

TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL
Majandusteaduskond
Ärikorralduse instituut
Organisatsiooni ja juhtimise õppetool

Madis Sein

**PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA JUHTIVTÖÖTAJATE
VALMISOLEK VÕRGUSTUMISEGA SEOTUD
MUUDATUSTEKS**

Bakalaureusetöö

Juhendaja: lektor Virve Siirde

Tallinn 2015

Olen koostanud töö iseseisvalt.

Töö koostamisel kasutatud kõikidele teiste autorite töödele, olulistele seisukohtadele ja andmetele on viidatud.

Madis Sein

Üliõpilase kood: 090160

Üliõpilase e-posti aadress: madissein@gmail.com

Juhendaja lektor Virve Siirde:

Töö vastab bakalaureusetööle esitatud nõuetele

.....

(allkiri, kuupäev)

Kaitsmiskomisjoni esimees:

Lubatud kaitsmisele

.....

(ametikoht, nimi, allkiri, kuupäev)

SISUKORD

ABSTRAKT.....	5
SISSEJUHATUS.....	6
1. HAIGLATE VÕRGUSTUMISE JA PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA TUTVUSTUS.....	8
1.1. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020	8
1.2. Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020	11
1.3. Põhja-Eesti Regionaalhaigla tutvustus	13
1.4. Põhja-Eesti Regionaalhaigla võrgustumise strateegia	16
2. MUUDATUSTEKS VALMISOLEKU TEOREETILISED ALUSED	19
2.1. Muudatuste juhtimine	19
2.2. Muudatusteks valmisolek	22
2.3. ADKAR muudatuste juhtimise mudel.....	24
3. REGIONAALHAIGLA JUHTIVTÖÖTAJATE MUUDATUSTEKS VALMISOLEKU UURING	39
3.1. Uuringu meetod	39
3.2. Uuringu tulemused ja analüüs	41
3.3.1. Teadlikkus.....	43
3.3.2. Soov	44
3.3.3. Teadmised.....	45
3.3.4. Võimekus	46
3.3.5. Tunnustamine.....	47
3.3. Uuringu järeldused ja ettepanekud	48
4. KOKKUVÕTE.....	51
VIIDATUD ALLIKAD.....	54
SUMMARY	56
LISAD	59
Lisa 1. Uuringu vastuste jagunemine sotsiaaldemograafiliste näitajate järgi.....	59
Lisa 1 järg	60

Lisa 2. Eestikeelne kaaskiri ja küsitluse ankeet (koos kogu valimi vastuste jaotusega)	61
Lisa 2 järg	62
Lisa 2 järg	63
Lisa 2 järg	64
Lisa 2 järg	65
Lisa 3. Küsitluse ankeedi ADKAR jaotus	66
Lisa 4. Statistilise analüüsi tulemused	67

ABSTRAKT

Antud bakalaureusetöö eesmärgiks oli hinnata Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisolekut haiglate võrgustumisega seotud muudatusteks. Töö probleemiks oli varasema sarnase uuringu puudumine, eelnevalt pole üksikisiku tasandil muudatusteks valmisolekut mõõdetud. Uurimismeetodina kasutati kvantitatiivset läbilõikeuuringut ja andmekogumismeetodina struktureeritud ankeetküsitlust. Uuring viidi läbi Põhja-Eesti Regionaalhaigla personaliosakonna vahendusel perioodil 17.–28.04.2015. Kokku õnnestus saada 32 elektrooniliselt täidetud ankeetvastust. Vastavate andmete analüüsiks ja töötlemiseks kasutati kirjeldavat statistikat (aritmeetilist keskmist, moodi, standardhälvet).

Uuringu tulemuseks võib öelda, et Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisolek muudatusteks on keskmisel tasemel. Üle keskmise on teadlikkus vajadusest muudatuste järele. Keskmised on soov osaleda, teadmised ja võimekused muudatuste läbiviimiseks. Kõige nõrgem oli näitaja toetuse osas. Üldistavalt vastuseisupunkte ei esinenud.

Võtmesõnad: ADKAR, muudatuste juhtimine, muudatusteks valmisolek, tervishoiu arengukava, haiglate võrgustumine.

SISSEJUHATUS

Tervishoiu spetsialistid on üldjuhul kõrgelt kvalifitseeritud inimesed. Kuna see on nende eduks vajalik, siis peavad nad oma unikaalseid oskusi ja sügavaid teadmisi pidevalt värskendama. Sellest tulenevalt peavad juhid üldiste muudatuste esile kerkides küsima, kui palju peavad inimeste teadmised, oskused ja võimekused sobituma uute tööülesannetega. (Burke *et al.*, 1996)

Muutus on organisatsiooni jaoks pidev protsess. Nagu ütleb Smith (2005, 408), on organisatsiooni muudatuste juhtimine väga suures osas just inimeste juhtimine selles protsessis.

Autor täheldab, et Eesti tervishoius toimuvad käesoleval hetkel suured ja olulised muudatused. Eesti rahvastiku tervise arengukava 2009–2020 näeb ette tervishoiusüsteemi ümberkorraldused, mis on vajalikud tervishoiuasutuste vahelise koostöö parandamiseks ning ressursside (nii inimeste, seadmete kui ka finantsressursside) jätkusuutlikkuse tagamiseks. Haiglavõrgu arendamise üheks tegevussuunaks on võrgustumine, aastaks 2020 peab enamus üldhaiglatest olema koondunud kas Põhja-Eesti Regionaalhaigla või Tartu Ülikooli Kliinikumi ümber.

Autori arvates tähendab see Regionaalhaigla ja tema personali jaoks uut moodi enesemääratlust, mõtlemist ja tegutsemist. Võrgustumise käigus tuleb ühendada erinevate haiglate tööprotseduurid, IT-lahendused, arstide ja patsientide liikumise põhimõtted.

Antud bakalaureusetöö eesmärgiks on uurida Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisolekut haiglate võrgustumisega seotud muudatusteks. Töö probleemiks on varasema sarnase uuringu puudumine, eelnevalt pole üksikisiku tasandil muudatusteks valmisolekut mõõdetud. Autor püstitab järgmise uurimisküsimuse: millisel tasemel on Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisolek võrgustumisega seotud muudatusteks?

Küsimusele vastuse saamiseks seadis autor ülesandeks:

- anda ülevaade Eesti haiglavõrgu arengukavast;
- tutvustada Põhja-Eesti Regionaalhaiglat ja muudatustega seotud tegevuskavasid;

- anda ülevaade muudatusteks valmisoleku teoreetilistest alustest ja ADKAR muudatuste juhtimise mudelist;
- viia läbi küsitlus Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhtivtöötajatega;
- selgitada välja juhtivtöötajate valmisolek võrgustumisega seotud muudatusteks.

Uuritavaks objektiks on Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhtivtöötajate muudatusteks valmisoleku tase. Tegu on empiirilise uurimusega, kus uurimismeetodina kasutakse kvantitatiivset läbilõikeuuringut. Andmekogumismeetodina kasutatakse struktureeritud ankeetküsitlust ning andmete analüüsiks ja töötlemiseks kasutatakse programmi MS Excel. Andmeanalüüsiks kasutatakse kirjeldavat statistikat (aritmeetilist keskmist, moodi, standardhälvet).

Töö aluseks on Prosci uuringufirma poolt välja töötatud ADKAR muudatuste juhtimise mudel. Hiatt sõnul on ADKAR oma olemuselt individuaalse muudatuse juhtimise mudel (Hiatt 2006, 43). Antud mudeli baasil koostati küsimustik, mis saadeti Põhja-Eesti Regionaalhaigla personaliosakonna poolt valitud juhtivtöötajatele. Ankeetküsimustiku täitis ära 32 vastajat.

Bakalaureusetöö on jagatud kolmeks peatükiks. Esimeses peatükis tutvustatakse haiglate võrgustumist ja Põhja-Eesti Regionaalhaiglat. Teises peatükis tutvustatakse muudatusteks valmisoleku teoreetilist baasi ja ADKAR mudelit. Kolmandas peatükis uuringu meetodit ja uuringu tulemusi, tehtud analüüsi ja ettepanekuid. Küsimustik on toodud lisades.

Autor tänab bakalaureusetöö juhendaja Virve Siirdet, suunamise ja vastutulekute eest. Samuti tänab autor Põhja-Eesti Regionaalhaiglast Meelis Roosimägi, personaliosakonda jt, kes aitasid uuringu läbiviimisele kaasa.

1. HAIGLATE VÕRGUSTUMISE JA PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA TUTVUSTUS

Käesolevas peatükis tutvustab autor Põhja-Eesti Regionaalhaiglat (edaspidi Regionaalhaigla) ja annab olukorra mõistmiseks ülevaate Eesti haiglate võrgustumise arengukavadest, mis mõjutavad Regionaalhaigla muudatuste protsessi ja selleks valmistumist.

1.1. Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020

Seadusest tulenevalt kehtestatakse Eesti Vabariigi Valitsuse määrusega haiglavõrgu arengukava, milles määratakse tervishoiuteenuste ühtlase kättesaadavuse tagamiseks piirkondlike haiglate, keskhaiglate, üldhaiglate, kohalike haiglate, taastusravihaiglate ja õendushaiglate loetelu ning vajalikud investeeringud haiglate loetelus nimetatud haiglate ehitamiseks, renoveerimiseks ja ümberprofileerimiseks. (Tervishoiuteenuste korraldamise ... 2015)

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus määrab, et haiglavõrgu arengukava koostamist korraldab Sotsiaalministeerium, kaasates sellesse asjassepuutuvaid valitsusväliseid organisatsioone (*Ibid*). Üheks selliseks arengukavaks on Rahvastiku Tervise Arengukava 2009–2020, mis lähtub Vabariigi Valitsuse püstitatud prioriteedist pikendada eluiga ja tõsta elukvaliteeti. Arengukava on koostatud 2008. aastal ja täiendatud 2012. aastal. Rahvastiku tervise arengukavaga püstitatakse strateegilisi eesmärke rahvastiku tervise jätkuvaks parandamiseks. (Tervis. Rahvastiku Tervise ... 2015)

„Arengukava väljatöötamises osalesid erinevate töörühmade ning avalike arutelude kaudu suur hulk inimesi erinevatest rahvusvahelistest organisatsioonidest, ministeeriumidest, maavalitsustest, kohalikest omavalitsustest, mittetulundusühingutest, erasektorist ning erinevatest sidus-, siht- ja huvirühmadest. Arengukavas on eraldi välja toodud viis temaatilist valdkonda, mis kajastavad sotsiaalse sidususe ja võrdsete võimaluste suurendamist, lastele

tervisliku ja turvalise arengu tagamist, tervist toetava keskkonna kujundamist, tervislike eluviiside soodustamist ning tervishoiusüsteemi jätkusuutlikkuse kindlustamist.“ (Rahvastiku Tervise ... 2008, 3)

Autor keskendub seoses uurimustööga edaspidi arengukava viiendale valdkonnale – tervishoiusüsteemi areng. Arengukavas tuuakse valdkonda kirjeldades välja uuringu tulemus, mille kohaselt mõjutab tervishoiusüsteem inimeste tervist kuni 30% ulatuses. See näitab, et iga tervishoiupoliitiline otsus mõjutab rahvastiku heaolu ja tervist. Kuna ühiskonna arenguga kaasnevad uued ülesanded, siis eeldab nende lahendamine tasakaalu leidmist ja kompromissi ühiskonna erinevate huvigruppide vahel. Tervishoiusüsteemi juhtimine tähendab tasakaalu loomist vajaduste ja võimaluste vahel, tagades inimestele vajadustele vastava kvaliteetse tervishoiuteenuse kättesaadavuse ressurside optimaalse kasutamise kaudu. (*Ibid.*, 52)

„Eesti tervishoiusüsteemis on tervishoiu korraldamises ja tervishoiuteenuste kättesaadavuse tagamises tähtis roll avalikul sektoril. Samas on tervishoiusüsteemi toimivuse ja paindlikkuse suurendamiseks rakendatud mitmeid erasektori põhimõtteid. Seetõttu tegutsevad kõik tervishoiuteenuse osutajad eraõiguse alusel. Perearstid on valdavalt kas füüsilisest isikust ettevõtjad või äriühingute omanikud ja palgatöötajad ning haiglad sihtasutused või aktsiaseltsid. Selleks, et paremini tagada haiglate tegutsemise eesmärkide vastavus avalikele huvidele, on haiglate omanikeks kas riik, kohalik omavalitsus või muu avalik-õiguslik organisatsioon, kes haiglate nõukogude kaudu suunavad haiglate tegevjuhtkonna igapäevategevust.“ (*Ibid.*)

„Lisaks ressurside optimaalsele kasutamisele peab ravi järjepidevuse tagamiseks olema tervishoiusüsteem patsiendikeskne. Selle oluliseks eelduseks on esmatasandi, eriarstiabi ja hooldusravi/hoolekande vaheline koostöö ning koordineeritus. Oluline on ka patsiendi informeeritus, mis ühelt poolt tähendab oskust orienteeruda tervishoiusüsteemis ning teisalt teadlikkust oma terviseprobleemidest ning ravivõimalustest.“ (*Ibid.*)

Tervishoiusüsteemi üheks peamiseks probleemiks on ressursid (Rahvastiku Tervise ... 2008, 52-53):

- Tervishoiuteenuste osutajate inimressursid ja infrastruktuuri võimsus on piiratud.
- Tervishoiutöötajate pädevushindamine pole piisavalt koordineeritud.
- Puudub hindamissüsteem, mis võimaldaks tuvastada, kui suur on vajadus kallihinnalise meditsiinitehnoloogia järele.

Lähtuvalt eelnevast on valdkonna üheks prioriteediks patsiendikeskne tervishoiusüsteem, kus töötavad kvalifitseeritud ja motiveeritud tervishoiutöötajad. Täiendavad tegevused selle rakendamiseks on eriarstiabi ja haiglavõrgu korraldamine tagamaks vajaduspõhised, kvaliteetsed ja kättesaadavad eriarstiabiteenused ja piisavate ressursside tagamine tervishoiusüsteemi toimimiseks (motiveeritud ja pädevad töötajad, optimaalne rahastamine ning kaasaegne infrastruktuur, ohutud, kvaliteetsed ja kättesaadavad ravimid, veretooted ja meditsiiniseadmed) (Rahvastiku Tervise ... 2008, 56-57):

- Jätkata haiglavõrgu optimeerimist, luues üldhaiglate restruktureerimiseks õiguslikud eeldused ja toetavad rahastamismeetmed.
- Jätkata haiglavõrgu pädevuskeskuste tugevdamist kaasaegse infrastruktuuri loomisse jätkuvalt investeerides ja õiguslikke eeldusi täpsustades.
- Töötada välja ja viia ellu haiglavõrgu ja esmatasandi tervishoiu arengusuunad aastani 2020.
- Toetada investeringuid esmatasandi tervisekeskuste infrastruktuuritaristusse elanikkonna tõmbekeskustes, tagades kättesaadavad ja mitmekülgsed esmatasandi teenused.

Arengukava annab haiglatele järgmised soovituslikud tegevused (*Ibid.*):

- Analüüsida tervishoiutöötajate rahulolu ja suurendada seda motivatsioonisüsteemi kaudu.
- Korraldada, hinnata ja toetada tervishoiutöötajate täiendusõpet.
- Prioritiseerida tervisedendust ja haiguste ennetustegevust.
- Korraldada regulaarselt pädevushindamist.
- Tõhustada koostööd Tartu Ülikooliga ja tervishoiu kõrgkoolidega personali planeerimiseks, koolitamiseks ja tööle värbamiseks.
- Ehitada välja nüüdisaegne infrastruktuur, lähtudes seejuures meditsiini arengust ja vajadusest arstiabi järele.
- Võtta kasutusele nüüdisaegsed infotehnoloogilised ja sidevahendid (sh telemeditsiin).

1.2. Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020

„Dokument „Eesti tervishoiu arengusuunad 2020“ sõnastab rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 viienda alaeesmärgi tervishoiusüsteemi arengu täitmiseks. Dokument toob välja, et ressursside piiratusest tulenevalt on eriarstiabi koondumas üha rohkem suurematesse kompetentsikeskustesse (üle 80% eriarstiabist osutatakse kesk- ja piirkondlikes haiglates). Samal ajal on väiksemates maakonnahaiiglates voodihõive madal. Tervishoiusüsteemi ümberkorraldused on vajalikud tervishoiuasutuste vahelise koostöö parandamiseks ning möödapääsmatud ressursside (nii inimeste, seadmete kui ka finantsressursside) jätkusuutlikkuse tagamiseks. Piirkondlike haiglate tasandil on kõikidel arstlikel erialadel vajalik välja arendada pädevuskeskuste võrk, mis aktiivses koostöös esmatasandi terviseteenuste osutajatega tagab jätkusuutliku ning kvaliteetse eriarstiabi osutamise kogu elanikkonnale. Selle võrgustiku rollijaotus ja koostöö korraldus tugineb dokumendil „Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020.“ (Eesti tervishoiu ... 2008, 2)

„Olulise nüansina toob nimetatud dokument välja, et hästi korraldatud eriarstiabi peab tagama kvaliteetse eriarstiabi jätkusuutlikkuse ning ühiskonna jaoks aktsepteeritava kättesaadavuse. Selleks tuleb ühiskonna piiratud ressursse (tervishoiutöötajaid, tehnoloogiat, raha) mõistlikult süsteemis jaotada. Koduläheduse printsiip on oluline esmatasandi teenuste puhul, kuid nii ambulatoorse kui statsionaarse eriarstiabi planeerimisel tuleb leida mõistlik ning ühiskonnale jõukohane ja vastuvõetav tasakaal kvaliteedi, ratsionaalse ressursikasutuse ja koduläheduse vahel. Kõigi vajalike muudatuste planeerimine ja elluviimine haiglavõrgus peab toimuma pädevuskeskuste, väiksemate haiglate ja teiste eriarstiabi osutajatega sisulises tasakaalustatud võrgustikupõhises koostöös, et kõik vajalikud muudatused süsteemis toimuksid sujuvalt, pädevuskeskuste võimekust arvestavalt ning tagatud oleks katkematu eriarstiabi vajalikus mahus.“ (*Ibid.*, 10)

Maakonnakeskustes on abi parema seostatuse, koostöö ja ratsionaalse ressursikasutuse saavutamiseks suund eriarstiabi ja esmatasandi teenuste osutajate toimimisele ühisel taristul. Haiglavõrgu edasised arengud peavad eriarstiabi kättesaadavuse tagamisel olema suunatud eelkõige (*Ibid.*):

- eriarstiabi kvaliteedi ja ohutuse tagamisele;
- ressursside ratsionaalsele kasutusele süsteemis;
- süsteemi jätkusuutlikule toimimisele.

