

**TALLINNA TEHNIKAÜLIKOOL**

Sotsiaalteaduskond

Tööstuspsühholoogia instituut

Grete Karu

**JUHTIMISFUNKTSIOONI TÕLGENDAMINE ERINEVATEL  
JUHTIMISTASANDITEL: PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA NÄIDE**

Magistritöö

Juhendaja: Mairi Jüriska, MSc

Kaasjuhendaja: Merle Lõhmus, MA

Tallinn 2016

Deklareerin, et käesolev magistritöö,  
mis on minu iseseisva töö tulemus, on  
esitatud Tallinna Tehnikaülikooli magistrikraadi  
taotlemiseks ja selle alusel ei ole varem taotletud akadeemilist kraadi.

Autor Grete Karu

“ ..... “ ..... 2016

Töö vastab kehtivatele nõuetele

Juhendaja MSc Mairi Jüriska

“ ..... “ ..... 2016

Kaitsmisele lubatud “ ..... “ ..... 2016

Personalitöö ja –arenduse magistritööde kaitsmiskomisjoni

esimees.....

# LÜHIKOKKUVÕTE

## JUHTIMISFUNKTSIOONI TÕLGENDAMINE ERINEVATEL JUHTIMISTASANDITEL: PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA NÄIDE. Grete Karu

Tervishoiu juhtimine on keerulise struktuuriga, kuna juhtimisse on kaasatud klinitsistid, kes eelkõige on oma eriala professionaalid. Juhtimisfunktsiooni erinev tõlgendamine ja teostamine haigla juhatuse ja kliiniliste juhtide seas võib raskendada soovitud organisatsiooniliste tulemuste saavutamist ja erinevate tasemete juhtide kompetentsiarengu efektiivset toetamist.

Käesoleva magistritöö eesmärgiks on välja selgitada võimalikud erinevused juhtimisfunktsiooni tõlgendamisel haigla juhatuse ja kliiniliste juhtide seas SA Põhja - Eesti Regionaalhaigla näitel.

Töö teoreetilises osas antakse ülevaade eripäradest tervishoiu juhtimises, erinevatest lähenemistest tervishoiu juhtimisele ning ülevaade kompetentsipõhisest juhtimisest. Empiirilise osana viiakse läbi intervjuud haigla erineva tasemete kliiniliste juhtidega ning haigla juhatusega.

Tervishoiu juhtimises paremate tulemuste saavutamiseks tuleb paika panna kliiniliste juhtide juhtimisülesanded, kaardistada nende täitmiseks vajalikud oskused, teadmised ja hoiakud ning hinnata kliinilisi juhte nende juhirolli kohustuste täitmisel. Need loovad võimaluse välja töötada kompetentsimudel ja koolitusprogrammid, mis toetavad kliiniliste juhtide ettevalmistust ja efektiivsemat juhtimisfunktsioonide täitmist.

Uurimuse põhijäreldused: kliinilistel juhtidel on haigla juhatuse tööga rahul, neil on nende vastu suur austus ja usaldusväärsus; erineva taseme juhtide igapäevase juhtimistegevuse eesmärgiks on saavutada parim ravikvaliteet; juhirollis näevad kliinilised juhid võimalust midagi muuta; kulu, ravikvaliteeti ja personaliküsimusi nähakse vastuoluliste eesmärkidena; ootuste mitte-teadmine ning juhirolli ebaselgus takistab koostöö saavutamist; kliiniliste juhtide juhtimisvõimekust pärsib kõike-hõlmavate tööülesannete täitmine; efektiivne kommunikatsiooni liikumine toetaks uuenduste ja muudatuste elluviimist; motivatsiooni loomine klinitsistidele juhtimiskohustuste täitmiseks on väljakutse haigla juhatusele.

Võtmesõnad: tervishoid; juhtimine; juhtimiskompetentsid; kompetentsipõhine juhtimine.

## **ABSTRACT**

JUHTIMISFUNKTSIOONI TÕLGENDAMINE ERINEVATEL  
JUHTIMISTASANDITEL: PÕHJA-EESTI REGIONAALHAIGLA NÄIDE.  
Grete Karu

Management in healthcare is facing a challenge to involve clinicians in managerial roles. The conflicting views of hospital boards and clinical managers on the function of management can hinder achieving organizational goals and support for competency development.

The purpose of this thesis “Interpretation of managerial functions at different level: the case of North Estonia Medical Centre” is to explore how managers on different levels interpret managerial functions.

The theoretical overview provides insights on the specifics of healthcare management, its different approaches and an overview of competency based management. The empirical part is a qualitative interview study with clinical managers and the hospital executive board.

To improve performance, the main management functions need to be specified. Essential skills, knowledge and behavior need to be identified and evaluated. These can serve as input to develop competency models and training programs. Clinical managers lack motivation to perform managerial responsibilities. Many management functions are a challenge and views on these differ among the hospital executive board and clinical managers. While the hospital provides three-day management training and an opportunity to do self-evaluation of management competencies, the attendance and use of these is inadequate.

Main findings: clinical managers are satisfied with hospital executive board’s work, they have respect and trust for them; managerial role has seen like opportunity to make changes; the primary shared goal among all managers is quality of care; cost, quality of care and personnel issues are seen as controversial goals; unclear expectations and managerial role impede cooperation; overall management capability is inhibited by all-inclusive job descriptions; effective communication could support innovation and change implementation.

Key words: healthcare; clinical managers; management and medicine; competency based management.

# SISUKORD

LÜHIKOKKUVÕTE .....	2
ABSTRACT .....	3
SISSEJUHATUS.....	5
1 TEOREETILINE ÜLEVAADE .....	12
1.1 Kliiniliste juhtide kaasamise olulisus .....	12
1.2 Juhtimise eripärad tervishoius .....	13
1.4 Lähenemised juhtimisele tervishoius .....	16
1.5 Juhtimise arendamine .....	18
1.6 Juhtimiskompetentside arendamine tervishoius .....	20
1.7 Juhtimiskompetentside mudelid tervishoius .....	22
1.8 Kompetentsipõhine juhtimine .....	24
2 MEETOD .....	26
2.1 Uuringu kirjeldus .....	26
2.2 Valim.....	27
2.3 Uuringu läbiviimine .....	32
2.5 Andmete analüüs.....	33
3 INTERVJUUDE TULEMUSED .....	34
3.1 Juhiroll kui vastutus või võimalus.....	34
3.2 Jagatud eesmärk vs tajutud ootused .....	35
3.3 Erinevate tasandite juhtimisfunktsioon .....	37
3.4 Kliiniline „mõistmine“ juhtimisküsimustes .....	38
3.5 Juhtimiskvaliteeti mõjutavad struktuursed piirangud ja kultuur .....	41
3.5 Juhtimine ja meditsiin: vastuolulised eesmärgid, aga lootus koostööle .....	44
3.6 Motivatsioon juhirollis jätkamiseks .....	47
4 ARUTELU .....	49
4.1 Järeldused ja ettepanekud.....	60
KOKKUVÕTE.....	64
VIIDATUD KIRJANDUS .....	71
Lisa 1 Osakonna- ja keskusejuhi intervjuukava .....	76
Lisa 2 Kliinikujuhi intervjuukava .....	78
Lisa 3.Tippjuhtkonna intervjuukava .....	80

## SISSEJUHATUS

Tervishoius on juhtimisel oluline roll ravikvaliteedi, kulude juhtimise ja personali heaolu tagamisel. Samaaegselt, juhtimiskompetentside arendamine on toonud vaid tagasihoidlikke tulemusi. Selle üheks peamiseks põhjuseks on nende kompetentside vähene tähtsustamine ja meditsiinile võõraks jäävate kontseptsioonide ja lähenemiste kasutamine. Käesolev magistritöö annab oma panuse efektiivsemasse juhtimiskompetentside arendamisesse kasutades personalijuhtimises edu saavutanud tööriistu selleks, et luua süstemaatiline lähenemine juhtimiskompetentside arendamisele ühe regionaalhaigla kontekstis.

Eesti tervishoiusüsteemi kirjeldamiseks saab kasutada järgnevaid märksõnu: palju osapooli, 95%-l rahvastikust on ravikindlustus, tõenduspõhisusega järjepidev tegelemine, tervishoiu arendamine ja areng (Eesti Tervisesüsteemi ülevaade, 2013). Eestis pööratakse tervishoiu arendamisse sama suurt tähelepanu kui mujal maailmas, mida keerulised majanduse situatsioonid ja tervishoiu valdkonnas tehtavad otsused ja muudatused nõuavad. Palju tehakse koostööd Maailmapanga Grupiga ning 2015 aastal läbi viidud uuring juhtis tähelepanu väljakutsetele nagu patsientide ohutus, tervishoiuteenuse jätkusuutlikkus ning kvaliteetne ravi (EHK, 2015; Eesti Tervisesüsteemi ülevaade, 2013).

Meditsiinimaailm on muutunud väga komplekseks mistõttu arstidele ja teistele tervishoiutöötajatele seatakse järjest suuremaid nõudmisi erinevate oskuste omandamise osas, et pakkuda veelgi paremat tervishoiuteenust. Ootused arstidele väga kõrged, et neil oleksid oskused ja teadmised kõikvõimalikes haiglat puudutavates teemades (Clark, Spurgeon, Hamilton, 2008).

Tervishoiu kompleksust ja erinevust võrreldes teiste valdkondadega iseloomustab ka see, et erinevate haiglate arstid või muu ametikoha esindajad võivad ja töötavadki mitmes erinevas tervishoiusüsteemis. Kuigi sellel kompleksel süsteemil võivad olla omad eelised, siis teatud tegevuste elluviimiseks on paljud vastu meelestatud. Ideaalis on see teistes tervishoiusüsteemides oodatava tulemuse saavutanud praktikate kasutamine. Justkui

õppimise vahend organisatsioonile, kuhu see üle tuuakse. Ollakse arvamusel, et selline lähenemine võimaldab tervishoius erinevate väljakutsetega paremini hakkama saada (Plsek, Greenhalgh, 2001).

Tervishoius on juhtimisel oluline roll kuna haigla eesmärk on saavutada häid tulemusi raviteenuste kvaliteedis, patsientide ja personali rahulolus ning üldistes tulemustes. Kuid neid tegevusi on vajalik saavutada kulusid kontrolli all hoides, mis on haiglale suur väljakutse (Lega, Prenestini, Spurgeon, 2013).

Selle tõttu on oluline vaadata ka tulevikku ning arendada juhtimist, mis aitaks saavutada parema efektiivsuse. See võimaldab saavutada heal tasemel patsiendikesksuse ja ehitada üles tugev tervishoiusüsteem terves maailmas (Faculty of Medical Leadership and Management, 2012).

Uuringud on näidanud, et näiteks 2/3 juhtidest Ameerika korporatsioonides kaasa arvatud ka tervishoid on ebaefektiivsed, ebakompetentsed ning lõpuks ebaõnnestuvad, kuna ei suudeta üles ehitada ja hoida toimivat meeskonda (Hogan, Kaiser, 2005).

Paljud tervishoiu asutused liiguvad alles uue lähenemise poole meditsiinis ja kaasavad klinitsiste juhtimisse. Samamoodi paljudes on selline juhtimisstruktuur rakenduses juba aastaid, kui mitte aastakümneid (Kuhlmann, Knorring, 2014). Kuna viimastel aastakümnetel on haigla keskkonda iseloomustatud vaenuliku ja turbulentsena, siis võimaliku lahendusena pakuvad Bigelow ja Arndt (2000) välja muudest eluvaldkondadest juhtimispraktikate kasutamist. Haiglate ja tervishoiusüsteemide jaoks on üheks selleks praktikaks klinitsistide kaasamine juhtimisse.

Vaatamata asjaolule, kas alles liigutakse või praktiseeritakse uut lähenemist (kui haigla juhtimisse on kaasatud klinitsistid), on oluline organisatsioonil endalt küsida: „Kas organisatsioon ise on selleks valmis?“ Kui selles uues lähenemises nähakse potentsiaali ja vajalikkust, on samaväärselt organisatsiooni enda valmisoleku kõrval oluline ka toetus riigipoolt kehtestatud poliitikatel ja seadustel. Küsimus on, kas see on olemas või suudetakse see tagada? (Kuhlmann, Knorring, 2014).

Tervishoiupoliitika on kahe-kolme aastakümnega märgatavalt suurendanud juhtimist haiglates. Hiljutised uuringud Euroopas näitavad, et järjest rohkem arste võtavad vastu väljakutse seoses juhirolli omandamisega. Edasised uuringud juhirolli muutusega

tõestavad, et see mõjutab oluliselt haiglate teenuste kvaliteeti positiivses suunas (Kuhlmann, Knorrning, 2014).

Klinitsistide kaasatus juhtimisse omab positiivset mõju nii kolleegide kui ka tervishoiu teenuse tarbijate seas. Nende tulemuste saavutamiseks peavad klinitsistid juhtidel olema teatud oskused, motivatsioon ja kaasatus (Veronesi, Kirkpatrick, Vallascas, 2013; Cochran, Kaplan, Nesse, 2014).

Klinitsistidel nähakse tulevikus väga olulist rolli ühiskonna jaoks erinevate vaadete esindatuse osas, mis omakorda suurendab vajadust eestvedamise ja juhtimise oskuste arendamises. Selleks on hakatud välja töötama erinevaid arenguprogramme, mida võimalusel lisada meditsiinieriala õppekavadesse või siis tervishoiuasutustes koolitusprogrammidesse. On jõutud järeldusele, et nende arenguprogrammide kasulikkus ja väärtus on võimalik saavutada läbi selle, kui uute teadmiste omandamine on seotud tööalaste tegevustega ning on olemas organisatsiooni poolt toetus (McKimm, Swanwick, 2011).

Aastaid tagasi viidi tervishoiu juhtimises läbi kvalitatiivne uuring, mis järeldas, et sealne juhtimise arendamine on 10-15 aastat maha jäänud võrreldes teiste harudega. Puudub hea sünergia tervishoiule omase juhtimismudeli ja parimate juhtimispraktikate vahel. Tervishoiutöötajad ei soovi osaleda ajaliste piirangute tõttu, ja kuna see segab kliinilist tööd – kui nad ei panusta enam piisavalt oma erialalisele tööle, langeb nende produktiivsus. Selline suhtumine ja väljakutse viitavad just sellele, et on vaja suuremat pühendumust juhtimise arendamisele tervishoius (Trastek, Hamilton, Niles, 2014).

Väga mitmeid aastaid on uuritud ja tõestatud kompetentsipõhise juhtimise kriitilist tähtsust organisatsiooni paremate tulemuste saavutamiseks, mille eelduseks on tulemuslikkuse hindamine, tööjõu planeerimine ja karjäärijuhtimine (Gangani, McLean, Braden, 2006). Kompetentsipõhine juhtimine on seotud inimressursi juhtimisega, mille ülemaailmne levik sai alguse Ameerika Ühendriikidest (Athey & Orth, 1999). Kompetentsid kirjeldavad oskusi, teadmisi, käitumist, hoiakuid ja motivatsiooni, mis on seotud indiviidi töö edukusega (Gangani, McLean, Braden, 2006).

Kompetentsimudeli põhjal juhtimine on muutunud järjest enam kasutatavaks, kuna selle põhjal on võimalik välja töötada just need oskused ja teadmised, mis on vajalikud



praeguses kiiresti muutavas majanduses ja konkureerival tööjõuturul toimetulekuks (Gangani, McLean, Braden, 2006).

Suurenenud kompleksuse ja pidevate muutuste tõttu peavad klinitsistid ja haiglad veelgi tihedamalt koos töötama. Oluline on välja töötada just need kompetentsid, mis lisavad väärtust organisatsioonile ja pakkuda nende osas koolitust. Kvaliteetse tervishoiu teenuse saavutamine on võimalik just läbi kompetentside arendamise, mille tulemuseks on kliiniliste ja mittekliiniliste juhtide koostöö saavutamine (Combes, Arespachaga, 2012).

