mõjutades organisatsioonilisi protsesse nagu probleemide lahendamine, otsuste tegemine, kommunikatsioon ja infovahetus ning koordineerimine. Samuti mõjutavad need individuaalseid protsesse nagu õppimine, loovus, motivatsioon ja pühendumus (Isaksen ja Lauer, 2002). Tööõhkkond esindab töötajate jagatud taju töökeskkonnast (Pritchard ja Karasick, 1973 viidatud Aarons jt, 2011 kaudu) ja positiivset tööõhkkonda iseloomustab kõrge õiglustunne, kasv, rolli selgus, aga ka emotsionaalse kurnatuse madal tase (nt tööõudlusest tingitud väsimus) ja depersonaliseerumine (nt tunne, et ollakse teenindatuist eraldatud) (Lawler, Hall ja Oldman, 1974 viidatud Aarons jt, 2011 kaudu). Töötajate stressitaset ja heaolu mõjutab veel ka juhi enda stressitase, mis tähendab, et kogedes juhi vaenulikku suhtumist ja negatiivset kiindumust, suureneb töötajate ärevus, rahulolematuus tööga ja tõenäosus läbipõlemiseks (Skakon jt, 2010).

Hea juht oskab stressirohked situatsioonid muuta õpi- ja arenguvõimalusteks, mis on olulised töötaja personaalseks kasvuks. Osates oma alluvaid aktiivselt kuulata ja arvestada nende isiklike vajadustega, tunnevad alluvad, et neid mõistetakse ja toetatakse (Bass ja Riggio, 2006). Edasisidestades, julgustades ja toetades alluvaid, kasvatab juht usku, et nad on suutelised saavutama rohkem, kui nad ette kujutada oskasid, aidates seeläbi töötajatel täita oma

potentsiaali ja maksimeerida nende produktiivsust (Tafvelin jt, 2011). Lisaks kannab hea juht endaga selget visiooni organisatsiooni toimimisest tõstes sellega töötajate teadlikkust ja moraalseid väärtusi ning inspireerides organisatsiooni jätkusuutlikuse tagamiseks nägemale kaugemale oma isiklikest eesmärkidest ja töötama kollektiivse hüvangu nimel (Bass ja Riggio, 2006).

Kokkuvõtvalt võib tõdeda, et kiiresti muutuv maailmas, kus muutustega toimetulek ja kaasaskäimine on organisatsioonis oluline aspekt klientide vajadustele vastamiseks, jätkusuutlikkuse tagamiseks ja töötajate motivatsiooni hoidmiseks ning läbipõlemise ennetamiseks, on juhtimisel ja juhil tähtis roll. Juhi käitumine ja juhtimisstiil mõjutavad töötajate stressitaset, heaolu ja taju töökeskkonnast ja tööõhkkonnast.

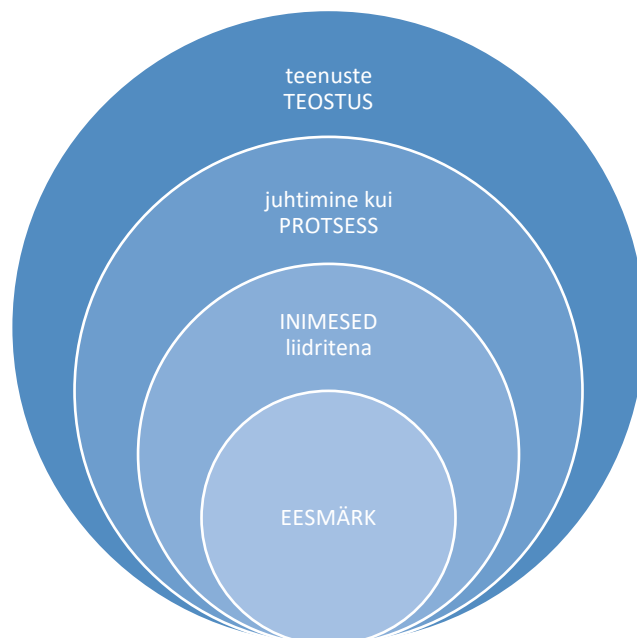
1.4 Sotsiaaltöötajate juhtimise eripära

Töölane juhtimine sotsiaaltöös on äratanud tähelepanu nii akadeemiliste töötajate kui ka praktikute seas (Lawler, 2007; Ruch, 2012; Tafvelin jt, 2014), ometi on sotsiaaltöölases kirjanduses väga vähe empiirilisel kajastatud juhtimist ja organisatoorset võimekust (Aarons jt, 2011; Guo ja Company, 2007) ning haruharva on juhtimise praktilised mudelid kohandatud sotsiaalvaldkonna jaoks (Lawler ja Bilson, 2010; Peters, 2018), rääkimata sotsiaaltöötajate juhtimise uurimisest (Waal, 2014 viidatud van Ewijk, 2016b kaudu). Sotsiaaltöö uurib küll oma sihtgruppe, erialaseid praktikaid ning sotsiaalpoliitilist konteksti ja selle väljakutseid, kuid vähe tegeletakse küsimusega, missugust juhti sotsiaaltöötajad vajavad, et oma tööd hästi ja õnnelikult teha (van Ewijk, 2016b). See, kuidas tuleks sotsiaaltöötajate juhtimist tõlgendada, pole siiski hetkel veel selge ning selge pole ka see, mis on sotsiaaltöö organisatsioonidest puudu, mis nüüd seda huvi esile kutsub (Lawler, 2007).

Juhtimise tunnustamine kui ühe sotsiaaltöö põhieesmärgina 2004. aastal Rahvusvahelise Sotsiaaltöötajate Föderatsiooni (IFSW) poolt on ajalooline hetk sotsiaaltöö jaoks tunnustades sellega professioni juhtimise olulisust ja vajalikkust (Sewpaul ja Jones, 2005). Üldistest juhtimisteooriatest ja uurimustest on teada, et juhil on oluline roll töötajate töörahulolu ja motivatsiooni hoidmisel ning muutustega toimetulekul. Sotsiaaltöö, mis on pidevas ümberkujunemises olev tegevus, millega püütakse kindlustada ja parendada eluraskustesse sattunud inimeste olukordi praktiliste lahendustega, vajab van Ewijki (2016b) sõnul juhte, kes

tunnevad ja tegutsevad nagu sotsiaaltöötajad, kuid kellel on samas suurem autoriteet ja rohkem töökogemusi, et sotsiaaltöötajaid juhendada, sest sotsiaaltöös ei ole võimalik keeruliste olukordadele lihtsaid ja kiireid lahendusi leida üleriigilistele juhistele või raamatunäidetele toetudes, vaid vajalikud teadmised ja oskused olukordade lahendamiseks kujunevad praktikute, klientide ja juhtide koostöös.

Van Zwanenberg (2010:19-20) kirjeldab sotsiaaltöö organisatsioonide juhtimist konstruktsioonina, mis põhineb neljal aspektil: eesmärk, inimesed, protsess, teostus. Konstruktsiooni kohaselt seisneb juhtimine saavutatud eesmärkides, mitte üksikisikute tegevustes, mis viivad seatud eesmärkide saavutamiseni: juhtimine, mis peegeldub põhiväärtustes ja käitumises, peab väljenduma eesmärgistatud tegevustes, mis on suunatud selgelt sõnastatud ja kirjeldatud tulemuste saavutamisele, mida on võimalik mõõta ja hinnata. Konstruktsioonis ei ole üksikisikute tegevused või organisatsiooniliste protsesside areng seotud organisatsiooni kirjeldatud ambitsioonide (eesmärk) ja tulemustega (teostus) ning pidevat arengu ja parendamise protsessi ei peeta töötaja, kui indiviidi, organisatsiooni või kutseala arengu seisukohast oluliseks. Tulemusena nähakse juhtimist hoopiski üksikisikust suuremana, kuigi juhil on praktikas selle saavutamisel keskne koht.



Joonis 2. Juhtimise mudel (van Zwanenberg, 2010:20)

Sotsiaaltöös on vahetutel juhtidel oluline roll olles nii juhendaja, suunaja, motiveerija, toetaja, kontrollija ja vahendaja rollis. Esmatasandi juhtidena tuleb vahetutel juhtidel olla vahelülid

juhtkonna ja töötajate ning organisatsiooni ja võrgustikuliikmete, muu maailma vahel (van Ewijk, 2016b). Üheltpoolt on vahetutele juhtidele juhtkonna poolt seatud ootused organisatsiooni eesmärkide täitmiseks, teisalt tuleb vahetutel juhtidel juhtkonna soovid teisendada töötajate jaoks vastuvõetavateks lähenemisteks, mis oleksid kooskõlas töötajate huvide ja vajadustega ning vastaksid tarbijate vajadustele tasakaalustades seejuures kutseala eetikast tulenevat võimestavate teenuste osutamist ja uuest avalikus haldusest tuleneva (kulu)tõhususe, säästlikkuse ja mõjususe põhimõtet (Webster, 2010).

„Juhi ja töötaja suhe on võtmefaktor, kus organisatsiooni autoriteet ja ametialane identiteet, kas põrkuvad, ristuvad või ühilduvad.“ (Middleman ja Rhodes, 1980:52 viidatud Webster, 2010 kaudu)

Haigla tervishoiusotsiaaltöötajate vahetute juhtide roll aga erineb oluliselt muus kontekstis praktiseeritava sotsiaaltöö juhtide rollist: neilt oodatakse koostööd haigla juhtkonnaga, kliiniliste osakondade juhatajatega, arstidega, õdedega ja teiste spetsialistidega, kes töötavad koos haigla missiooni nimel kogukonna tervishoiuteenuste vajaduste rahuldamiseks (Guo ja Company, 2007). See tähendab, et juhid töötavad vastuoluliste eesmärkidega püüdes leida kuldset keskteed haigla ja tervishoiusüsteemi ning sotsiaaltöö ja sotsiaalvaldkonna toimimise põhimõtete ja väärtuste vahel. Multi-, inter- ja transdistsiplinaarsetes meeskondades töötamise eesmärk haiglas on parandada tervishoiuteenuste kvaliteeti ja muuta patsientide hooldust haiglas viibimise perioodil sujuvamaks. Püüdes sotsiaaltööd ja tervishoidu lõimida, tuleb vahetutel juhtidel seista silmitsi erinevate erialade spetsialistide haiglasisesse töökultuuriga ning spetsialistide vahelise staatuse- ja võimupositsioonide erinevusega, mis võib saada komistuskiviks edukale meeskonnatööle (Carey, 2018).

Lisaks tuleb haigla tervishoiusotsiaaltöötajate vahetutel juhtidel osata eristada ja eraldada haigla kõigi erialade tööülesandeid ning struktureerida tööjaotust selliselt, et kõikide erialade funktsioonid oleksid hõlpsasti eristatavad (Guo ja Company, 2007). See omakorda tähendab, et sotsiaaltöö roll on haiglas selgelt piiritletud ning keegi ei kahtle sotsiaaltöö olulisuses patsientide ravi õnnestumises ja haigla toimimises. Erinevate erialade funktsioonide mõistmiseks peavad vahetud juhid olema tehniliselt kompetentsed ja omama teadmisi nii meditsiinist ja tervishoiust, sotsiaaltööst ning juhtimisest.

Kokkuvõtvalt tuleb tõdeda, et sotsiaaltöötajate vahetud juhid mängivad väga suurt rolli sotsiaaltöötajate igapäevase praktika kujundamises ning sotsiaaltöö organisatsiooni seatud eesmärkide saavutamises täites erinevaid juhtimisega seotud rolle. Haigla kontekstis on tervishoiusotsiaaltöötajate vahetutel juhtidel vaja leida kuldne kesktee haigla ja tervishoiusüsteemi ning sotsiaaltöö ja sotsiaalvaldkonna toimimise põhimõtete ja väärtuste vahel. Sealjuures on oluline, et haigla tööjaotus oleks multi-, inter- ja transdistsiplinaarsetes meeskondades struktureeritud selliselt, et erinevate erialade funktsioonid on hõlpsasti eristatavad ja sotsiaaltöö roll haiglas piiritletud, et ei tekiks kahtlust sotsiaaltöö olulisuses patsientide ravi õnnestumises ja haigla toimimises.

1.5 Sotsiaaltöötajate tööalane toetamine

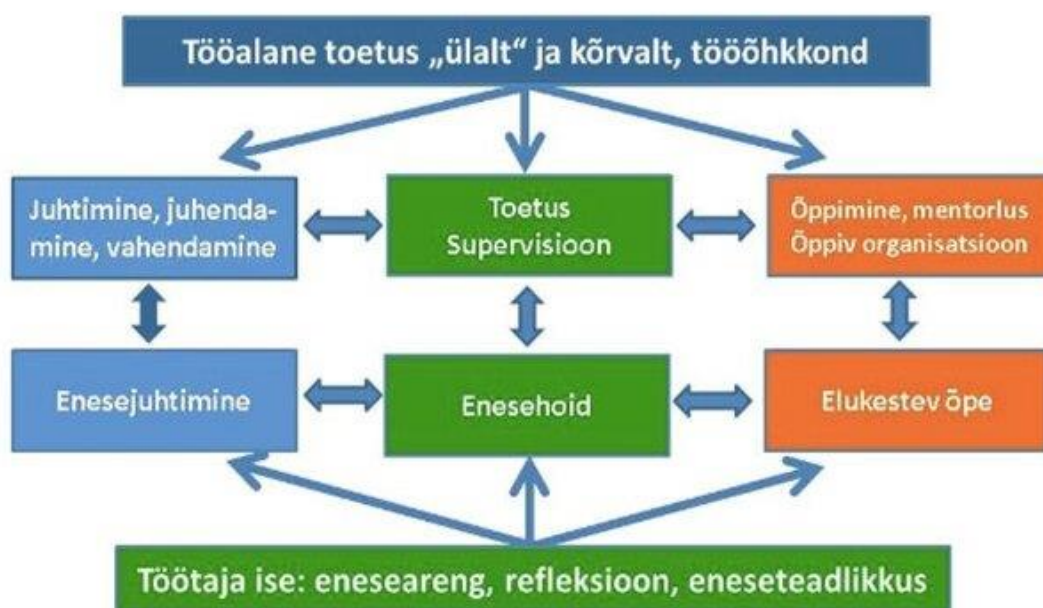
Sotsiaaltöö oma keerukuse ja inimeste murede mitmekesisusega võib sotsiaaltöötaja jaoks olla intellektuaalselt, emotsionaalselt ja teinekord ka füüsiliselt kurnav töö, millega toimetulekuks vajab sotsiaaltöö praktiseerija tööalast toetust (Thompson, 2015:168). Käesolevas magistritöös on tööalase toetuse käsitus seotud peamiselt supervisiooni, kuid tööalase toetuse olulisteks allikateks on ka tööle vastav füüsiline keskkond, usaldav pingevaba õhkkond, võimalus juhiga arutada tööasju ja kaastöötajate toetus.

Supervisioon selle kõige lihtsamal tähenduses kujutab endast tööalast toetamist, juhendamist ja õppimisvõimaluste loomist superviisori (vahetu juhi) poolt (Selg, 2019). See on protsess superviisori ja superviseeritava vahel, milles leiab aset kohustuste ja vastutuse vastastikuse mõju analüüs töötaja kompetentsi, käitumisharjumuste ja töös ette tulevate eetiliste dilemmade üle (Sewell, 2018). Supervisiooni kolme peamise funktsiooni – toetamise, juhendamise ja õppimisvõimaluste loomise eesmärgiks on Kadushini ja Harknessi (2014) kohaselt vastata sotsiaaltöötaja emotsionaalsetele vajadustele, aidates neil toime tulla tööga seotud stressi ja pingetega; hinnata sotsiaaltöötaja töökoormust, töökorraldust ja tööülesandeid ning kavandada selle põhjal sobivaid sekkumisi; jagada teadmisi ja praktilisi oskusi, et kujundada edukalt toimivat sotsiaaltöö praktikat. Kuna supervisioon on praktiseeriva sotsiaaltöötaja jaoks elulise tähtsusega, on seda nimetatud ka sotsiaaltööks sotsiaaltöötajaga.

Sotsiaaltöötajad aga ei pruugi supervisiooni alati ilmingimata positiivses valguses ja neile kasuliku hüvena näha. Thompsoni (2015:169; 2016:226-227) sõnul kiputakse toises

managerialistlikus kontekstis supervisiooni nägema pigem kui üht töötajate kontrollimise viisi, mis õõnestab juhi ja töötajate suhet, tekitades töötajates tunde, et neid ei usaldata ega väärtustata. Thompson (2015:168-169) rõhutab, et kuigi kontrollimine on oluline juhtimisfunktsioon arvestades sotsiaaltöö konteksti, kus töötatakse haavatavate sihgruppidega, keda on võimalik hõlpsasti ekspluateerida, ärakasutada ja hooletusse jätta, ei ole supervisiooni eesmärk töötajaid kontrollida ja alla suruda, vaid innustada, toetada ja võimestada.

Selleks, et sotsiaaltöö virvarris ise hingeliselt terveks jääda, on tähtis, et sotsiaaltöötajad oskaksid end hoida ja keerulisemate, hingele jälgejätvate lugude puhul saaksid juhtunut kellegagi reflekteerida ning tekkinud mõtteid ja tundeid jagada. Lee ja Miller (2013:98) eristavad professionaalset enesehoidu personaalsest, kirjeldades seda kui teadlikku hoiakut, mis edendab enda efektiivset ja asjakohast kasutamist ametialases rollis, säilitades tervist ja üldist heaolu. Rakendades enesehoidu teadlikult ja proaktiivselt, aitab see toime tulla tööst tingitud stressi ja pingetega ning ennetab läbipõlemist (Miller, Poklembova, Grise-Owens ja Bowman, 2020; Nsonwu, Casey, Warren Cook ja Armendariz, 2013).



Joonis 3. Supervisiooni kolmest komponendist tuletatud töölase toetuse mudel: kes ja kuidas toetab sotsiaaltöötajat (Selg, 2019)

Ülaltoodud mudel näitlikustab hästi, kes ja kuidas saab sotsiaaltöötajat tööalaselt toetada. Oluline on seejuures silmas pidada, et iga toetuse vorm ja viis on omavahel seotud. Näiteks,

kui inimene oskab ennast hoida, siis ta on õpivõimeline ja avatud muutustele ning uutele väljakutsetele, seevastu kõrge stressitasemega inimene, kes kogeb vähe tööalast toetust ja ei oska tekkinud pingetega toime tulla, hoiab pigem oma „mugavustsooni“ ja väldib igasuguseid uusi „segajaid“, mis võiksid tema niigi pingelist töörutiini häirida. Nii on tööalane toetus seotud ka oskusliku juhtimise ja professionaalne juhendamisega, mis omakorda väljendub töötajate kriitilises analüüsimises, õpimotivatsioonis ja valmisolekus pidevalt muutuva sotsiaaltöoga toime tulla.