„Haiglate võrgustumise all mõistetakse eri liiki haiglate koostööprotsessi, mille eesmärk on tagada tervishoiuteenuste ühtlane kättesaadavus kogu riigi ulatuses. Võrgustumise käigus tagavad piirkondlikud haiglad (Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum ja Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla) kui pädevuskeskused üld- ja kohalike haiglate vastutuspiirkondades reaalse võimekuse osutada vajalikke eriarstiabi teenuseid.“ (Eesti tervishoiu ... 2008, 11)

Võrgustumise eeldatava positiivse mõjuna haiglavõrgule nimetatakse (*Ibid.*):

- Parem kättesaadavus – võrgustumisel tugevneb pädevuskeskuse tugi kokkulepitud mahus eriarstiabi teenuste osutamiseks kohapeal, milleks maakonnahaiglal ressursid puudub või patsientide vajadusepõhiseks sujuvamaks suunamiseks pädevuskeskusesse.
- Parem teenuste kvaliteet – pädevuskeskuse spetsialistide konsultatiivse toe korraldus maakonnahaigla kolleegidele muutub võrgustumisel süsteemsemaks ühiste kvaliteedisüsteemide rakendumiseni.
- Ressursside ja investeeringute ratsionaalsem kasutamine – väheneb dubleerivate investeeringute vajadus teatud tehnoloogia osas st suureneb võimalus tehnoloogia riskkasutuseks pädevuskeskustega.

Haiglavõrgu ja eriarstiabi valdkonna arendamise peamised tegevussuunad aastani 2020.

„Toetada õiguslikult ja rahastamisel haiglate omavahelist koostööd ja liitumisi vastutuspiirkondade printsiibil, mis võimaldavad süsteemis toimuvaid muudatusi ellu viia tasakaalustatult nii pädevuskeskuste kui väiksemate haiglate poolt aktsepteeritaval viisil.“ (*Ibid.*, 12-13)

„Lähtuda eriarstiabi teenuste tagamisel maakondades kohapeal ratsionaalset personaliressursi ja tehnoloogia kasutust ning pädevust tagavast populatsiooni suurusest maksimaalses võimalikus tasakaalus ühiskonna ootustega. Suunata muudatusi toetavad investeeringud EL eelarveperioodil 2014–2020 pädevuskeskuste taristusse, maakondlikesse tervisekeskustesse, kus haigla ja esmatasand ühtsel taristul toimivad, ning tõmbekeskuste esmatasandi tervisekeskustesse. Tagada piisava, pädeva ja motiveeritud personali koolitamine tervishoiusüsteemile paralleelselt rakendades meetmeid motiveerimaks töötamist Eestis ning sh väljaspool suuri keskuseid“. (*Ibid.*)

1.3. Põhja-Eesti Regionaalhaigla tutvustus

„Üheks „Rahvastiku tervise arengukava 2009–2020” elluvijaks on Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla, mis edendab sotsiaalset sidusust ja võrdsete võimalustega tõhusat ja patsiendikeskset tervishoiusüsteemi oma strateegiate kaudu. Regionaalhaigla arengukava lähtub oma tegevustes ka „Eesti tervishoiu arengusuundadest aastani 2020“, haiglavõrgu arengukava, arstlike erialade arengukavade, „Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustrateegia 2011–2020” ning Eesti Haigekassa arengukava põhimõtetest.“ (SA Põhja-Eesti ... 2015, 1)

„Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla (edaspidi Regionaalhaigla) moodustati Vabariigi Valitsuse 25. juuli 2001. aasta korraldusega nr 556-k. Vastavalt korraldusele ühendati Regionaalhaiglaks seitse raviasutust: Mustamäe Haigla, Eesti Onkoloogiakeskus, Tallinna Psühhiaatriaigla, Kivimäe Haigla, Nahahaiguste Haigla, Kutsehaiguste Kliinik, Arstlik Perenõuandla. 2003. aastal liideti Regionaalhaiglaga Keila Haigla ning 2006. aastal Põhja-Eesti Verekeskus.“ (*Ibid.*)

„Regionaalhaiglast saab aastas eriarstiabi ligi 140 000 patsienti, kellest peaaegu 38 000 ravitakse haigla 1232 ravivoodil. Erakorralist abi antakse ligikaudu 76 000 patsiendile aastas, ööpäevas ligi 210 patsiendile. Regionaalhaigla peamine teeninduspiirkond on Tallinn (ca 53% haigla patsientidest), Harjumaa (ca 18% haigla patsientidest) ning Ida-, Kesk-, ja Lääne-Eesti maakonnad. Piirkondliku haiglana osutatakse arstiabi 30 arstlikul erialal: anestesioloogia, dermatoveneroloogia, endokrinoloogia, erakorraline meditsiin, gastroenteroloogia, hematoloogia, infektsioonhaigused, kardioloogia, kardiovaskulaarkirurgia, laborimeditsiin, nefroloogia, neurokirurgia, neuroloogia, oftalmoloogia, otorinolarüngoloogia, onkoloogia, ortopeedia, patoloogia, psühhiaatria, pulmonoloogia, radioloogia, rekonstruktiiv- ja plastikakirurgia, reumatoloogia, sisehaigused, günekoloogia, suu-, näo- ja lõualuukirurgia, taastusravi ja füsiaatria, torakaalkirurgia, töötervishoid, uroloogia, üldkirurgia.“ (*Ibid.*)

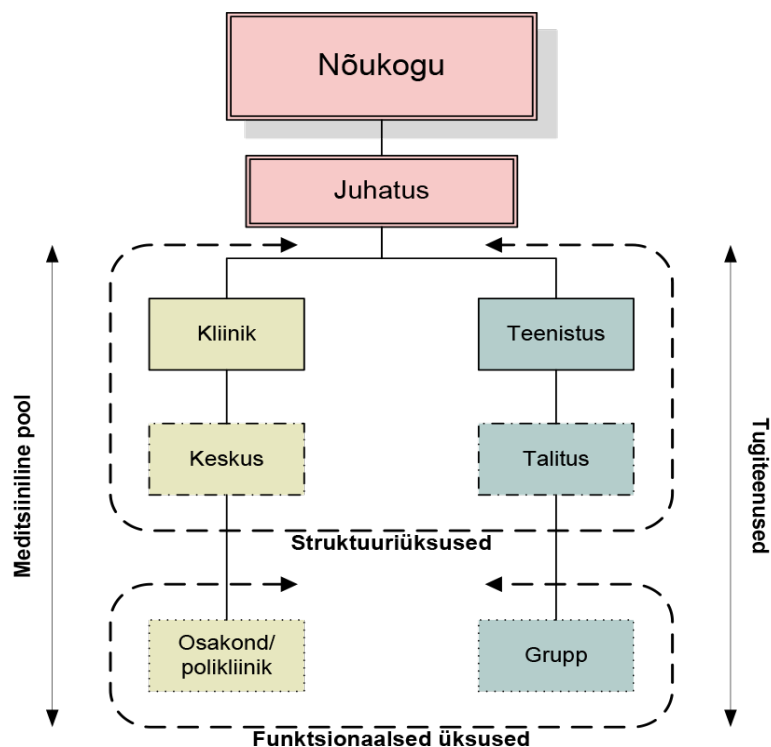
Regionaalhaiglas töötab 31.12.2014 seisuga 3846 inimest. Töötajad jagunevad 7 kliinikuks (meditsiiniline struktuur) ja 17 teenistuseks (tugistruktuur). Töötajatest kõige suurema grupi moodustavad õendus-hooldustöötajad – kokku 2286 töötajat; arste on Regionaalhaiglas 535. (Majandusaasta aruanne ... 2014, 3)

„Meditsiinistruktuuri moodustavad anestesioloogia-, diagnostika-, kirurgia-, sisehaiguste, psühhiaatria-, järelravi- ning onkoloogia- ja hematoloogiakliinik. Kliinikut juhib

kliiniku juhataja ning kliiniku töö on korraldatud vastavalt kliiniku põhimäärusele. Kliiniku moodustavad sarnase arstliku valdkonnaga struktuuriüksused – keskused, mida juhib keskuse juhataja. Regionaalhaigla 31 keskust on ühel või mitmel arstlikul erialal statsionaarset ja/või ambulatoorset ravi osutavad administratiivset vastutust kandvad struktuuriüksused. Keskuse koosseisu kuuluvad osakonnad ja polikliinik, mille juhil administratiivset vastutust ei ole.“ (SA Põhja-Eesti ... 2015, 6)

„Tugistruktuuri moodustavad 17 teenistust, mille tööd korraldab ja eelarve raames töötamise eest vastutab teenistuse juhataja. Teenistuse koosseisu kuuluvad talitused, mida juhib talituse juhataja. Tugistruktuuri kuuluvad asjaajamisteenistus, finantsteenistus, haiglaapteek, hanketeenistus, infrastruktuuritehnika teenistus, IT-teenistus, klienditeeninduse teenistus, kommunikatsiooniteenistus, kvaliteediteenistus, majandusteenistus, meditsiinitehnika teenistus, palliatsiooniteenistus, personaliteenistus, teadus- ja arendusteenistus, toitlustusteenistus, turva- ja logistikateenistus ning õigusteenistus.“ (Ibid)

Regionaalhaigla juhtimisstruktuur on neljatasandiline: nõukogu, juhatus, kliinik/teenistus ja keskus/talitus. (SA Põhja-Eesti ... 2015, 6) Joonisel 1 on välja toodud Regionaalhaigla juhtimisstruktuur.



Joonis 1. Regionaalhaigla juhtimisstruktuur.

Allikas: (Regionaalhaigla arengukava 2015-2017)

Regionaalhaiglal on aastateks 2015–2017 järgmised strateegilised eesmärgid (SA Põhja-Eesti ... 2015, 9):

- Suurendada Regionaalhaigla kasutegurit rahvatervisele ja tervishoiusüsteemile, suurendades haigla osatähtsust Eesti Haigekassa eriarstiabi eelarve kuludes ning tagades haiglavõrgu võimekuse maakondades oma vastutuspiirkonnas.
- Saavutada patsientide rahulolu, ohutuse ning ravi tulemuslikkuse kasv.
- Võimaldada tänapäevast eriarstiabi täiendavalt 2000 patsiendile aastas, sh suurendada välisriikide patsientidele osutatava arstiabi mahtu.
- Kinnistada ühtset organisatsioonikultuuri ja väärtuste ning kasvatada personali motiveeritust.
- Jätkusuutliku arengu tagamiseks investeerida meditsiinilisse aparatuuri ja Regionaalhaigla hoonetesse.

Autor toob Regionaalhaigla arengukavast välja kaks põhilist arengusuunda. Esiteks: arendada inimeste juhtimise ja töötajate motivatsiooniga seotud põhimõtteid, oskusi ja süsteeme ning ühtlustada neid üle haigla. (SA Põhja-Eesti ... 2015, 9). Teiseks: luua ühtsema ravidagnostiline ruum läbi järgmiste tegevuste (Ibid., 9):

- arendada koostööd ja partnerlust perearstide ja Regionaalhaiglasse suunavate haiglatega. Selleks edendada nii sihtotstarbelisi koolitusprogramme kui ka omavahelisi tööprotsesse ja sellega seonduvat infovahetust (sh e-konsulteerimine, telemeditsiini rakendused);
- koondada Regionaalhaigla kontserni aastatel 2015-2017 neli haiglat;
- aidata kontsernistunud haiglatel tagada vastutuspiirkonnas (maakondades) kokkulepitud tasemel arstiabi, ühtlane ravikvaliteet, mehitatus ning tugikompetentsid ning taristu ja seadmete arendamine.

Järgnevalt kirjeldab autor lühidalt Põhja-Eesti Regionaalhaigla võrgustumise strateegiat.

1.4. Põhja-Eesti Regionaalhaigla võrgustumise strateegia

„Vabariigi Valitsuselt heakskiidu saanud dokument „Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020“ seab haiglavõrgu arengus kesksele kohale piirkondlike ning üld- ja kohalike haiglate võrgustumise eesmärgiga tagada reaalne võimekus osutada eriarstiabi teenuseid maakondades. Vabariigi Valitsuse 04.07.2014 korraldusega number 296 kinnitatud „Ühtekuuluvuspoliitika fondide rakenduskava 2014–2020“ sätestab Euroopa Komisjoniga sõlmitud „Partnerlusleppe Euroopa struktuuri- ja investeerimisfondide kasutamiseks 2014–2020“ tulemusnäitajana, et rahastamisperioodi lõpuks peab üld- ja kohalike haiglate arv, kus piirkondlik haigla on omandanud osaluse/otsustusõiguse, ulatuma 80 protsendini ehk võrgustunud peaks olema 10 haiglat praegustest üld- ja kohalikest haiglatest. Regionaalhaigla vastutuspiirkonda (Põhja- ja Lääne-Eesti) kuuluvad Rapla, Läänemaa, Hiiumaa, Rakvere, Järvamaa ja Kuressaare haiglad. Neist viis peaksid tulemusnäitaja saavutamiseks võrgustuma. Kuna võrgustumine on väikehaiglatele vabatahtlik, kavatakse riik luua õiguslikud ja rahalised meetmed, et tagada „haiglate omavahelist koostööd ja liitumisi vastutuspiirkondade printsiibil, mis võimaldavad süsteemis toimuvaid muudatusi ellu viia tasakaalustatult nii pädevuskeskuste kui väiksemate haiglate poolt aktsepteeritaval viisil““ (Eesti tervishoiu ... 2008, 12).

„Missioonikohase tervishoiu arendustöö eestvedajana alustas Regionaalhaigla võrgustumise ettevalmistamist ja läbirääkimisi Rapla Maakonna haiglaga juba 2013. aastal ning Läänemaa Haiglaga 2014. aastal. Kõigi eelduste realiseerumisel korraldatakse nimetatud haiglate tegevus 2015. aasta alguses ümber viisil, kus Regionaalhaiglal on haiglate nõukogudes otsustusõigus ja kontsern on sellega loodud.“ (SA Põhja-Eesti ... 2015, 25)

Regionaalhaigla põhilised tegevussuunad kontsernistumisel on (*Ibid.*):

- Uute üldhaiglate kaasamine võrgustumise läbirääkimistesse:
 - aktiivne ja vastastikuseid huve arvesse võttev suhtlemine üldhaiglate asutajate/omanike ja juhatustega;
 - aktiivne suhtlemine Sotsiaalministeeriumi ja Rahandusministeeriumiga võrgustumise rahastamise mudeli loomiseks.

- Võrgustunud üldhaiglate toetamine vastavalt asutamislepingus kokkulepitavale ning Regionaalhaigla kliinilise ja juhtimisalase oskusteabe jagamine ja kohandamine tütarhaiglate vajadusteks:
 - arstide vajaduse arvesse võtmine Regionaalhaigla personali planeerimises;
 - kliiniliste tugiteenuste osutamine (radioloogia kirjeldused ja laboriteenused);
 - ravikvaliteedi järelevalve ja ühise kvaliteedisüsteemi juurutamine Regionaalhaigla süsteemi laiendusena tütarhaiglates;
 - Regionaalhaigla planeerimissüsteemi (arengukava, funktsionaalne planeerimine, eelarvesüsteem) laiendamine tütarhaiglatesse;
 - sisseostu efektiivsuse tõstmine tütarhaiglates läbi ühishangete ja/või kontsernisisese varustuse käivitamise; muude tugikompetentside ja -süsteemide pakkumine vastavalt vajadusele ja arengulistele kokkulepetele.

Tegevuskavad 2015. aastal on järgmised (SA Põhja-Eesti ... 2015, 26):

- motiveeritud ettepanekute tegemine läbirääkimisteks Rakvere, Järvamaa ja Kuressaare haiglatele;
- kliinilise koostöö mudeli (Regionaalhaigla arstide töö tütarhaiglates ja kliiniliste tugiteenuste osutamine) kokkuleppimine, vastava haiglate vaheliste lepingute sõlmimine tütarhaiglatega, reaalse koostööga alustamine;
- arstide ametikohtade vajaduse planeerimise juurutamine tütarhaiglates;
- tütarhaiglate arengukavade koostamine ja sidumine Regionaalhaigla arengukavaga;
- Regionaalhaigla planeerimisprotsessi juhendite kohandamine ja kehtestamine tütarhaiglates;
- tütarhaiglate funktsionaalsete arengukavade kinnitamine Sotsiaalministeeriumis, tütarhaiglate osalemise toetamine Euroora Regionaalarengu Fondi tervisekeskuste meetme konkursil;
- tugiteenuste osutamise rakenduskava väljatöötamine igale tütarhaiglale.

Tegevuskavad 2016. aastal aastal (SA Põhja-Eesti ... 2015, 26):

- läbirääkimiste läbiviimine uute võrgustuvate üldhaiglatega;
- kliinilise koostöö mudeli rakendusulatus kasvamine täiendavates valdkondades, vastava rakenduskava väljatöötamine;
- tugiteenuste ja -süsteemide rakenduskava elluviimine tütarhaiglates;
- tütarhaiglate integreerimine Regionaalhaigla kvaliteedi alase järelevalve ning aruandluse süsteemi;
- tütarhaiglate Euroora Regionaalarengu Fondi jt I ehitusjärgu (kuni aastani 2020) taristu projektide käivitamine;
- ühise haigla infosüsteemi, andmelao ning kontserni aruandluse juurutamine.

Tegevuskavad 2017. aastal (SA Põhja-Eesti ... 2015, 26):

- kliinilise koostöö mudeli rakenduskava elluviimine;
- tugiteenuste ja -süsteemide rakenduskava elluviimine.

2. MUUDATUSTEKS VALMISOLEKU TEOREETILISED ALUSED

Käesolevas peatükis keskendub töö autor muudatusteks valmisoleku teooria kirjeldamisele. Esimeses peatükis on toodud muudatuste vajaduse põhjused ja liigid. Teises peatükis on toodud muudatusteks valmisolek ja kolmandas peatükis ADKAR muudatuste juhtimise mudel.

Siin ja edaspidi võtab autor aluseks Ruth Alasi (2002, 8) valiku kasutada terminit “muudatus”, et tähistada organisatsioonides toimuvat kui kellegi teadliku tegevuse tulemust.