Inimeste juhtimine on olnud üks kesksemaid arutelude teemasid juba mitmeid aasta sadu tagasi ning loomulikult ka tänapäeval. On palju erinevaid juhtimise koolkondasid, kes igaüks omal viisil pakkuvad võimalusi, kuidas paremini ja edukalt juhtida. Praegusel hetkel pakutakse erinevate koolitusfirmadel poolt juhtimiskoolitusi, mille eesmärgiks on toetada juhte saavutamaks edu, seada ja täita eesmärgid, suurendada kasumit, luua meeldiv töökeskkond ning motiveerida töötajaid. Samuti on läbiviidud mitmeid uuringuid Eestis ja mujal maailmas läbi erinevate meetodite välja selgitamiseks juhtimise positiivseid ja negatiivseid väljundeid, mis annaks võimaluse nende tulemuste põhjal edasisi plaane ja arenguid välja töötada. Kuid kuidas need koolitused ja tegevused rakenduvad ja millist kasu nad organisatsioonile toovad? Lähimõtlemata ning vajadusel kohandamata juhtimine, kus võetakse kasutusele erinevaid juhtimisstiile ja praktikaid ei anna positiivset tulemust. Organisatsioonile parima juhtimispraktika leidmine on märkimisväärselt oluline, vajalik ja väärtust andev.

2014-2015 jooksul viidi läbi PERH-s inimressursi juhtimise analüüs (OÜ Personalijuht, uuring 15.01.2014-25.02.2015) erineva valdkonna juhtide seas, mille tulemus viitas muuhulgas ka asjaolule, et juhid ei mõista nendele seatud ootusi ülesannete täitmise osas. Juhid osalevad ja peaksid osalema haigla poolt korraldatud juhtimiskoolitustel ning hindama ennast aastaid tagasi koostatud kompetentside põhjal, mis peaks viima järeldusteni, millises valdkonnas juht ennast pädevalt tunneb, ning kus ta vajaks koolitust. Tööiseloomu tõttu ei ole haigla teinud koolitusel osalemist kohustuslikuks, mistõttu on juhte, kes ei ole tänaseni koolitusel osalenud, kuigi käimas on juba näiteks teine ametiaeg (juhikohustused on tähtajalised 5 aastat). Juhtimiskoolituse lõppedes on võimalik saada koolitajatel tagasisidet koolituse korraldamise osas, kuid nende teadmiste mõju ja osakaalu juhile ning rakendamist hiljem ei hinnata. Samuti on täidetud osaliselt kliiniliste juhtide poolt kompetentside hindamise leht, mis peaks välja tooma juhi enesehinnangu ning

koolitusvajaduse. Kuid need tegevused ja tulemused on hinnangulised ning me ei saa läbi kirjaliku enesehindamise hinnata vastaja ausust ehk meile olulise info vajadust; me saame ainult eeldada.

Töötajate rahulolu-uuringu (2014 aastal) tulemused kirjeldavad, et PERH-i töötajad erinevate ametikohtade lõikes olid kõige vähem rahul juhatuse tegevusega ning üksuste juhtimisega ollakse üldiselt rahul. Kuna läbiviidud rahulolu-uuringu tulemused on lahti lõõdud ka erinevate kliinikute põhised, siis on kliinikuid, mis tõusevad esile juhtimise rahulolu heade tulemuste põhjal, kuid nii kliinikute kui ametikohtade lõikes on välja toodud ka teatav rahulolematust (Töötajate rahulolu uuring PERH-s, 2014). Autor osales ühe kliiniku rahulolu-uuringu tulemuste analüüsimisel kliiniliste juhtidega, kus nii tulemuste põhjal, kui otsesel arutelul tulemusel oli tunda ja märgata töötajate rahuolematust juhtide juhtimisoskustega, probleemide lahendamise, hindamisega ja töötajate tunnustamisega. Juhtide ametijuhendid on aastaid uuendamata ning oma sõnastuselt suhteliselt üldsõnalised ning neis ei eristu juhtimise tasemevaldkonnad. Kui töötavad koos ühise eesmärgi nimel erineva taustaga juhid, võivad erineda ka ootused juhtide tööle meditsiinasutuses, kus eelkõige on rõhk kvaliteetse arstiabi pakkumisele läbi seal töötavate professionaalide.

Käesoleva töö uurimisprobleemiks on asjaolu, et juhtimisfunktsiooni erinev tõlgendamine ja teostamine haigla juhatuse ja kliiniliste juhtide seas raskendab soovitud organisatsiooniliste tulemuste saavutamist ja erinevate tasemete juhtide kompetentsiarengu efektiivset toetamist.

Teema aktuaalsus tuleneb asjaolust, et:

- Haigla igapäevane väljakutse on saavutada häid tulemusi raviteenuste kvaliteedis, patsientide rahulolus, personali heaolus, ja üldistes tulemustes ning saavutada see kõik kulusid kontrolli all hoides. Selles kõiges on juhtimisel suur roll (Lega, Prenestini, Spurgeon, 2013).
- Tervishoiu professionaalide juhtimisele ja tõhusale koostööle seab takistusi, nende väga tugevalt väljakujunenud rollid ja huvid (Brommels, 2010).

- Haiglatel, mille juhtimisse on kaasatud kliinilise taustaga inimesed, on paremad tulemused. Seega on vaja häid kliinilisi juhte (Wooldridge, Floyd 1990). (O'Reilly, Caldwell, Chatman, Lapiz, Self, 2009).

Käesoleva magistritöö eesmärk on **välja selgitada võimalikud erinevused juhtimisfunktsiooni tõlgendamisel haigla juhatuse ja kliiniliste juhtide seas**. Rakenduslikeks väljunditeks on konkreetne sisend juhtkonnale juhtimiskompetentside mudeli väljatöötamise ning kliinikute, keskuste ja osakondade juhtide ametijuhendite uuendamisesse.

Uurimisküsimustele vastamiseks kasutati kvalitatiivset lähenemisviisi. Andmeid koguti individuaal- ja fookusgruupiintervjuude käigus:

1. Individuaalsed intervjuud kliinikute juhatajatega ning haigla juhatusega.
2. Fookusgruupiintervjuud keskuste ja osakondade juhatajatega

Uuringu käigus leida vastused nendele uurimisküsimustele:

1. Kuidas erinevate tasemete juhid kirjeldavad juhtimisfunktsiooni oma töös ja eesmärgistavad oma juhtimisalaseid tegevusi?
2. Millised erisused on ootustes erinevatele juhtimisrollidele haigla juhatuse ja kliiniliste juhtide vahel?

Käesoleva uuringu läbiviimisel kaasnesid järgnevad piirangud:

1. Ajaline piirang nii töö autorina kui intervjuueeritavatel. Töö kirjutamiseks on vajalik järgida tähtaegasid. Kliinitsistidel oli erialase töö ja lühikese etteteatamise tähtaja tõttu raske mahutada 1,5 tunnine intervjuu oma kiiresse ajagraafikusse.
2. Intervjuu kutsetele jäid paljud vastused saamata, millel põhjusena lisaks valdkonna eripärale võib arvata huvi puudumine keskuste ja osakondade juhtidel selliste teemadega tegelemiseks.

Magistritöö esimeses peatükis antakse teoreetiline ülevaade tervishoiu juhtimisest, eripäradest ja erinevatest lähenemistest ning kompetentsipõhisest juhtimisest.

Töö teises peatükis on kirjeldatud uuringus osalevat objekti ja uuringumeetodit.

Kolmandas peatükis on toodud uuringu tulemused, arutelu ja ettepanekud.

## DEFINITSIOONID

**Juhtimisfunktsioon** - koosneb kuuest kategooriast, millega kliiniline juht igapäevaselt juhtimises kokku puutub: kliiniline töö, tervishoiu teenuse juhtimine ja organiseerimine, kolleegide ja residentide õpetamine ja koolitamine, toetada tervishoiu ja hoolekande tegevusi, kasutada oma töös uuringutel ja tõenduspõhisusel põhinevaid praktikaid, eestvedamine (Gopee, Galloway, 2014).

**Kliiniline juht** – juhtimiskohustusega arst (Llewellyn, 2001). **Käesoleva töö kontekstis:** PERH-i erinevate kliinikute, keskuste ja osakondade juhid, kes oma erialalt on arstid

**Haigla juhatus** – juhatuse rolli esindab kolm juhatuse liiget ja personalidirektor

Autor kasutab järgnevaid eestikeelseid vasteid ingliskeelsetele juhtimisstiili- ja mudelite määratlemiseks:

**Servant managent** – teeniv juhtimine

**Adaptive management** – kohanev juhtimine

**Hybrid management** – hübriidne juhtimine

Töös kasutatavad lühendid:

**National Health Service** – NHS (raviteenuste osutaja Inglismaal). Loodud aastal 1948 ja on Inglismaa tervishoiuteenuste korraldaja. Põhieesmärk on tegeleda tervishoiuteenuste maksustamise ja rahastamisega ning tagada tasuta teenused Inglismaa kodanikele ning erakorralistel juhtudel võimaldada ka tasuta teenused välisriigi kodanikele (Louise Fitzgerald, 2015)

**New Public Management** – NPM, eesti keelne tõlge „uus lähenemine avaliku sektori juhtimisele“ (Kuhlmann, von Knorring, 2014)

# 1 TEOREETILINE ÜLEVAADE

## 1.1 Kliiniliste juhtide kaasamise olulisus

Kolmkümmend aastat tagasi tegid arstid ainult kliinilist tööd jättes administratiivsed ülesanded teistele pädevatele inimestele. Neil oli palju aega teha ravitööd ning anda tervisealast nõu. Administratiivsetele ülesannetele kulutati väga vähe aega ning ainukesed probleemid nende jaoks olid seotud meditsiiniga, mille lahendamiseks kasutati omandatud teadmisi selles valdkonnas (Plsek, Greenhalgh, 2001).

Haiglate jaoks on klinitsistide osalus juhtimises väga oluline, seega nende ettevalmistus juhtimisfunktsioone täita veelgi olulisem (Faculty of Medical Leadership and Management, 2012; Pescosolido, Kalargiros, 2012).

Bohmer (2012) selgitab, et kliiniliste juhtide kaasamisel juhtimisse, on võimalik saavutada kahe osapoole (kliinilise ja mittekliinilise) ühiste eesmärkide seadmisel ja koostöö saavutamisel ja hoidmisel.

Ühe olulise põhjusena, mis kindlasti peaks klinitsiste kaasama strateegilistesse protsessidesse on seetõttu, et haiglates on kasutusel palju tehnoloogiaid ning peamised tarbijad ja kasutajad on klinitsistid ise. Kuna tehnoloogiatega on seotud investeeringud ning klinitsistidel on teadlikkus, milliseid tehnoloogiaid prima ravi ja teenuse pakkumiseks vajatakse, on klinitsistide otsused ja arvamus väga olulised (Goldstein, Ward, 2004; Bohmer, 2012; Simpson, 1997).

Sama oluline on klinitsistide kaasamine kahe osapoole koostöö saavutamiseks. Klinitsiste usaldatakse teiste meditsiiniliste kolleegide poolt ning see aitab üle saada lõhest, mis kunagi eksisteeris kahe osapoole vahel väga tugevalt (Goes and Zhan 1995; Molinari et

al.1995) (Goldstein, Ward, 2004). Kliinilise juhi taust mõjub kolleegidele usaldusväärsemalt ning nende administratiivsed oskused võimaldavad hakkama saada tervishoiu ja meditsiinis esilekerkivate teemadega (Lawrence, Satini, Sena, Ruberg, Ellison, 2014). Nende juhtimises osalemise eelis on alatine võimalus juhirollist tulla tagasi oma erialase töö juurde (Simpson 1997).

Uuritud on küll klinitsistide kaasamise mõju haigla juhtimisele, kuid olulisena nähti teada saamaks, kuidas mõjub kaasamine ka klinitsistidele endile. Kliinilistel juhtidel on uue rolli omandamisega oht, et kaob ära professionaalne identiteet, kollegiaalsus ja autonoomia nii individuaalsel, kui ka grupi tasandil. Üldjuhul, kui oldi nõus võtma kliinilise juhi roll, oli motivatsioon ja karjääri mitmekesisus need kaks olulist tegurit, mis on sellise muutuse puhul väga oluline ning nähti ka võimalust selles rollis oma eriala suhtes midagi muuta (Thorne, 1997).

## **1.2 Juhtimise eripärad tervishoius**

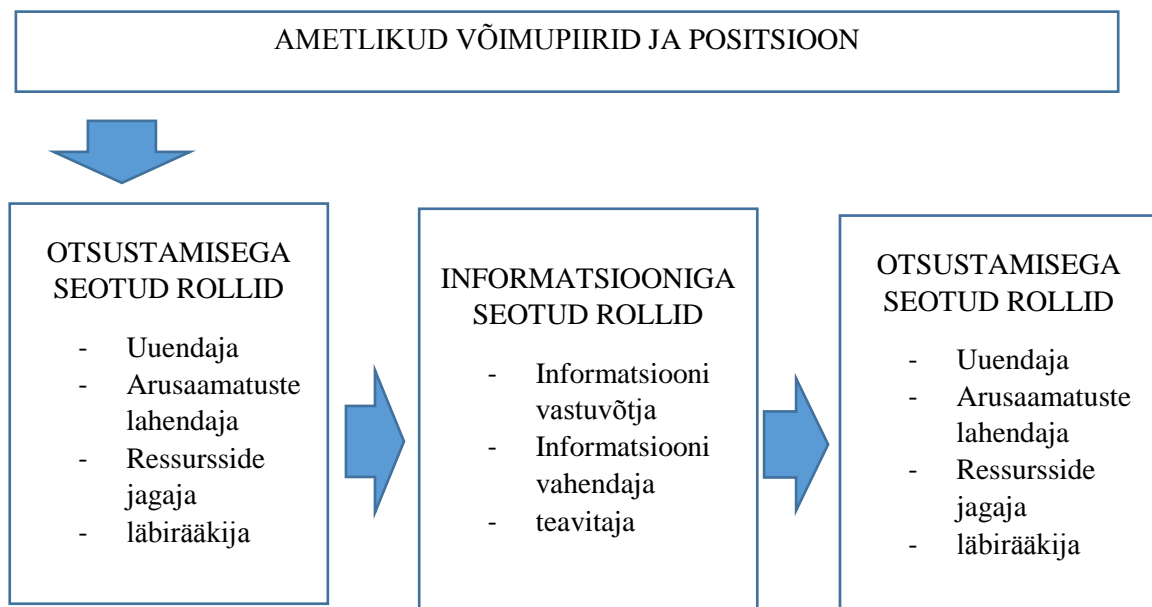
*New Public Management* „uus lähenemine avaliku sektori juhtimisele“ on mõjutanud nägemust nii ettevõtjate kui professionaalide vaatenurgast, kuidas haiglat juhtida. Ühest küljest meditsiin ja juhtimine oli loodud lahku just sellepärast, et oleks võimude lahusus. Kuid nüüd nähakse, et organisatsiooni edukuse tagamiseks on vajalik ühendada tervishoiu professionaalid ja ärijuhtimine. On loodud uus lähenemine, millel on positiivne mõju kogu meditsiinile tänu klinitsistide osalusega juhtimises. Kuid toetuse ja ettevalmistuse, mis peaks tulema haigla juhtkonnalt, tervishoiupoliitikatest ja meditsiinilise hariduse reformidest ei jõua sellega kaasa tulla, ning see seab suuri väljakutseid (Kuhlmann, von Knorring, 2014).

Tervishoiu juhtimisele seab ka väljakutseks, eripäraks ning samuti käesoleva uurimise teema aktuaalsuseks asjaolu, et tegemist on tervishoiu professionaalide juhtimisega, kel on kõigil väga tugevalt väljakujunenud rollid ja huvid, mis seab takistusi tõhusale koostööle (Brommels, 2010).

NHS's (National Health Service) mille põhieesmärk on tervishoiuteenuste korraldamine Inglismaal viidi läbi Fitzgerald'i eestvedamisel uuring sinna kuuluvates

tervishoiusüsteemides tuvastamaks juhtide põhjuseid, mis võivad takistada head koostööd ning tuvastas kaks põhiprobleemi: 1) „meditsiinilised professionaalid“, kes ise nimetavad ennast klinitsistiks kõige enam. Kuigi see vajadus on tekkinud juhtimise suurenenud mõju tõttu on nende jaoks juhtimine kõrvaltegevus ja näevad selles kui lisakohustust, mida neil on kas palutud täitma hakata või parimal juhul on see olnud nende endi soov. 2) sellised „juhuslikud hübriidjuhid“ tavaliselt hoiavad suhteliselt lahus kliinilise töö ja operatiivsed ülesanded ning kohustused, mis tulenevad seadustest ja haigla juhtidelt. Et saavutada tõelist muutust, peab NHS oluliseks tuvastamaks need „juhuslikud hübriidid“ (kelle jaoks on juhtimine kõrval tegevus) ning leidma võimalusi nende kaasamiseks või loota, et nad soovivad seda rolli oma kolleegidele, mille tulemusena on tervishoius „valmis hübriidid“ (juhid, kellel on motivatsioon juhi kohustusi täita) (Louise Fitzgerald, 2015).