Elin Küti (2016) magistratuurinäitus näitas, et Eesti sotsiaaltöötajad kogevad vähe juhivõime toetust ning peavad oma tööalaste probleemide lahendamisel lootma eelkõige iseendale ja kolleegidele. Kuigi kaastöötajate toetus võib inimesele pakkuda emotsionaalset rahuldavat töökogemust (Tafvelin jt, 2014) ja täita lugupidamise, heakskiidu ja kuuluvuse vajadust (Stinglhamber ja Vandenberghe, 2003), on töörahulolu seisukohast oluline ka juhivõime toetus ja juhendamine – pealegi on see juhi otsene ülesanne (van Ewijk, 2016b).

Niisiis on tööalane toetus sotsiaaltöötajate jaoks oluline keeruka tööga toimetulemiseks ja läbipõlemise ennetamiseks. Tööalase toetuse allikateks on nii supervisioon, hingehoid, tööle vastav füüsiline keskkond, usaldav pingevaba õhkkond, võimalus juhiga arutada tööasju ja kaastöötajate toetus kui ka pidev ja teadlik enesehoid. Kõik tööalase toetuse vormid ja viisid on omavahel seotud. Vahejuhi poolt toetatud sotsiaaltöötaja tunneb end kindlana, ta mõtestab ja analüüsib kriitiliselt oma tööd, oskab end läbipõlemise eest hoida ning lõppkokkuvõttes pakub kvaliteetsemat teenust.

Probleemipüstitus

Sotsiaaltöö algusest on vaieldud selle üle, kas sotsiaaltöö on iseseisev profession või pelgalt vaid teisi professione abistav tegevusala (Jarvis, 2006). Ometi pakuvad sotsiaaltöötajad inimestele kogu nende eluea vältel rohkem sotsiaalseid teenuseid kui mõni muu inimese teeniv kutseala, sealhulgas psühhiaatria, õendus ja psühholoogia (Brekke, 2012). 20. sajandi alguses, kui see debatt alguse sai, oli Flexneri (1915) üheks argumendiks, miks sotsiaaltöö ei ole iseseisev profession see, et sotsiaaltöötaja on pigem nagu juhtumikorraldaja, kes teeb kindlaks probleemi, kuid lahendusteks pöördub teiste spetsialistide poole, kelle ametipädevuseks on

probleemi lahendamise tegeleda. Ta võrdles sotsiaaltööd meditsiini, õigusteaduse, arhitektuuri ja inseneeriaga väites, et eelnevalt nimetatud tegevusalasid on võimalik üheselt ja konkreetselt defineerida, kuid sotsiaaltöö kätkeb endas mitmeid tegevusi erinevatest valdkondadest ning seega ei ole võimalik kindlaks teha, kus algab ja lõpeb sotsiaaltöö.

21. sajandil valitseb üldiselt arusaam, et sotsiaaltöö on iseseisev profession ja kahtlemata tuleb tõdeda, et sotsiaaltöös tuleb lõimida erinevate valdkondade teadmisi ja oskusi (Keenan, Sandoval ja Limone, 2019; Taylor, Coffey ja Kashner, 2016), kuid see kõik toimub kindlas sotsiaaltöö teooria raamistikus (van Ewijk, 2016a). Sotsiaaltöö tuumaks on sotsiaalne mudel, mis lähtub sotsiaalsest vaatest, kus inimesed on sotsiaalsed ühiskonna ja kogukondade osalejad ning mille põhitegevuseks on toimetulek argieluga, sotsiaalse toimimise toetamine (van Ewijk, 2016a). Sotsiaaltöö fookuses ei ole mitte tervendamine, vaid toetamine; mitte ravi, vaid juhendamine; mitte teraapia, vaid innustamine ja rehabiliteerimine (van Ewijk, 2016a).

Kui sotsiaaltöö toetab, juhendab ja innustab inimesi nende sotsiaalses toimimises, eelkõige argieluga toimetulekus ja ühiskonnas osalemises, siis kes toetavad, juhendavad ja innustavad sotsiaaltöötajaid, et nad oleksid võimelised sotsiaaltööd tegema?

Uurimused näitavad (Acquavita, Pittman, Gibbons ja Castellanos-Brown, 2009; Brimhall, Lizano ja Mor Barak, 2014; Dulebohn, Bommer, Liden, Brouer, Ferris, 2012; Ravalier, 2018; Ruch, 2012; Tafvelin, Hyvönen, Tham ja Strömberg, 2020; Westerberg, 2014; Yliruka ja Karvinen-Niinkoski, 2013 jpt), et sotsiaaltöö töö kvaliteet sõltub töötaja heaolust, mis on otseses seoses töökeskkonna ning juhtimise ja tööalase toetuse kvaliteediga. Haigla kontekstis, kus tervishoiusotsiaaltöötajad kuuluvad enamasti meditsiinilise taustaga juhi alluvusse, ei ole uuritud, kuidas käsitavad vahetud juhid sotsiaaltöötajate juhtimist ja tööalast toetamist.

Minu **magistritöö eesmärgiks** on välja selgitada, kuidas vahetud juhid käsitavad tervishoiusotsiaaltöötajate kui mitte-meditsiinilise personali juhtimist ja tööalast toetamist haigla kontekstis. Eesmärgist lähtudes püüan vastused leida järgmistele uurimisküsimustele:

1. Kuidas käsitavad juhid tervishoiusotsiaaltöötajate tööd?
2. Mida vajavad sotsiaaltöötajad juhtide arvates hästi töötamiseks?

II METOODIKA

2.1 Uurimismeetodi valik ja põhjendus

Magistritööuurimuse teostamiseks valisin kvalitatiivse uurimismeetodi. Empiirilises uurimistöös ei ilmuta uurimistulemused end uurijale juhuslikult, vaid uurijal tuleb tegelikkust otsida teadlikult protsessi panustades (Lagerspetz, 2017). Kvalitatiivne uurimismeetod võimaldab põhjalikult uurida ja lahti mõtestada väikese arvu osalejate arvamust, teadmisi ja hoiakuid, uurides inimeste isiklikke ning sotsiaalseid kogemusi (Mikèné, Gaižauskaitė ja Valavičienė, 2013; Rubin ja Rubin, 2012).

2.2 Andmekogumismeetod

Andmete kogumiseks kasutasin poolstruktureeritud individuaalintervjuusid. Intervjuu eeliste andmekogumismeetodite ees on paindlikkus ja intervjuerija võimalus osa saada intervjueritavate vahetutest emotsioonidest ja tunnetest seoses intervjuu teema ja küsimustega (Mikèné jt, 2013). Oluline on seejuures esitada uurimuse eesmärgist lähtuvaid küsimusi võimalikult neutraalsel viisil ja luua intervjueritavaga usaldav suhe (Rubin ja Rubin, 2012), et uurimuses osalejad tunneksid, et nad võivad end intervjuerijale avada ja oma lugu rääkida (Mikèné jt, 2013). Poolstruktureeritud intervjuu võimaldab jõuda uurimuses osalejate loomumase nägemuse ja tegeliku arusaamani (Lagerspetz, 2017). Samuti annab poolstruktureeritud intervjuu võimaluse lisaks ettevalmistatud küsimustele ka intervjuerimise käigus tekkinud küsimusi esitada vastavalt intervjuu dünaamikale (Lagerspetz, 2017; Rubin ja Rubin, 2012; Yin, 2011). Lisaks ei ole intervjuerimisprotsess ise uurija jaoks lihtsalt vaid andmete kogumine, vaid see on viis näha maailma, sellest õppida ja intervjueritavatega suhestuda (Rubin ja Rubin, 2012).

2.3 Uurimuses osalejad ja intervjuude käik

Uurimuses osalejate valiku kriteeriumiks oli raviasutuses töötava sotsiaaltöötaja vahetuks juhiks olemine. Intervjuudes osales kokku seitse sotsiaaltöötajate vahetut juhti ja üks

sotsiaaltöötaja, kes ei teadnud, kes on tema vahetu juht, kuid soovis siiski uurimuses osaleda. Kõige suurem sotsiaaltöötajatest alluvate arv oli neliteist ja kõige väiksem üks. Intervjuus osalejad on analüüsis väljatoodud tsitaatides tähistatud numbriliselt, et tagada nende konfidentsiaalsus. Numbrid on valitud intervjuude toimumise järjekorras. Töös ei ole välja toodud vahetute juhtide konkreetseid ametinimetusi ja haiglaid, kus intervjuud läbi viidi, et vältida uurimuses osalejate isikute tuvastamist ameti- ja töökoha järgi. Samuti ei ole välja toodud muud infot, mis võimaldaks uurimuses osalejaid identifitseerida. Intervjueeritavate tööstaaž haiglas varieerus seitsmest aastast kolmekümne viie aastani, seejuures oldi töötatud sotsiaaltöötajate vahetu juhina poolteist kuni kakskümmend aastat. Kahel intervjueeritaval oli sotsiaaltöö magistrikraad, kahel õenduse magistrikraad, ühel juhtimise ja muu eriala magistrikraad, ühel muu eriala bakalaureusekraad, ühe intervjueeritava haridustase on teadmata ja uurimuses osalenud sotsiaaltöötajal oli sotsiaaltöö bakalaureusekraad.

Kokku viisin läbi kaheksa intervjuud, millest kuus olid individuaalintervjuud, üks paarisintervjuu kahe osalejaga ja üks kirjalik intervjuu. Andmete kogumiseks olin esialgu plaaninud läbi viia ainult personaalsed näost näkku individuaalintervjuud, kuid sotsiaaltöötaja, keda intervjueerisin, kutsus intervjuule kaasa oma asutuse kvaliteediteenistuse juhataja ja kirjalik intervjuu oli tingitud seoses COVID-19 pandeemiaga Eestis välja kuulutatud eriolukorrast, mille tõttu kehtestati kõigis sotsiaalhoolekandetasutustes, haiglates ja kinnipidamisasutustes külastuskeeld.

Intervjuudes osalejatega tegin kokkulepped 2019. aasta aprillis, mais, augustis, septembris ja oktoobris ning 2020. aasta veebruaris. Kokkulepete sõlmimine toimus kahel viisil – otse või läbi asutuse koolituskeskuse. Osalejatega otse kontakti luues võtsin esmalt ühendust raviasutustes töötavate tervishoisotsiaaltöötajatega raviasutuste veebilehtedel olevate avalike telefonide kaudu, et täpsustada, kes on nende vahetud juhid, kuna kodulehtedel olevast informatsioonist struktuuri kohta ei olnud võimalik seda alati ise kindlaks teha. Seejärel kontakteerusin otse vahetute juhtidega raviasutuste veebilehtedel olevate avalike telefonide ja meiliaadresside kaudu. Koolituskeskuse kaudu uurimuses osalejate leidmisel sõlmis esmased kokkulepped koolituskeskus ja minul jäi vaid mõlemale osapoolle intervjuu läbiviimiseks sobiv kuupäev ja kellaaeg kokku leppida. Uurimusse osalejate leidmine oli paras väljakutse. Suurimaks komistuskiviks sai Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastuse puudumine. Olgu mainitud, et ühiskonnateaduste instituudi üliõpilastööde juhendi kohaselt ei ole eetika komitee kooskõlastus tingimuseks uurimuse läbiviimiseks. Osades raviasutustes oli

see aga eelduseks, kuna vabatahtlike personaalsete näost näkku individuaalintervjuudega, kus ei ole õigeid ega valesid vastuseid ning mida on võimalik igal hetkel katkestada või mõnele küsimusele vastamisest loobuda, võib ilma eetika komitee kooskõlastuseta kaasneda oht uurimuses osaleja vaimsele tervisele. Uurimuses osalemise kutsele jäeti ka lihtsalt reageerimata, millest oli kahju, sest uurimuses osalemisest keeldumine oleks olnud viisakas ja andnud mulle võimaluse kedagi teist osalema kutsuda.

Intervjuud toimusid 2019. aasta aprillis, mais, septembris ja novembris ning 2020. aasta märtsis. Intervjuude läbiviimisel kasutasin intervjuu kava, mis on leitav töö lisas (vt Lisa 1). Intervjuu küsimused olid jaotatud kolme suurema teema vahel: käsitus sotsiaaltöötajast (taust, roll ja tööülesanded), tööalane juhtimine ja juhendamine ning tööalane toetamine. Intervjuu oli poolstruktureeritud, mis tähendas, et sain küsimusi esitada osalejate vastustest ja intervjuu dünaamikast lähtuvalt. Vastavalt teema arengule küsisin lisaküsimusi ning läksin vajadusel ka varem puudutatud teemade juurde tagasi. Kui olin küsimusele vastuse juba eelnevate vastustega saanud, siis jätsin selle küsimuse hiljem vahele. Üksikud intervjuueeritavad kasutasid ka võimalust mõnele küsimusele mitte vastata, nendest küsimustest läksin lihtsalt edasi. Ühtegi konkreetset küsimust intervjuu kavas ei olnud, millele uurimuses osalejad korduvalt vastata ei soovinud, kuid eranditult kõik intervjuueeritavad pidasid tugispetsialistide järjestamist tähtsuse järjekorras alustades vähem tähtsamast ja lõpetades tähtsaimaga lähtudes haigla eesmärkidest võimatuks, kuna kõik spetsialistid olevat haiglas ühtmoodi tähtsad. Mõnede intervjuueeritavate puhul tuli küsimusi täpsustada ja näidetega illustreerida. Intervjuu lõpus küsisin, kas intervjuueeritaval on midagi lisada, mida ma ise ei küsinud, aga oleks teemaga seoses oluline lisada.

Enne intervjuude algust tutvustasin kõikidele uurimuses osalejatele uurimuse eesmärki, analüüsi meetodit ning vabatahtlikkuse ja konfidentsiaalsuse printsiipi. Seejärel palusin igal intervjuueeritaval allkirjastada kahes eksemplaris uurimuses osalemise nõusolek (vt Lisa 2), millest üks jäi intervjuueeritavale. Lisaks palusin luba intervjuud salvestada, et neid hiljem sõna-sõnalt transkribeerida ja transkriptsioonide põhjal analüüs teostada. Salvestamise vajadusest teavitasin osalejaid uurimuses osalemise kutses ja uurimuses osalemise nõusolekus ning tuletasin meelde enne intervjuu algust. Intervjuud kestsid vahemikus 40 minutit kuni 2 tundi ja 7 minutit ning toimusid vahetute juhtide tööruumides või personali puhketoas.

2.4 Andmete analüüs

Kõik personaalselt läbiviidud intervjuud salvestasin telefonis olevat helisalvestit kasutades. Intervjuud transkribeerisin sõna-sõnalt. Kaks intervjuud transkribeerisin algusest lõpuni helifaali kuulates. Viis intervjuud transkribeerisin selleks mõeldud veebipõhist kõnetuvastuse tarkvara (Alumäe, Tilk ja Asadullah, 2018) kasutades. Tarkvara transkribeeritud intervjuud tuli siiski helifaile kuulates parandada ja täiendada, kuid tarkvara kasutamine oli minu jaoks mõnevõrra ajasäästlikum kui ise algusest lõpuni helifaile kuulata ja intervjuusid kirja panna. Transkribeeritud intervjuusid lugesin korduvalt. Samuti kuulasin korduvalt ka helisalvestisi üle, et veenduda intervjuueeritavate väljaöeldu ja mõtete võimalikult täpses tabamises.

Intervjuude analüüsimiseks kasutasin temaatilise analüüsi meetodit. Temaatiline analüüs lubab tõlgendada uurimuses osalejate mõtteid ja mõista nende maailma ilma eelneva teooriata leides kodeerimisega kogutud andmetes läbivad teemad ja konteptsioonid (Ezzy, 2002).

Ezzy (2002) kirjeldab temaatilist analüüsi kolmeetapilise protsessina, mis võimaldab kogutud andmeid süvitsi analüüsida: avatud kodeerimine, telgkodeerimine ja selektiivne kodeerimine. Avatud kodeerimise käigus ilmnesid intervjuudes esile kerkinud teemad, mille põhjal lõin esmased kategooriad (koodid). Selle etapi käigus lugesin intervjuusid korduvalt ning täpsustasin ja katsetasin erinevate koodide ja nimetustega. Avatud kodeerimisel on oluline võrrelda ja vastandada juba tekkinud kategooriate alla kuuluvaid fenomene (mõtted, tunded, tegevused, arusaamad). Teises, telgkodeerimise etapis koondasin avatud kodeerimisel ilmnunud esmased koodid põhikategooriate alla. Protsessi tulemusena saadud kategooriatest kujunesid uurimuse tulemuste peatükis olevad alapeatükid. Temaatilise analüüsi viimane samm on selektiivne kodeerimine, mis kätkeb kesksete teemade tuvastamist ja neid käsitlen uurimuse arutelus. Kodeerimine lõppeb, kui uurijale tundub, et analüüs on küllastunud ehk, kui uusi kategooriaid ja koode enam juurde ei teki ning kõik andmed on põhikategooriate alla ära jaotunud (Ezzy, 2002). Kogu protsessi vältel püüdsin olla erapooletu ja tähelepanelik, et kogutud andmetest mitte luua oma isiklike huvide ja oletustega sobivat narratiivi, vaid keskenduda ainult teemadele, mis tulenevad otseselt andmetest.

2.5 Refleksioon

Ma olen äärmiselt tänulik, et enne uurimistööd oli mul võimalus kahe õppeaine raames RITA-rände projekti jaoks kvalitatiivselt andmeid koguda. Sealt saadud intervjuude läbiviimise ja transkribeerimise kogemus oli suureks toeks uurimuse kavandamisel. Nägin väga palju vaeva intervjuu kava koostamisega, kuna ei suutnud ära otsustada, mida kõike ma sotsiaaltöötajate vahetatelt juhtidelt küsida tahan. Esimestes variantides oli palju kinniseid ja lihtsalt isiklikust huvist lähtuvaid küsimusi, mis ei oleks andnud lisaväärtust teema uurimisele. Retrospektiivselt intervjuu kava vaadates jäid siiski mõned teemad käsitlemata, nagu sotsiaaltöötaja õnnelikkus ning võrdne kohtlemine. Samas annan endale aru, et juhtimine ja tööalane toetamine on sotsiaalvaldkonnas üpris uued mõisted, veel enam Eesti mõistes ja haigla kontekstis ning küll jõuab tulevikus teemat põhjalikumalt uurida.