2.1. Muudatuste juhtimine

Inimkonna ajaloo jooksul pole kordagi olnud ajastut, kus ei toimu muutusi. Organisatsioonid peavad püsijäämiseks muutustega arvestama ja vastavalt reageerima. Alasi defineerib organisatsiooni muudatust kui planeeritud või planeerimata vastust mingite jõudude survele, mis võib olla organisatsiooniväline või -sisene. Väliskeskkonnast avaldavad mõju muutused seadusandluses ja poliitikas, valitsuse vahetumine või riigieelarve kärped. Sisemistest teguritest võib vaadelda muutusi töötajate eesmärkides, töö iseloomus, organisatsiooni struktuuris, organisatsioonikultuuris ja eesmärkides. (Alasi 2002, 9)

Kotter mõtleb muudatuste all „uue tehnoloogia kasutuselevõttu, olulisi strateegilisi nihkeid, tööprotsessi ümberkorraldust, ettevõtete ühinemisi ja ülevõtmisi, restruktureerimist erinevateks äriüksusteks, püüdlusi märkimisväärselt täiustada uuendusi ja kultuurilisi muutusi.“ (Kotter, Cohen 2004)

Hussey nimetab muudatuste põhjustajateks (1995, 11):

- järjest kiirenev tehnoloogiline muutus. Organisatsioonid ei saa eirata arenguid, mis võib anda konkurentsi eelise;
- intensiivsem ja globaalsem konkurents;

- nõudlikumad kliendid, kes ei lepi kehva teeninduse ja madala kvaliteediga. Et olla konkurentsivõimeline, peavad organisatsioonid kiiresti vastama ajas pidevalt muutuvatele tarbijate ootustele;
- rahvastiku muutuv demograafiline olukord. Rahvastiku vananemine avaldab organisatsioonidele jätkuvat survet;
- riigi ettevõtete jätkuv erastamine, mis loob uued turujõud;
- aktsionäride suurenenud ootused väärtuse kasvu järele.

Luecke toob omalt poolt välja organisatsioonilise muutuse sisesteks põhjustajateks (2003, 2):

- ühinemine, omandamine või jagunemine;
- uue toote või teenuse lansseerimine;
- uus organisatsiooni juht;
- uus tehnoloogia.

Organisatsioonid peavad konkurentsivõimelisuseks väljakutsetele pidevalt vastu seisma. On pea võimatu kõiki muudatusi läbi viia sujuvalt ja teha kõigi jaoks meeldivaks. Aga alati on võimalik läheneda muudatuste olukorrale hoolikalt, analüüsida muudatuse olemust, valida välja parim moodus muudatuse planeerimiseks ja tegevuste elluviimiseks. Kui muudatus on vajalik, tuleb mõelda muudatuse olemusele ja olukorrale organisatsioonis. (Hussey 1995, 10)

Erinevad allikad liigitavad muudatuste olemust erinevalt. Alas toob välja esimese liigituse muudatuse ulatuse järgi. Üks populaarsemaid on muudatuste liigitamine esimese ja teise astme muudatuseks. Esimese astme muudatuse eesmärk on stabiilsuse säilitamine, milles tehakse vaatlusi organisatsioonis ja sellega seonduvas keskkonnas ning planeeritakse muudatuste protsess samm-haaval. Teise astme muudatuste eesmärk on uuenduste sisseviimine. Alustatakse eesmärgi määratlemisest ja seejärel otsitakse selle saavutamise võimalusi. (Alas 2002, 12)

Üha kiiremini toimivate ja ulatuslikumate muudatuste keskkonnas hakkas kahest muudatuste liigist kogu toimuva analüüsimiseks väheks jääma. Kõige tuntuma klassifikatsiooni siit edasi on loonud Ackerman 1984. aastal. Ackerman eristas järgmisi muudatuste liike: arendus, üleminek ehk ümberkorraldamine ja radikaalne ümberkujundamine. (*Ibid.*)

Arendus on hästi juhitav ja prognoositav. „Eesmärgiks on organisatsiooni tugevdamine. Püütakse parandada juba olemasolevat, võttes kasutusele uusi meetodeid või

muutes tingimusi. Areng võib olla näiteks raamatupidamisprogrammi vahetamine.“ (Alas 2002, 12)

Ülemineku tulemuseks on uus seisund. Kuna selle uue seisundi saavutamiseks tuleb läbida mitmeid etappe, siis võtab üleminek rohkem aega, kuid on prognoositav. Üleminekuks võivad olla organisatsioonide ühendamised ja ülevõtmised, uute toodete ja teenuste turuletulek jm. (Alas 2002, 12)

Ümberkujundamise käigus muutub süsteem, eelneva kahe tüübi korral toimus muudatus süsteemi sees. Muutub organisatsiooni olemasolu mõte, mis toob kaasa ka vajaduse muuta organisatsioonikultuuri ja juhtimisstiili. Sellised ulatuslikud muudatused võetakse ette väliskeskkonnas toimunud muutuste surveel. (Alas 2002, 13)

Luecke liigitab muudatusi organisatsioonis läbiviidavate programmide alusel (2003, 8-9):

- **Struktuuriline muudatus.** Organisatsiooni tippjuhtkond, koostöös konsultantidega, püüab organisatsiooni erinevad osi tulemuste paremaks saavutamiseks ümber korraldada. Selleks võivad olla ühinemised, ülevõtmised ja organisatsiooni osade jagunemised.
- **Kulude kokkuhoid.** Selliste programmide eesmärk on ebavajalike tegevuste kõrvaldamine või muul viisil kulude vähendamine. Tegevustel, millel puudub headel aegadel järelvalve, tõmbavad raskuste tekkimisel esimesena tähelapanu.
- **Protsessi muudatus.** Need programmid keskenduvad küsimusele *kuidas* asju tehakse. Näiteks laenu kinnitamise protsessi uuendamine. Klassikaliselt on eesmärgiks teha protsess kiiremaks, efektiivsemaks, usaldusväärsemaks või soodsamaks.
- **Kultuuriline muudatus.** Need programmid keskenduvad organisatsiooni inimressursile. Näiteks organisatsiooni üldine viis tegutsemiseks või juhtide ja alluvate suhted.

Ükski eespool mainitud muudatustest ei ole lihtne ja ei taga edu. Luecke soovib prognoosida võimalikud kitsaskohad, mis võimaldab ennetada probleemide tekkimist protsessi käigus ja saavutada soovitud tulemuse sujuvamalt. (*Ibid.*)

2.2. Muudatusteks valmisolek

Muudatusteks valmisolek on võimekus pidevalt algatada ja seista vastu muudatustele viisil, mis loob eeliseid, minimeerib riski ja säilitada tootlikkust. (Musselwhite, Plouffe 2014, 10). Holt, Vardman (2013, 9) peab esmase valmisoleku all silmas mil määral on organisatsioon ja selles osalevad inividid valmis ja motiveeritud muudatusteks. Smith (2005, 408) rõhutab muudatusteks valmisoleku olulisusele: muudatusteks valmisolek ei ole automaatne ja seda ei saa kelleltki lihtsalt eeldada. Organisatsiooni või indiviidi muudatuseks valmisoleku valesti hindamine võib juhile maksma minna suure energiakulu, mis läheb vastuseisuga tegelemiseks. Kui luua valmisolek varakult aitab see vältida hilisemat vajadust tegeleda vastuseisuga.

Kuidas siis saavutada muudatusteks valmisolekut, küsib Smith (2005, 409) ja pakub selleks 3 sammu:

- tuleb luua tunne, et muudatus on vajalik ja vältimatu;
- tuleb kommunikeerida muudatuse sõnumeid ja kindlustada muudatuse protsessis osalemine ja kaasatus;
- tuleb luua teatud verstepostid ja baas muudatuse saavutamiseks.

Muudatuse vajalikkuse ja vältimatuse tunde tekitamine on esimeseks sammuks muudatuse valmisoleku tekitamiseks. Smith (*Ibid.*) toob samas paralleeli Kurt Lewini loodud „jääkuubiku mudeli“ esimese sammuga „lahtisulatamine“. Esimese sammu käigus toimub töötajate teavitamine muudatuste läbiviimise vajalikkusest. Töötajad valmistatakse muudatusteks ette ning neid motiveeritakse muudatustes osalema. (Alas 2005, 31). Ka Kotteri 8-sammu mudeli esimeseks sammuks on „suurenda möödapääsmatuse tunnet“ (Kotter, Cohen 2004, 7).

Muudatuste sõnumite kommunikeerimine on oluline, et tekitada positiivset tunnet seoses muudatuse. Sõnum peab väljendama vajadust muudatuse järele, muudatuse olemust ja organisatsiooni võimekust muudatust ellu viia. Sõnumid peavad olema realistlikud ja ausad. Oluline selle sammu juures on, et juhid peavad ka tegutsema vastavalt oma sõnadele. (Smith 2005, 410)

Verstepostide seadmine aitab töötajatel näha enda rolli uues olukorras ja kasvatada enesekindlust muudatuses osalemiseks. Et saavutada muudatusvalmi organisatsiooni kultuur

ja filosoofia, tuleb kasutada töötajate koolitust, rollimänge ja meeskonna loomise tegevusi. (*Ibid.*)

Smith kirjeldab Armenakise ja Harrise muudatusteks valmisoleku mõõtmise elemente: hindamaks muudatusteks valmisolekut, tuleb hoolikalt auditeerida kommunikatsioonitegevusi, jälgida töötajate käitumist, võtta töötajatelt tagasiside intervjuude ja grupivestluste käigus ja korraldada küsimustike. (Smith 2005, 411)

Armanakis *et al.* (2007, 276) muudatuse mudel valmisoleku tõstmiseks:

- Erinevus (ingl.k. *discrepancy*). Vajadus muudatuse järgi.
- Asjakohasus (ingl.k. *appropriateness*). Muudatus on organisatsiooni jaoks õige.
- Tõhusus (ingl.k. *efficacy*). Inimesel või organisatsioonil on võimekus muutuda.
- Peamine tugi (ingl.k. *principal support*). Otsesed juhid ja usaldusväärsed isikud näitavad välja toetust organisatsiooni muudatustele.
- Valents (ingl.k. *valence*). Isiklik kasu, mida inimene ootab muudatuse tulemusel saavutada.

Hussey kinnitab (1995, 11), et osad organisatsioonid on jätkuvas muudatuste seisundis, kus kaob piir ühe muudatuste protsessi lõppemisel ja uue algamisel. Suureneb ennustamatus, mis põhjustab organisatsioonide vajadust muudatuste järele. Kasvab ka reageerimiskiirus, et muudatustega konkurentsipüsida. Musselwhite ja Plouffe (2014, 11) lisavad, et edukad ettevõtted nagu General Electric, Hewlett-Packard, Nissan jt ehitavad muudatusteks valmisoleku võimekust, mitte ei tegele muudatuste juhtimisega.

Organisatsiooni muudatuste püüdlused võivad nurjuda mitmel põhjusel. Smith (2006, 300) toob välja järgmised:

- muudatusteks valmisoleku puudumine
- ebapiisav või ebaefektiivne planeerimine
- muudatuste programmi eestvedamise ja juhtimise ebaõnnestumine
- ebaefektiivne kommunikatsioon
- suutmatus säilitada organisatsioonilist õppimist

Kõige olulisem ja enamesinev neist faktoritest on siiski: organisatsiooni muudatuste juures mitte tunnustada ja adekvaatselt kaasata inimesi. Inimesed, võivad olla oluliseks

faktoriks muudatuse saavutamisel kui ka suurimaks võimalikuks takistuseks. (Smith 2006, 301)

Hiatt tõstab esile, et peamine põhjus muudatuste ebaõnnestumisel ei ole lihtsalt puudulikus kommunikatsioonis või ebapiisavas koolituses. Suurepärane projektijuhtimine või parim visioon ja lahendus probleemile üksi ei suuda edu tagada. Edu peitub aktiivsete ja nähtavate tegevuste taga. Edukas muudatus põhineb küsimusel: kuidas hõlbustada muudatusi ühe inimesega. (Hiatt 2006, 1)

Mitmed autorid peavad muudatuste juhtimise seisukohalt oluliseks, et muutuvad inimesed organisatsiooni sees, mitte organisatsioonid ise. Seetõttu tuleb muudatuse edukust mõõta iga üksiku indiviidi muutuse läbi. Vakola (2013, 106) peab diagnoosimist, hindamist ja individuaalse valmisoleku loomist kui püsiosa organisatsiooni muudatuse planeerimisel ja hindamisel.

2.3. ADKAR muudatuste juhtimise mudel

Hindamaks muudatusteks valmisolekut ja võimalikku vastuseisu on Prosci uuringufirma poolt välja töötatud ADKAR muudatuste juhtimise mudel. ADKAR muudatuste juhtimise mudel aitab mõista muudatust üksikisiku tasandil. Kasutatakse töö planeerimisel, juhtide koolitamisel ja valmisoleku hindamisel. ADKAR mudelil on viis elementi nagu näidatud Joonisel 2.

A - Awareness	Teadlikkus vajadusest muudatuse järele
D - Desire	Soov toetada ja osaleda muudatuses
K - Knowledge	Teadmised kuidas muudatust ellu viia
A - Ability	Võimekus rakendada nõutavaid oskusi ja käitumist
R - Reinforcement	Tunnustamine, et toetada muudatust

Joonis 2. ADKAR mudeli elemendid ja tähendus.

Allikas: (Hiatt – why... 2015)

ADKAR elemendid järgivad inimese muudatuse kogemise loomulikku jada. Soov ei saa tulla enne teadlikkust, sest teadlikkus vajadusest muudatuse järele kannustab inimese soovi toetada muudatust või käivitab vastuseisu antud muudatusele. Teadmine ei saa tulla enne soovi toetada muudatust, kuna inimene ei otsi lahendust tegevusele, mida ta ei taha teha. Võimekus ei saa tulla enne teadmist, kuna inimene ei saa rakendada teadmisi, mida tal pole. Tunnustamine ei saa tulla enne võimekust, kuna hinnata saab ainult saavutatut.

ADKAR elutsüklil algab pärast seda, kui muudatus on tuvastatud. Sellest hetkest pakub mudel raamistikku ja järjekorda, et juhtida muudatuse inimeste poolt. (Hiatt 2006, 3)

TEADLIKKUS

Teadlikkuse loomine vajadusest muudatuse järele on muudatuse võimaldamise esimeseks sammuks. Teadlikkus saavutatakse, kui inimene on teadlik ja saab aru muudatuse olemusest, milleks seda on vaja ja milline on risk mitte muutuda.

Inimesele loomuomane on muudatuse ilmnedes küsida esimese asjana “miks?”. Muudatuse juhtimisel on oluline sellele tähelepanu pöörata. (Hiatt 2006, 5)

Kui töökohal toimub muudatus, siis töötajad küsivad oma kaaslaste, juhtide ja sõprade käest:

Milleks on see muudatus vajalik?

Miks toimub see muudatus just praegu?

Mis on selles, mida me teeme praegu, valesti?

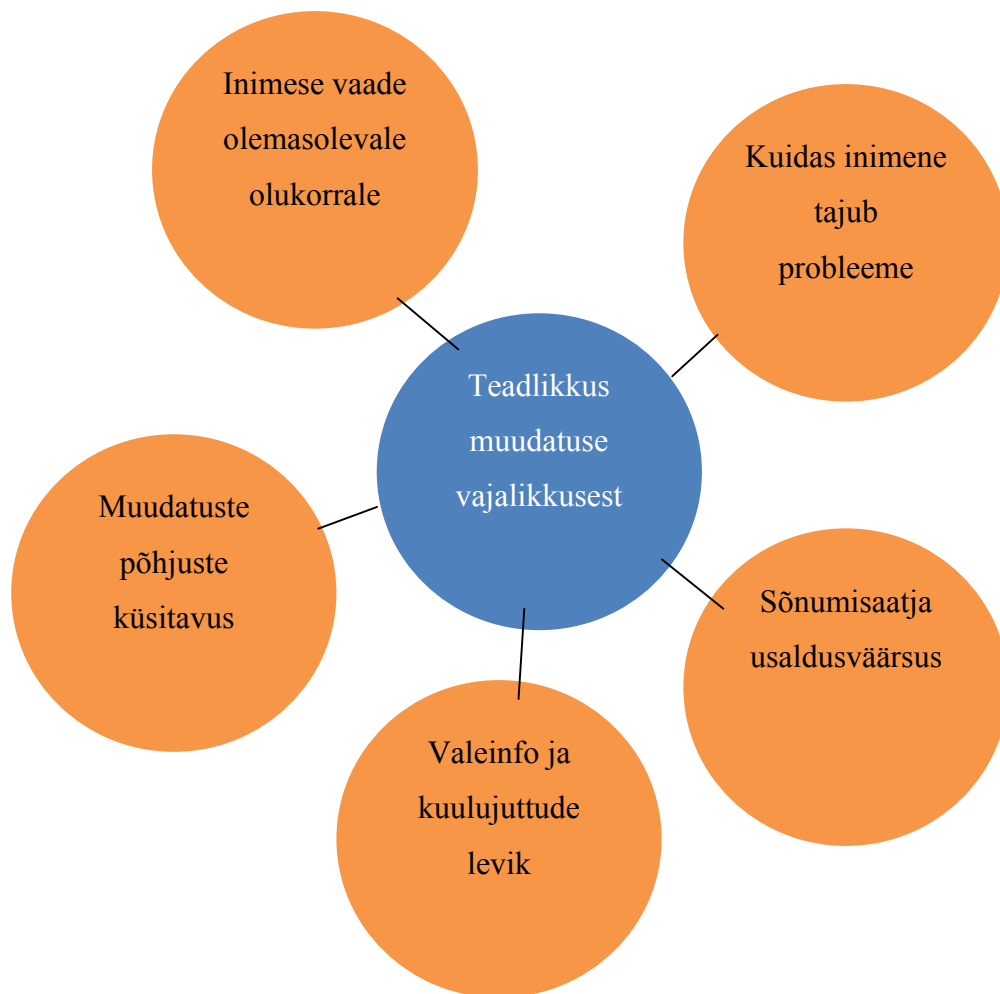
Mis juhtub kui me ei muutu?