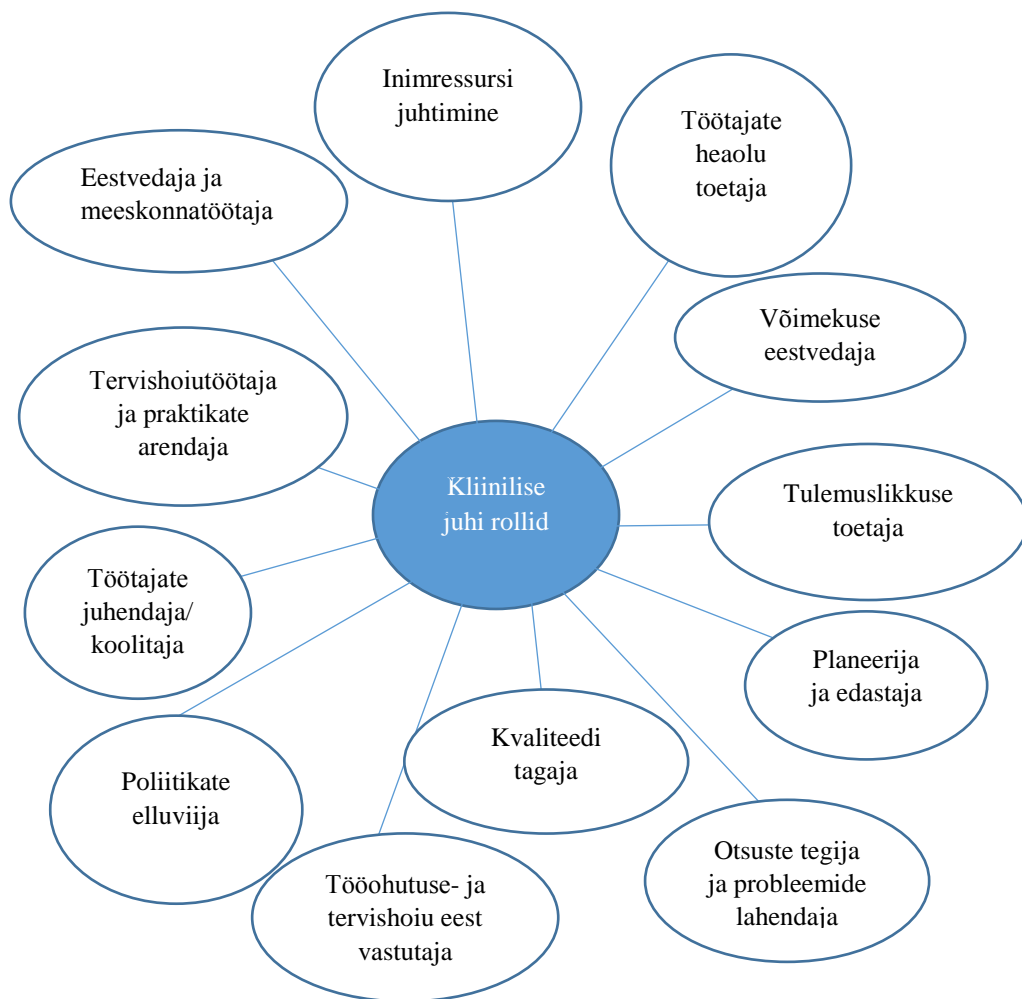
Juhtimises seatakse juhtidele rollid, mis kirjeldavad nende peamisi tegevusvaldkondasid, milles on neil oluline roll ja ülesanne täita. Tavapärasel juhtimisel leiame suhteliselt lihtsustatud mudeli, mida kirjeldab joonis 1 (Joutsekunnas, Heikurainen, 1997:52) (Siimon, Türk, 2003).



**Joonis 1** Juhi roll

Allikas: Siimon, Türk, 2003

Juhtimises ja juhirollides ilmnevad erinevused ja omad eripärad lähtuvalt valdkonnast. Tervishoiu eripärasust juhtimises iseloomustab see, et üldistele rollidele juhtimises on lisandunud tervishoiule omapärased ja mitte just sageli kohatavad rollid (Joonis 2). See omakorda muudab juhtimisfunktsiooni laiaulatuslikuks ja keerulisemaks, kuid annab hea ettekujutuse ning võimalused viia sisse uuendusi ja muudatusi, mis konkreetsel ajahetkel on vajalikud (Gopee, Galloway, 2014).



**Joonis 2** Kliinilise juhi rollid

Allikas: Gopee, Galloway, 2014



On jõutud järeldusele, et on väheseid organisatsioone peale tervishoiu, mida on nii keeruline juhtida. Juhtimise otsuseid mõjutavad tervishoiule omapärane moraal, eetika ja poliitilised mõjutused (Thorne, 1997). Tervishoiutöötajad on huvirühmad (arstid, õed, administraatorid, hooldajad, laborandid, psühhiaatrid jne), kes nii öelda ise juhivad tervishoiusüsteeme olles pidevas seoses patsiendiga. Neil on pühendumus oma töös ning valmidus üksteist vajadusel aidata meditsiiniliste väljakutsetega hakkama saamisel (Trastek, Hamilton, Niles, 2014).

Tervishoid erineb teistest valdkondadest just ka oma tõenduspõhisuse tõttu. Tõenduspõhine meditsiin põhineb koostatud ravijuhistel, mis baseeruvad teaduslikel uuringutel. Uuringute läbitöötamine peaks olema süsteemne protsess, kuna meditsiinis muutuvad asjad suhteliselt kiiresti ning tegeletakse uute võimaluste väljatöötamisega (Walshe, Rundall, 2001).

Kui klinitsist võtab lisaks oma igapäeva tööle ka juhi kohustused on nad kui kahestunud isiksused. Uue suuna tervishoiu juhtimises annab asjaolu, et klinitsistidel on vajalikud teadmised meditsiini ja samas võimalus ära õppida juhtimiseks vajalikud teadmised (Llewellyn, 2001). Nende kahe valdkonna teadmiste omamine annab võimaluse neid ka mõlemal suunal edukalt ära kasutada (Thorne, 1997). Sellest ka mõiste „*kahesuunaline*“, mis tähendab parimat kommunikatsiooni meditsiini ja juhtimise vahel. Need kaks olid eelnevalt üksteise jaoks täiesti läbipaistmatud ja tundmatud valdkonnad, mida aitab muuta klinitsistide kaasatus juhtimisse. Kahesuunalisuse positiivseks väljundiks on kahe niivõrd erineva maailmavaadetega poolte mõtete ühendamine ühtseks nägemuseks, mis on võimalik läbi kliiniliste juhtide kaasatuse (Llewellyn, 2001).

#### **1.4 Lähenedes juhtimisele tervishoius**

Tervishoius on kolm peamisest kasutust leidvat juhtimisstiili, mis ühel või teisel moel nii positiivset kui negatiivset vastukaja on leidnud.

- 1) Hübriidne juhtimine (*hybrid managers*) – see on kõige traditsioonilisem ja iseloomulikum tervishoiule, kuna juhid on kombinatsioon kliinilistest ja juhtimise kohustustest. Selle juhtimise miinuseks on vähene juhendamine ja õpetamine, kuidas peab juhtima (Louise Fitzgerald, 2015).

Uuringute tulemusel on soovitatud, et olulisem on õppida, kuidas olla juht kui juhtida. Isegi kõige proaktiivsemad hübriidjuhid võivad maha jääda pelgalt teadmiste tõttu, mida on tegelikult võimalik õpetada. Juhte on võimalik alati üritada motiveerida nii koolitusega kui võimaliku rahalise boonusega. Sellega on ehk võimalik julgustada klinitsiste saamaks hübriidjuhiks ning saavutada häid tulemusi selles, mida nad teevad (Louise Fitzgerlad, 2015).

- 2) Kohanev juhtimine (*adaptive leadership*) – kohanevat juhtimist põhiliselt rakendatakse siis, kui läbiviidud muudatustega seoses on vaja tekkinud väljakutsetest üle saada. Tervishoiutöötajatele on soovitatud ja julgustatud kasutama kohanevat juhtimist nii kliinilistes teemades paremini hakkama saamiseks (toetada kõrge riskiga haigusega patsienti), kui ka uute tervishoiu poliitike loomisel ja vastu võtmisel. Juht aitab lahendada probleemi, mis grupis võib tekkida ja hõlbustab koostööd, et leida lahendusi. Meeskonnatöö tervishoius nõuab rohkem tehnilisi lahendusi ja otsustavaid tegevusi kui kohanev juhtimine küll võimaldab. Kohaneva juhtimisega võivad kaasneda riskid ning see ei pruugi kokku sobida tervishoiu eetiliste nõuetega. Olulise on siinkohal koostöö ja vastanduda nende probleemidega, mis lõpptulemusena aitav saavutada tulemuslikke muutusi mitmel tasandil tervishoiusüsteemides (Trastek, Hamilton, Niles, 2014).
- 3) Teeniv juhtimine (*servant leadership*) – 1970.ndaltel aastatel rakendust leidnud juhtimisstiil, mille juures on tähtis kvaliteet. Kasulik ja leidlik juhtimine tagab eetilise koostöö, julgustab koostööd, annab usalduse, ettenägelikkuse ja kuulamise. Teeniv juht on enamjaolt keskendunud arengule ja inimeste heaolule. Traditsioonilise juhtimise puhul on saavutused ja võim kõige olulisem, kuid teeniva juhtimise puhul on teiste vajadused olulisemad ning aidatakse inimestel arendada ja tulemusi saavutada (Trastek, Hamilton, Niles, 2014).

Sarnaselt kohanevale juhtimisstiilile on teeniva juhtimisega võimalik saavutada usaldus tervishoiutöötajate ja patsiendi vahel, mis omakorda parandab teenuse kvaliteeti ja vähendab kulusid. Teeniv juhtimine samastub juhtimise vajadustega tervishoius, kuna mõlema soov on aidata. Oluliseks eesmärgiks on tervishoius erinevad ametid omavahel koos töötama panna ühise eesmärgi nimel, mis tervishoiu asutuste puhul on ülimalt oluline. Läbi tervishoiu on võimalik teenival juhil inspireerida alluvaid seadma ja saavutada

eesmärke, mis küll paljuski sõltub võimest areneda ja loodud meeskonna tugevusest (Trastek, Hamilton, Niles, 2014).

## 1.5 Juhtimise arendamine

Juhtimise arendamine sai alguse juhtimise koolitustest ja organisatsiooni arenguprogrammidest tööstusharus. Alates 1970 aastast hakati juhtimisest mõtlema kui „distsipliinist“, millele hakati igal pool maailmas suurt tähelepanu pöörama erinevate tegevustega, mis aitaks koolitada efektiivseid juhte ja valmistada organisatsiooni ette võimalike tuleviku muutuste eest (McKimm, Swanwick, 2011).

80ndate aastate lõpus, kui hakati kaasama klinitsiste haigla juhtimisse, jõudis meditsiinis juhtimine uue reformini, mida nimetati „Töötamine patsiendi jaoks“ (DoH, 1989), mis omakorda muutis juhtimise vajadustele suunatuks (Thorne, 1997).

20.nda sajandi keskpaigas juhtimise õpetajad (Blake & Mouton, 1978; Fleishman, 1953) hakkasid juhtimist mõistma, kui konkreetse konteksti osa, mis viib juhtimise teooriad arusaamani, et juhtimise aluseks on individuaalne käitumine. Lähtudes ideest, et juhtimine on oskuste kogum, mida teostab indiviid, ei läinud kaua aega, kui juhtimine sai uue definitsiooni ehk juhtimine on oskuste kogum, mida on võimalik õppida ja arendada (Connelly, Gilbert, Zaccaro, Threlfall, Marks & Mumford, 2000; Katz, 1974; Mumford, Zaccaro, Harding, Jacobs & Fleishmann, 2000; Kalargyrou, Pescosolido, Kalargiros, 2012).

Juhtimine on väga aktuaalne ja oluline teema, kuid samas juba ajalooliselt väga raskesti mõistetav. Kui juhtimine on hea, siis kogu organisatsioon ja sealsed inimesed on edukad, kuid halvasti juhitud organisatsioon jätab maha kohutavad tagajärjed. Juhtimine on, kui võime luua ja säilitada meeskond kes suudab püsima jääda igapäevastes väljakutsetes. Kui see võime on olemas, siis hea juht on see, keda teised imetlevad ja on nõus talle järgnema. Heale juhile on vajalikud ja olulised 4 iseloomuomadust:

1. Austus – oluline on see, et ei toimuks ära kastutamist, valetamist, reetmist
2. Otsustusvõime – organisatsiooni edu või ebaedu sõltub otsuste tegemisest
3. Kompetents – juhtimiseks peab olema väga hea kompetents

4. Visioon - juht oskab oma alluvatele põhjendada missiooni ning võimalusi selle saavutamiseks (Hogan, Kaiser, 2005).

Ajalooliselt on palju erinevaid arvamusi olnud, et kas juhtimises on oluline konkreetse isiku iseloomuomadused või kontekstipõhine käitumine. Traditsiooniliselt on pandud rõhku tehnilistele oskustele (Hill, 2003; Rosen et al., 1976; Stumpf & London, 1981), siis uuringud on jõudnud järeldusele, et paremate tulemuste saavutamiseks on olulisemad oskused ja teadmised, mis toetavad isikutevahelisi suhteid (Boyatzis, 1982; Sy, Cote, & Saavedra, 2005), probleemide lahendamist ja otsustusvõimet (Connelly, et al., 2000; Mumford, et al., 2000).

Olenevalt nendest vaidlustest on jõutud ühisele mõistmisele, et juhtimise oskustele tuleb suurt rõhku panna (Kanungo & Misra, 1992). Seda seetõttu, et juhtimine on hoiak, mida on võimalik õppida ja arendada ning see annab teadlikkuse, et juhtimiseks vajalikud oskused ei toimi erinevates kontekstides sarnaselt (Mumford, Campion, & Morgeson, 2007; Kalargyrou, Pescosolido, Kalargiros, 2012).

Kontekstile vastavad ja vajalikud juhtimisioskused on üks neljast põhjusest, miks juhtimise arendamise programmid ebaõnnestuvad. Konteksti jälgimine on kriitiline osa edukast juhtimisest vaatamata organisatsiooni strateegiast, kultuurist või juhtimisstiilidest (Gurdijan, Halbeisen, Lane, 2014).

Tänapäeval nähakse suurt vajadust arendada juhte igal tasemel ning tuua potentsiaalsed juhid võimalikult vara sellesse teemasse. 2014. aastal Ameerika Ühendriikides läbiviidud uuringu näitas, et 86 % vastanutes leidis, et heade juhtide olemasolu ettevõttes on „äärniselt vajalik“ või „oluline“, aga ainult 13 % vastanutest leidis, et nad viivad edukalt läbi juhtide arendamise jaoks vajalikke tegevusi. Uuringus selgus, et vaid vähesed organisatsioonid toetavad oma juhte kriitiliselt tähtsate oskuste arendamises. Põhiteadmised juhtimises on hästi mõistetud, kuid eelnevate uuringute tulemused on kinnitanud, et juhtide kvaliteedi halvenemise tõttu peavad ettevõtted juhtide arenguprogrammid ümber kujundama (Canwell, Dongrie, Neveras, Stockton, 2014; Simpson 1997).

Erinevaid juhtimise arenguprogramme on koostatud väga palju, kuid tihti nad ei anna oodatavat tulemust ning ebaõnnestuvad (Gurdijan, Halbeisen, Lane, 2014). Ebaõnnestumisi erinevate juhtimise arendamise programmide rakendamise osas aitavad

vältida ka koolituste sidumine reaalse tööga. Oluline on uurida ja hinnata põhjuseid, mis mõjutavad juhtide mõtteviisi ning pöörata neile tähelepanu. Kasulik on mõõta ka koolituse mõju koolitatavale ja nende tulemuste rakendamisele töös, mis erinevate tulemuste ilmnemisel võimaldab sisse viia muudatusi (Gurdijan, Halbeisen, Lane, 2014).