Töötades ise tervishoius sotsiaaltöötajana, teadsin, et uurimistöö läbiviimine saab minu jaoks olema suurem väljakutse kui mõnda muud teemat uurides. Eelkõige just selle tõttu, et algaja praktikuna olen kogenud, et sotsiaaltööd ei väärtustata piisavalt ning tundnud puudust juhendamises ja tööalasest toetusest raskemate juhtumitega tegelemisel. Enda töökohal kogetud probleemid andsidki idee uurida, kuidas on asjalood teistes Eestimaa haiglates. Minu üllatuseks lahkusin igalt intervjuult positiivsete emotsioonidega ja väikese kadedusega. Ühtpidi oli nii tervitav ja tore kuulda, et teistes haiglates ei tule sotsiaaltöötajatel enda olemasolu õigustada ja vajalikkust tõestata ning vahetud juhid seisavad hea selle eest, et sotsiaaltöötajatele oleksid loodud tingimused ja võimalused oma töö tegemiseks. Teistpidi tajusin, et kogu selle toetuse keskel on seatud sotsiaaltöötajatele väga kõrged ootused, milledele mitte vastamine ei ole aktsepteeritav.

Enim valmistas mulle raskusi uurimuse osalejate leidmine. Osaliselt oli see tingitud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee kooskõlastuse puudumisest, mistõttu jäid välja mitmed haiglad, kuid suuremat frustratsiooni tekitasid haiglad, kes lihtsalt jätsid uurimuses osalemise kutsele vastamata. Eriti pentsik oli olukord, kus ühe haigla kahe erineva struktuuriüksuse juhid ei jõudnud omavahel kokkuleppele, kumma alluvusse sotsiaaltöötaja kuulub, väites kumbki, et see on teise vastutusala. See-eest olen tänulik kõigile, kes leidsid aega, et uurimuses osaleda ja seega minu magistr töö valmimisse panustada.

Inimestega suhtlemine on osa minu igapäevatööst, seega intervjuude läbiviimine minult suurt eneseületust ei nõudnud. Mulle väga meeldis, et intervjuueeritavad suutsid oma lahkuse ja avatusega muuta õhkkonna vabaks ning vähendada sellega minu ärevust. Intervjuusid läbiviies tajusin, et ka uurimuses osalejad pidasid teemast kõnelemist oluliseks, mis ainult kasvatas minu õhinat iga järgneva intervjuu ees. Tagantjärele intervjuusid kuulates pidin piinlikkust tundma oma ebaselge diktsiooni ja väga kiire kõnetempo ees. Ma ei imesta, et mitmetel juhtudel tuli mul ennast korduvalt korrata ja küsimusi näidetega illustreerida. Transkribeerimisel intervjuude helisalvestisi kuulates sain ka aru, et olin vastuseid oodates kärsitu ja ei lasknud intervjuueeritavatel küsimuste üle piisavalt mõelda, vaid asusin juba eos abistavaid lisaküsimusi esitama või näiteid tooma. Samuti panin tähele, et kohati sekkusin liiga palju ja katkestasin intervjuueeritavat oma tähelepanekutega. See pani mind mõtlema oma igapäevatöös kasutatavale suhtlemisstiilile ja viisile, kuidas saaksin edaspidi vestluspartnerit kannatlikumalt kuulata.

Sellegipoolest on kogu uurimistöö kavandamise ja läbiviimise protsess aidanud mul sügavamalt mõtestada sotsiaaltöö kuvandit, toimumiskontekste ja sotsiaaltöötaja rolli ning seda mitte ainult haiglas. Algaja praktikuna tunnen, et intervjuud sotsiaaltöötajate vahetute juhtidega andsid mulle võimaluse paremini mõista, mida tähendab asutuse toimimise ja töötajate heaolu seisukohast juhtimine ning innustasid mind sotsiaaltöö praktiseerimisest rohkem rõõmu tundma.

III TULEMUSED

Uurimuse tulemused on esitatud intervjuudega kogutud andmete temaatilisel analüüsil. Intervjuudes üleskerkinud olulisimad teemad on välja toodud viies peatükis, mis käsitlevad ootuseid sotsiaaltöötajale, sotsiaaltöötaja rolli ja tegevusvaldkondi, juhtimist ja juhendamist töökohal, tööalast toetamist ning eelarvamuslikku suhtumist sotsiaaltöötajatesse.

Intervjueeritavate enda ütlused, arvamused ja tõlgendused on esitatud tsitaatidena muutmata kujul *kursiivkirjas*, vahele jäetud lõigud on tähistatud märkega /.../ ning nurksulgudes on esitatud minu täpsustused ja kommentaarid tsitaatide paremaks mõistmiseks. Intervjueeritavad on konfidentsiaalsuse tagamiseks tähistatud numbritega vastavalt intervjuude toimumise järjekorrale.

3.1 Ootused sotsiaaltöötajale

Intervjuude vastustest selgus, et õige sotsiaaltöö on see, mida tehakse armastusest inimeste vastu ja oma tööst rõõmu tundes koos nendega, kes seda kõige enam vajavad. Leiti aga, et sotsiaaltöö ei ole elukutse, mis kõigile sobiks: „*TÕSI! Suur osa ei sobi. Ma väga vabandan, aga suur osa täna töötavatest ei sobi sotsiaaltöötajateks. /.../*“. Sotsiaaltöö nõuab pühendumust ja eeldab sotsiaaltöötajalt sisemist kutset, soodumust, missioonitunnet või, kuidas keegi seda nimetab, et toime tulla valdkonna keerukuse ja inimeste eluilmast tingitud murede ja rõõmudega: „*/.../ Aga ikkagi selle töö spetsiifika on selline, et /.../ tegelikult peab olema soodumus. See on nagu selline amet. /.../ see sama seest tulev põhjus, eks ole, mida me ümber kasvatada ei suuda.*“.

Uurides lähemalt, missugune peaks üks sotsiaaltöötaja olema, kirjeldasid uurimuses osalejad eelkõige isikuomadusi. Huvitav seejuures oli, et intervjueeritavate vastused olid juskui ühest suust: sotsiaaltöötaja peab olema empaatiline. Samas ei peetud empaatia all silmas mitte ainult võimet olla kaasatundev, vaid võimet näha inimest tema loomuomases keskkonnas ja eristada inimest, kas oskamatuses või eluraskustes tingitud probleemidest ning mõista tema läbielatud: „*Ja empaatia all ma tegelikult pean silmas seda, et mitte võimet nutta, vaid seda, et ta suudab tegelikult vaadata seda inimest ja, ja mõelda läbi iseenda, et see läbi iseenda vaatamine. /.../. Mitte-mitte see, et mul on hirmus kahju, vaid see, kuidas see inimene võib ennast tunda, et ta*

noh, mitte see ei ole nagu õudne, ta ei tule toime, vaid see, et ta on selles olukorras, eksle.“. Oluline on seejuures intervjueeritavate meelest sotsiaaltöötajal olla avatud ja hea suhtlemisoskusega, et patsient julgeks end avada ja oma muret jagada. Lisaks põhinedes eelkõige usaldusel ja vastastikusel austusel, eeldab sotsiaaltöö haiglas sotsiaaltöötajalt ka usaldusväärust ja patsiendi-spetsialisti konfidentsiaalsusest kinnipidamist.

Isikuomadustena toodi veel välja julgus, iseseisvus, positiivsus, rõõmsameelsus, vastutustundlikkus, rahulikkus, konkreetsus, hoolivus ja tahe inimesi aidata. Töötades haavatavas positsioonis inimestega ja puutudes tööalaselt kokku keerukate olukordadega peavad sotsiaaltöötaja isikuomadused teda toetama, et ise selle kõige keskel terveks jääda: *„/.../ aga, aga sellist soovi aidata empaatiat, hoolivust, et sellest ei saa üle ega ümber, sest selle maailmavaluga, millega nemad [sotsiaaltöötajad] kokku puutuvad. See, (.) seda on väga palju. Ja, ja noh, ega siis sotsiaaltöötajad ka üsna sageli ju ise on väga raskes olukorras selle tõttu, et noh, kui nad liiga palju endasse imevad seda probleemide hulka, mis mis nende klientidele ette tulevad. /.../. Tervishoiusüsteemis töötamise eripärana nimetati ka võimet jätta oma isiklikud mured ukse taha ja keskenduda abivajajale.*

Teine oluline aspekt intervjueeritavate kohaselt on sotsiaaltöötaja juures erialane ettevalmistus ja pädevus. Intervjuude vastustest selgus, et erialane kõrgharidus on üheks eelduseks haiglasse tööle asumise: *„No ta peaks ikka olema lõpetanud ikka kõikvõimalikud asjad /.../“.* Hariduses nägid vahetud juhid sotsiaaltöötaja valmisolekut võtta vastutus töö kompleksuse ees ja laiemat käsitust patsientide probleemidele lahenduste leidmisel. Eelistatud haridustasemeks oli magistrikraad: *„/.../ Et, meie oma magistriharidusega. Ma ei kujuta ette, et võiks olla keegi teistsuguse haridusega.“.* Sealjuures väärrib eraldi mainimist, et intervjueeritavad eristasid ülikooli haridust kõrgkooli haridusest, olgugi, et rakenduskõrgharidus on võrdne bakalaureusekraadiga ja enamasti praktilisema suunitlusega, mis justkui võiks luua soodsamad eeldused tööturul.

Intervjueeritav 4: *„Oh issand. *naerab* Üks asi on kindlasti see hariduslik nõue /.../ ja, ja mulle väga meeldivad kaks tükki on Tartu Ülikooli diplomiga inimesed ja, ja magistri lõpetanud, et et kolmas on Lääne-Viru Rakenduskõrgkooli [kirjeldab enda alluvuses töötavate sotsiaaltöötajate haridustasemeid]. Et (.) ma olen ikka selles mõttes selle ülikooli fänn jätkuvalt. Et see annab kuidagi sellise nõksukene laiema silmaringi ja, ja kuidagi kuidagi noh, nendega [ülikooli haridusega sotsiaaltöötajatega] on teistmoodi see töötamine.“.*

Kuigi erialast (kõrg)haridust tähtsustasid kõik uurimuses osalejad, leidus ka neid, kes suhtusid omandatud haridusse kriitilisemalt tuues välja, et haridus annab vajalikud teadmised, millede rakendamisel praktilisse töösse kujunevad tööks vajalikud oskused, kuid ilma eelneva, personaalsetest faktoritest tuleneva soodumusega ei ole võimalik õpitud ametit vääriliselt praktiseerida.

Intervjueeritav 2: „*Diplom ei riku meest. Mul on elukogemusi selles üsna mitmeid olnud ja ma olen saanud nii mõnelegi inimesele öelda, et olgugi, et Sul on nagu väga säravate tähtedega diplom taskus, siis ei ole see Sinust veel seda seda inimest teinud, kelleks Sa õppisid. /.../ Et ma ei eita üldse koolitarkuse vajadust jumala eest /.../ Sotsiaaltöö mõttes ka, et et et et Sul peab olema nagu soodumus (.) inimestega tööd teha. Need sotsiaaltöötajad, kes pärast hakkavad noh, ütleme, et „ma mõtlesin, et teen ainult paberit ja arvutan seal mingisugust toimetulekutoetust“, eksole, et phf .. . seda võib igaiüks täita. See on nagu, noh, meil registraator ei pea olema meditsiinitöötaja selleks, et silmaarsti vastuvõttu kirja panna. *muigab* Et sul on reeglid ees, sul on nagu formaalne protsess. Parim sotsiaaltöötaja on ikka see, kes kõiki formaalsuseid teab, aga ta alati on selliseks subjektiivsuseks valmis, ehk ta, noh, tema juurde tullakse avastama asju või, või tema peab avastama asju. Et, et, et kaks asja – isikuomadused ja, ja siis haridus ka juurde. Aga, aga kõigepealt peab endal tekkima tunne, et ma, et see asi mind nagu huvitab. /.../“.*

See-eest ei pidanud intervjueeritavad kutset, kui töö edukaks tegemiseks vajalike oskuste, teadmiste ja hoiakute kogumi tunnistust, erialase hariduse olemasolu kõrval sama tähtsaks. Hetkel on sotsiaaltöötajatel kaks kutse taset – tase 6, mille kutsealal töötava sotsiaaltöötaja põhiülesanneteks on ennetustöö, klientide ja nende lähedaste nõustamine ning nendega koostöös toetavate tegevuste kavandamine ja elluviimine (Jaasi jt, 2020a) ja tase 7, mille sotsiaaltöötaja lisaks tavaülesannetele osaleb ka strateegilises planeerimises ja teenuste arendamises, nõustab ja juhendab kolleege ja teisi spetsialiste (Jaasi jt, 2020b). Lisaks kohustuslikele kompetentsidele võib sotsiaaltöötaja kutset taotledes valida spetsialiseerumise kindla sihtgrupiga töötamiseks (tasemes 6: lastekaitse; laste ja perede heaolu; sotsiaaltöö laste ja peredega; sotsiaaltöö erivajadustega inimestega; sotsiaaltöö eakastega; sotsiaaltöö sõltlastega (Jaasi jt, 2020a) ning lisaks sotsiaaltöö tervishoiuasutuses tasemes 7 (Jaasi jt, 2020b). Eraldi mainimist väärivad ise sotsiaaltöö taustaga intervjuueritavate arvamus, kelle sõnul ei täida sotsiaaltöötajate kutse oma eesmärgi ning selle omamine tegelikkuses sotsiaaltöötajale lisaväärtust ei anna.

Intervjueeritav 3 [uurimuses osalenud sotsiaaltöötaja]: „*See, heh, see kutse tase, mis see muudab? /.../ Aga aga see, et seda kutset nüüd iga mingi aja tagant käia tegemas, siis inimesel, kui tal on töökogemus ja oskused, see kutse paber ei anna talle, ma arvan, et enamusele mitte midagi juurde. Sest see on tasuline, see kutse tegemine. Ja, ja ütleme, et, et inimesel on see*

kutse, noh, ma tean seda, kui see algas, siis oli ju jutt selles, et et oi, see hakkab tõstma palka, kui sul on see kutse. Tegelikuses ta ju ei tõsta seda. Et sul on ainult veel üks paber. Sellest sellepärast ei ole teda nüüd küll mõtet teha, ütleks mina. Aga noh, kui, kui öeldakse, et tuleb teha, noh, asi see ära teha ei ole.“

Intervjueeritav 1 [sotsiaaltöö haridusega juht]: *„see mi-mi, et Sa taotled seda kui kutset, eksju, ja siis Sa justkui oled sotsiaaltöötaja, tõsi. Aga selleks, et omada teadmisi meditsiinist ei piisa mulle standardist. (.) Eksju? Mul on vaja teadmisi saada siit, siit, siit, siit, siit. See on nagu oluline. Mitte standard. Meil täna, minul on olnud kutsestandard number vist neli, äkki, kui ma ka vist äkki esimesed viis aastat olin ära töötanud, siis ma taotlesin selle ja, ja (.) maksin ära selle raha. (.) Sain standardi. Tööandja maksis mulle iga kuu näpuotsa teist sedasamust lisatasu selle eest, ekssole, ja see oli ka kõik, et tähendab (.) .. Ma arvan, et see võiks olla väga hea asi, aga et see võiks siis või siis ka tähendab tegelikuses seda teatud (.) noh ütleme koolitust, seda võimalust saada koolitust. /.../.“*

Tervishoiuvaldkonna ja haiglas töötamise spetsiifikast tulenevate meditsiiniliste teadmiste vajalikkuse osas jäid uurimuses osalejad erinevale arvamusele. Leidus neid intervjueeritavaid, kelle meelest ei ole võimalik sotsiaaltöötajal haiglas patsientidega töötades mitte omada meditsiinilisi teadmisi, kuna konteksti silmas pidades ei ole võimalik inimest abistada mõistmata tema terviseseisundit ja sellega kaasnevat lisaabi ja toetuse vajadust. Teisest küljest toodi välja, et ravimisega tegelevad siiski teised inimesed ja igal spetsialistil tuleks oma liistude juurde jääda: *„Ei, ta ei pea haigustega kursis olema. Haigustega tegelevad teised inimesed. /.../ [terviseseisundist tuleneva toimetuleku nõustamise kohta] See on juba õdede ja arstide teema. See ei peaks olema sotsiaaltöötaja teema.“*. Samas peeti psühholoogia, kui sotsiaaltöö siduseriala teadmisi klienditöö alustalaks, milledest sõltub inimestega kontakti saavutamine ja oskus end läbipõlemise eest hoida.

Erialase pädevuse säilitamiseks, professionaalse enesearengu soodustamiseks ja kvaliteetse teenuse osutamise seisukohast peeti oluliseks enese koolitamist. Intervjueeritavate jaoks oli sotsiaaltöötajate koolitustel osalemine väga tervitatav ja hea viis, kuidas mitte ainult uusi teadmisi omandada, aga ka oma mõttemaailma avardada ning kogemusi vahetada kolleegidega teistest asutustest. Sealjuures väärrib mainimist, et intervjuude põhjal on sotsiaaltöötajate koolitusvõimalused haiglas piiratumad kui on meditsiinilisel personalil, mis tähendab, et vahetutel juhtidel tuleb rohkem vaeva näha koolitusvõimaluste leidmiseks ja rahakasutuse õigustamiseks. Mitmed intervjueeritavad tõdesid, et sotsiaaltöötajate koolitusvajadust püütakse katta täiendavatest ressurssidest, näiteks projektirahade eest: *„/.../Et ja, ja kui on kusagil mingid projektid parasjagu käimas, kuhu jälle sotsiaaltöötajaid saab nagu kaasata ja, ja läbi*

nende koolitusi saada, siis siis me nagu püüame võimaldada küll võimalikult palju, et nad saaksid uut informatsiooni, et oma tööd teha.“

Intervjuudest selgus ka, et kuigi vahetud juhid on väga aldis toetama erialase hariduse omandamist, koolitustel ja kursustel osalemist vastavalt asutuse koolituseelarve ressursidele, et sotsiaaltöötaja saaks säilitada erialase kvalifikatsiooni ja olla kursis sotsiaalsüsteemi muutustega, leidub sotsiaaltöötajaid, kes pigemini ennast ei täiendaks: *„/.../ väga palju ei taha koolitada, et pigem armastavad tööd teha. Noh, need on vahest nagu sunniviisiliselt ikkagi viskad kuskile konverentsil välja, et ikka minge-minge tuulutage pead ka vahepeal. /.../“*. Uurimuse intervjuude põhjal ei saa üldistusi teha, miks see niimoodi olla võib, sest õppimine, professionaalse enesearengu soodustamine ja oma töö kriitiline mõtestamine peaksid olema osa iga sotsiaaltöötaja tööst, kuid uurimuses osalenud sotsiaaltöötaja intervjuust jäi kumama, et aastatepikkuse töökogemusega tekib oht mandumiseks ja autopiloodil töötamiseks.