411 ettevõtte seas, kus toimusid suured muudatuste projektid, viidi 2005. aastal läbi uuring, kus selgus, et peamine muudatustele vastuseismise põhjuseks on teadlikkuse puudumine, milleks muudatused toimusid. Nimetatud muudatuste läbiviimise projektijuhid väljendasid, et nii juhid kui ka töötajad soovisid teada ärilisi põhjendusi muudatustele, et nad paremini mõistaks muudatust. Projektijuhtide sõnul on olulisim sõnum, mida töötajatele jagada:

Kommunikeeri äriolist vajadust muudatuseks ja seleta lahti milleks on muudatus vajalik, tee kättesaadavaks kaalukad põhjused muudatuseks ja rõhuta ohtu kui ei muututa.

(Hiatt 2006, 6)

Muudatusest vajalikkuse teadlikkuse loomiseks tuleb pöörata tähelepanu:
Mis on muudatuse olemus ja kuidas see sobitub organisatsiooni visiooniga?
Milleks muudatus ellu viiakse ja millised on ohud mitte muutuda?



Kuidas muudatus mõjutab meie organisatsiooni?

Mida mina sellest saan? (Hiatt 2006, 9)

Joonis 3. Faktorid, mis mõjutavad muudatusest vajalikkuse teadlikkust

Allikas: (Hiatt 2006, 10)

Inimese vaade olemasolevale olukorrale

Inimesed, kes tugevalt pooldavad olemasolevat olukorda ja kes on investeerinud olulise osa ajast, energiast või rahast sellesse, kuidas praegu asju tehakse võivad esialgu eitada muutuste põhjuseid või seavad nimetatud põhjused kahtluse alla, et säilitada olemasolevat olukorda.

Teiselt poolt, inimesed kes on vastu olemasolevale olukorrale, võivad haarata võimalusest, et kasutada muutust tõendina oma veendumuse väljendamiseks. (Hiatt 2006, 10)

Kui inimesed pole olemasoleva olukorraga rahul, võivad nad kasutada teadlikkuse sõnumit oma eelneva seisukoha õigustamiseks, isegi kui see ei ole esialgu seotud toimuva muutusega. Mida mugavamalt ennast olemasolevas olukorras tuntakse ja mida rohkem on olemasolevasse olukorda investeeritud, seda rohkem nad ignoreerivad või kompromiteerivad muutuse põhjuseid.

Mida rohkem rahulolematud nad olemasoleva olukorraga on, seda tõenäolisemalt nad kuulavad ja võtavad arvesse muutuste põhjuseid. (Hiatt 2006, 11)

Kuidas inimene tajub probleeme

Teine faktor on seotud inimese tunnetusliku stiiliga ja kuidas ta võtab arvesse uut informatsiooni vastukaaluks oma praegustele ettekujutustele. Töötajad, kelle stiil on rohkem kohanemisvõimeline, on rohkem teadlikud sisemistest ohtudest. Töötajad, kelle stiil on rohkem uuenduslik, on rohkem teadlikud muutuste välistest mehhanismidest. See faktor käsitleb, kuidas indiviid läheneb probleemidele ja kuidas nad võtavad arvesse ja hindavad hoiatusi, et muudatus on vajalik.

See faktor soovitab, et lai ja üldine kommunikatsioon ei pruugi alati luua muutusest vajalikkuse teadlikkust. (Hiatt 2006, 12)

Saatja usaldusväärsus

Teadlikkuse sõnumi edastaja usaldusväärsus mõjutab otseselt kuidas indiviid võtab arvesse saadud informatsiooni. Töötajatel on spetsiifilised ootused muutustega seotud

kommunikatsioonile. Sõnumeid *miks* muudatust tehakse, oodatakse inimeselt, kes on organisatsiooni tipus või selle lähedal. Sõnumeid *kuidas* muudatus mõjutab töötajaid personaalselt, oodatakse vahetult ülemuselt. (Hiatt 2006, 12)

Olenemata muudatuse tegelikust olemusest, võivad need sõnumitooja usaldusvääruse tajumised mõjutada inimese soovi tunnistada teadlikkuse sõnumit. Mõningatel juhtudel võivad inimesed mitte uskuda muudatuse vajalikkuse sõnumeid või ei võta nad neid tõsiselt. (Hiatt 2006, 13)

Valeinformatsiooni ja kuulujuttude levimine

Kui juhid hoiavad töötajate eest saladuses muudatust puudutavat informatsiooni ja töötajate seas hakkavad levima kuulujutud, siis need kuulujutud võivad varjata fakte ja loovad barjääre teadlikkuse tekkimiseks. Juhid võivad seetõttu kulutada rohkem aega valeinformatsiooni kummutamisele kui oleks algselt kulunud aega õige informatsiooni levitamisele. (Hiatt 2006, 13)

Muudatuse põhjuste küsitavus

Mõnedel muudatustel on välised ja jälgitavad põhjused, mida on raske vaidlustada. Sellised muudatused on tihti reaktsiooniks välistele sündmustele või trendidele. (Hiatt 2006, 13)

Küsitavuse probleem võib luua muudatusele takistusi. Kui muudatuse põhjused on vaieldavad, siis kulub teadlikkuse loomisele rohkem aega. (Hiatt 2006, 15)

Kokkuvõte

Esimene samm, et võimaldada muudatust, on luua muudatusest vajalikkuse teadlikkus.

- Teadlikkuse sõnumi aktsepteerimine on suuresti mõjutatud inimese vaatest olemasolevale olukorrale. Need, kes on tugevasti investeerinud olemasolevasse olukorda, võivad kompromiteerida või eitada muudatuse põhjuseid.

- Indiviidi tunnetuslik stiil mõjutab, kuidas ta tajub muudatuse vajalikkust ja kuidas ta lahendab probleeme.

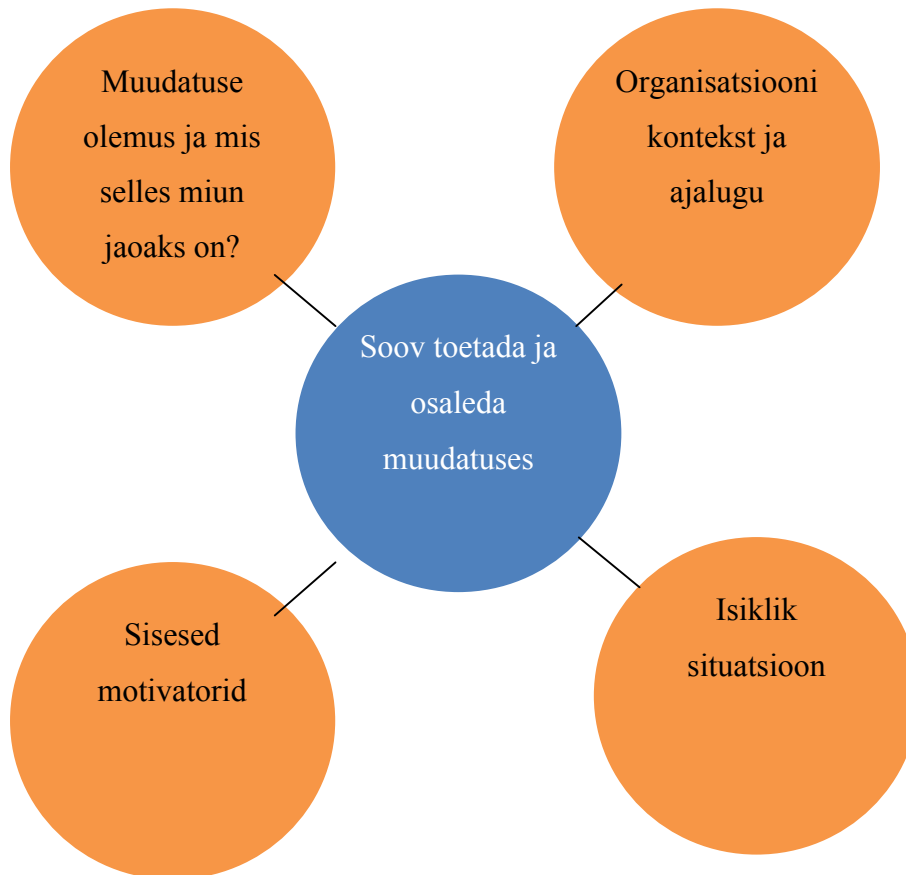
- Teadlikkuse sõnumi levitaja usaldusväärsus ja organisatsiooni muudatuste läbiviimise ajalugu mõjutab tuntuvalt, kas teavitussõnumit usutakse ja aktsepteeritakse.
- Taustal olev valeinformatsioon ja propaganda võib nurjata teadlikkuse loomise pingutused.
- Muudatuse vajalikkuse teadlikkust on lihtsam luua väliste ja jälgitavate põhjustajate olemasolul. Muudatused, mis on ajendatud sisemistest põhjustajatest või mille põhjused on vaieldavad, omavad rohkem väljakutseid. (Hiatt 2006, 16)

SOOV

Soov on ADKAR mudeli teine element ja esindab motivatsiooni ja ülimat valikut toetada ja osaleda muudatuses. Soovi loomine on suur väljakutse, kuna meil on piiratud kontroll teise inimese valikute üle.

Organisatsioonides võivad juhid arendada uusi protsesse, tööriistu ja organisatsiooni struktuure. Nad võivad soetada uut tehnoloogiat ja edendada uusi väärtusi. Aga, nad ei saa oma töötajaid sundida toetama ja tegelema muudatustega. (Hiatt 2006, 17)

Paljude ärijuhtide levinud veaks on eeldus, et teadlikkuse loomisega on nad loonud ka soovi muudatusega tegeleda.



Joonis 4. Faktorid, mis mõjutavad soovi toetada ja osaleda muudatuses.

Allikas: (Hiatt 2006, 18)

Muudatuse olemus ja mis selles minu jaoks on

Inimene või grupp määrab/otsustab, kas muudatus kujutab endast võimalust või ohtu. Kui indiviid tajub ebavõrdsust inimeste või gruppide vahel, võib see üksi anda põhjuse muudatusele vastu seismiseks. (Hiatt 2006, 19)

Organisatsiooni või keskkonna taust

Organisatsiooni või keskkonna taust esindab kuidas inimene või grupp näeb keskkonda, mis põhjustab muudatust. Organisatsiooni tausta loovad eelnevate muudatuste edukus, kui palju muudatusi on hetkel käimas, tunnustused ja auhinnad viimasest muudatusest, organisatsiooni kultuur ja organisatsiooni üldine suund. Nende jõudude mõju ei tohi üle- ega ka alahinnata, sest organisatsiooni ajalugu ja kultuur mängivad suurt rolli loomaks soovi toetada muudatust. (Hiatt 2006, 19)

Indiviidi isiklik olukord

Inimese taust mõjutab soovi muudatusega kaasa minna. Isiklik kontekst sisaldab inimese kõiki elu situatsiooni aspekte: perekonnaseis, liikuvus, finantsiline kindlus, vanus, tervis, karjääri ootused, suhted tööl ja kodus, hariduslik taust, tulevased isiklikud sündmused ja möödunud edu antud töökeskkonnas. (Hiatt 2006, 20)

Sisene motivatsioon

Isiklikud motivaatorid on need sünnipärased omadused, mis teevad meist indiviidi. Need varieeruvad soovist aidata teisi kuni valu ja negatiivsete tagajärgede vältimiseni. Mõned ihaldavad austust, võimu ja positsiooni. Teised soovivad finantsilist turvalisust. (Hiatt 2006, 20)

Kokkuvõte

Soov toetada ja osaleda muudatuse läbiviimises

Muudatuse olemus ja mis selles on minu jaoks

Kuidas me tajume organisatsiooni ja meie ümbrust, milles muudatus aset leiab

Meie isiklik situatsioon

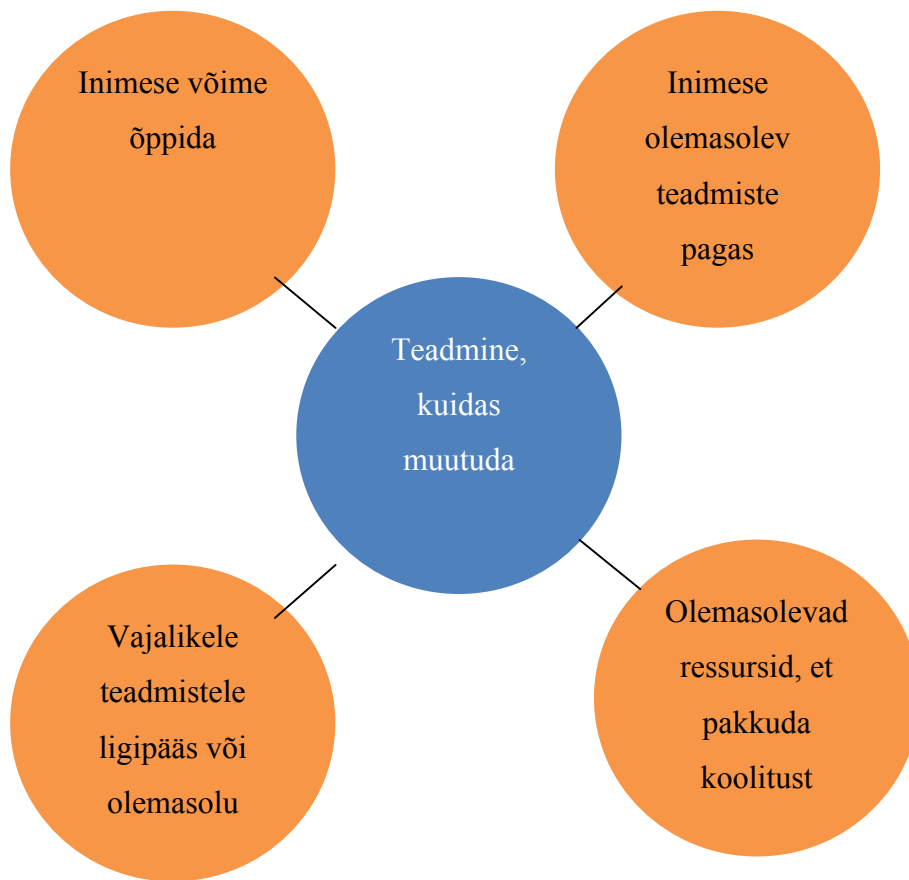
Mis motiveerib meid kui inimest, kaasaarvatud ootus edule ja muudatuse mõistmisele.

Nende faktorite kombinatsioon mõjutab meie käitumist kui seisame vastu muudatusele. (Hiatt 2006, 22)

TEADMINE

Teadmine on ADKAR mudeli kolmas element ja esindab kuidas muudatust läbi viia. Teadmine sisaldab (Hiatt 2006, 23):

- Oskuste ja käitumise koolitus ja haridus, mis on vajalik muudatuseks
- Detailne informatsioon, kuidas kasutada uut protsessi, süsteemi ja tööriistu
- Muudatusega seotud rollidest ja vastutusest arusaamine



Joonis 5. Faktorid, mis mõjutavad teadmist kuidas muutuda.

Allikas: (Hiatt 2006, 27)

Inimese olemasolevad teadmised

Mõnede muudatuste jaoks võib inimesel juba olla vajalikud teadmised. Teistel juhtudel võib teadmiste puudulikkus olla suur. Vahe inimese praeguste teadmiste taseme ja muudatuseks nõutud taseme vahel, mõjutab otseselt õnnestumise tõenäosust. Inimese olemasoleva teadmiste tase võib olla saavutatud hariduse või töö kogemusega. (Hiatt 2006, 28)

Inimese võimekus õppida

Lisaks teadmiste vahele, on igal inimesel erinev võime õppida. Mõni inimene omandab uue teadmise lihtsalt, samas kui teine näeb palju vaeva uue tööriista või protsessi omandamiseks. (Hiatt 2006, 28)

Olemasolevad ressursid, et pakkuda haridust ja koolitust

Osadel organisatsioonidel on ulatuslikud ressursid, et pakkuda koolitusi. Teised näevad suurt vaeva, et pakkuda ükskõik millist haridust. Ressursid võivad olla valdkonna eksperdid, instruktorid, õpperuumid, raamatud, varustus ja rahastus, et toetada üldist koolitamist. (Hiatt 2006, 28)

Ligipääs või olemasolu nõutud teadmiste

Sõltuvalt organisatsiooni geograafilisest asukohast võib ligipääs teadmiste olla takistuseks õppimisele. Mõnda tüüpi muudatuste puhul võib teadmine puududa või olla välja arendamata. (Hiatt 2006, 29)

Kokkuvõte

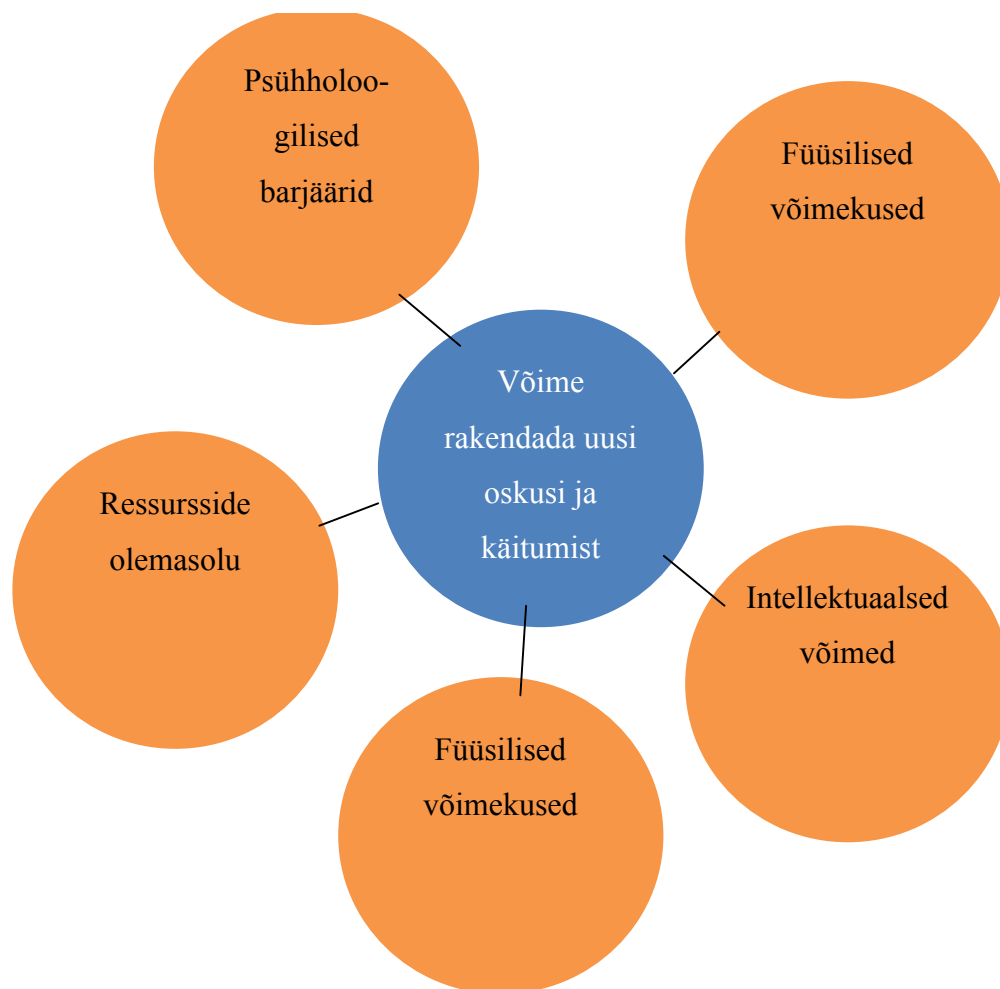
Nimetatud faktorite kombinatsioon määrab, mil määral saavad inividid omandada vajalikke teadmisi kuidas muutuda. Need faktorid on:

- Olemasolev teadmiste tase
- Võimekus õppida
- Ressursside olemasolu
- Ligipääs vajatud informatsioonile

Teadmine kuidas teha midagi ja võime teha midagi ei ole tingimata üks ja seesama asi. (Hiatt 2006, 30)

VÕIMEKUS

Võimekus on ADKAR mudeli neljas element, mis esindab võimekust muudatus ellu viia ja saavutada soovitud tase. Teadlikkus, soov ja teadmised on olulised osad, aga on ebapiisavad kui puudub võimekus. Võimekus väljendub tegevuses, nii et muudatuse soovitud tulemused on saavutatud. (Hiatt 2006, 32)



Joonis 6. Faktorid, mis mõjutavad muudatuse elluviimist.