## **1.6 Juhtimiskompetentside arendamine tervishoius**

Kui me teame, mida arvavad kliinilised juhid ise oma rollist on haiglatel paremad võimalused viia sisse muudatusi ja uuendusi (Lega, Prenestini, Spurgeon, 2013; Thorne, 1997). Ühes uuringus just seda üritatigi välja selgitada, milline on hinnang ja arvamus juhi rollile kliiniliste juhtide poolt. Selgus 5 põhilist iseloomustavat tunnust:

- 1) Stress – üle töötamine, vähene kogemus, kõrged ootused, kontroll, rolli ebaselgus=läbipõlemine.
- 2) Identiteet – mitte kuskile kuulumise tunne, kohanemine uue rolliga, professionaalsuse saavutamine, kolleegidest eemaldumine.
- 3) Eestvedamine/juhtimine – eelarves püsimine, tegelemine kliiniliste teemadega ja lepingutega= kliinilise juhi roll.
- 4) Kontroll – ülesse edastada kontrolli ja all pool pakkuda kaitset = paralleelorganisatsioonid.
- 5) Ebaselgus/kahemõttelisus – rolli ebaselgus, vähene ettevalmistus = stress (Thorne, 1997).

Organisatsiooni ja tervishoiuteenuse pakkumine on muutuste ajas ning on oluline pöörata tähelepanu spetsiifilistele kompetentsidele, mis aitaks toetada ja saavutada paremaid tulemusi. Näiteks Rootsis, Ameerikas ja Inglismaal on juba sisse toodud koolitusprogramm tulevastele juhtidele ning juhtimisele ja juhi oskustele pööratakse suurt tähelepanu. On jõutud järeldusele, et selline lähenemine tagab järjest paremad tulemused ja primaarsete teenuste pakkumine (Thorne, 1997). Vaatamata sellele, et paljud meditsiinkoolid või muud tervishoiuasutused pakuvad võimalust koolitada ja saada teadmisi juhtimise teemadel

kulmineeruvad need siiski lõpuks veidrast arusaamast juhtimisest (Lawrence, Satini, Sena, Ruberg, Ellison, 2014).

Talendijuhtimine ja juhtimise arendamine muutub tervishoiuasutustele järjest olulisemaks. Neid juhte ja eestvedajaid vajatakse kõige enam tervishoiuteenuse muutustega toimetulekuks ja partnerina erinevates juhtimisteesades. Juba mitmeid aastaid on Ameerika meditsiinikoolides koolitatud tulevase arste ka majandus ja juhtimisteesadel ning see initsiatiiv järjest kasvab (Lawrence, Satini, Sena, Ruberg, Ellison, 2014).

Juhtimist või juhtimisoskust ei ole võimalik õppida ja selgeks saada pelgalt koolitusega, pigem juhtimine areneb peale koolituse saamist praktilises töös. On arvamus, et meditsiinikoolid, õendusprogrammid ning muud tervishoiuga seotud koolituse võimalused peaksid võimaldama jätkamist juhtimise arendamise osas läbi programmide, mis on loodud vastavalt nende professionaalsetele vajadustele (Trastek, Hamilton, Niles, 2014).

*Arizona State University, Science of Health Care Delivery* instituut plaanib ka võimaldada magistriõpet meditsiinis aktiivsetele olijatele (Trastek, Hamilton, Niles, 2014). Rootsisis on meditsiinihariduse omandamise õppeprogrammidesse lisatud väike osa ka juhtimist. See omakorda annab võimaluse arstidel olla lähedalt seotud ka tervishoiu valdkonnas seadustega tegelevate asutustega ning juhtimise ja teaduse arendamine on paljuski rohkem arenenud kui mujal Euroopa riikides (Kuhlmann, von Knorin, 2014).

Juhtimise arendamine peaks olema jätkuv kogu karjääri vältel. Tervishoidu toetavate institutsioonide ning tervishoiusüsteemi jaoks on vajalik teadmine ja kursis olek, mis selles valdkonnas toimub ning võimalusel hinnata ka tuleviku suunda. Praegusel hetkel on juhtimise arendamine järjepidev protsess ning tervishoiu valdkonnas määrava tähtsusega, peavad valdkonda toetavad institutsioonid leidma võimalusi selle tegevuse toetamiseks (Trastek, Hamilton, Niles, 2014).

*Canadian Medical Association (CMA)* viis läbi uuringu, et saada teada millised on vaated juhtimisele ning kas on vaja arendada juhte meditsiinis. Antud uuring selgitas väga selgelt klinitsistide vaadet selles osas, et kuigi nähti vajadust kaasata klinitsiste juhi rolli, ei oldud piisavalt ettevalmistatud, et pakkuda sellist juhtimist, mis tänapäeval järjest kompleksemas tervishoius vaja on (Collins-Nakai, 2006) .

Tervishoiu asutuste puhul on oluline pakkuda kõrg-kvaliteedilist teenust, millele seavad omakorda takistused vananev elanikkond, kroonilised haigused, milliseid tehnoloogiaid või ravimeid kasutada ning pidevalt suurenevad kulutused. Nende probleemide lahendamiseks on vajalik usaldusväärsed juhid, kelle on olemas oskused ja teadmised nende teemadega hakkama saamiseks. Juhtimise arendamise programmide mõju klinitsistidele tehtavas uuringus jõuti järeldusele, et tervishoius tuleb koolituste mõju ehk omandatud oskusi ja teadmisi hinnata kindlasti ka mõni aeg hiljem ning uute koolitusprogrammide väljatöötamisel panna olulist rõhku ka tulevikule (Straus, Soobiah, Levinson, 2013).

Tervishoiuasutuste puhul on keerulisem välja töötada praktikaid ja koolituse programme, mis annaksid koheselt oodatavad tulemused. Läbiviidud uuringus, mis töötas läbi erinevad juhtimise arendamise programmid väljendas ka pettumust, kuna ei ole palju kirjandust mis toetaks ja kirjeldaks edutulemusi erinevate juhtimise koolituste osas. Samuti on vähe tehtud ka kvalitatiivseid uuringuid rakendust leidvate koolituste mõjust (Straus, Soobiah, Levinson, 2013).

## **1.7 Juhtimiskompetentside mudelid tervishoius**

Välja töötades programme, mis aitaksid toetada ja arendada kliinilisi juhte ei tohi kaotada tähelepanu selles, et kaasnevad muudatused on seotud kogu tervishoiuasutusega. Tuleb lähtuda sealsest struktuurist, prioriteetidest ja eesmärkidest, mis ei kaotaks oma tegevustes ja uutes lähenemistes professionaalsust (Lawrence, Satini, Sena, Ruberg, Ellison, 2014).

Tüüpiline arsti karjäär liigub heast arstist, õpetajast ja teadustöö tegijast edasi erineva taseme juhiks. Kuigi see karjäär võib olla muljetavaldav, siis juhtimiseks nendest eelnevatest kogemustest kahjuks ei piisa. Tihiti puuduvad neil teadmised finantsjuhtimisest, muudatuste juhtimisest, kommunikatsioonist, motiveerimisest, meeskonnatööst, riskijuhtimisest ja üleüldistest juhtimisoskustest. Kliiniliste juhtide enda hinnang uues rollis on samuti keskpärane või pigem halb, seega ei saa me jätta haigla juhtimist „juhuslikele juhtidele“ (Lawrence, Satini, Sena, Ruberg, Ellison, 2014).

NHS'i poolt töötati välja 9 dimensiooniline juhtimise mudel tervishoius, mis annab võimaluse juhtidel jälgida juhtimise arengut ja võimalusi. Mudel aitab aru saada, kuidas

juhtimine mõjutab organisatsiooni kultuuri ning keskkonda juhi ja teiste meeskonna liikmete jaoks. Tervishoius klinitsistide kaasamine juhtimisse üheks eesmärgiks on ka tervishoiuteenuse parandamine ning teadmiste kasutamine ka igapäevases suhtlemises patsiendiga, samuti selle mudeli eeliseks on juhil võimalus näha kuidas töötatakse otse patsiendiga ning kuidas see mõjutab patsiendi kogemust ja teenuse tarbijat. Mudel jaguneb järgmiselt:

- 1) Inspireeriv ühine eesmärk – juhi ülesandeks on ühise eesmärgi loomine, kus on arvesse võetud kõiki ametikohti ja meeskondi, kus on koos erinevad isiksused. Oluline on jagatud väärtused, mis kanduvad üle patsientidele, nende perekonnale ning ühiskonnale.
- 2) Hoolitsev juhtimine - juhid mõistavad emotsioone, mis mõjutavad nende tiimi ning hoolivad meeskonnaliikmetest kui indiviidist. Toetavad neid ja aitavad hakkama saada emotsioonidega, mis võivad takistada kvaliteetse teenuse pakkumist sealhulgas patsientidele pakutavat ravi.
- 3) Informatsiooni hindamine – juhid on avatud ja valvsad informatsiooni osas. Mõistavad hetke olukorda ja teevad ettepanekuid muudatusteks.
- 4) Teenuse ühendamine – juhtidel peab olema teadmine kuidas tervishoiu ja sotsiaalsed teenused ja erinevad grupid peaksid koos toimima. Tajuvad erinevust eesmärkide, väärtuste ja kultuuride osas ning üritavad need koos efektiivselt koos töötama panna.
- 5) Visiooni jagamine – juhid jagavad ja annavad edasi visiooni tulevikust.
- 6) Meeskonna kaasamine – kaasavad indiviide ning väljendavad nende väärtust ja vajalikkust tulemuste saavutamiseks ja jätkusuutliku teenuse tagamiseks.
- 7) Suuna hoidmine – juhid loovad selge arusaama nende ootustest ja edust oma töötajatele. Annab neile võimaluse enesejuhtimiseks ning jagab ravikvaliteedi saavutamiseks parimaid praktikaid.
- 8) Võimekuse arendamine – juhid arendavad enda professionaalsust ning jagavad vajalikke oskusi, teadmisi ja kogemusi oma töötajatega nende arengu toetamiseks.
- 9) Tulemuste mõjutamine – juhid peavad oskama hinnata ja mõista erinevaid vajadusi ja probleeme, mis on seotud nii individuaalsel, meeskonna kui organisatsiooni tasandil. Olemasolevat teadmist kasutavad välja töötamiseks vajaminevaid strateegiaid uute lähenemisviiside saavutamiseks, mis toovad paremaid tulemusi (NHS Leadership Academy, 2013).



Klinitsistide puhul on oluline, et oleks arendatud nii oskused juhtimises, kuid võimalused ka oma meeskonda toetada. Palju on pööratud tähelepanu olukorrale, et klinitsistide puhul tuleks teadmisi juhtimisest arendada juba residentuuri ajal. Samuti on soovitatav, et residentuuri aja lõpuks oleks klinitsistidel ka oskused ja teadmised tehnoloogiate kasutamisest, kuidas hoomata suurt hulka informatsiooni, kuidas toimib ja mis on omapärane tervishoiusüsteemide juhtimisel ning kuidas juhtida ressursse ja saavutada hea kvaliteet (Combes, Arespachaga, 2012).

## **1.8 Kompetentsipõhine juhtimine**

“Mõiste “kompetents” tähendab inimese iseloomulikku omadust, mille rakendamise tulemusel saavutab ta efektiivse või suurepärase tulemuse” (Armstrong 2012, 90). Kompetentside valdkondadesse lahterdamine aitab kaasa eesmärkide saavutamiseks.

Armstrongi sõnul võib kompetentse laiemalt jagada kolme rühma (Ibid, 97):

- 1) Käitumuslikud kompetentsid ehk käitumuslikud ootused meeskonnatöö, kommunikatsiooni, juhtimise ja otsuste tegemise teemades.
- 2) Tehnilised kompetentsid ehk teadmised ja oskused mis toetavad rolli efektiivselt täita.
- 3) Sertifitseeritud kompetentsid ehk miinimumnõuded ülesannete ja tegevuste saavutamiseks. Neid kompetentse saab ka vaadelda ja hinnata.

Kompetentsipõhine juhtimine annab organisatsioonile võimaluse saavutada paremaid tulemusi, kuid kogu see protsess esialgselt otsusest kuni rakendamiseni on väljakutseid esitav ning kindlasti mitte kerge. Selleks, et saavutada kompetentsipõhine strateegia ning, et see oleks ka edukas on väga oluline nii organisatsiooni erinevate juhtimistasandite efektiivne koostöö ja toetus. Lisaks peavad olema tagatud nii finantsilised kui muud vahendid kogu selle muudatuse loomiseks ja rakendamiseks (Athey et, al.,1999) (Gangani, McLean, Braden, 2006).

Miks on kompetentsipõhine juhtimine oluline (Daniels, Erickson, and Dalik (2001):

- 1) Põhitegevuse efektiivsuse parandamiseks

- 2) Saavutamaks kultuurilist integratsiooni ja organisatsiooni kooskõla
- 3) Tugevdada inimressursi juhtimise protsesse
- 4) Organisatsiooni muudatuste juhtimiseks

Läbi kompetentsimudeli on võimalik organisatsioonidel üles ehitada konkurentsieelis ja toetada seda läbi nõutud ja vajaminevate baaskompetentsidega. See tähendab, et tuleks luua valdkonnapõhine ja ühele kindlale tööle keskendunud kompetentsimudel, mis annab võimaluse hinnata nende kompetentside omandamist (Gangani, McLean, Braden, 2006).

Kompetentsipõhisel juhtimisel on oluline roll ka ravikvaliteedi parandamisel, mis eeldab tervishoiuasutuste poolt mõistmist, millist väärtust organisatsioonile kompetentsidega tegelemine ja nende konteksti seadmine loob. See eeldab tugevat koostööd ning on oluline jõuda nende kompetentsideni, mida oleks vaja lisada ka koolitusprogrammidesse (Combes, Arespachoga, 2012).

2012. ndal aastal viidi Soome ja Eesti sotsiaal- ja tervishoiuasutustes läbi uuring, mille eesmärk oli välja selgitada ja hinnata juhtimise kompetentsid ja koolitus vajadus. Oluline on arendada juhtide juhtimisvõimet ja juhtide kompetentse, millel suunasid tähelepanu valdkonna juhid ja avalikud ametivõimud, mis andis ka tõuke selle uuringu läbi viimiseks. Küsitlus põhines juhtide enesehindamisel küsitluse jaoks ning tervishoius enamlevinud kompetentside osas. Küsitluses andsid juhid oma hinnangu enda teadmiste ja oskuste osas ning hinnati antud kompetentside olulisust läbi enda nägemuse ja kogemuse. Eestis avaliku sektori organisatsioonides tegeletakse tulemusjuhtimisega, muudatuste juhtimisega, andmehaldus protsessidega, meeskonnatöö ja inimressursi juhtimisega. Tuvastati defitsiit kvaliteedijuhtimises, finantsjuhtimises, koostööjuhtimisest, strateegiajuhtimises ning sotsiaalasutustes just eestvedamise/juhtimise oskuste ja teadmiste vähesuses ning koolitusvajadus. Oluliseks kompetentsideks peeti haldusjuhtimist, eestvedamist ja tulemusjuhtimist. Koolitusvajadused on põhiliselt finants-, kvaliteedi-, koostöö ja kommunikatsioonijuhtimises. Erasektori organisatsioonides kõige suurem defitsiit teadmiste osas on kvaliteedi-, strateegilises-, finants-, kommunikatsiooni-, tulemusjuhtimises ja meeskonnatöös. Kõige olulisemateks kompetentsideks peeti andmehaldusprotsessi juhtimist, meeskonnatööd, muudatuste juhtimist, juhtimise oskusi ja teadmisi ja kommunikatsioonijuhtimist (Järvikuona, Leskinen, Karhunen, Tambur, Vingisaar, Alliksoo, 2012).

Kui kompetentsimudel on väljatöötatud, siis selle edasine edu nii töötaja kasuks kui organisatsiooni seisukohalt sõltub ühise eesmärgi nägemises ja kõikide osapoolte panuse andmises, mis selle uue lähenemise edu aitab saavutada (Green 1999).

Haiglate siseselt ei kasutata kompetentsipõhist juhtimist, mis on juhtimise arendamises tervishoiu puhul oluliseks eripäraks. Kuna ka senised lähenemised kompetentside arendamisel ja rakendumisel ei ole kandud vilja, tuleks leida muid võimalusi kuidas juhtimist arendada. Siinkohal on inimressursi juhtimise praktikates väärtust loovaks meetodiks just kompetentsipõhine juhtimine, mida tasub tervishoiusüsteemidesse üle tuua teha algust süstemaatilisema juhtimisoskuste arendamisega.