3.2 Sotsiaaltöötaja roll ja tegevusvaldkonnad

Intervjuudest selgus, et töökorralduse hõlbustamise mõttes töötavas tervishoiusotsiaaltöötajad raviasutustes mitmetel erinevatel tööloikudel. Uurimuses osalejate kohaselt olid sotsiaaltöötajad nende raviasutustes jagunenud kliinikute juures töötavateks sotsiaaltöötajateks, osakondades töötavateks sotsiaaltöötajateks, rehabilitatsioonimeeskonna sotsiaaltöötajateks ja juhtumikorraldajateks. Osakondades töötavaid sotsiaaltöötajaid eristati peamiselt õendushoolduses töötavate sotsiaaltöötajatena ja psühhiaatrias töötavate sotsiaaltöötajatena. Konkreetsest tööloigust ja kliiniku või osakonna spetsiifikast sõltuvad ka sotsiaaltöötaja roll ja tööülesanded.

Sotsiaaltöötaja peamise rollina tõid vahetud juhid intervjuudes välja nõustamise ja koordineerimise. Siinkohal väärrib mainimist, et uurimuses ei osalenud kõik Eestimaa haiglad, mis tähendab, et see ei pruugi igas haiglas nõnda olla. Intervjueeritavate kohaselt jagab sotsiaaltöötaja patsientidele ja nende lähedastele informatsiooni haiguse olemusest, ravi võimalustest ja on just kui tõlk patsiendi ja ravipersonali vahel. Samuti nõustab sotsiaaltöötaja patsienti ja tema lähedasi erinevate sotsiaalsüsteemi tugiteenuste ja toetuste osas, aitab orienteeruda seadusandluses ning koordineerib patsiendi abistamist kohaliku omavalitsuse ja

muude võrgustikku kuuluvate instantside vahel. Aktiviseerib tugivõrgustikku, viib läbi geriaatrilist hindamist ning abistab puude raskusastme tuvastamise ja töövõime hindamise taotlusi täita, negatiivsete otsuste korral ka neid vaidlustada.

Intervjueeritav 6: „*Meie majas on praegu küll paraku võib-olla rohkem selline nagu mõnes mõttes niisugune dispetšeri töö, aga noh, seal on väga palju nüansse /.../. Et minu arvates kaks kolmandikku igapäevasest tööst on see jagamine, jagelemine. Ja konkreetselt siin majas on meil üks-kaks-kolm, jah neli põhikohaga nagu sotsiaaltöötajat. Nad on kogu siin telefoni taga ja maja peal ja töökoormus on ikka päris suur. /.../“.*

Intervjuudest selgus ka, et näiteks psühhiaatrias toimib sotsiaaltöötaja filtrina, kes viib läbi esmase hindamise, otsustab arstiga kontakteerumise ja hospitaliseerimise vajaduse üle: „*/.../ sotsiaaltöötajad on nagu filtrid enne psühhiaatriasse saatmist. Et meil toimib niimoodi, et et sotsiaaltöötajad on esmased nõustajad, kelle poole (.) pöörduvad kas lastekaitse või siis perekonnad ise mingi murega ja siis nad teevad esmase hindamise, otsustavad, kas, mis see raskusaste on, kas on tegemist tõsise psühhiaatrilise probleemiga, et peab jah päriselt tervishoiuteenustesse minema psühhiaatriakliinikusse või siis piisab meie pehmematest toetavatest teenustest /.../“.* Selliselt sõelub sotsiaaltöötaja välja terviseseisundist ja sotsiaalprobleemidest tulenevad abivajajad üksteisest, hoiab haiglaravi järjekorrad kontrolli all ja säästab ravipersonali ressursi.

Intervjueeritavate sõnul on aga kõige suurem ampluaa aktiivravi patsientidega tegelevatel sotsiaaltöötajatel, kes lisaks enda tööülesannetele täidavad tihti ka kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöö spetsialisti kohustusi. Järelravi-, õendushooldus- ja hooldekodude kohtade otsimine ja patsiendi lähedaste erinevate nõudmistega tegelemine moodustavad vaid rutiinsema osa tööst. Ei ole haruldane juhus, kui haigla sotsiaaltöötajatel tuleb patsientidele riideid leida, nendega dokumente tegemas käia ja bussisõiduraha anda kojuminekuks.

Intervjueeritav 6: „*Et siin on olnud igasuguseid vahvaid juhtumeid, mida nad on pidanud tegema. Veel siin aasta alguses oli keiss, kus haige tuli siia, ma ei mäleta, kas ta tuli Saaremaalt, Hiiumaalt või tuli Läänemaalt kuskilt. Tuli arsti vastuvõtule. Ja, ja siis ta tuli noh, linna tulek maalt eksju, siis ta käis poes, ostis omale toidukraami, pani bussijaama sellesse paki sellesse hoidu, mis see kapike on. Tuli arsti vastuvõtule, siin kukkus kokku ja jäi haiglasse. No seisund üliiraske niisugune, seal olid tal ka mingid, ma ei tea, mis asjad, noh ja siis oli siit oli ta vaja siis nagu saata kohalikku haiglasse tagasi. Sest ta noh, raamiga, sest ta ei olnud enam ise mineja. Ja siis oli see kott vaja ära tuua. Seal oli tükk liha ja siis tuli ju maksta see kaks nädalat veel selle eest raha. Papil ei olnud raha, siis kus Sa saad selle sularaha, et automaadist ... tüdrukud oma rahaga tõid ära. Lihatuük oli seal hapuks läinud ja see oli ikka paras naljanumber. Aga noh Sa pead, Sa pead kõik asjad ära tegema.“.*

Kõige raskema tööülesandena toodi intervjuudes välja laste ja peredega töötamine, sealjuures lapsest loobumise juhtumid. Laste ja peredega töötamine ei ole üldjuhul ühekordne kontakt, vaid nõuab sotsiaaltöötajalt keskmisest rohkem ajalist ja emotsionaalset ressursi, millega igauks toime ei pruugi tulla: „*Et kõige raskemad on muidugi alati need, kui on tegemist lapsest loobumisega. Et need on nagu kõige-kõige töömahukamad ja kõige valusamad.*“.

Lisaks klienditööle on sotsiaaltöötaja üheks oluliseks tööosaks ka töö dokumenteerimine. Uurimuses osalenud vahetud juhid tõid välja, eelkõige on töö dokumenteerimine vajalik töökoormuse hindamiseks ja töökorralduse planeerimiseks. Seejuures erinesid dokumenteerimise viisid üksteisest haiglate lõikes. Mõnes haiglas oli sotsiaaltöötajatel loodud juhtumikaardid, kuhu pandi kirja sekkumised, mõnes haiglas tegid sotsiaaltöötajad sissekandeid elektroonsesse haigusjuhtu, mõnes haiglas kodeerisid sotsiaaltöötajad oma tegevusi haiglasistesse koodidega ning mõnes haiglas pidasid sotsiaaltöötajad päevikut, märkides üles kliendi probleemi ja sellega tegelemiseks kulunud aja. Töö dokumenteerimisel on ka teine funktsioon, milleks on sotsiaaltöö vajalikkuse põhjendamine haiglas: „*See on seal nihukesed, Wordi jah, Wordi dokumendis tehtud nihukesed päeva pildistused oma tegevustest. Sest et nagu ma ütlesin, praegu me eeee ... Minu eesmärk on sotsiaaltöö meditsiini eeee ... [intervjueerija: integreerida?] Just nimelt. Ja see tähendab seda, et meil on vaja põhjusi ja põhjendusi, miks sotsiaaltöö on oluline. Sellepärast me peame hästi palju praegu üles märkima.*“.

Intervjuude vastustest selgus, et tööpõli on sotsiaaltöötajatel haiglates lai. Eraldi väärrib mainimist, et sotsiaaltöötaja haigestumise korral ja puhkusteperioodil asendatakse üksteist, mis tähendab, et sotsiaaltöötajal tuleb olla pädev töötama inimestega terve nende elukaare vältel ja igasuguste elus ettetulevate raskustega. Ka on sotsiaaltöötajad valmis täitma muid kohustusi, mis ei ole otseselt seotud klienditööga: „*./.../ Me väga paljudel juhtudel ka katame üksteist. Kui sekretäri ei ole, sotsiaaltöötaja on praktiliselt valmis teatud asjad üle võtma. ./.../ igauks nendest [see, kes osakonna telefonile vastab] peab suutma niioelda maha rahustada selle, kes abi vajab. ./.../“.*

Uurimuses osalejad tõdesid, et arvukatest rollidest ja mitmekesisest tööülesannetest tulenevalt on sotsiaaltöötaja asendamatu spetsialist ravimeeskonnas ilma kellela ei ole võimalik hakkama saada. Intervjueeritavad pidasid sotsiaaltöötaja olemasolu haiglas väga oluliseks tuues välja sotsiaaltöö tähtsuse patsiendikeskses lähenemises, ravisoostumuses ja -tulemustes ning haigla

toimimise kuluefektiivsuses. Sotsiaaltöötaja oma nõu ja tegemistega on abiks nii patsiendile, tema lähedastele ja võrgustikuliikmetele, kui ka arstile, õenduspersonalile ja haigla tugispetsialistidele. Intervjueeritavate sõnul mõistetakse iga päevaga rohkem, missugune on sotsiaaltöötaja panus ravi õnnestumises ja patsientide rahulolu tagamisel: „/.../ *Minu arust, mida päev edasi, seda, seda rohkem saavad nagu kõik aru, et et, et kui, kuivõrd väga vaja meil seda inimest enda meeskonda on. /.../*“. Sealjuures anti mõista, et sotsiaaltöötaja on haiglas üks nendes spetsialistidest, kes näeb patsiendis rohkemat kui terviseseisundist tulenev diagnoos ette näeb: „/.../ *ja ta [sotsiaaltöötaja] on keegi, kes sageli on esimene, kes tegelikult oskab patsienti päriselt kuulata ja tema jaoks olema olla. Sest, et kõik teised haiglas olles käsitlevad teda, kui haiguse-haigust, eksole. Aga, aga sotsiaaltöötaja on see, kes saab minna ja anda talle selle .. mitte anda talle, vaid saab minna ja olla tema jaoks olema ja uurida ka seda, miks tal selle haigusega on raske toime tulla ja kuidas teda saaks aidata, ja kes selleks peaks või kes selleks peaks nagu veel appi võtma.*“.

Intervjuude kohaselt on sotsiaaltöötaja võrdne partner ja meeskonnaliige võrreldes meditsiinilise taustaga spetsialistide kõrval, olgugi et asutuse siseses struktuuris võib ta tugispetsialistina paikneda samal tasandil kui hooldaja ja puhastusteenindaja. Uurides sotsiaaltöötaja paiknemist asutuse struktuuris ja vajalikkust lähemalt, lähtudes konkreetse haigla eesmärkidest, selgus, et vahetud juhid ei tähtsusta ühtegi spetsialisti kellestki rohkem, kuigi läbi aegade on traditsiooniliselt hierarhias kõrgeimal positsioonil olnud arst. Samas nähakse, et sotsiaaltöötaja on see, kes muu personali kõrval võtab suurema vastutuse juhtumite haldamises, patsiendi heaolu eest seismises ja meeskonnatöö koordineerimises.

Intervjueeritav 4: „/.../ *Et neil on kõigil hästi oluline roll ja nad on kõik tähtsad ja, ja niipea, kui sa selle ühe liili ära võtad, kukub tegelikult kogu kaardimajake kokku. Vähemalt hakkab väga kõvasti lonkama. Et, et selles osas on nagu hästi-hästi raske üldse kuidagi töötajaid tähtsuse järjekorda panna. Et meil on kuidagi ajaloost on tulnud see traditsioon, et arst see on nagu kõige olulisem ja, ja sisuliselt hooldaja on seal, koristaja on peaaegu kõige viimased. Aga ma ei ole enam ammugi seda meelt, sellepärast et niipea, kui koristaja on puudu, tunnevad kõik sellest puudust. Ja täpselt sama lugu on sotsiaaltöötajatega, et et kui teda seal ühel päeval ei ole, siis on kohe, et ah, mis nüüd saab, kes seda teeb. /.../*“.

Püüdes selgusele jõuda, kellele on, vahetute juhtide kohaselt, sotsiaaltöötajast haiglas kõige rohkem kasu, jagunesid arvamused kolmeks: arstile, patsiendile, võrgustikuliikmetele. Intervjueeritavate arvamus nende endi positsiooniga asutusesiseses struktuuris ja tööülesannetega seostada polnud võimalik, kuna nii aktiivraviga kui ka peamiselt vaid

administreerivaid tööülesandeid täitvad uurimuses osalejad leidsid, et eelkõige sõltub see sellest, kes sotsiaaltöötaja poole missuguse probleemiga pöördub. Seejuures rõhutati, et patsient ise ei pruugi oma abivajadust mõista, mistõttu ei saa eeldada, et esmajoones on kõige suurem kasusaaja patsient ise, kuna orgaanilisi kehalisi probleeme ei ole võimalik eristada inimesest tervikuna ja sotsiaalprobleemid omavad olulist mõju ravisoostumusele ja -tulemuslikkusele.

Intervjueeritav 7: „(.) (.) Ma mõtlen. Jällegi kõik on, üksused on eraldi vastates. Rehabilitatsioon on on patsiendile. Laste Vaimse Tervise Keskuses (.) (.) pigem lastekaitse, on ka politsei, prokuratuur on, ka on sihuke kasusaaja. Haridusasutused. Ja kui ka isik on ikkagi ise motiveeritud, et mõista, miks, miks teda suunatakse, siis on ka tema. /.../ Aga noh, pärast on, lõpptulemus on ikkagi pere jaoks ka ikka on. /.../ see on, vist on rohkem ikkagi medpersonal ise. Arstid saavad küll kasu sellest, et nad mingi asja saavad oma vastutusest ära anda, et nad ei pea sotsiaalse teema peale mõtlema ja nad teavad, et saavad konsulteerida sotsiaaltöötajaga. Patsiendid on tavaliselt, mitte tavaliselt (.) enam on sellised, kes kes on nii raske seisundi, sest nad ei teadvusta hetkel midagi. Lõpptulemus on muidugi patsiendil endale ka, aga aga hetkel ikkagi teeb nagu arsti arsti abikäsi saab protsessi meil suunata.“

Vahetute juhtide seisukohta sotsiaaltöötaja kasulikkusest eelkõige arstile ja patsiendile kinnitaski ka intervjuudest välja tulnud tõsiasi, et enamasti on patsiendi probleemide esmaseks märkajaks arst, kes pöördub sotsiaaltöötaja poole edasisteks sekkumisteks. Sealjuures tuli intervjueeritavatel tunnistada, et patsiendid pöörduvad sotsiaaltöötaja poole või paluvad haiglaravil olles ise sotsiaaltöötaja konsultatsiooni harva ja ka pigem siis, kui nad on sellest võimalusest teadlikud või neil on haigla sotsiaaltöötajaga olnud varasemalt positiivne kokkupuude: „/.../ võib-olla meie patsiendid ise ka veel ei tulegi nagu selle peale, et et noh, haiglas võib-olla sellise inimese poole pöörduda või abi otsida. Et enamasti on ikkagi arstid-õded need, kes vahendavad.“. See-eest leidsid uurimuses osalejad, et meditsiiniline personal on sotsiaaltöötaja olemasolust ja funktsioonist haiglas teadlik ning üha enam kasutatakse võimalust sotsiaaltöötaja poole pöörduda.

Lisaks ilmnes intervjuudest, et sotsiaaltöötaja olemasolu haiglas nähti oluliseks kokkuhoiuallikaks ravipersonali ressursikasutuses – seda nii arstide ja õdede ajalise ressursi silmas pidades kui ka aktiivravi kohtade osas. Erilist tähelepanu väärts sotsiaalsetel põhjustel hospitaliseeritud patsientide majutusteenuse vajadus, mida vahetute juhtide sõnul ei peaks kinni maksma Haigekassa. Pikaajalist töökogemust tervishoiusüsteemis omanud intervjueeritavad tõid välja, et kahekümne aastaga ei ole sotsiaalsüsteem nii palju arenenud, et suudaks näiteks haiglaravi mitte vajavad lapsed paigutada turvakodudesse, kriisiperedesse või

muudesse kohtadesse, kui on tegemist keeruliste peresuhetega, kus kodune keskkond ei toeta last; perest eraldamise juhtumitega, kus laps tuuakse eraldamise järgselt kohe tervises seisundi kontrolliks haiglasse või on tegemist lapsest loobumistega. Terved lapsed võivad nädalaid viibida haiglas enne, kui kohalik omavalitsus koostöös Sotsiaalkindlustusametiga leiab neile sobiva koha edasise hooldusvajaduse katmiseks.

Intervjueeritav 5: „*Sest tervishoiu valdkonnas me kõiki asju ei suuda lahendada ju. Noh, tihti on see, et ütleme, tuleb jälle, noh tõsine sotsiaalne probleem. Ma arvan, et üleüldse Haigekassa ei peaks neid asju nagu kinni maksma. Tuleb, ütleme otse kainestusmajast, siin alles olles oli mõned päevad tagasi niisugune olukord, et võib-olla maksimum nädal tagasi, kainestusmajast alaealine, eksju. Tuleb otse, koju minna ei saa, kodus tüli. See, otse tuleb, õhtul saadetakse plaksti onju meie osakonda. No see ei ole päris see koht, et ma leian, et sel juhul on ta sotsiaalsüsteemiga. Kas see on turvakeskus või mingi niisugune koht. Et, et Haigekassa lihtsalt on selle jaoks liiga noh, liiga suured rahad, mis liiguvad. Keegi haige jääb selle pärast abita.*“.

Seniajani ei ole ka sotsiaaltöö kuulunud Eesti Haigekassa rahastavate teenuste hulka, vaid sotsiaaltöötaja teenus on arvestatud haiglaravi voodipäeva hinna sisse ja juhtimiskuludesse: „*./.../ sest haiglas ju sotsiaaltöötajat, ühtegi juriidilist dokumenti Te ju ei leia kuskilt, kus väga seda nagu rahastatakse, sellist asja kui sotsiaaltöötaja. Tegelikult on see elust enesest kasvanud roll. ./.../ Et ta on selle muude all, muud juhtimiskulud, seal on nagu see sotsiaaltöötaja.* Intervjueeritavad näevad, et tänases meditsiinis ei ole võimalik ilma sotsiaaltöötajata tööd teha ning sotsiaaltöötaja teenus peaks kuuluma tervishoiuteenuste loetellu.