Allikas: (Hiatt 2009, 32)

Psühholoogilised pidurid

Füüsilised võimekused

Mõne inimese jaoks võib füüsiline piirang takistada muudatuse elluviimist. Füüsilised piirangud võivad olla: tugevus, kiirus, osavus, füüsiline suurus ja käsi-silm koordinatsioon. (Hiatt 2006, 34)

Intellektuaalsed võimekused

mõned inimesed on loomulikult andekad finants valdkonnas ja matemaatikas, teised on võimekad innovatsioonis ja loovuses. Mõned on head kirjutajad, teised näevad suurt vaeva, et panna oma mõtteid ja ideid sõnadesse. Sõltuvalt muudatuse olemusest võib osadel inimestel olla mentaalseid takistusi, et muudatust ellu viia. (Hiatt 2006, 35)

Saadaolev aeg, et arendada nõutud oskusi

Kui inimene ei suuda arendada nõutud oskusi vajaliku aja jooksul, võib muudatus ebaõnnestuda. Samas kui piisava ajavaru olemasolul oleks ta võimeline nimetatud oskuse omandama. (Hiatt 2006, 35)

Ressursside olemasolu

Ressursid võivad olla (Hiatt 2006, 35):

- rahaline toetus
- korralikud tööriistad ja materjalid
- personaalne *coaching*
- ligipääs mentoritele ja valdkonna ekspertidele

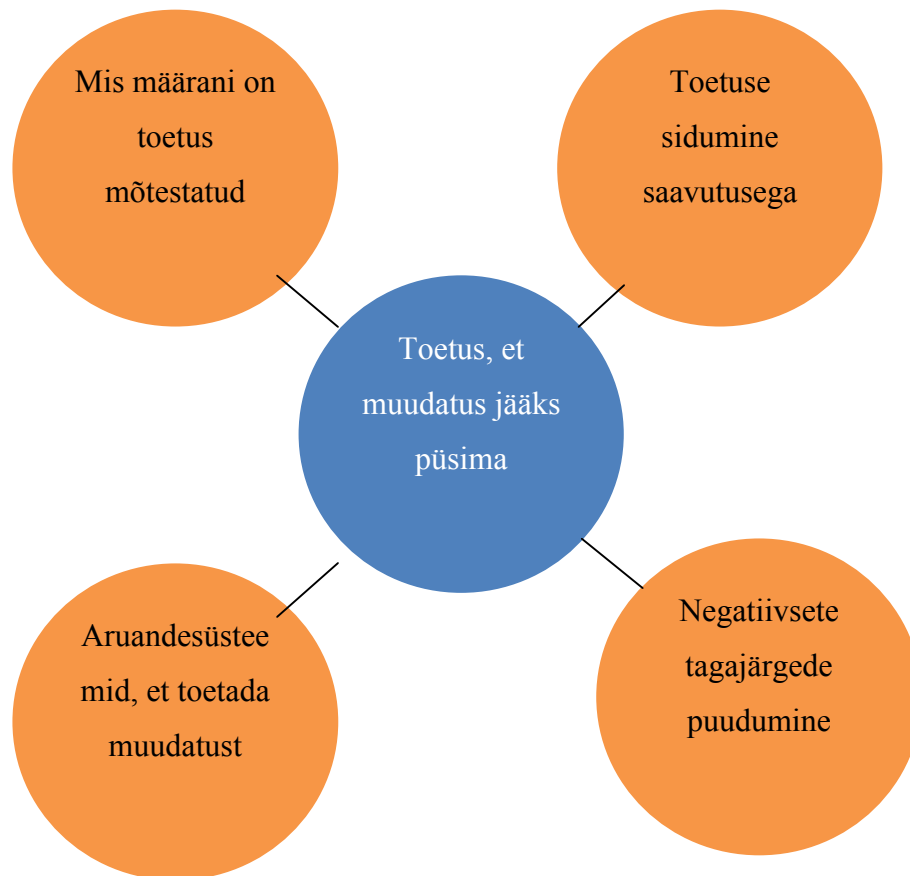
Kokkuvõte

Kõik need faktorid aitavad kaasa potentsiaalile arendada võimekust. (Hiatt 2006, 36)

TUNNUSTAMINE

Viimane element ADKAR mudelis, mis sisaldab igat tegevust või sündmust, mis tugevdab muudatust. Näiteks isiklik või avalik tunnustamine, autasud, tähistamine grupis või midagi lihtsat nagu isiklik tunnustamine edu eest.

Ühe klienditeenindajate uuringus selgus, et suurim tunnustus mida oodati, oli isiklik tänuavaldus ja tunnustamise väljendamine nende otsese ülemuse poolt. (Hiatt 2006, 37)



Joonis 7. Faktorid, mis mõjutavad toetust, et muudatus püsima jääks

Allikas: (Hiatt 2006, 38)

Mõtestatud tunnustamised

Inimesele peab olema tunnustus ja autasu mõtestatud ja mõistlik.

- Tunnustus peab kuuluma inimesele keda tunnustatakse
- Inimene, kes annab tunnustust või auhinda üle, peab olema indiviidi poolt austatud
- Autasu peab olema relevantne või väärtuslik inimesele, keda tunnustati.

(Hiatt 2006, 38)

Saavutuse eest tunnustamine

Enamjaolt inivid teab, kui tal on muudatus õnnestunud. Tunnustamine annab neile teada, et teised hoolivad ja et muudatus oli vajalik. Kui muudatused on uued ja raskused muutuda on kõige suuremad, siis leidub põhjuseid tähistamiseks. Nende võimaluste märkamine on oluline osa tunnustamises. Individid tahavad saada tunnustatud mõtestatud panuse ja progressi eest. Nähtavate saavutuste eest tunnustamine ja autasu tõstab tunnustuse väärtust. (Hiatt 2006, 39)

Negatiivsete tagajärgede puudumine

Surve kaaslaste poolt. Kui mõni töötaja nõuab, et asju tehakse vana moodi ja avaldab sotsiaalset survet kaastöötajatele sama tegema. (Hiatt 2006, 39)

Aruandesüsteemid - mis on parem tõlge sellele

Jätkuva tulemuslikkuse üle arve pidamine on üks tugevamaid tunnustamise viise. Individ, kes osaleb tervise parandamise programmis, jääb sinna püsima palju paremini kui tal on olemas arvepidamise mehhanism. Mõne jaoks on see personaaltreener, kes monitoorib ja jälgib progressi. Teise jaoks võib see olla sõber või treeningukaaslane. Tõsisemate terviseküsimuste puhul võib aruandesüsteemiks olla korduv tervisekontroll. (Hiatt 2006, 39)

Tunnustuse puudumise suurimaks tagajärjeks võib olla see, et inimene või grupp pöördub tagasi vana käitumise juurde. Ilma tunnustusest võib inimene tunda, et temapoolset panust ei väärtustata. Nad võivad hakata otsima võimalusi, et vältida muudatust ja nende soov muudatustes osaleda väheneb.

Tunnustamise puudumisel on võimalik, et vanad tavad ja harjumused hiilivad tagasi. Kui see juhtub, siis tekib organisatsioonile negatiivne ajalugu seoses muudatusega. Kui saabub järgmine muudatus, siis töötajad mäletavad kuidas eelmist muudatust juhiti ja kuidas töötajatega ümber käidi. (Hiatt 2006, 40)

Kokkuvõte

Tunnustamine on ADKAR mudeli viimane element ja see teenib kolme eesmärki. Esiteks, tunnustamine toetab muutust ja takistab inimestel vanade harjumuste juurde tagasi pöörduda. Teiseks, tunnustamine annab üleminekuks impulsid. Kolmandaks, tunnustamine loob ajaloo, mida inimesed mäletavad, kui saabub uue muutuse aeg. Tunnustamine on edukas kui (Hiatt 2006, 41):

- kui see on tunnustatavale inimesele väärtuslik / sellel on sisu
- need on seostatavad tegelike saavutustega
- soovitud käitumisel puudub negatiivne tagajärg
- sisse on seatud aruandesüsteemid

3. REGIONAALHAIGLA JUHTIVTÖÖTAJATE MUUDATUSTEKS VALMISOLEKU UURING

Kolmandas peatükis tutvustatakse Regionaalhaigla juhtivtöötajate seas läbiviidud haiglate võrgustumisega seotud muudatusteks valmisoleku uuringut. Esimeses alapeatükis tutvustatakse valitud uuringu metoodikat. Teises alapeatükis esitletakse ja analüüsitakse uuringu tulemusi ning kolmandas teeb autor ettepanekud uuringu edasiarendamiseks ja annab ADKAR mudelist tulenevad soovitusel Regionaalhaiglale.

3.1. Uuringu meetod

Regionaalhaiglal on koostatud võrgustumisega seoses arengukava ja sellega seotud tegevusplaanid. Autor soovib uurida juhtivtöötajate valmisolekut võrgustumiseks, kasutades selleks ADKAR muudatuste juhtimise mudelit. Lähtuvalt mudelist on antud uuringu eesmärgiks teada saada juhtivtöötajate hinnang:

- teadlikkusele võrgustumise vajalikkusest;
- soovile osaleda muudatustes;
- teadmistele, kuidas muudatusi ellu viia;
- võimekusele muudatuste elluviimiseks;
- toetusele, et muudatus püsima jääks.

Kuna võrgustumise protsess on alles alguses, siis kokkuleppel Regionaalhaiglagala uurib antud töö autor ainult Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisolekut, mitte kõikide töötajate oma. Uuritava juhitud valimi moodustasid Regionaalhaigla juhatus, kliinikute, keskuste ja osakondade juhid ja ilma struktuuriüksuseta ülemarstid.

Struktureeritud ankeetküsimustiku koostamisel on aluseks võetud ADKAR hindamise tööriist (Hiatt 2006, 139) ja Van der Linde-De Klerk (2010) varasema uuringu küsimustik, mida kasutati muudatuste agentide identifitseerimise raamistikku uurimisel. Küsimustiku

inglise keelest tõlke ja modifitseerimise tegi autor ise. Küsitlus kooskõlastati eelnevalt Regionaalhaigla esindajaga, kelle soovitusel tehti küsimustiku tekstis terminoloogilised korrektuurid. Küsimustik koos kaaskirjaga on leitav Lisas 2.

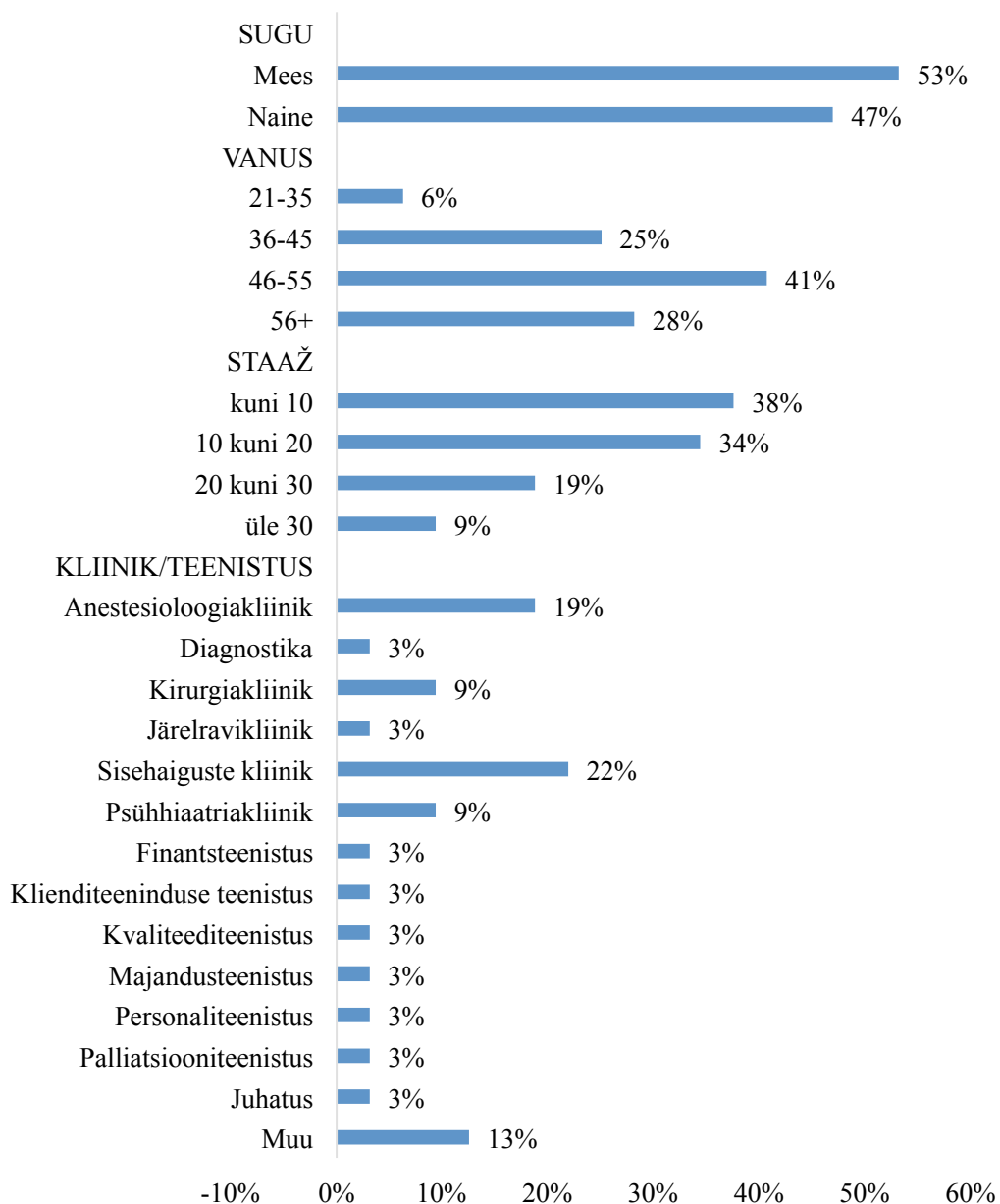
Küsimustik on koostatud kahes osas. Esimene osa koosneb väidetest. Vastaja peab väite puhul andma enda kohta hinnangu 5-astmelisel Likerti skaalal, kus 1 tähistab vastust „ei ole üldse nõus“ ja 5 tähistab vastust „olen väga nõus“. Esimene osa on jaotatud ADKAR mudeli järgi viide gruppi. Väited 1-4 on teadlikkuse, väited 5-8 on soovi, väited 9-12 on teadmiste, väited 13-16 on võimekuse ja väited 17-21 on toetuse kohta. Antud jaotus on nähtav Lisas 3. Vastused on kinnised. Iga grupi lõpus on võimalus kirjutada kommentaar või täpsustus. Teises osas küsib autor vastaja sugu, vanust, emakeelt, tööstaaži Regionaalhaiglas ja kliinikut või teenistust, kus vastaja töötab. Emakeele ja töökoha juures on ühe vastuse variandina „Muu“, kus vastaja saab ise kirjutada enda kohta käiva vastuse. Kogu küsimustik on vastajale kohustuslik, ühelegi küsimusele ei ole võimalik jätta vastust andmata.

Käesolev uuring viidi läbi perioodil 17.-28.04.2015 *Google Forms* keskkonnas. Kutse uuringus osalejatele saadeti Regionaalhaigla personaliosakonna poolt e-posti teel 17.04.2015. Tagamaks küsitluse usaldusväärsust uuringus osalejates, oli kirjaga kaasas Regionaalhaigla juhatuse esimehe hr. Tõnis Alliku kaaskiri. Käesoleva töö autor ei ole teadlik kirja sisust. Meeldetuletav kiri saadeti personaliosakonna poolt 28.04.2015. Kokku laekus vastuseid 32. Kuna eelnevalt oli üldkogumi suuruseks määratud 140 ja kokku laekus vastuseid 32, siis ei ole käesoleva uuringu valim representatiivne ja saadud vastuseid ei saa laiendada kogu Regionaalhaigla juhtivatele töötajatele.

Autor eksportis *Google Forms* keskkonnast uuringu tulemused MS Excel formaati ja kasutas nimetatud andmetöötlemise arvutiprogrammi andmete vaatlemiseks ja töötlemiseks ning jooniste koostamiseks. Autor kasutas andmete võrdlemiseks ja statistilise analüüsi tegemiseks kirjeldava statistika funktsioone. Kuna ADKAR mudeli olemus seisneb hinnangu andmises 5-pallisel skaalal, siis on autor eelistanud tulemuste võrdlemiseks ja analüüsimiseks aritmeetilist keskmist. Kuna valim on väike, siis autor ei saanud kasutada kõrgema taseme analüüsi meetodeid.