## **2 MEETOD**

### **2.1 Uuringu kirjeldus**

Magistritöö uuringus kasutati kvalitatiivset uurimismeetodit, mis lähtuvalt uurimisprobleemi püsitusest on parim valik. Antud töö uurimismeetodiks on individuaalsed intervjuud ja fookusgrupi intervjuud. Intervjuude ja nende analüüsi toetamiseks töötas autor läbi ka erinevaid haiglasisesid dokumente (ametijuhendid, haigla arengukava, põhimäärus, kompetentside loetelu, PERH-i poolt pakutud juhtide koolitusel osalemise kokkuvõtted). Kõrvaltegevusena toimus koostöö haigla juhatuse ja koolitustalituse juhatajaga, mille eesmärgiks oli paika panna haigla ootused ja nägemus erinevate tasandite juhtimisülesannete osas.

Nii nagu kõigi teadustöö meetodite puhul, on ka kvalitatiivsete meetodite puhul omad piirangud, millega peab tulemuste usaldusväärsuse hindamisel arvestama ja selle tõstmiseks võimalusel samme astuma. Shentoni (2004) hinnangul tuleb käsitleda andmete usutavust, usaldusväärsust, tõendatavust ja ülekantavust.

Kvalitatiivses uuringus tegeletakse inimeste isikliku ja sotsiaalse kogemuse uurimise, kirjeldamise ja tõlgendamisega. Erinevalt kvantitatiivsetest meetoditest, kus testitakse eelnevalt püstitatud hüpoteeside paikapidavust, püütakse kvalitatiivsete meetodite abil mõista pigem uuringus osalejate maailmavaadet (Laherand, 2008). Kvalitatiivse uurimistöö

eesmärk on kirjeldada ja seletada sotsiaalsed tegelikkust inimeste individuaalsete tõlgenduste kaudu (Õunapuu, 2014). Kuna antud töö eesmärk on paremini mõista, kuidas erineva tasandi juhid oma rolli tõlgendavad, on kvalitatiivne uuring sobilik. Käesoleva magistr töö ettekavatsetud valim (*purposive sample*) koosnes PERH-i kliinilistest juhtidest (kliinikute, keskuste ja osakondade juhid) ja haigla juhatuse liikmetest (haigla juhatus). Kliinilised juhid on eelkõige arstikutsega töötajad, kellel on lisaks kliinilisele tööle ka juhi kohutused ning seda tähtajaliselt viieks aastaks. Uuringus osales 3 juhatuse liiget, 1 personalidirektor, 7 kliiniku juhatajat (7), 13 keskuste juhatajat (26) ja 6 osakonna juhatajat (36). Nende juhtimiskogemus oli 5-15 aastat. Intervjuumeetodite valiku puhul lähtuti sobivate osalejate arvust.

## 2.2 Valim

Sihtasutus Põhja-Eesti Regionaalhaigla moodustati 25.juuli 2001 aasta, kelle on lähtuvalt Eestis kehtivate seaduste kohaselt piirkondlikult kõrgeim pädevus. Tipphaigla põhiväärtusteks, mis aitavad haiglat juhtida, arendada ja parimat ravikvaliteeti saavutada on patsiendikeskus, professionaalsus, uuendusmeelsus ja meeskonnatöö. 2016 aasta seisuga on haiglas 4000 töötajat, 17 teenistust, 535 arsti ning 7 kliinikut: anestesioloogia-, diagnostika-, kirurgia-, psühhiaatria-, sisehaiguste-, onkoloogia- ja hematoloogia- ning järelravikliinik. PERH on usaldusväärne partner ja teeb koostööd riigiga, haigekassaga. Eelkõige on partner teenuse tarbijatele, kes saavad arstiabi peaaegu kõikidel erialadel (PERH arengukava aastateks 2016-2018).

PERH-s viidi läbi 2014 aastal analüüs inimressursi juhtimise kohta, kasutades selleks kvalitatiivset meetodit. Uuringus osalesid PERH-i kliinilised ja mitte-kliinilised juhid, mis osaliselt kattis käesoleva magistr töö uurimise valimit (osalesid 5 keskuste juhti, 5 kliinikute juhti, haigla ülemarst-juhatuse liige ja personalidirektor). Töö eesmärgiks oli analüüsida inimressursi juhtimise korraldust ja toimimist ning hinnata selle jätkusuutlikkust haigla arenguvisioni ja eesmärkide kontekstis. Uuringu läbiviijate seisukohad andsid sisendi käesolevaks uurimuseks: “ PERH seisab teatud prioriteetide seadmise valiku ees, mis on vajalikud arengukava elluviimiseks. Üldine tööjõuturu situatsioon on oluliselt muutunud ning see nõuab ka PERH-lt teatud muudatusi nii hoiakutes ja suhtumises, kui ka praktilises tegevuses. Sellel ajahetkel oli juhtide roll ja

vastutus inimressursi juhtimise aspektis organisatsiooniülelalt selgelt ja sisuliselt määratlemata, mis tõi kaasa väga erinevaid praktikaid personalijuhtimises ning töötab vastu ühtse organisatsioonikultuuri kujunemisele. Domineerivalt eelarvekeskne mõtlemine tööjõu ja personalijuhtimisega seonduvates küsimustes on tekitanud lähenemisviisi, mis on kujundanud juhtide arusaamist oma rollist ja vastutusest inimressursi juhtimisel ning vähendanud organisatsiooni pikaajalise paindlikkuse ja jätkusuutlikkuse võimekust. PERH-i võimekus täita talle püstitatud eesmärgid on seatud ohtu, kui toimub süsteemitu tegelemine arstide järelkasvuga ja kriitiliste erialaste kompetentside dubleerimine. Probleemina keriks esile juhtkonna nõrk ja/või ebaühtlane otsuste organisatsioonisisene argumenteerimine ja kommuniqueerimine. See on raskendanud allüksuste juhtidel oma alluvatele informatsiooni edastamist, mis on omakorda viinud selleni, et igapäeva tegevus ei ole alati kooskõlas haigla kui terviku eesmärkidega ning on vähenenud ka juhtide võime hoida alluvate motivatsiooni. Uuringu üks järeldus oli, et juhtkonnal tuleb seada selged prioriteedid nii sõnades kui tegudes inimressursi juhtimise valdkonnas. Haigla juhtkonna tasandil soovitati kokku leppida erineva tasandi juhtide rollis ja vastutuses inimressursi juhtimise valdkonnas, mis tuleb läbi rääkida ka juhtidega ning määratleda sisuliselt ka ametijuhendis“ (OÜ Personalijuht, 2014).

Kuigi antud uuringus oli keskendutud ainult ühe valdkonna uurimisele teeb autor tulemuste põhjal mõned üldistavad arvamused ja tähelepanekud, mis andis sisendi uurimaks kliiniliste juhtide ja haigla juhatuse omavahelist sünergiat ja koostööd põhjalikumalt:

- Juhtidel puudub täpne arusaam, milles nende roll inimressursi juhtimise puhul seisneb. Kui puudub siin selgus, kuidas on olukord teiste ülesannete ja valdkondade suhtes, millega nad juhirollis tegelema peavad?
- Uuringust kumas läbi kohati ükskõikne ja negatiivne alatoon juhtide suhtumises.
- Ebaselgus haigla juhatuse poolt seatud ootustele, mis viitab ka, et eesmärkidest ja arengusuundadest on erinevad arusaamad.
- Ebakõlad haigla juhatuse ja juhtide vahel otsuste põhjendamise osas. Juhtimist tunnetatakse bürokraatliku ja autokraatlikuna.
- Hetkel kehtivad juhtide ametijuhendid ei täida oma eesmärki.

Antud uuring on heaks sisendiks uurimaks, milline on organisatsiooni juhtimine, kui sellesse on kaasatud professionaalsed arstid, kellele suuremalt jaolt puudub ettevalmistus juhirolliks. PERH pidas vajalikuks teada saamiseks, mida oleks võimalik muuta, et

saavutada parem juhtimine. Käesoleva magistritöö sissejuhatuses mainis autor ebaõnnestumist, mis saavutatakse juhtimismudelite pimesi üle võtmisel. Juhtimise efektiivsus sõltub ka sellest kui hästi on ta sobitatud konteksti ehk millised on PERH-i poolsed või isegi tervishoius need nüansid, mis juhtimist mõjutavad. Käesolev uuring aitab PERH-l luua nii õelda oma juhtimismudeli, mis on saavutatud põhjaliku uurimise, analüüsi ja võimaluste tulemusena.

Lisaks sissejuhatuses mainitud kahele tegevusele (kolme päevane juhtimiskoolitus ja kompetentside enesehindamise võimalus), mida PERH pakub juhtide arendamiseks on võimalus neil osaleda ka erinevatel koolitustel majas sees või väljas. Ollakse kaasatud PERH-i poolt korraldatud väljasõitudel ning uute teadmiste omandamiseks korraldavad kliinikud ise koolitusi või muid teemakohaseid üritusi. Käesolevas töös keskendub autor sissejuhatuses mainitud kahele tegevusele juhtide arendamise toetamiseks. Alates aastast 2012 hakkas PERH ise pakkuma oma juhtidele kolme päevast juhtimise baaskoolitust, mis keskendub selle kontekstile, vajadusele ja senisele kogemusele. Koolitusel on võimalik osaleda kõikidel juhtidel eelneva kogemusega või mitte, ning see on hea võimalus omandada või värskendada juhtimisalaseid teadmisi. Samuti on võimalus analüüsida üksuse eesmärke, arengukava sisu, kuulata, milliseid praktikaid kasutavad kolleegid ning paremini tundma õppida PERH-i toimimise printsiipe.

#### Kolmepäevane koolitus koosneb kolmes moodulis:

I moodul – juhi rollid, juhtimiskompetentsid, PERH väärtused ja arengukava, PERH struktuur, tegevusmõõdikud, administreerimine

II moodul – juhi töö inimestega, eestvedamis- ja motiveerimiskompetentsid, suhtlemine ja tagasiside andmine töötajatele, praktilised harjutused

III moodul – meeskonnatöö, efektiivsete koosolekute juhtimine, inimeste arendamine regionaalhaiglas, planeerimine, organiseerimine, delegeerimine, konfliktide lahendamine.

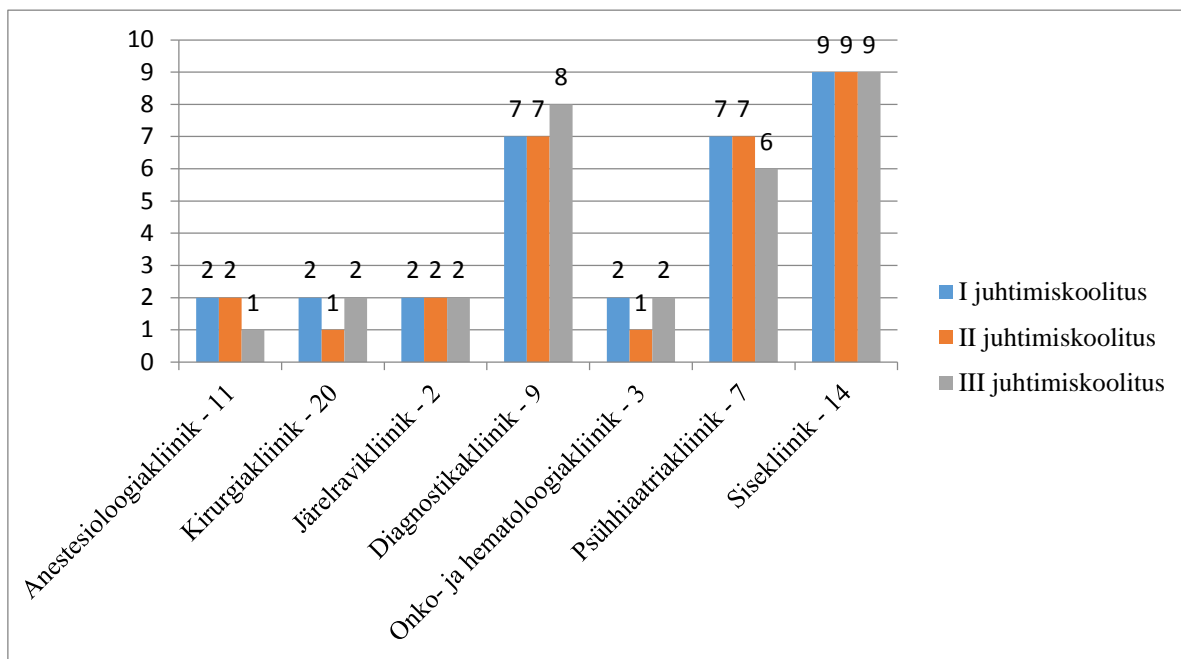
Allolev joonis illustreerib erinevate kliinikute kliiniliste juhtide osalemist 3 päevasel koolitusel 4 aasta lõikes. Mitmes kliinikus on kliiniliste juhtide osalus koolitusel olnud aga väga kesine.

Lühendite seletus: AK – anesthesioloogiakliinik; KK – kirurgiakliinik; JRK – järeldravikliinik; DK – diagnostikakliinik; OHK – onko- ja hematoloogiakliinik; PK – psühhiaatriakliinik; SK – sisekliinik

	AK	KK	JRK	DK	OHK	PK	SK
Kokku juhte	8	20	2	9	3	7	14
Osalenud koolitusel	3	2	2	8	2	7	9

**Tabel 1** Kliinikutes olevate juhtide koolitusel osalemine 4 aasta jooksul

Allikas: Autori koostatud



**Joonis 3** Kliinikute kliiniliste juhtide osalemine 3 päevase juhtimiskoolituse erinevates moodulites

Allikas: Autori koostatud

Koolitajad on teinud ettepanekuid ja tähelepanekuid, mida haigla juhatus võiks arvesse võtta ning leida võimalusi nende teemadega tegelemiseks:

- 1) Kommunikatsioonijuhtimine esmatasandi juhtideni vajaks efektiivsemaks muutmist

- 2) Kesk- ja esmatasandijuhid ei tunne piisavat kaasatust kogu haiglat puudutavates otsustes
- 3) Põhirõhk juhtide töös on operatiivsel tööil ning vähem visiooni ja eesmärki üksuse juhtimiseks
- 4) Koostöö erinevate üksuste, sealhulgas meditsiinilise ja mittemeditsiinilise personali vahel vajaks efektiivsemaks muutmist

Teise olulise tegevusena haigla jaoks töötati välja aastal 2011 juhtimiskompetentside loetelu kliinilistele ja mitte-kliinilistele juhtidele ning enesehindangu leht kompetentside hindamiseks, mis koolitustalitusele annab sisendi koolitusteemade üle vaatamiseks ning juhib tähelepanu hindamistulemuste analüüsiks ning ettepanekute tegemiseks.

PERH-i juhtimiskompetentside loetelus on neli suuremat valdkonda: üldjuhtimiskompetents, administreerimiskompetents, eestvedamis- ja motiveerimiskompetentsid ja tehnilised kompetentsid. Kõik need neli jagunevad omakorda alakompetentsideks, mis haigla nende teemade juures oluliseks oskuseks, teadmiseks ja hoiakuks peab. Soovituslik on enesehindamine läbi teha enne koolitusele minekut, mis annaks teadlikkust, millised teemad vajaksid rohkem tähelepanu. Analüüsides kokkuvõtet kompetentside enesehindamisest on aktiivsemad olnud teenistuste ja õendusjuhid, kuid kliinilised juhid. Töö kirjutamise hetkel on 5 aasta jooksul haiglas hindamislehe täitnud 103 juhti (teenistused, talitus ja kliinilised juhid), nendes kliinilisi juhte on ainult 12. Juhtimine lähtub PERH-i kontekstis paljuski haigla poolt välja töötatud ning kõikidele järgmiseks missioonist, visioonist ja eesmärkidest, kuid hindamislehe tulemused näitavad tulemust, et suur osa vastanutest ei tea ja vajaksid koolitus selles teemas.

Haigla arengukavas aastateks 2016-2018 on üheks funktsionaalseks strateegiaks ka personalistrateegia, mille üheks eesmärgiks on: „edendada kompetentside juhtimist läbi kompetentside kirjeldamise, töötajate süsteemsema hindamise ja fokuseerituma koolituse pakkumise (meditsiini) valdkondade professionaalsete ja juhtimisalaste kompetentside osas“. Ning 2016 aastal on plaanis alustada juhtimisalaste täiendõppe kursustega kliiniliste üksuste juhtidele. Samuti on plaanis läbiviija uus rahulolu-uuring ning muuta see tegevus süstemaatiliseks (PERH arengukava aastateks 2016-2018), mis annabki palju tagasisidet tegevustele, mida PERH tulemuste parandamiseks erinevates valdkondades järjepidevalt teeb.