Intervjueeritav 6: „*Jah, me oleme seda nagu Haigekassaga ju väga palju arutanud, et me oleme siin seda ./.../ voodipäeva, kus nagu igal pool on meile kui meeskonda sisse kirjutatud sotsiaaltöötaja ja siis nagu et ka, et arvestatakse ehk siis seal selle tasu sees ka sotsiaaltöötaja, siis noh nad alati viitavad sellele, et see on arvestatud, aga see on arvestatud nagu siis juhtimiskuludesse, siis nagu ongi seal sees. Et ma tean kunagi varasemast ./.../ Katrin Raamat 4 oli, kes üritas, ma saan aru, vist seda nagu rohkem selliseks ametlikuks nagu saada, aga, aga ma ei teagi, mille vastu see põrkus. Kas mitte . . . ma võin praegu eksida, aga kui ma õieti mäletan, siis seal ei olnud, kas mitte erialaselt side sisene mingi konflikt, tekkis arusaamatus, miks nagu ei suudetud nagu seal oma eriala eest niimoodi jõuliselt seista häälekalt. Et aga, aga praegu pole kuulnud, et väga sotsiaaltöötajad ise selle eest seisaksid. Meie-meie oleme praegu, me teeme ju seda ./.../ ja, ja Sotsiaalministeeriumiga on koostöö, Haigekassaga on koostöö ./.../“.*

4 Katrin Raamat on 2002. aastal loodud tervishoiusotsiaaltöötajaid koondava MTÜ Eesti Tervishoiu Sotsiaaltöötajate Assotsiatsioon'i ETSA üks asutajaliikmetest. Autorile teadaolevalt on ETSA tänaseks lõpetanud tegevuse aktiivse katuseorganisatsioonina ning sotsiaaltöö erialaühendusena seisab sotsiaaltöötajate huvide eest 2004. aastal asutatud MTÜ Eesti Sotsiaaltöö Assotsiatsioon ESTA.

3.3 Juhtimine ja juhendamine

Meelevaldselt eristan siinkohal juhtimist ja juhendamist tööalasest toetusest, kuigi need on omavahel väga tihedalt seotud ja üksteist mõjutavad ning esitan alljärgnevalt uurimuses osalenud vahetute juhtide vaate, mis on juhtimine ja juhendamine.

Juhi roll sotsiaaltöötaja igapäevatoos

Uurides intervjueeritavatel nende, kui juhtide juhtimisfunktsioonides kohta, selgus, et uurimuses osalejad ei teadvustanud endale, et juhupositsiooniga kaasneb hulk tegevusi, mis on töötajate heaolu ja töökvaliteedi tagamise seisukohast olulised ning peaksid olema osa igapäevasest tööst: „Mulle tundub, et kõik need teemad on mulle tuttavad. *muigab* Vist olen igalpool olnud oma oma selle aja jooksul /.../.“ Vahetud juhid nentisid, et sotsiaaltöötajad on ise haiglates küllaltki iseseisvad ja autonoomsed oma töös, et nad ei pea vajalikuks nende igapäevatoosse sekkuda ega tegelikkuses ka oska sotsiaaltöötajaid sotsiaaltöö spetsiifilisuse ja nüansirikkuse tõttu juhtida ja juhendada.

Intervjueeritav 2: „/.../ Võib-olla, võib-olla mul on nagu jube paha sellepärast, et meie need sotsiaaltöötajad, mõlemad on sellised ise avastajad ja mõlemad õppinud sotsiaaltöötajad, diplomiga inimesed ja ja praktiseerivad inimesed, et nad on iseenesest täiesti avastajad tüübid. Ehk mina olen nihuke nõuniku rollis, suuresti, paljudes kohtades, et kui nad ütlevad, et nii ei saa või peaks teistmoodi tegema või ootavad mingit sellist sisendit või tuge või või noh tegelikult on nad mõlemad ise nagu avastajad, et on nihukesed leiutaja tüüpi, mis on ka tore. Et inimene püüab ise lahendusi leida ja ja ja minu meelest ma ei ole pidanud, ma ei teagi, et kordagi, oleks pidanud kummagile sekkuma, et noh, mingi asi on nagu pahasti läinud. /.../“.

Erandina võib välja tuua sotsiaaltöö taustaga intervjueeritavad, kelle sõnul on nende, kui juhtide ülesanne jälgida töötajate toimetulekut ja aeg-ajalt uurida, kuidas neil läheb ning vajadusel sekkuda ja abistada. Seejuures ei pea sekkumine olema jõuline, vaid enamasti piisab sellest, et sotsiaaltöötaja saab kellegi kolmandaga arutleda ja juhtumit teisest perspektiivist näha.

Ka uurimuses osalenud sotsiaaltöötaja, kes ei teadnud, kes on tema vahetu juht, kinnitas, et on haiglas oma murede ja rõõmudega üksi. Ainuüksi asjaolu, et ta ei teadnud, kes on tema vahetu

⁵ Juhtimisfunktsioonide all on silmas peetud planeerimist (eesmärkide püstitamine, strateegiate, tegevuskavade ja käitumisjuhiste, ametijuhendite väljatöötamine), organiseerimist (ressursside ja tegevuste korraldamine, töökohtade kavandamine, otsustamisõiguse ja vastutuse delegeerimine), eestvedamist (töötajate juhendamine ja motiveerimine) ja kontrollimist (töö ja selle kvaliteedi tagamine).

juht, viitab sellele, et sealses haiglas töötab sotsiaaltöötaja iseseisvalt jäädes ilma võimalusest abi ja tuge saada oma juhilt: „/.../ (.) (.) Kõik? No, mis küsimusi võib nii väga tekkida? Kui, siis ainult tööalaselt, aga seda, seda pean ikkagi ise lahenduse leidma. Seda ei ole mul siit kellelki küsida. Kui midagi on, mis otseselt tööd puudutab. Just need otseselt tööd puudutab, noh, kui ta puudutab mingit kedagi patsientidest, siis ma pöördungi selle patsiendi elukohajärgse omavalitsuse poole. Et ega, ega jah. Siin majas keegi ju rohkem ei tegele selle probleemiga, mis minul siin on.“

Sotsiaaltöötajate töölevõtmine ja juhendamine

Kogu protsess algab sellega, et vahetul juhil tuleb, kas haigla juhatuselt uut kohta taotlema või otsitakse olemasolevale kohale asendajat, harvemal juhul uut inimest. Uurimuses osalejate sõnul on sotsiaaltöötajad lojaalsed töötajad pikaajaliste töösuhetega ning enamasti esineb liikumisi fertiilses eas olevate naiste seas seoses lapsehoolduspuhkustega. Konkurss väljakuulutatud, algab sobivate kandidaatide väljasõelumine. Vahetud juhid tõdesid intervjuudes, et tööle kandideerib igasuguse hariduse ja töökogemusega inimesi, kelle ettekujutus haigla sotsiaaltööst erineb tegelikkusest. Seejuures ei ole võimalik rakendada patsientide isikuandmete kaitseks proovipäeva võimalust ning sobiva inimese leidmine ametikohale toimub katse ja eksituse meetodil.

Intervjueeritav 1: „/.../ mul on ka see kogemus olemas, tegelikult, kus mul oli töötaja, kes tuli tööle sotsiaaltööharidusega ja ja töötanud ühes omavalitsuses, noh, suures omavalitsuses. Töötanud ka juhtival kohal, ühes ühes asutuses, sotsiaaltööd pakkuv asutuses ja, ja vahepeal töötanud ühel nagu teisel erialal, mis tal ka on omandatud, eksole. Ja tuli tööle ja, ja temaga vesteldes tundus kõik väga hea. Aga kui, kui ta hakkas tööle, siis hakkas järjest rohkem ilmnema, et ta tegelikult ei ole suuteline tegema seda sotsiaaltööd, milles me noh, millest me rääkisime, mida ta nagu justkui ütles, et mida ta nagu tahab teha, eks. Et et ega seda teistmoodi, see on nagu see katse-eksitus meetod /.../ Tegelikult, kui me vaatame paberit, siis me näeme ühte, aga kui me inimesega koos tegutseme, siis me näeme midagi muud. Et ega meil midagi muud ei olegi. Et, et katse katse ja eksitus. Kõlab veidralt muidugi see eksitus, aga ma arvan, et meil ei olegi midagi muud. Ja me peame lihtsalt andma inimesele võimalusele näidata ja olema siis julged, et talle ka seda ütleva.“

Uue töötaja tööle asumisel aitab intervjuude kohaselt töökeskkonnaga kohaneda ja uude rolli sisse elada ametikohalt lahkuv sotsiaaltöötaja või mõne muu üksuse sotsiaaltöötaja. Erandina võib välja tuua haiglad, kus vahetu juht ise oli sotsiaaltöö taustaga. Sellisel juhul oli uue töötaja juhendamine vahetu juhi ülesanne. Samuti tõid sotsiaaltöö taustaga juhid välja, et ka pikaajaline töötaja võib vajada juhendamist, misest, et tal justkui peaks olema teadmised, oskused ja kogemused toimetulemiseks. Samas nentis uurimuses osalenud sotsiaaltöötaja, et

tema tööle asumisel ei juhendanud teda keegi, kuid varasemat töökogemust omades ei valmistanud haigla tööga kohanemine talle raskusi: „*Ma lihtsalt tuln ja hakkasingi seda tööd tegema. Ei mingit juhendamist ei olnud. (.) (.) Sest ma teadsin ise üsnagi täpselt, mida sotsiaaltöötaja tegema peab. Mul ei olnud sellega probleeme. Oli ainult noh, ütleme siin nii, haiglas, ütleme noh, haiglast liikumise võimalused oli vaja endale enam-vähem selgeks teha – kuhu, kes, kuhu ja kuidas. Ja oligi kõik. /.../“.*

Kuigi sotsiaaltöötajate juhendamine töökohal ei ole kuidagi ajaliselt piiritletud, siis tõid intervjueeritavad välja, et töölepingu seaduses sätestatud neljakuuline katseaeg on tegelikkuses piisav aeg nii tööandja kui töötaja jaoks, et selgusele jõuda, kas haiglas töötamine on inimese jaoks. Sellel perioodil on uurimuses osalejate sõnul ka eelneva sotsiaaltöölase töökogemuseta uute töötajate juhendamine intensiivsem.

Intervjueeritav 5: „*Aga noh, katseaeg on ju nii või teisiti neli kuud ja ja tihti see neli kuud ikkagi ütleb nagu ära. Ja kui on endal väga suured probleemid, näiteks ütleme noh, see siis varjutab selle ju, et kas ma üldse suudan abi anda. /.../ Et vahel on see, et inimene pakub üksk ennast ükskõik kuhu koha peale, et peaasi, et tööle saaks, et see paneb ka natuke tulukese põlema, et nagu vist äkki nagu ei võtaks tööle. Et päris kõiki asju ka nagu ei saa teha. /.../ mõni suudab pidada täpselt ka katseaja vastu. Ja kõik oleneb sellest, et kuidas, kas see osakonna õhkkond jääks samaks, austavaks nii patsientide suhtes kui ka kaastöötajate suhtes. Et, kui on näha, et käib üks niisugune urgitsemine ja kruttimine, siis noh, võib ju mitu võimalust anda, aga kui ta eksib jälle ja jälle, et, et on küllaltki raske, on lõpuks inimesele selgeks teha, et tegelikult see koht ei sobib talle.“.*

Üllatusena suhtusid intervjueeritavad äärmiselt toetavalt ilma erialase töökogemuseta sotsiaaltöö või siduseriala õpinguid lõpetavatesse või äsja kooli lõpetanud töölekandideerijatesse. Sealjuures olid vahetud juhid valmis võtma riske ning andsid aru, et alustava spetsialisti ja töökogemusega spetsialisti juhendamisel on vahe. Lisaks selgus, et võimalusel eelistatakse ametikoha vabanemisel teha otsepakkumisi tublidele ja silmapaistvatele praktikantidele. Praktikandi töölevõtmine on intervjuueritavate sõnul kindla peale välja minemine, kuna inimene on enda sobivust ja võimekust juba tõestanud.

Intervjueeritav 7: „*Hästi palju on ka praktikante üldse, need, kes on pidanud. Kui on tööjõudu vaja, siis me teame, et meil oli väga hea praktikant ja siis me teeme lihtsalt otse pakkumisega. /.../ *muigab* aga noh, need lähevad kähku nagu soojad pirukad niikuinii, et helistad küll, aga ei, nad on juba kuskil mujal ja ütlevad, et te olete hiljaks jäänud. Sotsiaaltöötajaid on praegu palju vaja.“.*

Intervjueeritav 5: „/.../ *Et päris päris, palju on neid ka, kes käivad praktikal. Jah. /.../ Noh, kõik, kes, keda meil võimalik on siin õpetada ja praktikal olla /.../ Kõik nad käivad siit läbi. Noh, see, kes huvi tunneb. Ja, ja kui on, nagu tekib see niisugune side, siis igal juhul sobivus on, kutsume tööle.*“

Mentorlust või mõnda muud juhendamisevormi ükski asutus oma sotsiaaltöötajatele ei pakkunud. Suuremates haiglates tuleb igal töötajal läbida üldine uue töötaja koolitus, mis tutvustab tule- ja tööohutust, asutusesiseseid tööeeskirju ja õpetab kasutama tervise infosüsteemi, kuid muus osas on sotsiaaltöötaja väljaõpe ja juhendamine tööle asutava üksuse enda teha.

Eetiliselt ja ravialaselt keerukad olukorrad

Tervishoiusotsiaaltöös võib ette tulla eetiliselt ja ravialaselt keerukaid olukordi, mille lahendamine eeldab sotsiaaltöötajalt hoolikalt kaalutletud käitumist. Uurides intervjueeritavatel, kas sotsiaaltöötajatele on koostatud käitumisjuhiseid, millest võiks olukordade lahendamisel lähtuda, selgus, et sotsiaaltöötajatele eraldi käitumisjuhiseid ei ole, küll aga on üldised käitumisjuhised, mida tuleb igal haigla töötajal järgida: „/.../ *Käitumisjuhend on üldine. Ega sotsiaaltöötaja pea käituma teisiti, kui ülejäänud personal haiglas.*“

See-eest on intervjueeritavate sõnul sotsiaaltöötajale tööl abiks ametijuhend, millele saab toetuda töökorralduslikes küsimustes: „/.../ *Vähemalt, kui Sul vaja on kusagilt spikerdada, mis ma siis tegema peaksin tegelikult, siis Sa saad nagu sealt spikerdada. /.../*“. Ametijuhendid olid enamasti vahetute juhtide enda koostatud, kuid protsessi olid kaasatud ka sotsiaaltöötajad. Naljatledes toodi välja, et lõppsõna ametijuhendi osas on aga alati siiski sotsiaaltöötajal, kuna temal tuleb allkirjaga kinnitada ametijuhendis sätestatu täitmist. Siiski ei peetud ametijuhendit lihtsalt tööd reglementeerivaks alusdokumendiks, vaid anti mõista, et patsientide probleemide kompleksust ja sotsiaaltöö mitmetahulisust arvestades, ei olegi võimalik kõike paberil detailselt kirjeldada ning ametijuhend on pigem raamistik, kuidas konkreetses haiglas sotsiaaltöö toimida võiks. Klienditöö läbiviimine ja sekkumismeetodid on sotsiaaltöötaja enda otsustada.

Intervjueeritav 2: „/.../ *ametijuhend on sihukene formaaljuriidiline dokument, mis, milles Sa ei suuda kunagi seda tööd kirjeldada lõpuni ära. Meil on seal jah, põhipunktid kirjas, et ütleme, see rehapoole peal või see sotsiaaltöötaja, millega tegeleb ja siis justkui, statsionaariga tegelev sotsiaaltöötaja. Põhipunktid, millega ta tegeleb, et et need asjad meil on seal justkui ühtepidi kirjas. Inimene nagu teab, aga kindlasti seal on selline-selline muud, eksole, mis ei tähenda seda, et ma pean kõike muud tegema, vaid mõte on just selles, et kui mõni mõni teema ei ole*

nagu väga täpselt sõnastatud, aga mis on sotsiaalvaldkond, et, et noh, siis see katab justkui seda.“.

Tagasi- ja edasisidestamine, tunnustamine

Juhi üheks oluliseks funktsiooniks töötajate heaolu ja töö kvaliteedi tagamisel on töötajate edasi- ja tagasisidestamine ning tunnustamine. Intervjuudest selgus, et ei tagasisidestamine ega edasisidestamine ei ole osa vahetute juhtide igapäeva tööst ning pigem nähakse, et patsiendid ja võrgustikuliikmed annavad sotsiaaltöötajale tagasisidet: *„/.../ varem oli kiituste ja kaebuste leht, nüüd on lihtsalt tagasiside leht, kus patsient saab öelda, mis talle meeldis, mis talle ei meeldinud. /.../“*. Igapäevast edasisidestamist praktiseeris vaid üks intervjuueeritavatest, kes enda sõnul annab oma töötajatele positiivset edasisidet iga kord, kui nendega suhtleb. See-eest pidasid kõik intervjuueeritavad oluliseks, et sotsiaaltöötaja kogeks eduelamust ja tunnustust. Parim viis tunnustamiseks on intervjuueeritavate kohaselt sotsiaaltöötaja nomineerimine asutusevälisele korskursile. Asutusesisese parima kolleegi ja muude tiitlite jagamises nähti pigem tüliallikat kollektiivis: *„Me ei vali aasta kolleege. Me tegime mõned aastad tagasi siin .. . Meil üks õendusjuht võttis kätte ja tegi õendus- ja hooldusvaldkonnas justkui mingi sellise aasta kolleegi valimise, et tegelikult see tekitas natukene vimma majas, et et noh, miks mitte mina ja miks mitte tema. Et, kui Sa kedagi valid, siis Sa pead nagu ütleva mingid asjad, miks see nii on jah. Me nagu seda ei tee, et meie jaoks on nagu kõik inimesed võrdselt olulised. Küll, aga ma kasutan nagu seda varianti, et kui väljaspool maja temaatilisi asju mingeid on, noh, kuhu ma võiksin ühte või teist inimest tunnustamiseks esitleda, esitada, siis ma olen seda teinud.*“.

Sealjuures väljendasid intervjuueeritavad, et sotsiaaltöötajad ootavad oma tööle tagasisidet.