3.2. Uuringu tulemused ja analüüs

Käesoleva uuringu tulemuste järeldestega tuleb olla ettevaatlik, kuna valim on väga väike (n=32). Ankeetküsitlusele saadi 32 vastust, mis teeb 22,9% üldkogumist 140. Vastajate sotsiaaldemograafiline struktuur on ära toodud Joonisel 7. Küsimustikule vastanutest 53% olid mehed (17 vastajat), 41% vanuses 46-55 eluaastat (13 vastajat) ning 38% kuni 10-aastase tööstaažiga (12 vastajat). Üle poolte vastajatest (69%) on vanemad kui 45 eluaastat, mis on selgitatav juhtivtöötaja positsiooniga. Tervise Arengu Instituudi poolt läbiviidud tervishoiutöötajate uuringu tulemusel on Eesti arstide keskmine vanus 51 eluaastat (Tervise... 2015). Kliinikutest saadi enim vastuseid sisehaiguste kliinikust (7 vastajat) ja anestesioloogiakliinikust (6 vastajat).

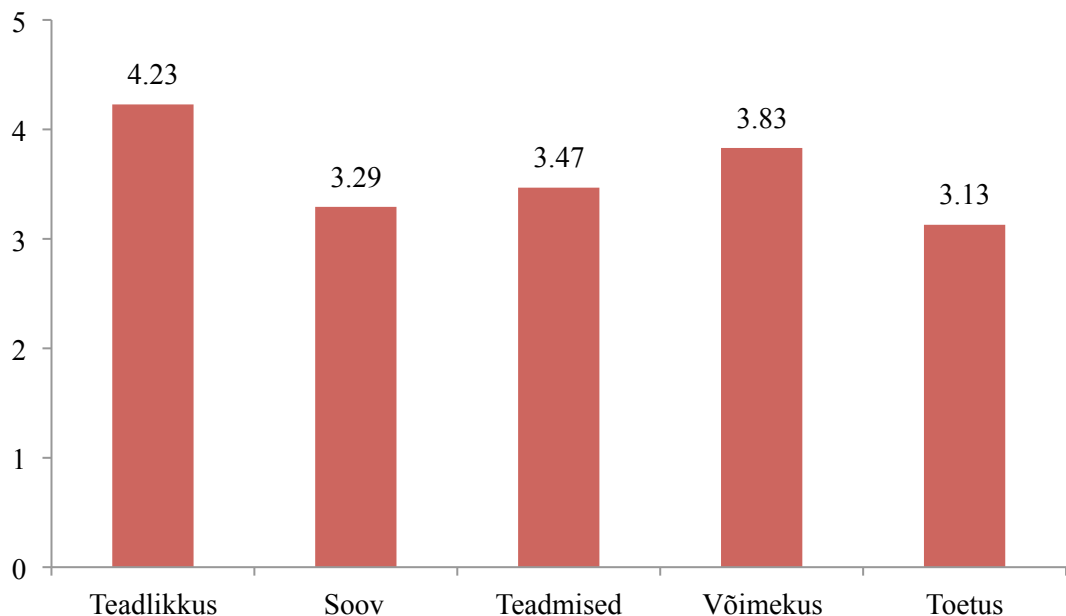


Joonis 7. Regionaalhaigla juhtivtöötajate muudatusteks valmisoleku uuringus osalejate demograafilised näitajad.

Allikas: (Autori koostatud Lisas1 toodud andmete alusel)

Järgnevalt on uuringu tulemused esitletud vastavalt ADKAR mudeli viiele elemendile: teadlikkus, soov, teadmised, võimekus ja toetus. Iga elemendi juures pidi vastaja andma enda kohta hinnangu 5-palli skaalal, kus 1 tähendas „ei ole üldse nõus“ ja 5 tähendas „olen väga nõus“. ADKAR mudeli puhul on kaks olulist näitajat. Esiteks, tulemus alla kolme on „madal“ ja näitab vastuseisu kohta, millega tuleb tegeleda. Teiseks, ADKAR mudelit tuleb käsitleda

kui kindla suunaga jada. Soov muudatustele kaasa aidata ei saa tekkida enne kui on olemas teadlikkus muudatuse vajalikkusest. Teadmised muudatuste läbiviimiseks ei teki, kui puudub eelnev soov muudatustele kaasa aidata jne. Esmalt tuleb tegeleda selle elemendiga, mille tulemuseväärtus on väiksem kui 3. Joonisel 8 on ära toodud kõigi vastajate keskmine tulemus. Sellest saab teha kokkuvõtva järelduse, et Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisoleku tase võrgustumisega seotud muudatusteks on „keskmine“. Ühtegi tulemust ei ole alla kolme. Kõige kõrgemal tasemel on teadlikkus (4,23) ja kõige madalamal on toetus (3,13).

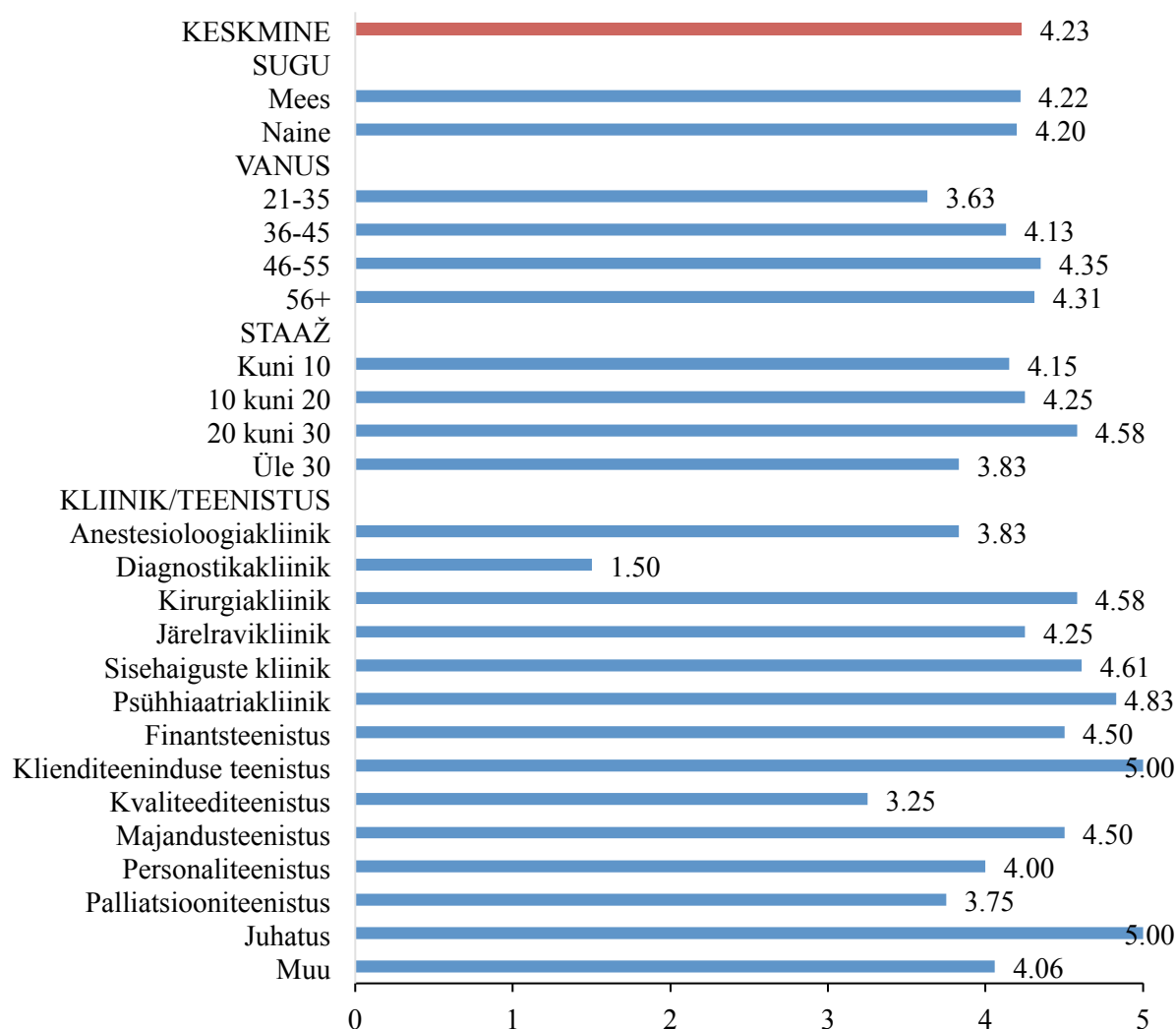


Joonis 8. Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisoleku tase.

Allikas: (Autori koostatud Lisas1 toodud andmete alusel)

3.3.1. Teadlikkus

Elemendi „Teadlikkus“ keskmine tulemus oli 4,23. See näitab, et valmisoleku tase on üle keskmise. Regionaalhaigla juhtivtöötajad on piisavalt informeeritud muudatuste vajalikkusest. Jooniselt 9 on näha, et ainus vastuseisu punkt on diagnostikakliinik. Nagu autor eelnevalt mainis, siis peab tulemustesse suhtuma teatud ettevaatlikkusega. Sest ADKAR mudel on üksikindiviidi muudatuste juhtimise mudel ja vastuseid analüüsides leidis autor, et teadlikkuse puhul oli hinnang väiksem kui 3, seitsmel juhul.

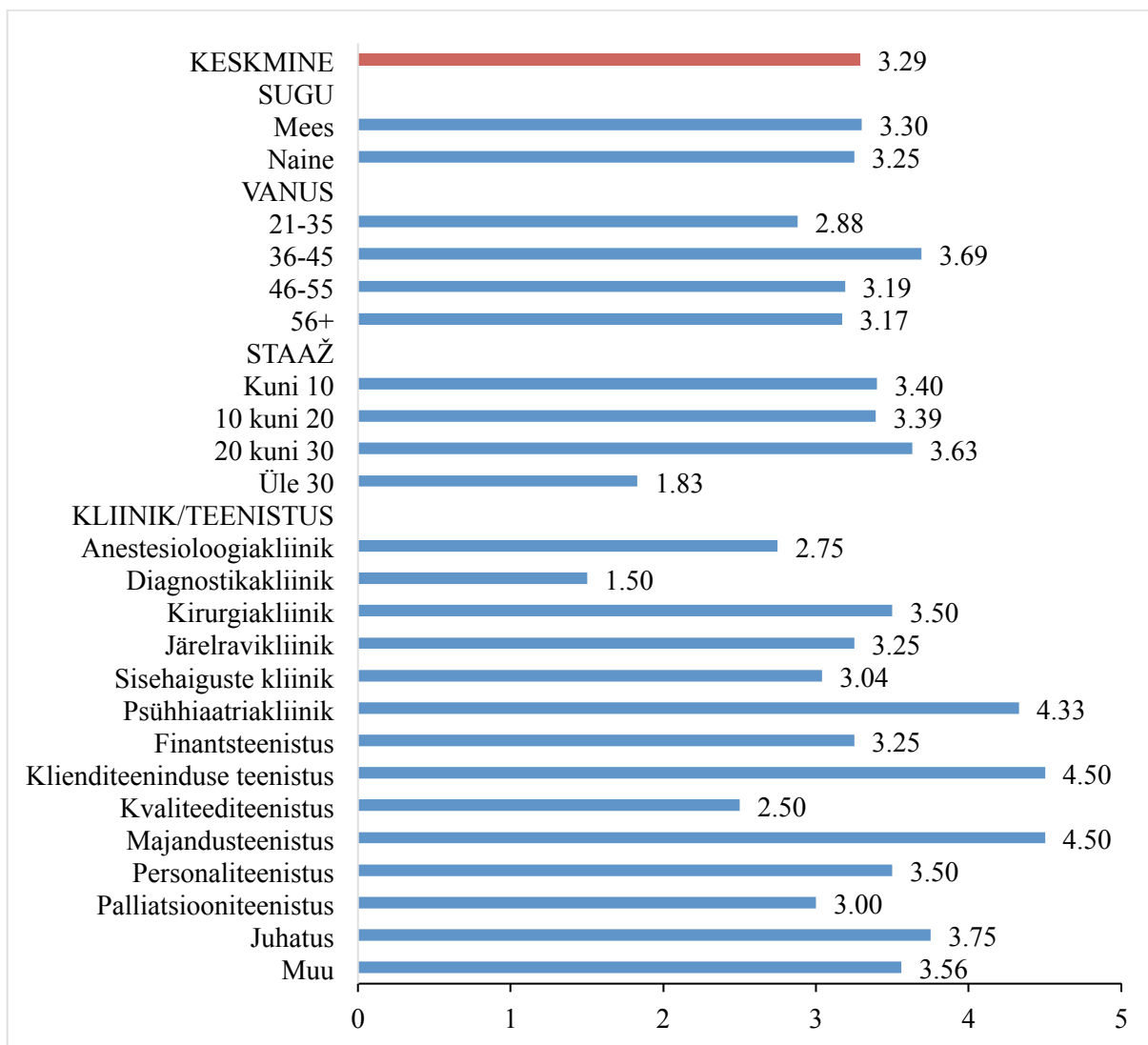


Joonis 9. Teadlikkus. Keskmised.

Allikas: (Autori koostatud Lisas1 toodud andmete alusel)

3.3.2. Soov

Elemendi soov juures on Regionaalhaigla juhtivtöötajate keskmine tase 3,29. Alla 3 on tulemus 5 juhul – noorem vanus, väga pikk tööstaaž, anestesioloogiakliinik, diagnostikakliinik ja kvaliteediteenistus. Autor toob siin eraldi välja hinnangu „Ma saan otsest kasu“ madala tulemuse. See tähendab, et töötajad mõistavad muudatuse vajalikkust aga puudub motivatsioon tegutsemiseks, sest ei tajuta kasu enesele.

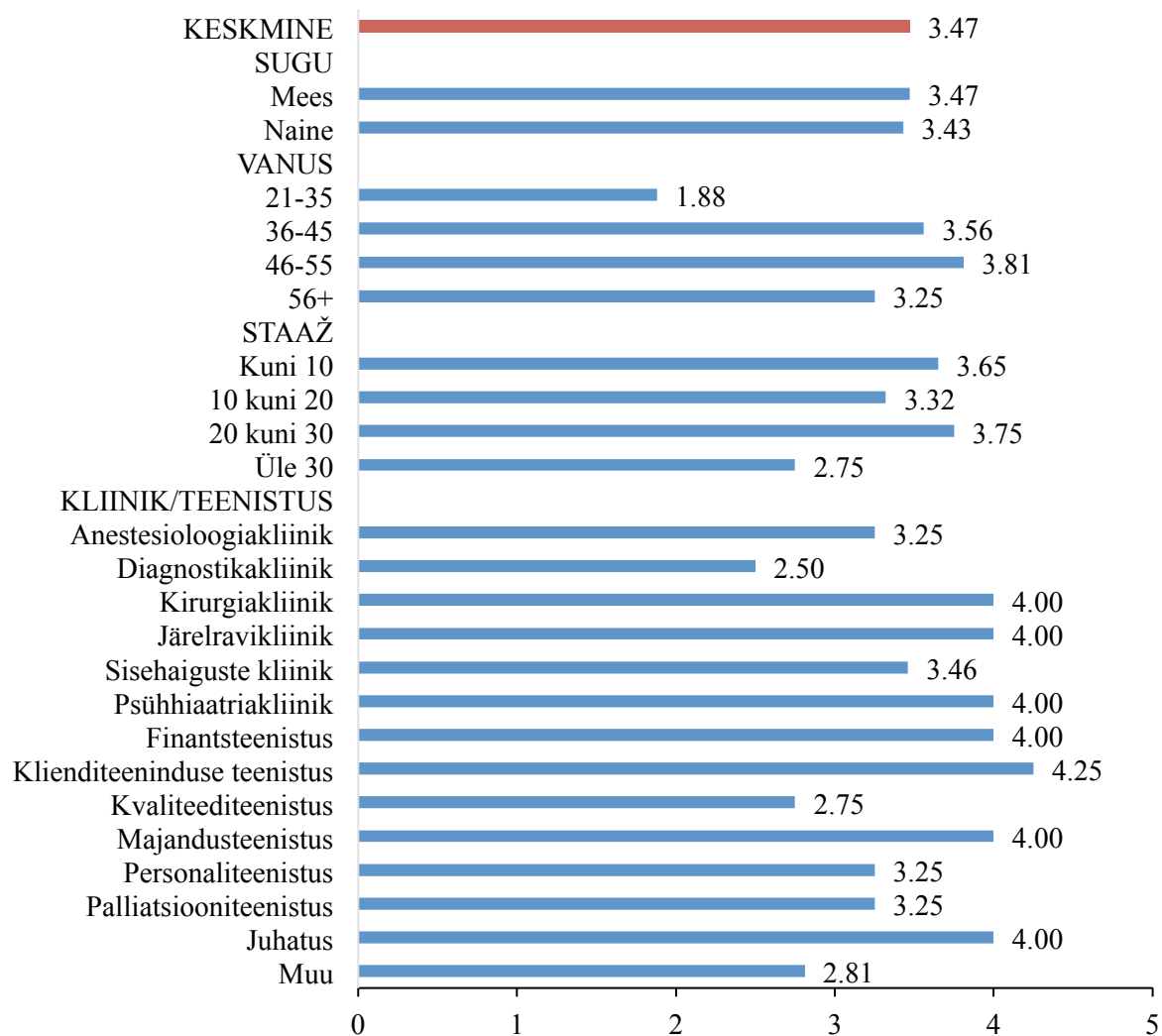


Joonis 10. Soov. Keskmesid.

Allikas: (Autori koostatud Lisas1 toodud andmete alusel)

3.3.3. Teadmised

Elemendi teadmised keskmine oli 3,47. Joonisel 11 on näha, et tulemus alla 3 on viiel juhul: vanus alla 36 eluaasta, tööstaaž üle 30 aasta, diagnostikakliinik, kvaliteediteenus ja Muu. Selle elemendi puhul toob autor välja hinnangu „Mulle on kõik selge seoses võrgustumisega“. Selle hinnangu keskmisest madalam tulemus näitab, et juhtivtöötajatel puudub lõplik teadmine, kuidas täpselt muudatust ellu viia.