## 2.3 Uuringu läbiviimine

Kokku viidi läbi 21 intervjuud. Üksteist individuaalset intervjuud viidi läbi haigla juhatuse ja kliinikute juhatajatega. Kümme fookusgrupi intervjuud viidi läbi keskuste ja osakondade juhatajatega, milles osalejate arvu tõttu, muutus viis individuaalseteks intervjuudeks.

Usutavuse parandamiseks tuli autoril mõista, mida intervjuu endast kujutab. Intervjuude tegemisel on oluline meeles pidada, et intervjuueerija ja intervjuueeritava suhe on midagi enam kui lihtsalt vestlus. Intervjuu ajal on oluline, et intervjuueeritav tunneb ennast turvaliselt ja usaldab intervjuueerijat. See oli eriti tundlik teema, kuna autor töötab PERH-s personalispetsialistina, mis võib intervjuueeritavatele olla ebamugav seos hirmuga avaldada „ebasobivat“ arvamust. Selleks rõhutas autor, et andmeid analüüsis ei kasutata isikupõhjal ning tulemused on hiljem esitatud üldiselt erinevate tasemete raames. Samuti oli autori praktikas intervjuude läbiviimine esmakordne. Neil põhjustel viis autor esimesed intervjuud läbi koos töö juhendajaga. Koos intervjuusid tehes oli autoril ja juhendajal ka võimalus vajadusel üksteist täiendada, kui midagi jäi küsimata või millelegi tähelepanu pööramata. Lisaväärtusena võimaldas see töö autoril õppida, kuidas intervjuud läbi viia, millele tähelepanu pöörata ning kuidas hoida professionaalsust. Koos intervjuude läbiviimine andis autorile võimaluse saada tagasisidet ning õpetust, mida järgnevatel intervjuudel tähele panna.

Intervjuudes kasutas autor nii kirjeldavaid kui ka tõlgendavaid küsimusi (DiCicco-Bloom, Crabtree, 2006). Seoses kolme juhtide kategooriaga, valmistati ette kolm erinevat intervjuukava (lisad 1,2,3). Autor koostas intervjuu kavad lähtuvalt püstitatud probleemist, töö eesmärgist, läbi töötatud materjali põhjal antud valdkonnas ning arvestades ka andmete analüüsivõimalustega. Intervjuukavad kooskõlastati juhendajaga.

Enne intervjuude aegade kokku leppimist, koostas autor pöördumise tutvustamiseks kliinilistele juhtidele, mis on nende intervjuude eesmärk ja loodetav tulemus. Peale pöördumist saatis autor intervjuukutsed koos registreerimise võimalusega intervjuule. Kui algasid intervjuud, autor tutvustas ennast ning seletas intervjuueeritavatele nende intervjuude eesmärki, intervjuueeritavate rolli ja õigusi, sealhulgas, kuidas on tagatud osalejate konfidentsiaalsus. Intervjuud salvestati digitaalselt ning selleks küsis autor luba. Keskmiselt kulus ühe intervjuu läbiviimiseks 1,15 tundi. Üks läbiviidud intervjuu kestis 2 tundi.

## 2.5 Andmete analüüs

Intervjuude salvestised transkribeeriti kolmanda isiku poolt, kellega sõlmiti eelnevalt konfidentsiaalsus kokkulepe. Intervjuusid analüüsis autor kontentanalüüsi järgi (Graneheim & Lundman, 2003), mis on üks enimlevinuid sotsiaalteadusliku tekstianalüüsi meetodeid. Esimese sammuna luges autor läbi kõik transkriptsioonid, et tekitada hea üldpilt andmetest. Sel ajal tegi autor märkmeid, et tuvastada olulised teemad. Analüüsi struktureerimiseks kasutas autor Microsoft Exceli tarkvara. Tekstist tuvastatud koodidest tuvastas autor mustrid, millest said kategooriad (alapealkirjad tulemustes). Tuvastatud koodide põhjal tuvastati andmete põhiteemad (pealkirjad tulemustes).

Kuna autorile oli oluline leida intervjuudest võimalikud korduvad mustrid, küsiti võimalusel kõikidelt intervjuueeritavalt sama ülesehitusega ja järjekorraga küsimusi, mis samuti aitavad kaasa analüüsi usaldusväärsele. Usaldusväärsele puhul oli oluline rõhuda andmete edasisele sihipärasele, täpsele ja õiglasele kasutamisele (Rubin ja Rubin, 2005). Intervjuude analüüsi teostasid autor ja juhendaja paralleelselt, et vähendada töö autori võimalikku kallutatavust intervjuueeritavate kolleegina ja olemasoleva kogemuse tõttu PERH-s.

Tõendatavuse parandamiseks esitles autor uurimuse esialgseid tulemusi juhtkonnale, mis võimaldas saada intervjuudes osalejate kinnituse analüüsi õigsuse kohta.

Tulemuste ülekantavuse parandamiseks on autor andnud detailse uurimisobjekti kirjelduse, mis võimaldab töö lugejatel hinnata, kas tulemustel võib olla tähtsust ka teiste sarnaste organisatsioonide kontekstis.

### **3 INTERVJUUDE TULEMUSED**

Käesolev peatükk kajastab läbiviidud uuringu tulemusi, mille fookuses on juhtimisfunktsioonide tõlgendamine erinevatel haigla juhtimistasemetel. Kontentanalüüsi põhjal tuvastati seitse põhiteemat: juhiroll kui vastutus või võimalus; jagatud eesmärk vs tajutud ootused; erinevate tasandite juhtimisfunktsioon; kliiniline „mõistmine“ juhtimisküsimustes; juhtimiskvaliteeti mõjutav struktuursed piirangud ja kultuur; juhtimine ja meditsiin: vastuolulised eesmärgi, aga lootus koostööle; ja motivatsioon juhirollis jätkamiseks.

#### **3.1 Juhiroll kui vastutus või võimalus**

Kliinilised juhid suhestusid oma rolli peamiselt kahel viisil: juhtimine kui vältimatu vastutus või kui võimalus positiivset mõju omada.

Juhtide leidmist ja järelkasvu loomist kirjeldati keerulise väljakutsena kõikidel tasanditel kuna juhtimist on kliinilise personali jaoks huvitavaks teha - neil puudub motivatsioon ning on enamiku jaoks sobimatu alternatiiv, kuna juhtimise kuvandiga käib kaasas palju stressi. Ametikohad aga vajavad täitmist ning intervjuudes osalenute seas oli mitmeid, kes olid võtnud vastu juhirolli kuna nad tundsid, et keegi peab seda tegema ning keegi teine nende üksuses ei oleks selleks sobiv.

Samas oli ka neid, kes nägid juhirollis võimalust erinevaid tööalaseid aspekte paremaks muuta. Nende jaoks oli juhtimine positiivne väljakutse ja neil olid selged nägemused, kuidas juhtimisega oleks võimalik olukorda paremaks muuta. Kliinilised juhid väärtustasid võimalust teha ettepanekuid ja ennast kuulama panna. See omakorda annab neile tunnetuse, et nad on kaasatud ja saavad otsustada. Juht olles nähti võimalust omada rohkem vabadust kliinilisi otsuseid teha.

*"...kui see süsteem teile ei meeldi, kus te töötate, siis on üks võimalus üritada seda ise muuta. Seda paraku saab juhi ametis lihtsamalt teha." (kliinik 1)*

*„...aga ma arvan, et nende aastatega ma olen seda õppinud, et tegelikult kliinikut juhatades saan ma ka oma eriala jaoks päris palju ära teha.“ (kliinik 4)*

### **3.2 Jagatud eesmärk vs tajutud ootused**

Kõikide tasandite juhatajad jagasid arusaama oma töö peamisest eesmärgist, kuid ootuste tajumine erinevatel tasanditel nii haigla juhatuse ja otseste ülemuste poolt erinesid. Töö peamise eesmärgina kirjeldati ravikvaliteeti, peamise ootusena tunnetati aga probleemide lahendamist.

#### *Ravikvaliteet kui peamine jagatud eesmärk*

Kõikide tasandite juhid nägid oma töö peamise eesmärgina ravikvaliteeti. Kuid see, kuidas seda eesmärki või selleni jõudmist kirjeldati, erines. Osakondade juhatajad rääkisid kvaliteetse teenuse tagamisest, mida on võimalik saavutada kollektiivi töö organiseerimise ja hea meeskonnatööga. Keskuste ja kliinikute juhatajad nägid erialade arendamises ja erialadevahelise koostöö saavutamises võimalusi parima ravikvaliteedi saavutamiseks. Haigla juhatus kirjeldas oma rolli kui efektiivselt erinevate võimaluste loojat, mis panustaks parimatesse ravitulemustesse ning patsientide rahulolusse.

*„Tegemist on haiglaga, raviasutusega. Tähendab, et ma pean tagama kõrgema etapi, adekvaatse, kvaliteetse, maailma standardile vastava ravi patsientidele.“ (kliinik 6)*

Samuti mainiti eesmärkidena hea töökeskkonna tagamist, efektiivse meeskonna loomist, parima teenuse pakkumist ning oma eriala edasiliikumises hoidmist.

*„...eriala paremal moel arendades luua inimestele selline hea ja motiveeritud töökeskkond, kus nad saaksid parimal võimalikult moel kaasaegset ravi.“ (keskus 5)*

### Probleemide lahendamine kui peamine tajutud ootus

Erineva taseme juhtide puhul, kes on olnud juhirollis lühikest või pikka aega, ei oma teadmist ootuste suhtes, mis võib paljuski mõjutada kliinilise juhi panust ja ühiste eesmärkide täitmist.

*„Ma ei tea mis ootusi nad seadnud on. Mul on olnud selle pika juhtimiskogemus käigus juhatuse liikmetega, ükskõik kellega, arenguveestlus üks kord ja seda sellel aastal.“ (kliinik2)*

*„ Seda võiks keskuse juhataja käest küsida, et mis ootused tal olid.“ (osakond 1)*

Paljud kliinilised juhid kirjeldasid oma rolli kui „kõike tegijad“ ning neil on tihti arusaamatu mida nad oma juhi rollis tegelikult tegema peavad.

*„Ausalt öeldes ma ei olegi lõpuni aru saanud, mis keskuse juhataja tegema peab.“ (keskus 3)*

Kuid peaausjalikult kliinilised juhid kirjeldasid, et nad tajuvad peamise ootusena oma juhtidelt ja ka haigla juhatuselt, et probleemid oleks lahendatud võimalikult madalal tasandil ja „kõik toimiks“. Kohati väljendati arvamust, et juhid tunnevad huvi ainult probleemide vastu – kui nõ halbu uudiseid ei ole, siis eeldatakse, et kõik on hästi.

*„Altpoolt oodatakse, et oleks normaalne töökeskkond, normaalsed koormused, normaalsed töötingimused. Ülevalt poolt...no tõenäoliselt ootused sellised, et rohkem probleeme saaks minu tasandil ära lahendada, et sinna vähem läheks neid.“ (keskus 4)*

Haigla juhatus on seisukohal, et ootuste osas on oluline vastastikuse printsiip, kus kõik täidavad oma kohustusi ja ülesandeid, mis peaks tagama parima tulemuse.

*„Sinust peab ikka miskit kasu olema. Nii labaselt öeldes – kui sinu alluvad tunnevad, et sinust on kasu. Ja teistpidi, kui ka sina tunned, et sinu alluvatest on kasu. Siis on asi juba peaaegu, et hästi. See on selline sümbioos. Ikkagi mõlemad osapooled, kõik osapooled, peavad aru saama, et nad on selleks, et see või teine positiivne tulemus saada, et nad on nagu vajalikud osad sellest masinavärgist.“ (juhatus 1)*

### 3.3 Erinevate tasandite juhtimisfunktsioon

Kui põhieesmärkides ja tajutud ootustes oli palju kokkulangevusi, siis intervjuudest joonistusid välja erinevad ülesanded, mis olid omased osakondade, keskuste ja kliinikute juhtimisele.

Osakondade juhatajad kirjeldasid oma rollina peaaugjalikult osakonna töö organiseerimist, kontrollimist, juhtimist ning uue tehnoloogia rakendamist. Nende oluline ülesanne oli panna kogu meeskond koos tööle ning ühendada töö kliiniline ja administratiivne pool. Haigla juhatus iseloomustas seda rolli kui liikumist kollegiaalsest (arst teiste arstide seas) suhtest alluvussuhtesse (kolleegide juhtimine).

Eelkirjeldatud ülesanded olid omased ka järgmistele juhtimistasanditele, kuid oluline erinevus keskuste ja kliinikute juhatajate rollis oli haigla ja eriala esindamine väljaspool haiglat, eelarvetega tegelemine, inimeste juhtimine ning töö ravikvaliteediga.

Enim rollisegadust kogeti keskuse juhatajate seas, kes iseloomustasid endid kui pidevaid probleemi lahendajaid olles „puhver“ kahe osapoole vahel, hoides ära konflikte ning seeläbi luues normaalne töökeskkond.

*„Ausalt öeldes ma ei olegi lõpuni aru saanud, mis keskuse juhataja tegema peab. Mõneti on ta selline imelik amet kuskil poolel teel. Et sinust nagu sõltub midagi ja teisest küljest nagu ei sõltu ka.“ (keskus 6)*

*„...ei ole asja, millega keskuse juhataja ei tegele. Minu arust siin majas, ilmselt keskuse juhtimistasemel [tegeleme] alates august põrandal kuni hingehädadeni [ja rahaasjadeni välja].“ (keskus 4)*

*„...oled justkui kõike lahendajad ja seda neilt oodataksegi, kuid siit tekib ka dilemma, kas oled juhatuse esindaja keskuses või oled keskuse esindaja juhatuses.“ (keskus 6)*

Samal ajal nägi juhatus nende panust eelkõige keskendumises tulemustele ja eesmärkide seadmistele ning selleks vahendite leidmises.

Haigla juhatus nägi kliiniku juhatajaid kui tugevaid oma eriala esindajaid, kes ühtlasi tulevad toime finantsjuhtimisega ja kliiniku juhatajate enda kirjeldus oma rollist suuresti kattus sellega. Samas väljendasid kliinikute juhatajad ka soovi rohkem juhatusega läbi arutada, kuidas nad saaksid haiglale ja kliinikule kasulikumad olla ning ka kuidas

kliinikutesiseselt erinevaid rolle jagada selliselt, et tekiks jagatud arusaam erinevate tasemete ülesannetest ja kompetentsidest. Eriala huvide ja eelarve piirangute vahel olev pidev pinge viis aga selleni, et kliinikute juhatajad iseloomustasid endid kui „kahestunud isiksusi“.

### 3.4 Kliiniline „mõistmine“ juhtimisküsimustes

Uuringus osalenud kirjeldasid kliinilise „mõistmise“ hädavajalikkust kõikides haiglat puudutavates juhtimisküsimustes. „Mõistmise“ all peeti silmas eelkõige mitte-kliiniliste juhtide võimet kliinilist personali ära kuulata ja ka neist aru saada, ja vastupidi. Selle teemal all joonistus välja kolm kategooriat: kliiniline juht kui oma eriala parim spetsialist; kliiniline „mõistmine“ juhatuses; kliiniline „mõistmine“ tugiteenistustes.

#### Kliiniline juht kui oma eriala parim spetsialist

Kliiniliste juhtide vastused erinevatele juhtimist puudutavatele küsimustele keskendusid sageli just kliinilistele teemadele. Seda selgitab asjaolu, et just kliiniline töö ja kompetents oli see, mida nad enim oma töös väärtustasid. Kõikide tasandite kliinilised juhid jätkasid ka ravitööga, isegi kui nende roll eeldas täiskoormusega juhtimisfunktsiooni (kliinikute juhatajad ja juhatuse liikmed). Kliinilise juhtimise puhul tähtsustati eelneva autoriteedi olemasolu ning oma üksuse või ka haigla probleemide tundmist. Kõikide tasandite juhid märkisid, et osakonda, keskust või kliinikut juhtides on vajalik teada, kuhu eriala liigub ning olema kaastöötajatele eeskujuks olles oma ala parim spetsialist. Seeläbi on võimalik kaasata töötajaid uuendustesse ning tuua nendeni informatsioon ka haigla juhtkonnalt arusaadaval viisil.