3.4 Tööalane toetamine

Supervisioon, kovisioon, hingehoid

Esmane supervisioon kui juhendamine, järelevalve ja toetus peaks tulema vahetult, esmatasandi juhilt. Toetava juhi ja juhendamise puudumisel jääb sotsiaaltöötaja ilma vajalikust toetusest keerulistes olukordades käitumisel ja tööalase stressi ning pingetega toimetulemisel. Uurides intervjuudes osalenud vahetatult juhtidelt, kuidas saavad nemad sotsiaaltöötajat toetada, et tal püsiks tööd tehes sära silmades selgus, et juhid, kes ei olnud sotsiaaltöö taustaga, tunnetasid, et neil ei ole väga palju võimalusi sotsiaaltöötajatele sotsiaaltöö eriala spetsiifikast

tulenevate vajaduste katmiseks, kui lihtsalt nende jaoks olema olla: „No, mida mina üldse neile pakkuda saan? Sest ega ma töö sisust ju andke andeks, mitte midagi ei tea. *naerab* Ei ole sotsiaaltööd õppinud ja, ja õendus väga palju seda spetsiifilist tuge pakkuda ei saa. Aga küll ma saan pakkuda ja seda tuge, et mis puudutab nende isiklikku arengut läbi koolituste, läbi sellise noh, toe ja mmm ja, ja see ka, et naeran, et enamus juhtudel on mul üks lahti, et et kõik teavad seda, et et nad võivad igal ajahetkel tulla niipea kui on nagu see mingi ükskõik mure või rõõm. /.../“. Samas sotsiaaltöö taustaga juhid pidasid oluliseks töötaja eest seismist ja tööks sobilike tingimuste tagamist, et sotsiaaltöötajal oleks võimalik haiglas sotsiaaltööd praktiseerida: „Mina arvan, et minu roll on olla nende jaoks vajadusel olema kui, kui neil seda noh, seda seda tarvis on, et, et .. . Mina arvan, et minu roll on vajadusel eemalduda, et nad saaksid ise otsustada. (.) (.) Ma ise arvan seda, et mu minu ju ju minu mina, ma olen juht, kes viskab ühtepidi nagu töötaja vette, kui ta tuleb, aga vaatab kogu aeg kõrvalt, et ta, et ta, et ta õpiks ujuma. Just. Ja ma arvan, et minu roll on see, et ma pean olema nende selja taga. Mina pean olema nende selja taga ja aitama neil neid seal, kus on raske, aga ainult siis, kui, kui, kui neil on tõesti raske. Ja, ja see on, ütleme nii, selle ütleme igapäevatööd tehes, kui, siis ka ütleme, mina olen noh, ütleme ka selle juhtkonna vahel, eks ole. Ja pean, pean looma siis need võimalused selleks, et nad oma tööd teha saaksid.“. Superviseerimist kui juhi üht funktsiooni ei toonud keegi uurimuses osalejatest välja.

Uurides tööalaste toetusallikate kohta lähemalt, selgus intervjuudest, et professionaalset supervisiooni ja kovisiooni ei paku ükski uurimuses osalenud haigla oma sotsiaaltöötajatele. Mõnes haiglas oli küll katsetatud superviseerimist professionaalse superviisoriga (teenust osteti haiglasse väljaspoolt sisse), kuid sellest loobuti üsna kiiresti töötajate huvi puudumise tõttu. Samas toodi välja, et vajadusel leiab haigla ressursi, et seda töötajatele vajaduse tekkimisel võimaldada: „/.../ siis me kindlasti korraldame selle. Selles mõttes, et et meil ei ole mingisugust noh, ma ei tea .. . (.) ootamast ukse taga kedagi, aga me kindlasti korraldame selle.“. Sealjuures kovisiooni, kui kollektiivset reflekteerimist peeti intervjuude põhjal samaks, mis on puhketoas kohvitassi taga ventileerimine: „Me no, kovisiooni me teeme praktiliselt ikkagi noh, me ei tee nagu päris ametlikult seda kovisiooni nii, et me dokumenteerime kõik need asjad ära. Aga meil ikkagi see avatud niiöelda see niiöelda kohvipausi jutumärkides on, on ikkagi noh, olemas iga päev esmaspäevast reedeni kell üksteist. Et siis tegelikult mingil määral on see kõikide ventileerimine. Ja, ja noh, me oleme niisugused toetavad üksteise suhtes. /.../“.

Toimivate tööalase toetuse praktikatena töid intervjueritavad välja võimaluse juhiga tööasju arutada, hingehoiu, psühholoogilise nõustamise ja personaalse arenguestluse. Vahetud juhid olid seda meelt, et sotsiaaltöötaja ei peaks jääma oma muredega üksi, vaid abi küsima, kui ta tunneb, et ei jaksa enam või vajab millegagi toimetulekuks abi ja toetust.: „Aga kui tal on nüüd võib-olla sellised tööst tingitud pinged tekkinud ja oleks vaja võib-olla spetsialisti abi või, või nõuannet või toetust või mis iganes, siis meil on see võimalus saada ka niioelda hingehoidja tuge, et et meil on majas kaks inimest hingehoidja koolitusega, et et ja nende, neil on variant, kas otse nende poole pöörduda ja rääkida ja leppida kokku või siis läbi minu. Et kuidas, kuidas keegi nagu seal noh, mingi tee valib.“.

Uurimuses osalenud sotsiaaltöötaja tõi veel välja, et supervisiooni kui tööalast nõustamist on võimalik saada erialaseltsilt, kuid selles osalemiseks peab sotsiaaltöötaja tundma vajadust: „Ei noh, see on, aga noh jah. Noh, meil on pakutud ütleme siin minu arust läbi ESTA või millalgi nad tegid ka, aga noh. Siis sulle peab see aeg ja koht sobima jälle. Ja sa pead tundma, et sul seda vaja on. Niisama pole sinna mõtet istuma minna.“. Ka oli uurimuses osalenud sotsiaaltöötajal kogemus, kus emotsionaalselt keerulises olukorras on töökaaslased temaga vestlema tulnud: „/.../ Ja, ja siin on ju ka noh, kui päris aus olla siin, mis on lood olnud (.) (.), siis on inimesed ka minuga sellest rääkinud. /.../ kui inimene tunneb, et ta tahab sellest rääkida, noh, asi see minul siis ära kuulata ei ole. /.../“.

Töökeskkond

Töökeskkonda peetakse töö tulemuslikkusele ja töötaja rahulolu hoidmisel väga oluliseks. Sealjuures eristatakse tööõhkkonda füüsilist töökeskkonnast, kuid mõlemal on suur roll töötaja toetamisel. Intervjuudes keskendusid uurimuses osalejad enamasti toetavale tööõhkkonnale ja üksteist hoidvatele suhetele kaastöötajatega: „/.../ Aga eeee (.) pigem ongi oluline selline emotsionaalne toetus ja, ja selline (.) mi-mitte niivõrd muidugi see füüsiline keskkond on ka oluline aga, aga kõik, kõik see, mis sellist puhast inimlikkust puudutab, et et kui Sa, kui Sa tunnend, et et kui ma olen hädas, siis, siis mul on vähemalt keegi, kellele ma saan tulla ja rääkida, et ma olen hädas. /.../“.

Lisaks toodi välja, et töötaja soovidega arvestamine, juhi vastutulelikkus ning töökorralduse paindlikkus on osa toetavast töökeskkonnast: „Toetav töökeskkond arvestab töötaja soovidega, on tal vajadusel abiks nõu ja jõuga, on töötaja suhtes paindlik (nt tööajal isiklike asjade ajamine). Sots töötajat saaks toetada väärtustades tema tööd ja olles talle selles abiks. /.../“.

Toetava füüsilise keskkonna kirjeldamisel alustati mugavast ja tervest toolist ning lõpetati seinte värvi ja akende olemasoluga kabinetis. Intervjueeritavad tõid välja, et oluline on kabineti planeerimisel ja sisustamisel töötajalt küsida, mis on tema soovid: „/.../ ega näiteks, kui me sellele sotsiaaltöötajale, ükskõik, mis töötajale seda kabineti pla noh, planeerime näiteks, siis me kindlasti tema käest küsima, et kuhu kohta sul laud, kus sa tahad lauda panna ja milline see kapp peaks olema, kui kõrge või mis ta peaks mahutama, kas lukuga või ilma lukuta, kuni selleni välja, et kuule, mis värvi su seinad peaksid olema. /.../”. Huvitava toetuse allikana toodi välja ka võimalus tööajal aeg maha võtta ja puhkeruumis puhata või minna välja värsket õhku hingama: „/.../ Toetav töökeskkond tegelikult on, on minu, minu arvates on ka see, kui on võimalus minna välja ja, ja olla mõnda aega natuke väljas.”.

Eraldi mainimist väärrib, et kõikidel sotsiaaltöötajatel ei ole isiklikku kabinetti, vaid seda jagatakse kolleegidega. Uurimuses osalejad tõid välja, et peamiselt töötab sotsiaaltöötaja patsiendi juures palatis või telefoniga kabinetis ning kui on patsiendiga vaja privaatset vestelda, leitakse selleks sobiv ruum.

Enesehoid, iseenda toetamine ja läbipõlemine

Vahetute juhtide sõnul on hästi töötamiseks sotsiaaltöötajal vaja õppida ennast hoidma seades piire töö ja eraelu vahel, teadvustades, et igapäevaselt inimeste eluilmast tingitud murede ja rõõmudega vahetult kokku puutudes on sotsiaaltöötajal oht läbipõlemiseks: „/.../ mina olen, mina olen nagu sotsiaaltöötajatele läbi elu püüdnud, see on nihuke kõrbemise amet tegelikult. Et tegelikult Sa elad teiste inimeste elu, kui Sa ikka päris sotsiaaltöötaja oled. Et sotsiaaltöötaja oskus on ka ka uksepaku taha jätta oma telefon ja töö, eksole, et siis elada oma pereelu ja muid asju.“. Sealjuures on oluline tegeleda väljaspool tööaega millegagi, mis maandaks pingeid ja võimaldaks teistsugust eneseteostust: „Eks see nüüd sõltub väga palju sellest inimesest, et kellel mingisugused hobid on või millega ta lisaks sellele veel tegeleb, et ta on haiglas sotsiaaltöötaja. Et ühte inimest ma tean, kelle, kes teeb erinevaid ehteid näiteks. /.../ et et saab ennast läbi selle maandada.“. Iseenda toetamise viisina nähti ka enese tundma õppimist ja oskust abi küsida. Sotsiaaltöötaja ei peaks lootma jääma, et juht märkab toimetulekuraskusi: “/.../ Ma arvan, et on, on, on vaja õppida iseennast ja noh, selles mõttes tundma teada, kuidas on ennast nagu hea välja lülitada. Ja, ja kindlasti ta, et noh, ütleme tuleb ka ise abi küsida, kui, kui raskeks läheb. Et sest kindlasti on neid olukordi, kus, kus, kus, kus, nagu ka ülemus ei märka, et, et, et inimesel võib olla raske.“

Paludes uurimuses osalejatel kirjeldada, kuidas ära tunda läbipõlenud töötajat, nentisid vahetud juhid, et esimesena hakkab silma töötaja muutunud käitumine ja suhtlemisviis: töötaja on kas närviline või apaatne, pidevalt väsinud ja kipub suhtlemisel kiiresti ärrituma: „(.) (.) (.) Üks asi, mida ma olen tähele pannud, on see, et mingisugused muutused tekivad käitumises. Et ta kas hakkab hammustama või, või lihtsalt kuidagi teistmoodi käituma, kuidas ta seni on käitunud. /.../“. Sealjuures tõid intervjuueeritavad välja, et läbipõlemine ohustab nii alustavat praktikut kui ka pikaajalise töökogemusega sotsiaaltöötajat: „/.../ ma arvan, et läbipõlemine on noh, ütleme ohustab ütleme tulijat. Sest et sest, et, et siis võib palju asju korraga tulla ja ma arvan, et läbipõlemine ohustab samavõrra ka kauaolijat. Sest et siis on, need sammud on nii selged, et seda nagu teravust enam ei ole.“

3.5 Eelarvamuslik suhtumine sotsiaaltöötajatesse

Intervjuudes tervishoiusotsiaaltöötajate vahetute juhtidega kõlas mitmeid stereotüüpe ja eelarvamusi sotsiaaltöötajate ja sotsiaaltöö suhtes. Üks läbivamaid eelarvamusi intervjuudes oli, et kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajad ei ole päris sotsiaaltöötajad, vaid ametnikud, kes on rohkem huvitatud paberitööst kui et inimese muredest ja neile sobivate lahenduste leidmisest. Omavalitsuse sotsiaaltöötajatele heideti ette ükskõikset suhtumist ja oma tööülesannete veeretamist kolleegidele haiglas. Eelarvamus oli kujunenud nii uurimuses osalejate endi, vahetute juhtide alluvuses töötavate sotsiaaltöötajate kui ka patsientide negatiivsetest kogemustest. Alljärgnev on ehe näide sellest, kuidas üks ebameeldiv kogemus võib kujundada suhtumise pikemaks ajaks.

Intervjuueeritav 1: „Ma just ükspäev rääkisin /.../ miks meie patsiendid ei suuda saada kontakti sotsiaaltöötajatega. Ja me jagasime oma kogemusi ja, ja minu kogemus pärineb kahekümne, isiklik kogemus, pärineb kahekümne kolme aasta tagusest ajast, kui ma ise pöördusin omavalitsuse sotsiaaltöötaja juurde. Ma käisin seal, ma arvan, kaks korda. Ja ma arvan, et minu kogemused oli see, et mina tundsin ennast alandatuna, häbistatuna ja, ja ma ma (.) ei tahtnud sinna enam mitte kunagi tagasi minna. /.../ kui ma lähtun ka nii enda kogemusest kui ka patsientide kogemusest, mida nemad räägivad, siis siis see on see, et nad tegelikult ei ole huvitatud sinu loost. Nad annavad Sulle selle teadmise, et Sa justkui võtaksid nende rahakotist raha, eksole. Et see, et Sinul on raske, ei ole need mitte noh, mitte (.) et nemad ei pea Sind ära kuulama, vaid see, et Sul on raske, see on Sinu enda probleem. Ja ja, et Sa tegelikult noh, võiksid/peaksid, saaksid ise hakkama juhul, kui Sa noh, ei oma seda mingisugust raskust elus toime tulla. /.../ see kogemus on pigem see, et nad tegelikult ei armasta muresid (.) ja raskusi, vaid nad tegelikult tahaksid, tahaksid, et inimene ise teeks mingid asjad korda.“

Tegelikkuses on kohaliku omavalitsuse sotsiaaltöötajal palju rohkem funktsioone, kui raha jagamine erinevate toetuste näol. Abi osutamisel lähtutakse meetmetest, mis toetaksid inimese iseseisvat toimetulekut ja oleksid suunatud isiku suutlikkuse suurendamisele korraldada oma elu võimalikult iseseisvalt ning vähendada õpitud abitust tekkinud probleemide lahendamisel või süvenemisel üksikisiku, perekonna ja ühiskonna tasandil (Sotsiaalhoolekande seadus, 2020). Karmi vastandumisena toodi välja, et haiglasse tulevad tööle empaatilisemad sotsiaaltöötajad ja teised asuvad tööle ametnikena muudesse asutustesse, kuigi sealjuures anti endale aru, et väga palju sõltub sotsiaaltöötaja isiksusest ning see ei pruugi iga sotsiaaltöötajaga paika pidada.

Intervjuueeritav 6: *„Et tihti on kahjuks niimoodi, kui nad suhtlevad, üks oma kolleegidega kohalikest omavalitsustest või kusagil, siis see niisugune tunne või nende kommentaaridest saan aru, et no, mis on jälle muidugi ju erinev ja see inimfaktor mängib alati rolli, aga see on, tihti on nagu, pigem on Sul vastas ametnik. Ametnik, kes on nagu rohkem millegipärast huvitatud mingite kordade või või mingite ametijuhiste või ma ei tea, mingisuguste reglementide täitmisest, kuivõrd mitte sellest, et, et leida see lahendus, kus inimest aidata. Et kõrvaltvaatajana on küll mulle see mulje jäänud, et ikkagi ka see erinevus on tuntav. Et kas, Sa oled siinsamas haiglas, eksju, Sa näed neid inimesi vahetult, nende muresid, tragöödiat. Sa tõesti püüad neid täie hingega aidata, kõikvõimalikke meetodeid, mis Su võimuses on kasutada ja, ja seal on jälle nagu ametnik, kes noh, kuidagi nagu, suhtub sedasi ükskõikselt või, või, või noh, ei ole nii empaatiline. Või toimubki see ametivalik sedasi, et empaatilisemad tulevad haiglasse, teised lähevad ametnikeks, no ma ei tea.“*

Gvido Kubulnieksi (2017) magistriuurimus näitas, et sotsiaaltöötajad on ka ise raskustes bürokraatia ja dokumenditööga. Uurimusest selgus, et sotsiaaltöötajad püüavad oma töös alati lähtuda kliendist ja dokumenditöö ei tohiks tehtavat tööd takistada, vaid pigem peaks toetama, mistõttu jäetakse teinekord mõned kohustuslikud dokumendid lausa täitmata, kuna neid ei peeta alati kõikide klientide ja olukordade puhul kasulikuks.

Huvitavavalt käsitlesid uurimuses osalenud vahetud juhid ka sotsiaaltöötaja võimekust erinevate tööülesannetega toime tulla ja pädevuse piire. Intervjuudest jäi kõlama, et sotsiaaltöötajal peab olema igale küsimusele vastus ja olukorrale kiire kõikidele osapoolle sobiv lahendus. Seejuures võeti iseenesest mõistetavalt, et sotsiaaltöötaja tegeleb lisaks oma igapäevastele tööülesannetele ka muude kohustustega, mis ei kuulu tema tegevusvaldkonda: *“Mine vii see patsient siia-sinna või kolmandasse kohta. Ja tõepoolest, ma näen ka seda, et ta läheb, käib ja teeb ära dokumendid patsiendiga, kui tal neid ei ole. Noh, mitte küll alaealistega. Alaealistel on oma, kas siis vanemad või hooldajad. Aga täiskasvanutega väga palju, kui mingisuguseid dokumente on puudu.“*

IV ARUTELU

Antud peatükk käsitleb peamisi uurimistulemusi, mis on esitatud selektiivse kodeerimise käigus tuvastatud kahe keskse teemana: sotsiaaltöö tähtsustamine haiglas ja sotsiaaltöötajate iseseisvus.

4.1 Sotsiaaltöö tähtsustamine haiglas

Sotsiaaltöötajad on tänaseks juba üle saja aasta töötanud tervishoiusüsteemis meditsiinilise personaliga kõrvuti (Cleak ja Turczynski, 2014; Craig ja Muskat, 2013; Gehlert, 2019; Heyman ja White-Ryan, 2018; Judd ja Sheffield, 2010; Reich, 2012) ja toetanud patsiendikeskse lähenemise kujunemist keskendudes haiguse sotsiaalsetele aspektidele võttes arvesse patsiendi psühholoogilisi ja emotsionaalseid tegureid (Browne, 2012; Craig jt, 2015). Uurimistulemustest selgus, et iga päevaga tähtsustatakse sotsiaaltööd ja sotsiaaltöötaja olemasolu haiglas rohkem ning sotsiaaltöötajas nähakse ravimeeskonnas meditsiinilise taustaga personalile võrdset partnerit.