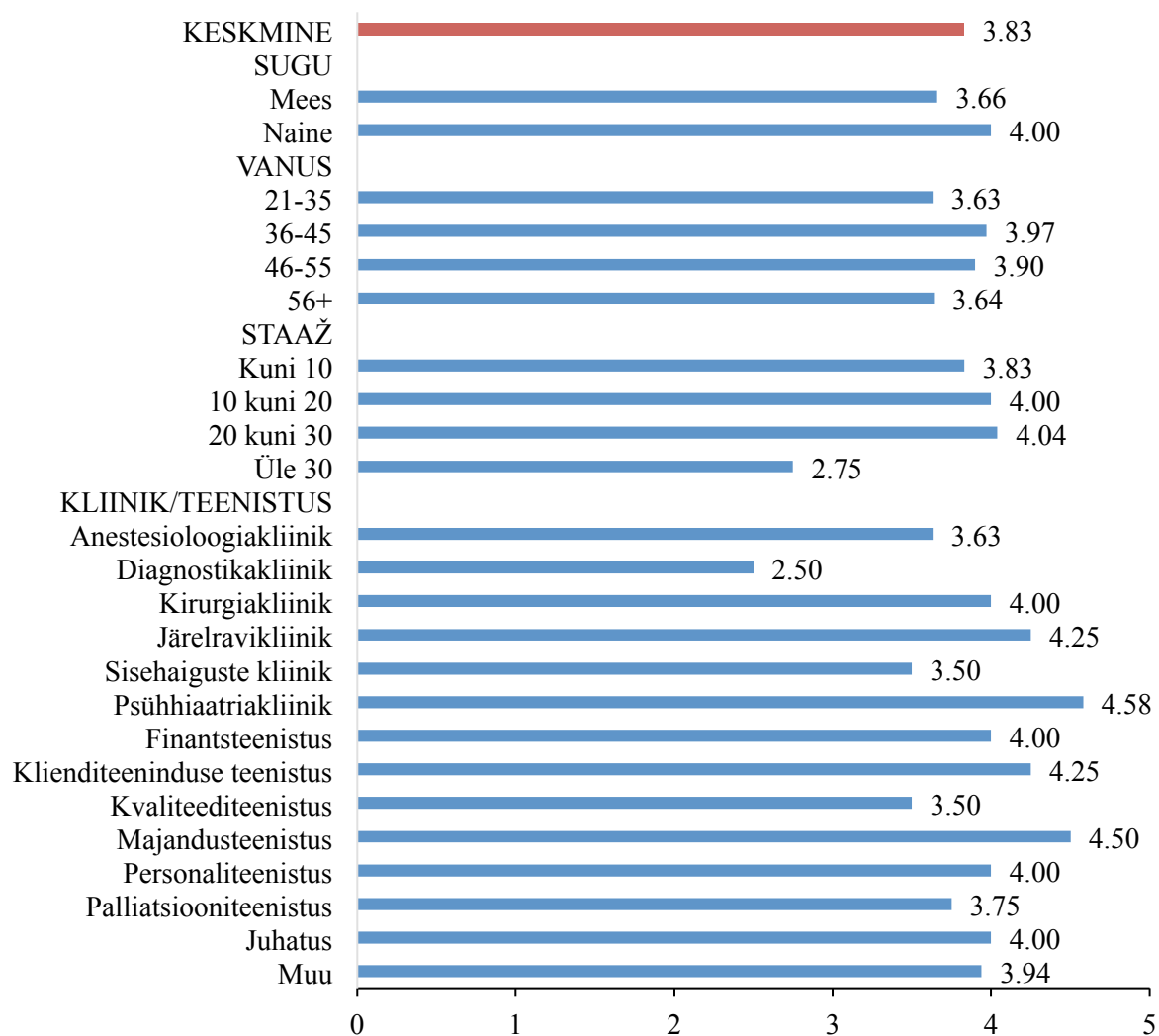


Joonis 11. Teadmised. Keskmised.

Allikas: (Autori koostatud Lisas1 toodud andmete alusel)

3.3.4. Võimekus

Elemendi võimekus keskmine oli 3,83. Autor pöörab siin tähelepanu hinnangule „Ma suudan oma tööd paremini teha, pärast muudatuste elluviimist.“

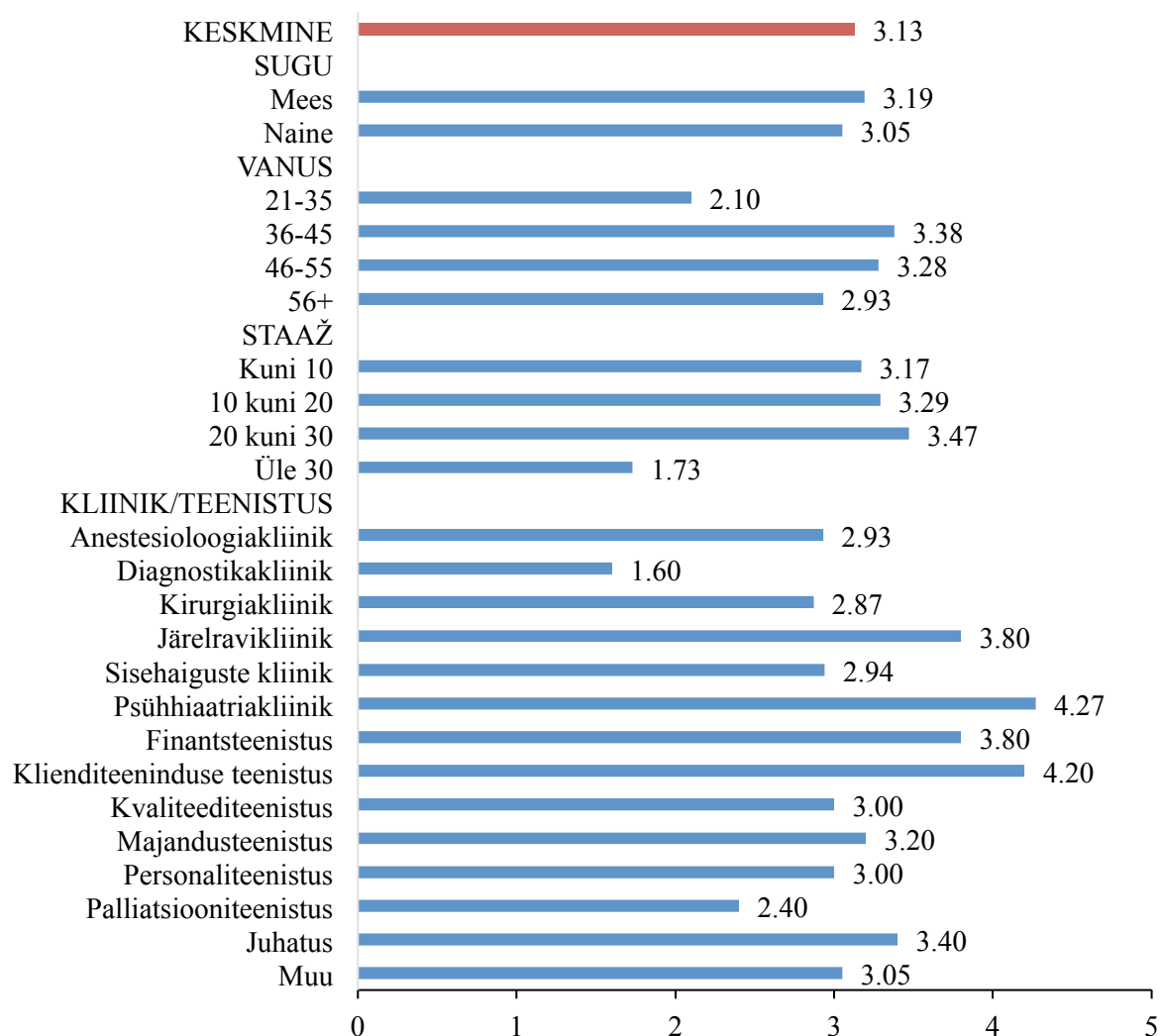


Joonis 12. Võimekus. Keskmised.

Allikas: (Autori koostatud Lisas1 toodud andmete alusel)

3.3.5. Tunnustamine

ADKAR mudeli viimase elemendi toetus keskmine oli 3.13. Jooniselt 13 on näha, et siin on tulemus madalam kui 3 vanusel alla 36 ja üle 56, staažiga üle 30 ja mitmel kliinikul ja teenistusel. Autor toob selle elemendi juures välja hinnangu „Minu murede ja küsimustega tegeletakse“.



Joonis 13. Tunnustamine. Keskmised.

Allikas: (Autori koostatud Lisas1 toodud andmete alusel)

3.3. Uuringu järeldused ja ettepanekud

Uuringu ja analüüsi keskmeks olevaid keskmisi saab kasutada võrdlemiseks. Kõigi vastanute aritmeetilised keskmised annavad ADKAR elementide tulemusteks „keskmine“ ja ühtegi vastuseisu punkti ei esine. Kui vaadata hinnangute esinemiste tabelit Lisas 1, siis üksikisikute tasemel on vastuseisu punkte olema küll. Siiski saab uuringust teha mõningaid järeldusi.

Hiatt nimetab muudatuste juhtimise tegevustena (2006, 44):

- kommunikatsioon
- Sponsorlus
- *coaching*
- vastuseisu juhtimine
- koolitus

Hiatt lisab, et iga tegevus mõjutab teatud ADKAR mudeli elemente. Näiteks, kommunikatsioon on oluline vahend teadlikkuse tõstmiseks. Sponsorlus on peamine tegevus, et tõsta teadlikkust, soovi ja toetust (vaata Joonis 14).

Muudatuste juhtimise tegevus	A	D	K	A	R
Kommunikatsioon	X				
Sponsorlus	X	X			X
<i>Coaching</i>	X	X	X	X	X
Vastuseisu juhtimine		X			
Koolitus			X	X	

Joonis 14. Muudatuste juhtimise tegevuste seos ADKAR elementidega.

Allikas: (Hiatt 2006, 46)

Muudatuste juhtimine ja muudatuste valmisoleku tõstmine on kompleksne protsess ja sõltub erinevatest asjaoludest. Käesoleva uuringu tulemusi ei saa võtta põhjanevatena. Autor annab vastavalt uuringu tulemustele ja Hiatt väljatöötatud taktikalistele soovitudele järgmised ettepanekud:

- Soov osaleda muudatustes. Soovi tõstmiseks tuleb juhtkonnal efektiivselt toetada muudatuste projektis osalevaid töötajaid, aktiivselt ja nähtavalt projektis osaledes. Tuleb hinnata riske ja prognoosida vastuseisu. Kommuniqueerida töötajatele visiooni kuhu organisatsioon on teel ja kuidas see visioon saavutatakse. Kommuniqueerida töötaja isiklikku pühendumust ja kirge seoses muudatustega.
- Teadmised, kuidas muudatust ellu viia. Teadmiste arendamiseks on võimalikud tegevused: efektiivne treening, üks-ühele *coaching* ja kasutajagrupid ning foorumid.

- Võimekus muudatusi ellu viia. Võimekuse soodustamiseks on võimalikud tegevused: igapäevane juhendamine, ligipääs ekspertidele, tulemuste monitoorimine ja praktilised harjutused koolitustel.
- Toetus, et muudatused püsima jääksid. Muudatuste stimuleerimiseks on järgmised ettepanekud: tunnustamine ja tähistamine, autasud, töötajate tagasiside, tulemuste mõõtmise süsteemid ja auditid.

Toetudes teises peatükis toodud teooriale, soovib käesoleva töö autor pöörata tähelepanu Armanakise muudatusteks valmisoleku mudelile ja tegevustele:

- aidata mõista, milleks muudatus on vajalik
- juhtkonna eeskujuna nii sõnades kui tegudes
- läbi koolituste ja *coachingu* töötajate koolitamine, et tõsta teadmiste ja oskuste taset ning sellega enesekindlust hakkama saamiseks.

Antud bakalaureusetöö autoril on uurimustöö läbiviijatele järgmised soovitusel:

- suurem valim, et saada rohkemate indiviidide tagasiside ja sellega statistiliselt usaldusväärsemaid tulemeid.
- ADKAR küsimustiku läbiviimise eelduseks on, et vastaja teab mis muudatusega on tegemist, mille kohta küsitlus läbi viiakse. See muudatus tuleks täpsemalt lahti kirjutada.
- Läbi viia kordusuuring, et saada teada muutused ja arengud.

4. KOKKUVÕTE

Antud bakalaureusetöö eesmärgiks oli hinnata Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisolekut haiglate võrgustumisega seotud muudatusteks. Haiglate võrgustumise all mõistetakse eri liiki haiglate koostööprotsessi, mille eesmärk on tagada tervishoiuteenuste ühtlane kättesaadavus kogu Eesti riigi ulatuses. Võrgustumise käigus tagavad piirkondlikud haiglad (Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum ja Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla) kui pädevuskeskused üld- ja kohalike haiglate vastutuspiirkondades reaalse võimekuse osutada vajalikke eriarstiabi teenuseid.

Töö probleemiks oli, et eelnevalt pole muudatusteks valmisolekut ja võimalikke vastuseisu kohti Regionaalhaiglas üksikisiku tasemel mõõdetud. Autor püstitas uurimisküsimuse: millisel tasemel on Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisolek võrgustumisega seotud muudatusteks.

Uurimisküsimusele vastuse saamiseks püstitas autor järgmised ülesanded:

- anda ülevaade Eesti haiglavõrgu arengukavast;
- tutvustada Regionaalhaiglat ja võrgustumisega seotud tegevuskavasid;
- anda ülevaade muudatusteks valmisoleku teoreetilistest alustest ja ADKAR muudatuste juhtimise mudelist;
- viia läbi küsitlus Regionaalhaigla juhtivtöötajatega;
- selgitada välja juhtivtöötajate valmisolek võrgustumisega seotud muudatusteks.

Antud bakalaureusetöös oli uuritavaks objektiks Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisoleku tase. Uurimistöö läbiviimisel võeti aluseks ADKAR muudatuste juhtimise mudel, mille on välja töötanud uuringute firma Prosci. ADKAR koosneb viiest elemendist, millega saavutada edukas muudatus:

- A – Awareness – teadlikkus muudatuse vajalikkusest
- D – Desire - soov osaleda muudatustes;
- K – Knowledge - teadmised, kuidas muudatusi ellu viia;
- A – Ability - võimekus muudatuste elluviimiseks;

- R – Reinforcement - toetus, et muudatus püsima jääks.

ADKAR kirjeldab muudatust üksikindiviidi tasemel. See on efektiivne tööriist muudatuste juhtimise tegevuste planeerimiseks, puuduste diagnoosimiseks ja juhtide toetamiseks.

Bakalaureusetöö koosneb kolmest peatükist. Esimeses peatükis andis autor ülevaate Regionaalhaiglast ja haiglate võrgustumisega seotud arengukavadest. Teises peatükis kirjeldas autor ADKAR muudatuste juhtimise mudelit. Viimases osas kirjeldas autor bakalaureusetöö raames läbiviidud uuringu metoodikat ning esitles saadud tulemusi.

Autor kasutas kvantitatiivset läbilõikeuuringut ja andmekogumismeetodina struktureeritud ankeetküsitlust. Uuring viidi läbi Regionaalhaigla personaliosakonna vahendusel ajavahemikul 17.–28.04.2015. Kokku õnnestus *Google Forms* internetikeskkonnast saada 32 elektrooniliselt täidetud ankeetvastust. Vastavate andmete analüüsiks ja töötlemiseks kasutati kirjeldavat statistikat (aritmeetilist keskmist, moodi, standardhälvet). Moodustatud valimit ei saa pidada esinduslikuks ning tulemusi ei ole võimalik laiendada kõigile juhtivtöötajatele.

Uuringu põhjal võib öelda, et Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisolek võrgustumisega seotud muudatusteks oli keskmine. Üle keskmise oli teadlikkus vajadusest muudatuste järele. Keskmisel tasemel oli soov osaleda, teadmised ja võimekused muudatuste läbiviimiseks. Kõige nõrgem oli näitaja toetuse osas. Üldistavalt vastuseisupunkte ei esinenud. Käesoleva bakalaureusetöö uuringu tulemuste ja järelduste põhjal tegi autor Regionaalhaiglale muudatusteks valmisoleku taseme tõstmiseks järgmised ettepanekud:

- osalemissoovi tõstmiseks rakendada isiklikku toetamist (*sponsorship*), *coachingut* ja vastuseisu juhtimist;
- teadmiste ja võimekuse tõstmiseks viia läbi koolitusi ja *coachingut*;
- muudatuste kinnistamiseks rakendada isiklikku toetamist (*sponsorship*) ja *coachingut*.

Bakalaureusetöö uuringut võib tulevikus edasi arendada järgnevalt:

- suurendada valimit, et tulemusi oleks võimalik laiendada kõigile juhtivtöötajatele;
- viia läbi kordusuuring, et võrrelda muutusi võrgustumise protsessi käigus ja järgselt;
- uuringu tulemusi saab paremini rakendada kui muudatuste põhjus ja eesmärk on uuringus osalejatele täpsemalt lahti seletatud.

Kokkuvõtvalt leiab autor, et bakalaureusetöö eesmärk hinnata Regionaalhaigla juhtivtöötajate valmisoleku taset võrgustumisega seotud muudatusteks saavutati. Kasutatud ADKAR mudeli küsimustik võimaldab hinnata üksikisiku tasemel valmisolekut ja võimalikke vastuseisu kohti. Kuna valim oli liiga väike, siis tuleb tehtud statistilisse analüüsi suhtuda teatava ettevaatlikkusega.