*„ Ma ei saa midagi tahta ja nõuda arstidelt kui ma ise seda ei oska.“ (osakond 4)*

*„...juhtivspetsialist nii öelda. See, kes kõigist teab kõige rohkem ja kõige paremini oskab ja õpetab teist.“ (osakond 6)*

Mitmed kliinilised juhid leidsid, et need juhid, kellel on arsti taust näevad probleeme paremini ja nende loominguilisus aitab neil asjadega hakkama saada.

### Kliiniline „mõistmine“ juhatuses

Intervjuudes osalejad märkisid, et nende hinnangul on aegade jooksul haigla olukord juhtimises muutunud märgatavalt paremaks ja tulemuslikumaks, mis on väga palju mõjutanud ka kliiniliste juhtide suhtumist. Kliinilised juhid hindavad haigla juhatust, neil on nende suhtes usaldus ning toetus. Juhatuse töö, eriti juhatuse esimehe panus, leidis kliiniliste juhtide seas tunnustust. Seda eelkõige seetõttu, et märgati, kuidas juhatuse esimees on järjekindlalt tundma õppinud tervishoiu iseärasusi ning seeläbi „teeninud“ kliinilise personali usalduse. Intervjuudes osalenud tunnistasid, et ideed peavad teatud raamidesse mahtuma, mistõttu tuleb leida kompromisse. Seetõttu peeti tähtsaks, et haigla kontekstis oleks juhatuses mõlema taustaga inimesed, kelle vahel on hästitoimiv kommunikatsioon ja teineteisemõistmine. Nii kliinilised juhid kui ka haigla juhatuse arutles võimaluse üle kui erinevaid üksusi juhiks meditsiinist kauge inimene, kuid jagasid arvamust, et mittemeedik meedikut juhtima ei sobi ning kindlasti peaks sel puhul juhust majandusinimese kõrval olema hea ravijuht.

*„Ma arvan, et juhatuses võiks olla ühte kui teist. Keegi peaks arutama ka oskama. Selles mõttes on haigla juht hea kombinatsioon. Aga selles mõttes haigla juht on olnud õpivõimeline, enam-vähem teab kuhu meditsiin teel on.“ (kliinik 2)*

*„Aga ma ikkagi kaldun sellise asja poole, et juht ei pea olema, kui me räägime tervishoiust tähendab nagu majandusinimene. Ta võiks olla majandusinimene, aga tal peab olema hea ravijuht kõrval.“ (kliinik 1)*

*“Aga reeglina sellise meditsiinilise haridusega inimese kõrval peaks olema korralik majandustiim, kes seda asja finantspoolt monitoorib pädeval tasemel.“ (juhatuse 2)*

*„Noh, alternatiiv oleks ilmselt tuua inimesi meditsiini väljast sisse. Aga kuna tegemist on nii spetsiifilise valdkonnaga, siis väidan, et see ei toimi ka hästi, sest korralikult treenitud professionaal meditsiini vallas tõmbab mittemeditsiini inimesel alati naga üle kõrvade kui läheb väga spetsiifiliseks diskussiooniks.“ (juhatuse 2)*

Kuigi kliinilised juhid on haigla juhatuse nõ omaks võtnud, siis oldi ka arvamusel, et kliinilist poolt sageli ei mõisteta ning osakonnajuhte ei hinnata piisavalt ning nende



tegevuse tulemuse peavad kliinikute juhid omalt poolt panuse andma. Mis vihjab sellele, et kliinikute juhte tähtsustatakse rohkem ning ei pöörata tähelepanu allüksuste juhtidele, mis annab negatiivse tõuke kaasatusele.

#### Kliiniline „mõistmine“ tugiteenistustes

Haigla juhatus kirjeldas, et kliinilistel juhtidel on väga piiratud aeg juhtimisülesannete täitmiseks – planeerimiseks, plaanide ettekandmiseks ja muudatuste tegemiseks. Seetõttu mitmed need tegevused toimuvad jooksvalt. Sel samal põhjusel nägid nad mittekliiniliste juhtide tähtsust (tugiteenistused). Selleks, et koostöö kliiniliste juhtide ja tugiteenistuste vahel aga toimiks, rõhutati lahendusena vastastikust kannalikust ja teineteisemõistmist.

*„Mina võtan alati aega oma suhtluses mittemeedikust juhiga, andes piisava tausta informatsiooni, milleks ma midagi tahan või milleks ma mida ei taha.“*

*(keskus 5)*

Intervjuudes oli tunnetatav kohatine pahameel ja nõutus haiglas olevate tugiteenuste töömeetodite kohta. Mõned kliinilised juhid väljendasid arvamust, et tugiteenistuse eesmärk pakkuda tuge vastavalt erinevatele teemadele on kaotanud oma suuna ning on tekitanud küsimuse, kes keda toetab.

*„Mõnikord tunnetan seda küll, et ei saagi aru, kes keda toetab. Tugiteenuste roll hakkab kohati paigast ära minema.“ (osakond 4)*

Hea koostöö takistusena mainiti intervjuudes keerulist juhtimissõnavara ning väga paljude asjade eelnevat selgeks tegemist, mis otseselt ei ole kliiniliste juhtide tööga seotud ning võtab palju aega. Näiteks hanked ja uued tehnoloogiad, mis nõuavad väga tehnilisi ja infotehnoloogiliste teemade teadmist.

*„...tugiteenused on ka väljakutse, kuna nad näevad omas valdkonnas pilti paremini, on kompetentsemad. Juhtidel puudub võib puududa oskus seletada mida nad soovivad.“ (juhatus 4)*

Samas oli ka seisukohti, et kuna haiglas on palju erinevaid nii kliinilisi kui ka tugiteenuste ametikohti, siis peaksid nende esindajad pigem oma „liistude juurde jääma“ ja panustama selleks, et lihtsustada kogu kliinilist tööd.

*„...vahepeal olen arvamusel, et igaüks peab oma asjadega tegelema. Ei saa olla nii, et arst tegeleb, miks ma ka praegu hiljaks jäin, [...], sotsiaaltöö või politseitööga, ma ei tea mis tööd ma praegu tegin.“ (keskus 2)*

### **3.5 Juhtimiskvaliteeti mõjutavad struktuursed piirangud ja kultuur**

Intervjuudest joonistusid välja struktuursed piirangud ja kultuurilised iseärasused, mis mõjutavad haigla juhtimiskvaliteeti.

#### *Meditiinile omased kultuurilised iseärasused*

Kuigi erialadevahelist koostööd peeti ravikvaliteedi arendamiseks tähtsaks, muutsid selle saavutamise keeruliseks isikutevahelised arusaamatused, mille põhjustajateks olid sageli meditsiinile iseloomulikud võimumängud, üksteise usaldamatus ja kahepalgelisus.

*„...ja siis on teine kliiniku juhataja, kes on väga autoritaarne ja kelle arvamust siis väga loetakse. Vot see ajab vihale. Siis ma ei ole üldse rahul. Umbes mina pean tõestama [kliiniku juhatajana], et mina ei ole eesel.“ (kliinik 4)*

*„...üks kõrgharidusega spetsialist sõimas teist tippharidusega spetsialisti. Ja siis pead hakkama [mõtleva], kuidas nad omavahel maha rahunevad. See on kõige idiootlikum. Suured inimesed.“ (osakond 1)*

*„Meil on ju kokku pandud niivõrd erinevad asjad, aga mingid põhimõtted ja töökultuur peaks olema üks. Kuidas me teatud asjadesse suhtume. Just need samad missioon, visioon ja sellised põhieesmärgid.“ (keskus 2)*

Nii juhatuse kui ka kliiniliste juhtide seas tõstatati väljakutseid seoses delegeerimisega. Hoolimata sellest, et töökoormus on väga suur, kirjeldati raskusi ülesandeid teistega jagada, mis oli sageli seotud mõtteviisiga, et vaid ise kõik korda ajades, on neil kõige üle kontroll.

*“Juhi tööd tehes peab ja saab asju delegeerida, aga seda tuleb õppida. Tahad, et oleks hästi, siis teed ise.“ (juhatas 3)*

*“Minu roll on ka delegeerida asja allapoole. See tihtilugu ei toimi, kuna nad [alluvad] on harjunud, et keegi teeb nende eest töö ära.“ (kliinik 5)*

Juhatus väljendas delegeerimisega seonduvalt eelkõige muret läbipõlemise pärast:

*“Meie juhtidel puudub mõningane oskus jagada juhtimist, delegeerida ja luua meeskond. Üksinda juhtimine, põhitarkus peaks olema, et üksinda ei tee mitte midagi. See on algajate juhtide läbipõlemise üks põhilisi põhjuseid. Inimene ongi hoolikas, ongi andekas, ongi tubli ja töökas. Ta üritab kõik ära teha, kõike kõige paremini ja ta ei taju ära, et organisatsiooni võimekuse mõttes oleks paremini kui ta valiks oma töörühmast viis ja püüaks oma teemasid natukene delegeerida. Ja seda barjääri ei suuda paljud inimesed ületada, sest nad on ise palju paremad.” (juhatus 1)*

Samuti mõjutab juhtimist kliiniliste juhtide hoiak, mille kohaselt on ja jäävad nad alati ennekõike arstideks ja juhiroll on teisejärguline. Seda hoiakud võimendab ilmselt ka juhiametite tähtsajalisus ja soov, et arstidena nendele jääks alati oma kutse, mille juurde tagasi minna.

*„...ja siis osade juhtimispooltega on väga keeruline tegeleda, kui sa tegeled ka püsivalt oma erialatööga, mis on ikkagi eelkõige sinu töö. Võib olla ei peaks, aga juhi roll on ju ikkagi lepinguline viis aastat. Eelkõige olen ma arst ja arstina tahan ma ka viie aasta pärast edasi töötada, mitte juhina kindlasti. Selles mõttes on natukene keeruline.“ (kliinik 7)*

Kliiniku juhatajate ja haigla juhatuse muret tekitavaks asjaoluks, mis juhtimiskvaliteeti mõjutada võib oli allüksuste juhtide huvi puudumine juhtimise ning üldise toimimise osas. Juhi negatiivne või ükskõikne suhtumine mõjub ka kolleegidele ning takistab uuenduste elluviimist ja häid tulemusi saavutada.

*„Suurimaks piduriks muudatuste ja uuenduste elluviimisel on juhid, kas nad on vähe informeeritud või ülimalt konservatiivsed muutuste osas. Tihti on arstid ja õed aktiivsemad ja vastuvõtlikumad kui juhid.“ (juhatus 2)*

*„...kui me haigla juhtidega ei tegele, asju ei selgita ja ei pane neid selles suunas mõtlema, siis võime väga palju arendada, aga nad juurduvad ikkagi organisatsioonis vaevaliselt.“ (juhatus 1)*

*„Nad on õppinud arstiks. Nad tahavad olla arstid. Ja teine asi, kas puudub see võime, oskus või tahtmine juhtida.“ (kliinik 2)*

*„Ja inimesed ei tahagi, neid ei huvita kõrgem palganumber, et nad võtaksid selle funktsiooni enda peale, et hakata juhtima ja saada rohkem palka. Seda ei taheta lihtsalt, sest see on koormav, see on kõrval tegevus, mis neid absoluutselt ei huvita.“ (osakond 4)*

### Struktuursed piirangud

Eelnevalt mainitud suure töökoormuse valguses tunnetasid kliinilised juhid vastuolusid neile pandud vastutuse, otsustusvabaduse ja tööriistade kättesaadavuse vahel. Kui kliinilises töös kogeti suhteliselt vabu käsi, siis näiteks personali ja finantsküsimumustes nähti vaid piiratud võimalusi olukorda mõjutada. Kirjeldati, et eelarve on etteantud ja seda ei saa muuta, kuid juhid kulutavad suure osa oma ajast, selleks, et nendest eelarvetest aru saada ja vastavalt nendele aru anda.

*„Küsitakse aru ja ma siis seletan ära, aga ega mul ei ole reaalselt võimalust eelarvet või projekti juhtida.“ (kliinik 3)*

*„Keskuse juhina olen vahel mõelnud, et kas selline ongi PERH-i mudel, et sulle antakse töö, aga sul ei ole tööriistu?“ (keskus 4)*

*„Väikese eriala juhina ma ei saa lõplike otsuseid teha paljude kohtade pealt. Kas või näiteks uue kolleegi tööle võtmine, sinna rahade taha saamine, palgatõus – palgatõus ei sõltu minust.“ (osakond 1)*

Osakondade juhid kirjeldasid, et need vastuolud tekitavad neis kohati ebaõigluse tunde, kuna nad näevad oma rolli ja ülesandeid kõikehõlmavatena alustades tugiteenustest, eelarvest, transpordist kuni ravi korraldamiseni.

Eelmainitud eelarvega seonduvate küsimuste administreerimisele minev ajakulu oli oluline frustratsiooni allikas, mistõttu käis korduvalt intervjuudest läbi ettepanek kaasata finantsjuhtimisse rohkem analüütilist kompetentsi, kes saaks ära teha vajaliku eeltöö selleks, et kliinilised juhid saaks keskenduda ettepanekute ja lahenduste pakkumisele.

*„...aga kogu see finantspoole korrashoidmine või haigekassa lepingute jälgimine. See on muidugi oluline, aga selle peaks ära tegema keegi, kes paneb selle kliiniku juhataja jaoks lauale, mitte et kliiniku juhataja peab tuhnima nendes paberites ja tabelites ning püüab siis kliinikut nende hoobadega juhtida.“ (kliinik 3)*

*„...seda numbrit peaks kokku lugema hoopis teised seltskonnad, mitte arstid. On väga mugav lükata arsti peale, sest see on tüütu.“ (osakond 6)*

*„...raamatupidamisest tuleks inimene, kes seletaks, et miks need eelarved tehakse, mis nad ootavad. Kuna ma ei näe tagasisidet, siis ma ei saa aru.“ (kliinik 2)*

Ka juhatus oli seisukohal, et eelarvega seonduvas tuleb kliinilisi juhte toetada :

*„...tuleb jälgida ka eelarvet, ravijuhte ja planeerima, kuid see peaks olema juhtidele tehtud võimalikult lihtsaks.“ (juhatus 3)*

*„...peamine roll ongi anda tuge nendel teemadel, milleks kliinilistel juhtidel pole süsteemset ettevalmistust ja tihtipeale ka aega. Kuna ollakse ka tegevarstid.“ (juhatus 4)*

Kõikide tasandite juhid mainisid suurte igapäevaste probleemidena ka personali voolavust, töötajate puudust ja mitte leidmist, motiveerimist ja kaasamist.

*„Väljakutseks on inimeste hoidmine haiglas, leida neile alternatiivseid väljundeid, mis nende tegevusvaldkonda rikastaks ning, et me suudaksime seda ka oma organisatsioonis pakkuda.“ (keskus 3)*

### **3.5 Juhtimine ja meditsiin: vastuolulised eesmärgid, aga lootus koostööle**

Intervjuudes osalejate vaateid juhtimise ja meditsiini suhtele illustreerivad kolm kategooriat: vastuolulised eesmärgid; finantsjuhtimise väljakutse; ja lootus koostööle läbi kommunikatsiooni ja kaasamise.

#### Vastuolulised eesmärgid

Kliinilised juhid iseloomustasid juhtimisfunktsioonide erinevust eeskätt läbi selle, et hea koostöö meditsiini ja juhtimise vahel on piiratud kuna ressurssidega ja efektiivsusega seotud eesmärgid vastanduvad ravikvaliteedi eesmärkidega.

*„Minu töö eesmärk on oma vastutusala piires ravitavate patsientide parema ravikvaliteedi tagamine. See on esimene asi. Ja ka võimalikult efektiivselt kogu seda protsessi juhtida. Et inimesed ei istuks jõude ja ei*

*oleks ka liiga ülekoormatud oma tööga, et see ka tingib mingil määral seda ravikvaliteeti, mõjutab õigemini. Ja inimesed, kes seda tööd teevad, et nad saaksid selle eest ka väärilist töötasu. Peab olema nagu tasakaal.“ (kliinik 1)*

Arsti on keeruline panna midagi raha pärast tegema ning vaatamata sellele, et tegemist on tervishoiu asutusega, kus peamiseks teemadeks on ravikvaliteet ja patsientide rahulolu, on kliiniliste juhtide hinnangul juhatuses kliinilised teemad liiga vähe esindatud. Suuremat rõhku mittekliinilistel ja finantsilistel teemadel kinnitas ka haigla juhatus.

Kriitilise tooni osaliseks said efektiivsuse tõstmisega seotud tegevused, mille puhul tunnetati, et püüti üle võtta ärimaailma loogikaid, mis meditsiinis ei toimi. Meditsiinis mängivad suurt rolli sotsiaalsed küsimused, mis vajavad suuremat paindlikkust ja reserve.