Sotsiaaltöötaja olulisus haiglas väljendus kolmes aspektis: patsiendikeskses lähenemises, ravisoostumuses ja -tulemustes ning haigla toimimise kuluefektiivsuses. Kui teised tervishoiutöötajad kipuvad keskenduma vaid patsiendi tervislikule seisundile, siis sotsiaaltöötaja näeb diagnoosist kaugemale ja oskab patsiendi jaoks olemas olla. Täites arvukaid rolle ja tegutsedes paljudes erinevates tervisega seonduvates kontekstides, on sotsiaaltöötajad lüliks mitmete organisatsiooniliste süsteemide ja professionide vahel hõlbustades oma panusega patsiendile vajaliku abi korraldamist (Browne, 2012; Evans, 2018) ja hoides ravipersonali ressursi kokku. Sotsiaaltöötaja peamiste rollidena ilmnes uurimuses nõustamine ja koordineerimine. Sotsiaaltöötaja jagab patsientidele ja nende lähedastele informatsiooni haiguse olemusest, ravi võimalustest ja on just kui tõlk patsiendi ja ravipersonali vahel. Samuti nõustab sotsiaaltöötaja patsienti ja tema lähedasi erinevate sotsiaalsüsteemi tugiteenuste ja toetuste osas, aitab orienteeruda seadusandluses ning koordineerib patsiendi abistamist kohaliku omavalitsuse ja muude võrgustikku kuuluvate instantside vahel. Sotsiaaltöötaja aktiveerib tugivõrgustikku, viib läbi geriaatrilist hindamist ning abistab puude raskusastme tuvastamise ja töövõime hindamise taotlusi täita, negatiivsete otsuste korral ka neid vaidlustada. Muu personali kõrval võtab sotsiaaltöötaja suurema

vastutuse juhtumite haldamises, patsiendi heaolu eest seismises ja meeskonnatöö koordineerimises.

Uurimuses leidis kinnitust, et sotsiaaltöötajate panus patsientide heaolu tagamises ja ravi õnnestumises on võrreldav meditsiinilise taustaga personali panusega ning ilma sotsiaaltöötajata võivad arstide ja õdede pingutused tühja minna.

4.2 Sotsiaaltöötajate iseseisvus

Töösuhted, mis põhinevad usaldusel, pühendumusel, toetusel ja lojaalsusel, eeldavat selleks sobivat töökeskkonda, tööõhkkonda, usalduslikke ja toetavaid suhteid juhi ja töökaaslastega ning võimalust tööalaseks eneseteostuseks. Uurimistulemustest selgus, et tervishoiusotsiaaltöötaja on mitte-meditsiinilise personalina haiglas iseseisev ning töötab sotsiaaltöölalaste sekkumistega autonoomselt. Ühest küljest annab see sotsiaaltöötajale vabaduse töötada ja oma tööd korraldada nii, kuidas sotsiaaltöötajale meeldib, teisest küljest jääb sotsiaaltöötaja juhtimise ja juhendamise ilma vajalikust toetusest. Seejuures on oluline silmas pidada, et juhtimine on üks olulisemaid organisatsioonilisi tegureid töötamise kontekstis, mis mõjutab töötajate töö kvaliteeti, tööõhkkonda, töörahulolu, läbipõlemist ja soovi töölt lahkuda (Aarons, Sommerfeld ja Willing, 2011; Dulebohn jt, 2012; Hughes ja Wearing, 2007, Ravalier, 2018; Ruch, 2012; Tafvelin jt, 2014; Yliruka ja Karvinen-Niirikoski, 2013). Uurimuses osalenud vahetud juhid aga ei teadvustanud endale, et juhipositsiooniga kaasneb hulk tegevusi, mis on töötajate heaolu ja töö kvaliteedi tagamise seisukohast olulised ning peaksid olema osa igapäevasest töös, mistõttu ei ole imeks pandav, et sotsiaaltöötaja haiglas iseseisev on. Lisaks tunnistasid sotsiaaltöö tausta mitte omavad juhid, et nad ei oskagi sotsiaaltöötajaid sotsiaaltöö spetsiifilisuse ja nüansirikkuse tõttu juhtida ja juhendada. See-eest sotsiaaltöö taustaga juhid nägid enda, kui juhtide ülesandena jälgida töötajate toimetulekut ja aeg-ajalt uurida, kuidas neil läheb ning vajadusel sekkuda ja abistada. Sealjuures ei peaks sekkumine olema jõuline, vaid piisavaks peeti võimalust juhiga tööasjade üle arutada.

Kuigi esmane supervisioon kui juhendamine, järelevalve ja toetus peaks tulema vahetult, esmatasandi juhilt, selgus tulemustest, et juhid ei näinud seda oma tööülesandena. Näiteks uue töötaja tööle asumisel aitab töökeskkonnaga kohaneda ja uude rolli sisse elada ametikohalt

lahkuv sotsiaaltöötaja või mõne muu üksuse sotsiaaltöötaja, mitte vahetu juht. Erandiks olid haiglad, kus vahetu juht ise oli sotsiaaltöö taustaga ja pidas seda oma kohustuseks. Samas toetava juhi ja juhendamise puudumisel jääb sotsiaaltöötaja ilma vajalikust toetusest keerulistes olukordades käitumisel ja töölase stressi ning pingetega toimetulemisel.

Töölase toetuse allikatena nähti uurimuse tulemusena võimalust juhiga tööasju arutada ja tööks sobivaid tingimusi nii töövahendite kui emotsionaalselt toetava tööõhkkonna näol. Toimivate töölase toetuse praktikatena toodi lisaks veel välja psühholoogiline nõustamine ja personaalne arenguestlune. Uurimuses osalenud vahetud juhid olid seda meelt, et sotsiaaltöötaja ei peaks jääma oma muredega üksi, vaid abi küsima, kui ta tunneb, et ei jaks enam või vajab millegagi toimetulekuks abi ja toetust.

Saadud tulemuste põhjal võib öelda, et tervishoiusotsiaaltöötajate juhtimise, juhendamise ja töölase toetamise võimalusi saaks parendada luues haiglatesse eraldi sotsiaaltööteenistused, mida juhiks sotsiaaltöölaste teadmistega juhid, et osata pakkuda sotsiaaltöötajatele sotsiaaltöö spetsiifikast tulenevat toe vajadust.

KOKKUVÕTE

Minu magistritöö eesmärgiks oli välja selgitada tervishoiusotsiaaltöötajate kui mitte-meditsiinilise personali vahetute juhtide käsitus juhtimiseset ja tööalasest toetamisest haigla kontekstis. Lisaks keskendusin uurimuses küsimustele, mis aitasid mõtestada sotsiaaltöötajate kuvandit läbi vahetute juhtide pilgu ja tervishoiusotsiaaltöötajate rolli Eestimaa haiglates.

Tulenevalt eesmärgist püstitasin kaks uurimisküsimust: kuidas käsitavad juhid tervishoiusotsiaaltöötajate tööd ja mida vajavad sotsiaaltöötajad juhtide arvates hästi töötamiseks, millele püüdsin vastuseid leida kasutades kvalitatiivset uurimismeetodit. Viisin tervishoiusotsiaaltöötajate vahetute juhtide ja ühe sotsiaaltöötajaga läbi seitse poolstruktureeritud individuaalset intervjuud ning ühe kirjaliku intervjuu. Intervjuude analüüsimiseks kasutasin temaatilise analüüsi meetodit. Analüüsist selgus, et sotsiaaltöötaja on ravimeeskonnas meditsiinilise taustaga personalile võrdne partnertner, ilma kellela ei ole võimalik tööd teha. Sotsiaaltöötaja olulisus haiglas väljendus patsiendikeskses lähenemises, ravisoostumuses ja -tulemustes ning haigla toimimise kuluefektiivsuses. Sotsiaaltöötaja oma arvukate rollide, erinevate tegevusvaldkondade ja mitmesuguste tööülesannetega võtab muu personali kõrval suurema vastutuse juhtumite haldamises, patsiendi heaolu eest seismises ja meeskonnatöö koordineerimises hõlbustades seega oma panusega patsiendile vajaliku abi korraldamist.

Juhtimise ja tööalase toetamise osas selgus, et tervishoiusotsiaaltöötaja on mitte-meditsiinilise personalina haiglas iseseisev ning töötab sotsiaaltöölaliste sekkumistega autonoomselt. Sotsiaaltöö spetsiifilisuse ja nüansirikkuse tõttu ei oska ka vahetud juhtid sotsiaaltöölalaseid teadmisi omamata sotsiaaltöötaja töösse sekkuda ning neid juhtida ja juhendada, mis tähendab, et sotsiaaltöötajad jäävad sellel kujul ilma juhipoolest toetusest. See-eest olid vahetud juhid seda meelt, et sotsiaaltöötaja ei peaks jääma oma muredega üksi, vaid abi küsima, kui ta tunneb, et ei jaksa enam või vajab millegagi toimetulekuks abi ja toetust, kuid ükski haigla ei pakkunud sotsiaaltöötajatele võimalust regulaarselt professionaalset tööalast toetust saada.

Nagu kvalitatiivsete uurimuste puhul tavaks on, ei saa ka käesoleva magistritöö raames läbiviidud uurimust üldistada ning selle tulemused ei kehti kõikide haiglate kohta, kus tervishoiusotsiaaltööd praktiseeritakse.

KASUTATUD KIRJANDUS JA ALLIKAD

Aarons, G. A.; Sommerfeld, D. H ja Willing, C. E. (2011). The Soft Underbelly of System Change: The Role of Leadership and Organizational Climate in Turnover during Statewide Behavioral Health Reform. *Psychological Services*, 8(4), 269–281. doi:10.1037/a002619

Acquavita, S. P.; Pittman, J.; Gibbons, M. ja Castellanos-Brown, K. (2009). Personal and Organizational Diversity Factors' Impact on Social Workers' Job Satisfaction: Results from a National Internet-Based Survey. *Administration in Social Work*, 33(2), 151-166. doi: 10.1080/03643100902768824

Allen, K. M. ja Spitzer, W. J. (2015). *Social Work Practice in Healthcare: Advanced Approaches and Emerging Trends*. SAGE Publications.

Alumäe, T.; Tilk, O.; ja Asadullah. (2018). Advanced Rich Transcription System for Estonian Speech. K. Muischnek ja K. Müürisep (toim), *Human Language Technologies – The Baltic Perspective* (1-8). Online: IOS Press. Kasutatud 27.02.2020, <http://bark.phon.ioc.ee/webtrans/>

Ambrose-Miller, W. ja Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. *Health & Social Work*, 41(2), 101-109.

Bass, B. M. ja Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Biesta, G. J. J. (2010). Why ‘What Works’ Still Won’t Work: From Evidence-Based Education to Value-Based Education. *Studies in Philosophy and Education*, 29, 491–503.

Blome, W. W. ja Steib, S. D. (2014). The organizational structure of child welfare: Staff are working hard, but it is hardly working. *Children and Youth Services Review*, 44, 181–188.

Brekke, J. S. (2012). Shaping a Science of Social Work. *Research on Social Work Practice*, 22(5), 455-464. doi: 10.1177/1049731512441263

Brimhall, K. C.; Lizano, E. L.; Mor Barak, M. E. (2014). The mediating role of inclusion: A longitudinal study of the effects of leader–member exchange and diversity climate on job satisfaction and intention to leave among child welfare workers. *Children and Youth Services Review* 40, 79–88.

Browne, T. (2012). Social Work Roles and Health-Care Settings. S. Gehlert ja T. Browne (toim), *Handbook of Health Social Work* (20-40). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Carey, M. (2018). Biomedical nemesis? Critical deliberations with regard to health and social care integration for social work with older people. *International Social Work*, 61(5), 651-664.

Carnochan, S. ja Austin, M. J. (2015). Redefining the Bureaucratic Encounter between Service Providers and Service Users: Evidence from the Norwegian HUSK Projects. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 12(1), 64-79.

Carranza, C. M. G. (2013). *Social Work in the Hospital Setting. Interventions.* USA: Trafford.

Cleak, H. M. ja Turczynski, M. (2014). Hospital Social Work in Australia: Emerging Trends or More of the Same?. *Social Work in Health Care*, 53(3), 199-213. doi: 10.1080/00981389.2013.873516

Craig, S. L; Betancourt, I. ja Muskat, B. (2015). Thinking Big, Supporting Families and Enabling Coping: The Value of Social Work in Patient and Family Centered Health Care. *Social Work in Health Care*, 54(5), 422-443. doi: 10.1080/00981389.2015.1017074

Craig, S. ja Muskat, B. (2013). Bouncers, Brokers, and Glue: The Self-described Roles of Social Workers in Urban Hospitals. *Health & Social Work*, 38(1), 7-16.

Dhooper, S. S. (2012). *Social Work in Health Care: Its Past and Future*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Dulebohn, J. H.; Bommer, W. H.; Liden, R. C.; Brouer, R. L.; Ferris, G. R. (2012). A Meta-Analysis of Antecedents and Consequences of Leader-Member Exchange: Integrating the Past With an Eye Toward the Future. *Journal of Management*, 38(6), 1715-1759. doi: 10.1177/0149206311415280

Eesti Haigekassa: Esmatasandi tervisekeskused. (i.a). Kasutatud 18.04.2020, <https://www.haigekassa.ee/partnerile/raviasutusele/perearstile/esmatasandi-tervisekeskused>

Eesti Haigekassa tervishoiuteenuste loetelu. (24.03.2020). *Riigi Teataja I*. Kasutatud 22.02.2020, <https://www.riigiteataja.ee/akt/124032020014>

Eesti Haiglate Liit: Kollektiivleping. (2018). Kasutatud 18.04.2020, https://haiglateliit.ee/wp-content/uploads/2018/11/Tervishoiuvaldkonna_kollektiivleping_30.11.2018.pdf

Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020. (i.a). Kasutatud 18.04.2020, https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf

Egan, M. (2010). *Evidence-Based Interventions for Social Work in Health Care*. New York: Routledge.

Ezzy, D. (2002). *Qualitative Analysis. Practice and Innovation*. Crows Nest NSW: Allen & Unwin.

Evans, E. J. (2018). Blended Roles under Health Reform: Where Does Social Work Fit? *Health & Social Work*, 43(3), 141-144. doi: 10.1093/hsw/hly016

Fantus, S.; Greenberg, R.; Muskat, M. ja Katz, D. (2017). Exploring Moral Distress for Hospital Social Workers. *British Journal of Social Work*, 47, 2273-2290.

Ferguson, I. (2008). *Reclaiming social work: Challenging neo-liberalism and promoting social justice.* Los Angeles: SAGE Publications.

Flexner, A. (2001). Is Social Work a Profession? *Research on Social Work Practice*, 11(2), 152-165.

Furness, S. (2007). An Enquiry into Students' Motivations to Train as Social Workers in England. *Journal of Social Work*, 7(2), 239-253.

González, M. J; Gelman, C. R. (2019). A Centennial of Mary Richmond's Social Diagnosis: A Celebration and Contemporary Assessment of a Seminal Work. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 100(3), 233-247. doi: 10.1177/1044389419866579

Guo, K. L. ja Company, J. D. (2007). Leaders in hospital-based social work. The roles and functions of directors of social work in the case management model. *Leadership in Health Services*, 30(2), 124-133. doi: 10.1108/17511870710745448

Hafford-Letchfield, T. (2009). *Management and Organisations in Social Work.* Southernhay East: Learning Matters Ltd.

Harris, J. (2007). Looking Backward, Looking Forward: Current Trends in Human Services Management. J. Aldgate, L. Healy, B. Malcolm, B. Pine, W. Rose ja J. Seden (toim), *Enhancing Social Work Management. Theory and Best Practice from the UK and USA* (17-35). London: Jessica Kingsley Publishers.

Hasenfeld, Y. (2015). What Exactly Is Human Services Management? *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 39, 1-5. doi: 10.1080/23303131.2015.1007773

Healey, K. (2014). *Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice.* Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.

Heurtin-Roberts, S. (2012). Foreword. S. Gehlert, T. Browne (toim), *Handbook of Health Social Work* (viii-ix). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Heyman, J. C. ja White-Ryan, L. (2018). Introduction to Health and Social Work. J. C. Heyman ja E. P. Congress (toim). *Health and Social Work: Practice, Policy and Research* (3-16). New York: Springer Publishing Company, LLC.

Hungman, R. (2009). But Is It Social Work? Some Reflections on Mistaken Identities. *British Journal of Social Work*, 39, 1138-1153.

Hughes, M. ja Wearing, M. (2007). *Organisations and Management in Social Work*. London: SAGE Publications.

Hyslop, I. (2011). Social work as a practice of freedom. *Journal of Social Work*, 1-19. doi: 10.1177/1468017310388362

IFSW: Global Definition of Social Work (2014) <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>, tõlkinud Selg, M. (2014). Sotsiaaltöö ülemaailmne definitsioon. *Sotsiaaltöö*, 3, 9-14.

Isaksen, S. G. ja Lauer, K. J. (2002). The climate for creativity and change in teams. *Creativity and Innovation Management*, 11(1), 74-86. doi: 10.1111/1467-8691.00238

Jaasi, P.; Kaljula, M; Luide, U.; Medar, M.; Peeker, H.; Selg, M.; Sepp, S.-R. (2020a). *Kutsestandard: Sotsiaaltöötaja, tase 6*. Kasutatud 21.08.2020, <https://www.eswa.ee/wp-content/uploads/2020/06/Sotsiaaltöötaja-tase-6-kutsestandard.pdf>

Jaasi, P.; Kaljula, M; Luide, U.; Medar, M.; Peeker, H.; Selg, M.; Sepp, S.-R. (2020b). *Kutsestandard: Sotsiaaltöötaja, tase 7*. Kasutatud 21.08.2020, <https://www.eswa.ee/wp-content/uploads/2020/06/Sotsiaaltöötaja-tase-7-kutsestandard.pdf>

Jarvis, C. (2006). Function versus Cause: Moving Beyond Debate. *Praxis: Where Reflection & Practice Meet*, 6, 44-50.

Judd, R. G. ja Sheffield, S. (2010). Hospital Social Work: Contemporary Roles and Professional Activities. *Social Work in Health Care*, 49(9), 856-871. doi: 10.1080/00981389.2010.499825

Kadushin, A. ja Harkness, D. (2014). *Supervision in social work*. New York: Columbia University Press.

Kalmus, V., Masso, A., Linno, M. (2015). Teemaatiline analüüs. K. Rootalu, V. Kalmus, A. Masso, ja T. Vihalemm (toim), *Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas*. Kasutatud 03.08.2020, <http://samm.ut.ee/kvalitatiivne-sisuanalyys>

Kam, P. K. (2014). Back to the ‘social’ of social work: Reviving the social work profession’s contribution to the promotion of social justice. *International Social Work*, 57(6), 723–740. doi: 10.1177/0020872812447118

Kam, P. K. (2019). ‘Social work is not just a job’: The qualities of social workers from the perspective of service users. *Journal of Social Work*, 0(0), 1-22. doi: 10.1177/1468017319848109

Keefe, B.; Geron, S. M.; Enguidanos, S. (2009). Integrating Social Workers into Primary Care: Physician and Nurse Perceptions of Roles, Benefits, and Challenges. *Social Work in Health Care*, 48(6), 579-596.

Keenan, E. K.; Sandoval, S. ja Limone, C. (2019). Realizing the potential for leadership in social work. *Journal of Social Work*, 19(4), 485-503. doi: 10.1177/1468017318766821

Kubulnieks, G. (2017). *Eesti ja Läti sotsiaaltöötajate kogemused seoses dokumentitööga oma tööpraktikas*. Magistritöö. Tartu Ülikool, sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika õppekava.