VIIDATUD ALLIKAD

- ADKAR - why it clicks. Prosci. <http://www.change-management.com/tutorial-adkar-overview-mod1.htm> (02.04.2015)
- Alas, R. (2002). Muudatuste juhtimine ja õppiv organisatsioon. Tallinn: Külim.
- Alas, R., Pramann Salu, M. (2005). Muudatuste meistrikläss. Tallinn: Äripäeva Kirjastuse AS.
- Armenakis, A. A., Harris, S. G., Cole, M. S., Fillmer, J. L., Self, D. R. (2007). A Top Management Team's Reactions to Organizational Transformation: The Diagnostic Benefits of Five Key Change Sentiments. – *Journal of Change Management*, vol. 7, pp. 273-290.
- Burke, W. W., Coruzzi, C. A., & Church, A. H. (Eds.). (1996). The organizational survey as an intervention for change. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Eesti tervishoiu arengusuunad 2020. (2008). Sotsiaalministeerium. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf (22.04.2015)
- Hiatt, J. M. (2006). ADKAR: a model for change in business, government and our community. Loveland: Prosci Research.
- Holt, D. T., Vardaman, J. M. (2013). Toward a Comprehensive Understanding of Readiness for Change: The Case for an Expanded Conceptualization. – *Journal of Management*, vol. 13, pp. 9-18
- Hussey, E. D. (1995) How to manage organizational change. London: Kogan Page.
- Kotter, J., Cohen, S. D. (2004). Muudatuste keskmes. Tõsielulood organisatsioonide muutmisest. Tallinn: Kirjastus Pegasus.
- Luecke, R. (2003). Managing Change and Transition. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Publishing.
- Majandusaasta aruanne. (2014) SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla. http://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/documents/Aruanne_perh.pdf (12.05.2015)

- Musselwhite, C., Plouffe, T. (2014). Change Readiness Is the New Change Management. – Harvard Business Review, pp. 10.
- Rahvastiku Tervise Arengukava 2009-2020. (2008). Sotsiaalministeerium.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/2012_rta_pohitekst_ok_5.pdf (18.04.2015)
- SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Arengukava aastateks 2015-2017. (2015) SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla.
http://perh.wiseman.ee/sites/default/files/documents/Regionaalhaigla_arengukava2015_2017.pdf (10.04.2015)
- Smith, Ian. (2005). Achieving readiness for organizational change. – *Library Management*, vol. 26, pp. 408–412.
- Smith, Ian. (2006). Continuing professional development and workplace learning – 15: Achieving successful organisational change – do's and don'ts of change management. – *Library Management*, vol. 27, pp. 300–306.
- Tervis. Rahvastiku Tervise Arengukava 2009-2020. Sotsiaalministeerium.
<https://www.sm.ee/et/tervis> (18.04.2015)
- Tervise Arengu Instituut. (2014). Uuringu järgi oli mullu novembris Eestis 4395 arsti ja 7428 õde. <http://www.terviseinfo.ee/et/uudised/4193-uuringu-jargi-oli-mullu-novembris-ees-4395-arsti-ja-7428-ode-> (22.04.2015)
- Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. Vastu võetud Riigikogus 09. mail 2001. a – RT I 2001, 50, 284; RT I, 09.05.2001, 1.
- Vakola, M. (2013). Multilevel Readiness to Organizational Change: A Conceptual Approach. – *Journal of Change Management*, vol. 13, pp. 96-109.

SUMMARY

READINESS FOR CHANGE. CASE STUDY WITH NORTH ESTONIA MEDICAL CENTRE'S MANAGEMENT TEAM

Madis Sein

The objective of this bachelor's study was to assess the readiness for hospital networking of the management team of the North Estonia Medical Centre. Hospital networking is a collaboration process between various types of hospitals in order to guarantee the uniform accessibility of health services across Estonia. In the course of networking, regional hospitals (the University of Tartu Hospital and the North Estonia Medical Centre) as competence centres ensure the real possibility to provide the necessary specialised medical services in the areas of responsibility of general and local hospitals.

The issue addressed in this study was that readiness for change and potential opposition points have not been previously measured on the individual level in the North Estonia Medical Centre. The author posed the following research question: how ready is the management team of the North Estonia Medical Centre for changes related to hospital networking?

In order to find an answer to the research question, the author set the following tasks:

- giving an overview of the Estonian Hospital Network Development Plan;
- introducing the North Estonia Medical Centre and the networking plans;
- giving an overview of the ADKAR change management model;
- conducting a survey with the management team of the North Estonia Medical Centre;
- identifying the readiness of the management team for changes related to hospital networking.

The subject studied in this bachelor's thesis is the readiness of the management team of the North Estonia Central Hospital. The ADKAR change management model developed by the

research company Prosci was used as a basis for the survey. The ADKAR model has five elements that define the basic building blocks for successful change:

- A – Awareness of the need for change,
- D – Desire to support and participate in the change,
- K – Knowledge of how to change,
- A – Ability to implement required skills and behaviours,
- R – Reinforcement to sustain the change.

ADKAR describes successful change on the individual level and outlines the goals of successful change. It is an effective tool for planning change management activities, diagnosing gaps and supporting managers.

This bachelor's thesis consists of three Chapters. In Chapter 1, the author gives an overview of the North Estonia Medical Centre and the hospital network development plans. In Chapter 2, the author describes the ADKAR change management model. In Chapter 3, the author describes the methodology and results of the survey conducted as part of the study.

The author used the methods of quantitative cross-sectional study and structured questionnaire. The survey was conducted through the Human Resources Department of the North Estonia Medical Centre during 17–28 April 2015. A total of 32 electronically completed responses to the questionnaire were received from the Google Forms online environment. Descriptive statistics (arithmetic mean, mode, standard deviation) were used to analyse and process the data. The sample cannot be considered representative and the results cannot be extended to the entire management team.

The results of the survey suggest that the readiness of the management team of the North Estonia Medical Centre for changes related to hospital networking was average. Awareness of the need for change was above average. Desire to participate in the change and knowledge and ability to implement the change were on an average level. Support for change was the weakest indicator. In general, there was no opposition to change. Based on the results and conclusions of the survey results, the author formulated the following proposals to the North Estonia Medical Centre for improving the readiness for change:

- personal sponsorship of, coaching and controlling opposition should be applied to increase the desire to change;
- training and coaching should be conducted to increase knowledge and ability;
- personal sponsorship and coaching should be applied to reinforce change.

The survey conducted in the course of this bachelor's study can be developed further as follows:

- the sample can be enlarged in order to extend the results to the entire management team;
- a repeat survey can be conducted to compare the developments during and after the networking process;
- the survey results can be implemented better after the reason for and purpose of the change have been explained to the survey participants in greater detail.

In summary, the author considers that the objective of this bachelor's study to assess the readiness of the management team of the North Estonia Medical Centre for changes related to hospital networking was achieved. The ADKAR model survey used allows for assessing readiness and potential opposition points on the individual level.

LISAD

Lisa 1. Uuringu vastuste jagunemine sotsiaaldemograafiliste näitajate järgi

Sugu	Arv	%
Mees	17	53
Naine	15	47
Kokku	32	100

Vanus	Arv	%
21-35	2	6
36-45	8	25
46-55	13	41
56+	9	28
Kokku	32	100

Tööstaaž Põhja-Eesti Regionaalhaiglas	Arv	%
Kuni 10 aastat	12	38
10-20 aastat	11	34
20-30 aastat	6	19
Üle 30 aasta	3	9
Kokku	32	100

Lisa 1 järg

Kliinik või teenistus	Arv	%
Anestesioloogiakliinik	6	19
Diagnostikakliinik	1	3
Kirurgiakliinik	3	9
Järelravikliinik	1	3
Onkoloogia- ja hematoloogiakliinik	0	0
Sisehaiguste kliinik	7	22
Psühhiaatriakliinik	3	9
Asjaajamisteenistus	0	0
Finantsteenistus	1	3
Infrastruktuuritehnika teenistus	0	0
IT teenistus	0	0
Klienditeeninduse teenistus	1	3
Kvaliteediteenistus	1	3
Majandusteenistus	1	3
Meditsiinitehnika teenistus	0	0
Personaliteenistus	1	3
Turva- ja logistikateenistus	0	0
Õigusteenistus	0	0
Palliatsiooniteenistus	1	3
Juhatus	1	3
Muu	4	13
Kokku	32	100

Allikas: (Autori uuring)

Lisa 2. Eestikeelne kaaskiri ja küsitluse ankeet (koos kogu valimi vastuste jaotusega)

Hea vastaja,

palun Teil osaleda Põhja-Eesti Regionaalhaigla juhtivtöötajate võrgustumise protsessiks valmisoleku küsitluses. Küsitlusele vastamine võtab aega kuni 10 minutit. Küsitlus on anonüümne.

Eesti rahvastiku tervise arengukava 2009-2020 näeb ette tervishoiusüsteemi ümberkorraldused, mis on vajalikud tervishoiuasutuste vahelise koostöö parandamiseks ning ressursside (nii inimeste, seadmete kui ka finantsressursside) jätkusuutlikkuse tagamiseks. Selle võrgustiku rollijaotus ja koostöö korraldus tugineb dokumendil „Eesti tervishoiu arengusuunad aastani 2020“.

Haiglavõrgu arendamise üheks tegevussuunaks on võrgustumine, aastaks 2022 peaks enamus üldhaiglatest olema koondunud kas Regionaalhaigla või Tartu Ülikooli Kliinikumi ümber.

Regionaalhaigla ja tema personali jaoks tähendab see uut moodi enesemääratlust, mõtlemist ja tegutsemist. „Kontsernistumise“ käigus tuleb ühendada erinevate haiglate tööprotseduurid, IT-lahendused, arstide ja patsientide liikumise põhimõtted.

Uuring aitab hinnata Regionaalhaigla juhtide valmisolekut kontsernistumise protsessiks ja pöörata tähelepanu muudatuse läbiviimise kvaliteedile.

Lugupidamisega,

Madis Sein

Lisa 2 järg

1. Muudatusteks valmisoleku küsimustik

Palun lugege järgnevad laused hoolikalt läbi ja andke igale lausele enda kohta hinnang vahemikus 1-5, kus 1= ei ole üldse nõus ja 5 = olen väga nõus.

		1	2	3	4	5
1.1	Ma saan aru põhjustest, miks võrgustumine toimub	3%	3%	3%	22%	69%
1.2	Ma saan aru probleemidest, mis on seotud võrgustumisega	0%	0%	16%	38%	47%
1.3	Ma saan aru võrgustumise mõjust	3%	3%	19%	41%	34%
1.4	Ma saan aru võrgustumise eesmärkidest ja sihtidest	3%	6%	13%	31%	47%
Soovi korral lisage siia kommentaar või täpsustus.						
1.5	Mulle meeldib olla osaline võrgustumise protsessis	3%	6%	34%	22%	34%
1.6	Minu jaoks on võrgustumise tulemusel suurepäraseid võimalusi	16%	13%	28%	25%	19%
1.7	Toetan muudatustega seotud tegevusi	3%	9%	19%	31%	38%
1.8	Ma saan otsest kasu võrgustumisest	41%	13%	31%	9%	6%
Soovi korral lisage siia kommentaar või täpsustus.						
1.9	Mul on vajalikke oskusi, et muudatustega hakkama saada	3%	6%	9%	47%	34%
1.10	Ma saan aru kuidas minu töö seostub võrgustumisega	6%	16%	25%	31%	22%
1.11	Mulle on kõik selge seoses võrgustumisega	22%	19%	31%	19%	9%
1.12	Mul on vajalikud teadmised, et muudatustega hakkama saada	6%	9%	13%	59%	13%
Soovi korral lisage siia kommentaar või täpsustus.						

Lisa 2 järg

1.13	Ma suudan muutustega toime tulla	0%	0%	16%	31%	53%
1.14	Ma suudan aidata kaasa muudatuste elluviimisel	0%	3%	28%	34%	34%
1.15	Ma suudan oma tööd paremini teha, pärast muudatuste elluviimist	25%	9%	31%	28%	6%
1.16	Mul on võimekus tegutseda tasemel, mida muudatus eeldab	0%	0%	22%	44%	34%
Soovi korral lisage siia kommentaar või täpsustus.						
1.17	Saan vajalikku toetust, et muudatustega hakkama saada	22%	9%	28%	28%	13%
1.18	Minu töökaaslased toetavad võrgustumist	16%	19%	25%	34%	6%
1.19	Minu juhataja toetab võrgustumist	6%	16%	9%	28%	41%
1.20	Minu murede ja küsimustega tegeletakse	19%	25%	19%	28%	9%
1.21	Vajan koolitust, et pärast muudatuste elluviimist paremini oma tööd teha	16%	16%	31%	25%	13%
Soovi korral lisage siia kommentaar või täpsustus.						

2. Vastaja andmed

2.1 Sugu

Mees	53%
Naine	47%

2.2 Vanus

21-35	6%
36-45	25%
46-55	41%
56+	28%

Lisa 2 järg

2.3 Emakeel

Eesti keel	94%
Vene keel	6%
Muu:	0%

2.4 Tööstaaž Põhja-Eesti Regionaalhaiglas

Kuni 10 aastat	38%
10-20 aastat	34%
20-30 aastat	19%
Üle 30 aasta	9%

2.5 Kliinik/ teenistus

Anestesioloogiakliinik	19%
Diagnostikakliinik	3%
Kirurgiakliinik	9%
Järelravikliinik	3%
Onkoloogia- ja hematoloogiakliinik	0%
Sisehaiguste kliinik	22%
Psühhiaatriakliinik	9%
Asjaajamisteenistus	0%
Finantsteenistus	3%
Infrastruktuuritehnika teenistus	0%
IT teenistus	0%
Klienditeeninduse teenistus	3%
Kvaliteediteenistus	3%
Majandusteenistus	3%
Meditsiinitehnika teenistus	0%

Lisa 2 järg

Personaliteenistus	3%
Turva- ja logistikateenistus	0%
Õigusteenistus	0%
Palliatsiooniteenistus	3%

Juhatus	3%
Muu:	13%

Täna Teid küsimustiku täitmise eest! Teie vastused on salvestatud.

Allikas: (Autori uuring)

Lisa 3. Küsitluse ankeedi ADKAR jaotus

1.1	Ma saan aru põhjustest, miks võrgustumine toimub	Teadlikkus
1.2	Ma saan aru probleemidest, mis on seotud võrgustumisega	
1.3	Ma saan aru võrgustumise mõjust	
1.4	Ma saan aru võrgustumise eesmärkidest ja sihtidest	
1.5	Mulle meeldib olla osaline võrgustumise protsessis	Soov
1.6	Minu jaoks on võrgustumise tulemusel suurepäraseid võimalusi	
1.7	Toetan muutustega seotud tegevusi	
1.8	Ma saan otsest kasu võrgustumisest	
1.9	Mul on vajalikke oskusi, et muutustega hakkama saada	Teadmised
1.10	Ma saan aru kuidas minu töö seostub võrgustumisega	
1.11	Mulle on kõik selge seoses võrgustumisega	
1.12	Mul on vajalikud teadmised, et muutustega hakkama saada	
1.13	Ma suudan muutustega toime tulla	Võimekus
1.14	Ma suudan aidata kaasa muutuste elluviimisel	
1.15	Ma suudan oma tööd paremini teha, pärast muutuste elluviimist	
1.16	Mul on võimekus tegutseda tasemel, mida muudatus eeldab	
1.17	Saan vajalikku toetust, et muutustega hakkama saada	Toetus
1.18	Minu töökaaslased toetavad võrgustumist	
1.19	Minu juhataja toetab võrgustumist	
1.20	Minu murede ja küsimustega tegeletakse	
1.21	Vajan koolitust, et pärast muutuste elluviimist paremini oma tööd teha	

Allikas: (Autori uuring)

Lisa 4. Statistilise analüüsi tulemused

	TEADLIKKUS		SOOV		TEADMISED		VOIMEKUS		TUNNISTAMINE	
	Keskmine	Standardhälve	Keskmine	Standardhälve	Keskmine	Standardhälve	Keskmine	Standardhälve	Keskmine	Standardhälve
Kõik vastanud kokku	4,23	0,95	3,29	1,36	3,47	1,21	3,83	1,11	3,13	1,31
Mees	4,22	0,99	3,30	1,39	3,47	1,30	3,66	1,13	3,19	1,28
Naine	4,20	0,91	3,25	1,35	3,43	1,13	4,00	1,08	3,05	1,37
21-35	3,63	0,99	2,88	1,36	1,88	1,17	3,63	1,11	2,10	1,37
36-45	4,13	0,89	3,09	1,31	3,56	1,27	3,97	1,02	3,38	1,22
46-55	4,35	0,76	3,19	1,24	3,81	1,02	3,90	1,15	3,28	1,22
56+	4,31	1,15	3,17	1,46	3,25	1,06	3,64	1,08	2,93	1,36
Kuni 10	4,15	0,65	3,40	1,19	3,65	1,18	3,83	1,03	3,17	1,10
10 kuni 20	4,25	1,03	3,39	1,40	3,32	1,20	4,00	1,04	3,29	1,41
20 kuni 30	4,58	0,57	3,63	1,22	3,75	1,01	4,04	1,02	3,47	1,23
Üle 30	3,83	1,72	1,83	1,14	2,75	1,30	2,75	1,16	1,73	1,093
Anestesioloogiakliinik	3,83	0,94	2,75	1,42	3,25	1,30	3,63	1,28	2,93	1,39
Diagnostikakliinik	1,50	0,87	1,50	0,87	2,50	0,87	2,50	1,12	1,60	1,80
Kirurgiakliinik	4,58	0,76	3,50	1,38	4,00	1,41	4,00	1,41	2,87	1,50
Järelevikliinik	4,25	0,43	3,25	0,43	4,00	0,00	4,25	0,43	3,80	0,75
Oncologia- ja hematoloogiakliinik										
Sisehaiguste kliinik	4,61	0,62	3,04	1,24	3,46	1,18	3,50	1,12	2,94	1,09
Psühhiaatriakliinik	4,83	0,37	4,33	0,94	4,00	0,41	4,58	0,49	4,27	1,00
Asjaajamisteenistus										
Finantsteenistus	4,50	0,50	3,25	1,09	4,00	0,71	4,00	0,71	3,80	0,40
Infrastruktuuritehnika teenistus										
IT teenistus										
Klientiteeninduse teenistus	5,00	0,00	4,50	0,50	4,25	0,43	4,25	0,43	4,20	0,40
Kvaliteediteenus	3,25	0,43	2,50	1,12	2,75	0,43	3,50	0,87	3,00	1,26
Majandusteenistus	4,50	0,50	4,50	0,87	4,00	0,71	4,50	0,50	3,20	1,33
Meditsiinitehnika teenistus										
Personaliteenus	4,00	0,00	3,50	1,50	3,25	1,79	4,00	1,00	3,00	0,63
Turva- ja logistika teenistus										
Õigusteenus										
Poliitikooteenus	3,75	0,43	3,00	0,71	3,25	0,83	3,75	0,43	2,40	1,36
Juhatus	5,00	0,00	3,75	0,43	4,00	0,00	4,00	0,00	3,40	0,80
Muu	4,06	0,90	3,56	1,32	2,81	1,33	3,94	0,97	3,05	1,36

Allikas: (Autori uuring)