Kütt, E. (2016). *Sotsiaaltöötajate tööalase toetuse kogemused ja kutse taotlemine*. Magistritöö. Tartu Ülikool, sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika õppekava.

Lagerspetz, M. (2017). *Ühiskonna uurimise meetodid. Sissejuhatus ja väljajuhatus*. Tallinn: TLÜ kirjastus.

Lawler, J. (2007). Leadership in social work: A case of caveat emptor?. *British Journal of Social Work*, 37, 123–41.

Lawler, J. ja Bilson A. (2010). *Social Work Management and Leadership. Managing complexity with creativity.* London: Routledge.

Lee, J. J. ja Miller, S. E. (2013). A Self-Care Framework for Social Workers: Building a Strong Foundation for Practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* 94(2), 96–103.

McBeath, B.; Carnochan, S.; Stuart, M.; Austin, M. J. (2017). The managerial and relational dimensions of public-nonprofit human service contracting. *Journal of Strategic Contracting and Negotiation*, 3(2), 51–77. doi: 10.1177/2055563617723225

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.

Mikėnė, S.; Gaižauskaitė, I.; Valavičienė, N. (2013). Qualitative Interviewing: Field-Work Realities. *Socialinis Darbas*, 12(1), 49-62.

Miller, J. J.; Poklembova, Z.; Owens-Grise, E. ja Bowman, A. (2020). Exploring the self-care practice of social workers in Slovakia: How do they fare? *International Social Work*, 63(1), 30-41.

Muskat, B.; Craig, S. L. ja Mathai, B. (2017). Complex families, the social determinants of health and psychosocial interventions: Deconstruction of a day in the life of hospital social workers. *Social Work in Health Care*, 56(8), 765-778.

Mänttəri-van der Kuip, M. (2016). Moral distress among social workers: The role of insufficient resources. *International Journal of Social Welfare*, 25, 86-97. doi: 10.1111/ijsw.12163

Narusson, D. (2003). Sotsiaaltöötajate tegevusvaldkonnad eesti raviasutustes. *Eesti Arst*, 82(3), 222-227.

Nsonwu, M. B; Casey, K.; Cook, S. W; Armendariz, N. B. (2013). Embodying Social Work as a Profession: A Pedagogy for Practice. *SAGE Open*, 1-8. doi: 10.1177/2158244013503835

Oliver, C. (2013). Social Workers as Boundary Spanners: Reframing our Professional Identity for Interprofessional Practice. *Social Work Education*, 32(6), 773-784. doi: 10.1080/02615479.2013.765401

Peters, S. C. (2018). Defining social work leadership: a theoretical and conceptual review and analysis. *Journal of Social Work Practice*, 32(1), 31-44. doi: 10.1080/02650533.2017.1300877

Pockett, R. ja Beddoe, L. (2017). Social work in health care: An international perspective. *International Social Work*, 60(1), 126–139. doi: 10.1177/0020872814562479

Pollitt, C. ja Bouckaert, G. (2011). *Public Management Reform, a Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.

Rank, M. ja Hutchison, W. (2000). An analysis of leadership within the social work profession. *Journal of Social Work Education*, 36(3), 487–502.

Ravalier, J. M. (2018). Psycho-Social Working Conditions and Stress in UK Social Workers. *British Journal of Social Work*, 0, 1-20. doi: 10.1093/bjsw/bcy023

Reisch, M. (2012). The Challenges of Health Care Reform for Hospital Social Work in the United States. *Social Work in Health Care*, 51(10), 873-893. doi: 10.1080/00981389.2012.721492

Rubin, H. J ja Rubin, I. S. (2012). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. Thousand Oaks: Sage Publications.

Ruch, G. (2012). Where Have All the Feelings Gone? Developing Reflective and Relationship-Based Management in Child.Care Social Work. *British Journal of Social Work*, 42, 1315-1332. doi: 10.1093/bjsw/bcr134

Sanderson, I. (2003). Is it 'what works' that matters? Evaluation and evidence-based policy making. *Research Papers in Education*, 18(4), 331-345. doi: 10.1080/0267152032000176846

Sanger, M. ja Giddings, M. M. (2012). A Simple Approach to Complexity Theory. *Journal of Social Work Education*, 48(2), 369-376. doi: 10.5175/ JSWE.2012.201000025

Schwandt, T. A. (2005). The Centrality of Practice to Evaluation. *American Journal of Evaluation*, 26(1), 95-105.

Schrecker, T.; Chapman, A. R.; Labonté, R.; De Vogl, R. (2010). Advancing health equity in the global marketplace: How human rights can help. *Social Science & Medicine*, 71, 1520-1526.

Selg, M. (2018). *Sotsiaalpedagoogika lähtub eluilmast ja argipäevast*. Loengukonspekt.

Selg, M. (2012). Sotsiaaltöö konteksti kujundavad diskursused. J. Strömpl, M. Selg, M. Linno (toim), *Narratiivne lähenemine sotsiaaltöö uurimuses: Laste väärkohtlemise lood* (62-113). Tartu: TÜ kirjastus.

Selg, M. (2019). *Sotsiaaltöötajate (laiemas mõttes) tööalane toetamine*. Loengukonspekt.

Sewell, K. M. (2018). Social Work Supervision of Staff: A Primer and Scoping Review (2013–2017). *Clinical Social Work Journal*, 46, 252–265. doi: 10.1007/s10615-018-0679-0

Sewpaul, V. ja Jones, D. (2005). Global standards for the education and training of the social work profession. *International Journal of Social Welfare*, 14, 218-230.

Shanks, E.; Lundström, T. ja Wiklund, S. (2015). Middle Managers in Social Work: Professional Identity and Management in a Marketised Welfare State. *British Journal of Social Work*, 45, 1871–1887. doi:10.1093/bjsw/bcu061

Skakon, J.; Nielsen, K.; Borg, V. ja Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, 24(2), 107-139. doi: 10.1080/02678373.2010.495262

Skinner, K. (2010). Supervision, Leadership and Management: Think Piece. Z. van Zwanenberg (toim), *Leadership in Social Care* (39-53). London: Jessica Kingsley Publishers.

Sotsiaalhoolekande seadus (21.04.2020). Riigi Teataja I. Kasutatud 01.08.2020, <https://www.riigiteataja.ee/akt/121042020038>

Sotsiaaministeerium. (2020). Haiglavõrk. Kasutatud 22.04.2020, <https://www.sm.ee/et/haiglavork>

Staniforth, B.; Fouché, C.; O'Brien, M. (2011). Still doing what we do: Defining social work in the 21st century. *Journal of Social Work*, 11(2), 191-208. doi: 10.1177/1468017310386697

Stinglhamber, F. ja Vandenberghe, C. (2003). Organizations and supervisors as sources of support and targets of commitment: A longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 251–270.

Tafvelin, S.; Hyvönen, U.; Westerberg, K. (2014). Transformational Leadership in the Social Work Context: The Importance of Leader Continuity and Co-Worker Support. *British Journal of Social Work*, 44, 886-904.

Tafvelin, S.; Armelius, K. ja Westerberg, K. (2011). Toward Understanding the Direct and Indirect Effects of Transformational Leadership on Well-Being: A Longitudinal Study.

Journal of Leadership & Organizational Studies, 18(4), 480–492. doi: 10.1177/1548051811418342

Tammsaare, A. H. (1926). *Tõde ja õigus*. Tartu: Noor-Eesti Kirjastus.

Taylor, L. D.; Coffey, D. S.; Kashner, M. T. (2016). Interprofessional Education of Health Professionals: Social Workers Should Lead the Way. *Health & Social Work*, 41(1), 5-8.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (08.01.2020). *Riigi Teataja I*. Kasutatud 22.02.2020, <https://www.riigiteataja.ee/akt/108012020013>

Tham, P. ja Strömberg, A. (2020). The Iron Cage of Leadership—the Role of First-Line Managers in Child Welfare. *British Journal of Social Work*, 50, 369–388. doi: 10.1093/bjsw/bcz156

Thompson, N. (2016). *The Professional Social Worker: Meeting the Challenge*. London: Palgrave.

Thompson, N. (2015). *Understanding Social Work: Preparing for Practice*. London: Palgrave.

Thyer, B. A. (2015). It is Time to Delink Psychodynamic Theory from the Definition of Clinical Social Work. *Clinical Social Work Journal*, 45(4), 364-366.

Udo, C.; Forsman, H.; Jensfelt, M. ja Flink, M. (2019). Research Use and Evidence-Based Practice Among Swedish Medical Social Workers: A Qualitative Study. *Clinical Social Work Journal*, 47, 258-265.

van Ewijk, H. (2016a). Sotsiaaltöö teadmus. M. Selg (toim), *Mõtisklusi sotsiaaltööst* (12-14). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

van Ewijk, H. (2016b). Sotsiaaltöötajate juhtimine. M. Selg (toim), *Mõtisklusi sotsiaaltööst* (29-31). Tallinn: Tervise Arengu Instituut.

Van Robaeys, B.; Raeymaeckers, P; van Ewijk, H. (2018). Contextual - transformational social work in superdiverse contexts: An evaluative perspective by clients and social workers. *Qualitative Social Work*, 17(5), 676-691. doi: 10.1177/1473325016683793

van Zwanenberg, Z. (2010). Leadership for 21st Century Social Work. Z. van Zwanenberg (toim), *Leadership in Social Care* (13-26). London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Waitzkin, H. (2016). Social Work in a Medical Clinic: The Nature and Course of Referrals to the Social Worker. *American Journal of Public Health*, 106(2), 232-234.

Wang, P. ja Rode, J. C. (2010). Transformational leadership and follower creativity: The moderating effects of identification with leader and organizational climate. *Human Relations*, 63(8), 1105–1122. doi: 10.1177/0018726709354132

Webster, M. (2010). Complexity approach to frontline social work management: Constructing an emergent team leadership design for a managerialist world. *Social Work & Social Sciences Review*, 14(1), 27-46. doi: 10.1921/095352210X518162

Wilken, J. P. (2013). Praktika loomine. Sotsiaaltöötaja kui meister. *Sotsiaaltöö*, 5, 9-10.

Witkin, S. L. (2012). Beginning the Journey. S. L. Witkin (toim), *Social Construction and Social Work Practise: interpretations and innovations* (1-13). New York: Columbia University Press

WHO: Constitution of the World Health Organization. (1946). Kasutatud 16.08.2020, <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Yin, R. K. (2011). *Qualitative research from start to finish*. New York: The Guildford Press.

Yliruka, L. ja karvinen-Niinikoski, S. (2013). How can We Enhance Productivity in Social Work? Dynamically Reflective Structures, Dialogic Leadership and the Development of Transformative Expertise. *Journal of Social Work Practice:*

Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community, 27(2), 191-206.
doi: 10.1080/02650533.2013.798157

LISA 1 Intervjuu kava

Intervjuu kava on kuni töö valmimiseni ja positiivsele hindele kaitsmiseni konfidentsiaalne ja soovin, et see oleks kättesaadav ainult uurimuse läbiviimiseks loa andmisega seotud isikutele.

Tutvustus. Täna Teid, et olete leidnud aega uurimuses osaleda. Palun Teilt luba intervjuu salvestada, et selle põhjal hilisem andmeanalüüs teostada. Kinnitan, et tagan Teie konfidentsiaalsuse seeläbi, et ei esita magistritöös teavet, mis lubaks asutust, üksust ja isikuid tuvastada.

Teil on õigus igal hetkel intervjuueerimine katkestada ja mõnele küsimusele vastamata jätta. Kui see soov tekib, andke kohe märku.

Enne alustamist on Teil ehk mulle mõni küsimus?

Küsimused ja teemad

Taust

- Kaua Te olete töötanud haiglas, sotsiaaltöötaja vahetu juhina?
- Missugused on Teie kogemused olnud sotsiaaltöötajatega? (eraelus, tööalaselt)
- Kuidas Te suhtlete/kokku puutute tööalaselt sotsiaaltöötajatega?

Käsitus sotsiaaltöötajast (taust, roll ja tööülesanded)

- Milline peab Teie meelest üks sotsiaaltöötaja olema? Millistele nõuetele vastama?
- Missugune on sotsiaaltöötaja roll haiglas?
- Millised on peamised teemad ja tööülesanded, millega sotsiaaltöötajad oma igapäevatoos tegelevad?
- Kellele on sotsiaaltöötajast kasu? Kes tema poole pöörduvad/ tema abi kasutavad?
- Sotsiaaltöötaja koht haigla struktuuris.
 - ↓ arstid;
 - ↓ õed, abiõed, ämmaemandad, laborandid, radioloogiatehnikud;

- ↓ põetajad, hooldajad;
- ↓ kliinilised spetsialistid;
- ↓ tugipersonal.

- Kuidas järjestaksite järgmised töötajad: põetaja, hooldaja, psühholoog, logopeed, füsioterapeut, tegevusterapeut, sotsiaaltöötaja, haiglaõpetaja, eripedagoog, hingehoidja, sekretär tähtsuse järjekorras, alustades vähem tähtsamast ja lõpetades tähtsaimaga lähtudes haigla eesmärkidest?
- Kuidas toimub sotsiaaltöötajate töölevõtmine? Kas olete selles osalenud? Palun kirjeldage seda protsessi ja oma rolli selles.

Tööalane juhtimine ja juhendamine

- Olete oma üksuse juht. Palun kirjeldage, milliseid juhtimisfunktsioone täidate.
- Sotsiaaltöötaja väljaõpetamine ja juhendamine tööle asumisel, töötamisel. Kes? Kuidas? Kui kaua juhendatakse uut töötajat? Kui tihti juhendatakse pikema ajalist töötajat?
- Sotsiaaltöötaja pädevus ja töö kvaliteet. Koolitusvajadus ja -võimalused.
- Missugusena näete enda rolli, et sotsiaaltöötajate töö ilusti tehtud saaks? Kes otsustab haiglas, mis on sotsiaaltöötaja tööülesanded? Kas sotsiaaltöötajal on ametijuhend? Kas sotsiaaltöötajal on sellest oma töös abi?
- Käitumisjuhised eetilisel või ravialasel keerukates olukordades. On Teie asutuses käitumisjuhised määratletud? Kui jah, siis kes neid koostab ning tagab nende aja- ja asjakohasuse, jälgib nende täitmist?
- Kuidas saab sotsiaaltöötaja teada, kas tema tööga ollakse rahul või mitte? Tagasiside andmine ja tunnustamine. Millisel viisil? Kui tihti? Kes (juht, kliendid, personal, võrgustik ja koostööpartnerid)?

Tööalane toetamine

- Kas tervishoiusüsteemi töötajatel on mingi eripära? Kui jah, siis mis see olla võiks?
- Kuidas toetada sotsiaaltöötajat, nii et tal püsiks sära silmades? Kuidas ta ise saaks ennast toetada? Millest sotsiaaltöötaja puudust võiks tunda?

- Kellelt ja kuidas saab toetust? (ametikaaslased? töökaaslased? tööandja? seltsid/liidud?) Supervisioon, kovisioon, hingehoid.
- Kuidas ära tunda läbipõlenud töötajat?
- Keerulised ja ohtlikud olukorrad (nii patsiendi kui ka haigla personali jaoks). Abi küsimine ja kutsumine (paanikanupu olemasolu).
- Töökeskkonda peetakse töö tulemuslikkusele ja töötaja rahulolu hoidmisel väga oluliseks. Palun kirjeldage, milline on Teie arvates toetav töökeskkond. Kuidas saaks töökeskkond sotsiaaltöötajat toetada?
- Kas sotsiaaltöötaja tunneb end kollektiivi liikmena? Millest seda näete? (puhkeruumis kohvitamine, koos lõunal käimine, isiklikel teemadel rääkimine jms) Osaleb ühisüritustes? Saab sama info, mis meditsiinipersonal?
- Füüsiline keskkond, tööruum ja töövahendid (turvalisus, ergonomilisus, kohandamisvõimalused).
- Tööaeg: õigus ise otsustada, oma aega jagada, kohaloleku kontrollimine.

Aitäh! Minul rohkem küsimusi ei ole. Kas on midagi, millest me täna rääkinud ei ole, kuid Te peate oluliseks temaga seoses lisada?

Aitäh veelkord, et leidsite aega uurimuses osaleda ja minu magistratöösse panustada!

LISA 2 Uurimuses osalemise nõusolek

Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

Uurimistööd „Sotsiaaltöötajate kui mitte-meditsiinilise personali juhtimine ja tööalane toetamine haigla kontekstis“ viib läbi Tartu Ülikooli ühiskonnateaduste instituudi sotsiaaltöö ja sotsiaalpoliitika eriala magistrant Carolyn-Angelika Liblik lõputöö raames. Töö juhendaja on sotsiaaltöö eriala õppejõud Marju Selg.

Uurimistöö eesmärk on välja selgitada, kuidas vahetud juhid käsitavad tervishoiusotsiaaltöötajate kui mitte-meditsiinilise personali juhtimist ja tööalast toetamist haigla keskkonnas. Uurimistöö raames on plaanitud intervjuuerida 8-10 tervishoiusotsiaaltöötaja vahetut juhti Eesti erinevates raviasutustes. Uurimuse läbiviimiseks on planeeritud käesoleva aasta aprill-mai. Intervjuudes osalejatega kokkulepete saamiseks kontakteerutakse nendega raviasutuste veebilehtedel olevate avalike telefonide ja meiliaadresside kaudu. Uurimuses osalemine on vabatahtlik.

Intervjuu salvestatakse diktofoniga, et teostada selle põhjal hilisem andmeanalüüs. Intervjuu käigus võib intervjuuerija märkmeid teha. Uurimuses osalejatele on tagatud konfidentsiaalsus, mis tähendab, et töös ei esitata teavet, mis lubaks tuvastada intervjueeritava isikut ja töökohta. Analüüsis avaldatakse ainult intervjuu tsitaadid. Keegi peale intervjuerija ja töö juhendaja intervjuud ei kuule ning pärast uurimuse analüüsi intervjuu helisalvestus hävitatakse. Intervjuu küsimustele vastamisel ei ole olemas õigeid või valesid vastuseid: oluline on intervjueeritava arvamus ja seisukohad. Uurimuses osalemisest või mõnele küsimusele vastamisest on võimalik igal hetkel loobuda. Magistriuurimus avaldatakse Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace, kus uurimuses osalenutel ja teistel huvilistel on võimalik sellega tutvuda.

Nõusolek

Mind,, on informeeritud ülalmainitud uuringust ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu meetodikast. Kinnitan allkirjaga oma nõusolekut uurimuses osalemiseks.

Tean, et uurimuse käigus tekkivate küsimuste kohta annab mulle täiendavat informatsiooni

Uuritava allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi

Uuritavale informatsiooni andnud isiku allkiri

Kuupäev, kuu, aasta