*„Erisusi tuleb meil seoses sotsiaalsete asjadega, haigete inimeste eripära [tuleb] nagu rohkem esile kui võib olla pangas või kommivabrikus, kus liinid on paika pandud täpselt ajaliselt.“ (kliinik 2)*

Haigla juhatus märkis, et nende jaoks on ka tähtis, et juhtidel oleks huvi ning nad väärtustaksid oma tööd juhina ning, et nad näeksid olukorda laiemalt, mitte ainult kliinilisest vaatenurgast ning oleksid altimad kaasa minema uuenduste ja muudatustega.

*“Suurimaks piduriks muudatuste ja uuenduste elluviimisel on juhid, kas on nad vähe informeeritud või on ülimalt konservatiivsed muutuste osas. Tihti on arstid ja õed aktiivsemad ja vastuvõtlikumad kui juhid.” (juhatus 2)*

### Finantsjuhtimise väljakutse

Kõikide kliiniliste juhtide seas oli finantsjuhtimine kõige rohkem vastuolulisust tekitav teema. Haigla juhatus pidas oluliseks, et kliinilised juhid omaksid teadmisi sellest, kuidas ressursse juhtida – kust sissetulekud tulevad, kuidas ressursse planeerida, ja juhtida. Kliiniliste juhtide seas tekitas see aga kõige suuremat ebakindlust ja negatiivseid seoseid. Eelarvega seonduvat kirjeldati kui ajamahukat ja keerulist tegevust, milleks puuduvad põhjalikud teadmised.

*„Meid pitsitab sageli ja tõsiselt eelarve. Ma ei tea midagi raamatupidamisest. Mul on tavaline arsti kutse. See on ka see, mis langes keskuse juhatajaks saamisel minu õlgadele.“ (keskus 4)*

*„Vahel võib jääda selline mulje, et tegeleme liiga palju patsientidega, rohkem peaks tegelema kulude või tulude jälgimisega.“ (kliinik 6)*

Kliiniliste juhtide prioriteedid on eriala arendamisel ja parima ravikvaliteedi saavutamisel. Nad selgitasid, et ei pea oluliseks teadmist, kust raha tuleb või kuidas sellega majandama peab.

*„Arstist juhid on eriala juhid ning nende põhiline juhtimissisu on eriala edendamine ja arendamine.“ (kliinik 4)*

*„Mina ei arva, et mina pean täpselt teadma, kust see raha tuleb, miks ta tuleb, mis ühikust tuleb ja miks teda just nii palju tuleb.“ (keskus 2)*

Kliinilised juhid leidsid end pideva ülekulude ja plaanimuutuste põhjendamise väljakutse ees. Nad selgitasid, et meditsiinis ei ole võimalik kõike ära planeerida ning ettearvamatuid olukordi ja suuremaid kulutusi tuleb väga tihti ette.

#### Lootus koostööle läbi kommunikatsiooni ja kaasamise

Nii kliinilised juhid kui juhatuse liikmed pidasid hea koostöö saavutamiseks tähtsaks head kommunikatsiooni ja kaasamist. Intervjuudest võis aga järeldada, et kommunikatsioon ja kaasamine ei toimi organisatsiooni läbivaldt hästi.

Kliinikute juhatajad kirjeldasid, et nad on pigem hästi haigla eesmärkide ja tegevussuundadega kursis ja et nad tunnevad endid enamasti kaasatuna haigla jaoks olulistesse otsustusprotsessidesse, seda eelkõige läbi igapäevaste juhtkonna koosolekute. Kaasatus aga vähenes astmeliselt ning keskuste ja osakondade juhid leidsid, et nende tasemetel võiks kaasatus olla parem. Kirjeldati kogemust, kus antakse aastaaruannetesse või arengukavadesse sisendit, aga seejärel ei tule tagasisidet, mis sellest sisendist sai ja miks. See on põhjustanud sisendi andmise devalveerumise – oletatakse, et paljud otsused on juba eos ära tehtud ning sisendi andmine ei loo väärtust. Kliinilised juhid avaldasid soovi saamaks rohkem selgitusi, miks haigla juhatatus üht või teistmoodi otsustas.

*„...muudatuste sisseviimine on pigem nagu protsess, ei kaasata ei arvestada, tegelikult on otsused juba tehtud.“ (keskus 11)*

Enim segadust arengusuundade osas väljendasid osakondade juhatajad – neid valdas tunne, et oluline osa tööst saadetakse nende pärusmaale ja neil palutakse anda sisendit kliiniku arengustrateegiatesse ilma, et nad teaksid kliiniku eesmärke ja strateegiaid.

*„...kuid on siiski tunne, et meie panus aastaaruandesse, arengukavasse ei realiseeru, sest kui märkida nendes, et oleme innovaatilised ja uuendusmeelsed ning mingi hetk lähedki uue ideega siis kohe seatakse piirid ja küsimused, et kas meetod ennast tagasi teenib.“ (kliinik 4)*

Osakondade juhatajad olid pettunud, et neid ei kaasata järjepidevalt kliinikusisestele koosolekutele, mis võimaldaks paremat kommunikatsiooni.

Nii osakondade kui ka keskuste juhatajad väljendasid muret informatsiooni puudumise üle haigla ja kliinikute üldiste arengusuundade osas, mis pani nad keerulisse olukorda, kui sooviti nende poolset panust ja sisendit.

### **3.6 Motivatsioon juhirollis jätkamiseks**

Intervjuude tulemuste põhjal on võimalik väita, et uuringus osalenud kõikide juhtide väärtuseks oma töös ning need tegevused või asjaolud, mis motivatsiooni alles hoiavad olid seotud nende kirjeldusega oma igapäevatööle ja juhirollile. Nad pidasid oluliseks meeskonnatööd, koostööd, tehnoloogiaid, uuendusi ja muudatusi, töötajate rahulolu, koolitusvõimalusi ja ise koolitamist ning arengut inimeste ja eriala põhiselt. Neid tegevusi nägid nad kui võimalusi tagada parim ja kvaliteetne ravikvaliteet.

*„...ei saa igäiks ise suunda vedada. Ja see on ka üks juhiroll, et panna see seltskond ühes suunas liikuma ja edukalt liikuma.“ (osakond 2)*

Erineva taseme juhid pidasid oluliseks väärtuseks oma töötajad, kes annavad neile tuge igapäevaselt oma tööd teha:



*„...ma väärtustan oma töötajaid. Olen uhke nende üle. See tunne, et sa oled vajalik kellelegi ja sind usaldatakse, see teeb rõõmu.“ (kliinik 5)*

Juhte motiveeris ka eduelamus, mis kaasnes sellega kui nad nägid, et uued arstid tahavad haiglasse tööle tulla ning saadakse positiivset tagasisidet nii oma töötajatelt kui patsientidelt.

*„Minule kui keskuse juhatajale suurim kompliment on seni olnud see, et me saame viimasel ajal ülikoolist tulnud parimad lõpetavad residendid.“ (keskus 9)*

Kliinikute juhatajate jaoks oli oluline motivatsiooniallikas oma erialasse panustamine väljaspool haiglat.

*„Kui ma saan väljaspool panustada, siis ma saan ka siin rohkem kasu tuua. See kõik info mis sealt tuleb, see on meie haiglale ka väga suur [väärtus].“ (kliinik 1)*

Motivatsiooni panustavad nii kliiniliste juhtide kui ka juhatuse hinnangul ka koolitused. Samal ajal olid kliinilised juhid juhtimiskoolituste suhtes ka kriitilised ja leidsid, et mitmed neist suudaks „iva“ edasi anda oluliselt lühema ajaga. Oli ka arvamusi, et ei ole mõtet leiutada jalgratast, vaid tuleks leida parimad praktikad just PERH-i juhtimises.

*„Juhtide motivatsiooni on võimalik parandada koolituste pakkumisega, eeskuju näidata ning tegeleda allpool olevate juhtide õpetamisega. Juhte peaks motiveerima ühised kokkusaamised töökohalt väljas, informaalised tegevused.“ (juhatuse 1)*

Selleks, et arendada huvi juhtimise vastu ka nooremate juhite seas, leidis, et koolitustegevus peaks algama juba osakonnajuhtide seas, kelle puhul oleks oluline keskenduda haigla finantsmudeli selgitamisele ja andma ka baasteadmisi tervishoiuökonoomikast, avaliku sektori ökonoomikast, sotsioloogiast, ja psühholoogiast, mis aitaks neil paremini orienteeruda tänapäeva keerulises keskkonnas ja komplekses tervishoius.

Kliinikute juhatajad jagasid arvamust, et kui tahetakse saavutada paremat koostööd, siis peaks ka kaasnema selleks vajalikud koolitused. Samuti märkisid nad, et kliiniliste juhtide seas on huvi juhtimiskoolituste vastu suur.

## 4 ARUTELU

Läbiviidud uuringu peamiseks ülesandeks oli välja selgitada, kuidas erinevate tasemete juhid tõlgendavad juhtimisfunktsioone oma töös ja eesmärgistavad juhtimisalaseid tegevusi. Uuringus osalenud juhtidel on kõigil ühiseks eesmärgiks kvaliteetse ravikvaliteedi saavutamine, kuid selle sujuvat koostööd selle suunas liikumisel takistab vastastikuste ootuste ebaselgus. Juhiroll on erineva taseme juhtide jaoks nii väljakutse kui motivatsioon, vältimatu vastutus kui ka võimalus. Väljakutseid loovad samuti igapäevane suhtlus tugiteenistustega ning kliiniline „mõistmine“ erinevates teemades, finantsküsimused ning kommunikatsioonijuhtimine. Juhtimiskvaliteedi saavutamist mõjutavad kultuurilised iseärasused, kus isikutevahelised arusaamatused seavad takistusi erialadevaheliseks koostööks ning kliiniliste juhtide hoiak juhirolli teisejärgulisuse suhtes. Omakorda mõjutavad juhtimist ka struktuursed piirangud, mis on seotud suure töökoormuse ja kõikehõlmavate tööülesannete täitmisega, kuid mille puhul tihti lugu puuduvad otsustusvabadus ja tööriistade kättesaadavus ning väljakutseid esitavad keerulised juhtimisvaldkonnad. Koostöö kaasamise ja kommunikatsiooni näol tundub toimivat paremini juhatus ja kliinikute juhtide vahel, aga keskuste ja osakondade juhtide tasandil nähakse neid probleemsetena. Vaatama nendele keerukustele on lootus heale koostööle olemas, kui tuvastatakse probleemid, mis on takistuseks kliinilistel juhtidel oma kohustust efektiivselt täita ning töötatakse järjepidevalt edasi juhtimiskvaliteedi parandamiseks parimate lahenduste leidmiseks.

Käesolevas uuringus osalenud kliinilised juhid ei näe kulu, ravikvaliteeti ja personaliküsimusi ühise teemana, vaid tajuvad neid eraldiseisvana ja vastuoluliste eesmärkidega. See oluliselt raskendab juhtimise produktiivsust, kuna haigla juhatus seda kliinilistelt juhtidelt ootab, kuid kliiniliste juhtide jaoks on osaliselt need vastumeelsed valdkonnad, millega nad tegelema peavad ning jätavad need tahaplaanile. Nende kolme teema sünkroonis liikuma panemine on väljakutse ning nõuab palju uusi teadmisi ning kinnistumist, kuid on siiski mõlemapoolse huvi, koostöö ja ressursside olemasolul võimalik.

Kuhlmann ja von Knorring (2014) põhjendasid, et kunagine lahus hoidmine meditsiini ja juhtimise vahel oli taotluslik, mis hoidis paigas võimuvahetkorda. Aegade jooksul on see muutunud, kuna järjest keerulisemas, kompleksemas ja kiiresti muutuvast valdkonnas on vajalik ühendada professionaalsus ja ärijuhtimine, mis tagab organisatsiooni edukuse. Kliinilise ja administratiivse omavaheline koostöö on olnud uurimise all juba aastakümneid ning ilmselt järjepidev protsess, kuna nii keeruline juhtimisstruktuur loob väljakutseid ning on vajalik leida põhjused ja parimaid lahendused parimaks juhtimiseks.

Kliiniliste juhtide kaasamine haigla juhtimisse muutus sellest hetkest, kui tuvastati selle keerulise juhtimisstruktuuri mõju haigla üldistele tulemustele. Paranevad tulemused raviteenuste kvaliteedis, patsientide rahulolus, personali heaolus, kuid oluline on seda kõike ellu viia ja saavutada kulusid kontrolli all hoides (Lega, Prenestini, Spurgeon 2013; Wooldridge ja Floyd 1990). Siinkohal oli sarnasust ka käesoleva uuringu tulemustega, kus kliiniliste juhtide teadlikkus oma eriala positsioonist ja arenguvõimalustest annab võimaluse raviteenuste kvaliteeti parandada. Samas piirab nende tegutsemist eelarve, mis tihti seab neid keerulisse olukorda ja nad ei mõista haigla juhatuse poolt tehtud otsuseid raha kasutamise osas. Kliiniliste juhtide kaasatus annab võimalused juhatuse poolt loodud sõnumid ja otsused viia kliinilisele personalile paremate eeldustega nende mõistmisel, kui seda teeks haigla juhatuse ise. Simpson (1997), Golstein (2004) ja Bohmer (2012) uurisid samuti klinitsistide vajalikkust ja nende mõju üldistele tulemustele ja leidsid seose. Kuna klinitsistid on uute tehnoloogiate põhilised kasutajad ja sobitavad neid tehnoloogiaid patsiendile parima teenuse ja ravi pakkumisega, on klinitsistide roll nendega seotud investeeringute juures otsuste vastuvõtmisel määrava tähtsusega. See väide annab olulise tõuke nende kaasamisel haigla strateegilistesse protsessidesse. Verones (2013) ja Lega (2014) uuringud viitasid sellele, et kliiniliste juhtide kaasamine haigla juhtimisse peaks suutma parandada üldiseid finantstulemusi, kuna klinitsistid teavad milline ravi, milline tehnoloogia ja millised kulutused vajalikud on. See omakorda avaldab mõju ka haigestumise vähendamisele ja patsientide suremusele. Sellel uuel lähenemisel, kus haigla või tervishoiuasutuse juhtimisse on kaasatud ka kliiniline pool on oodatavad ja saavutatavad tulemused märkimisväärsed, kuid selle nimel tuleb palju vaeva näha ja panust anda mõlemapoolselt.

Erinevates teemades juhtimises, erinevad juhid näevad ja tunnetavad väljakutseid erinevalt. Juhtimine saab olla edukas, kui on olemas vahendid, kuid oluline on omada ka visiooni,

eesmärki ja motivatsiooni juhtida. Haigla juhatus seab ootused kliiniliste juhtide jaoks kõrgele ning nad sooviksid, et juhtidel oleks huvi ning nad väärtustaksid oma tööd juhina. Et neil oleks oskus näha olukorda laiemalt, mitte ainult kliinilisest vaatenurgast ning oleksid altimad kaasa minema uuenduste ja muudatustega. Kliiniliste juhtide seas on palju juhte, kellel puudub huvi juhtida, kuid on siiski nõustunud selle kohustuse vastu võtma. Kas on selle juhi jaoks oluline ainult staatus ning puudub potentsiaal juhifunktsioone täita? Uuring, mis kirjeldas talendijuhtimist ja tulevikus kliiniliste juhtide ettevalmistusest jõudis järeldusele, et me ei saa jätta haigla juhtimist „juhuslikele juhtidele“ (Lawrence, Satini, Sena, Ruberg, Ellison, 2014). Tuleb leida võimalusi nende kaasamiseks või leida võimalusi, kuidas nad võiksid oma positsiooni hoopiski üle anda motiveeritud ja rohkema potentsiaaliga klinitsistile (Louise Fitzgerald, 2015).

Thorne (1997) uuris kliiniliste juhtide arvamust juhirollist ning tuvastas viis olulist tunnust juhtimises, kuidas kliinilised juhid ise juhirolli iseloomustavad, mille põhjused on sarnased käesolevas uuringus saadud tulemustega.

1. *Stress – üle töötamine, vähene kogemus, kõrged ootused, kontroll, rolli ebaselgus, läbipõlemine.* Käesolevas uuringus selgus, et erinevatel kliinilistel tasemetel on töökoormus, vastutus ja kontrollfunktsioon suur, kuna puudub delegeerimise oskus, kuid üksi juhtimine võib viia läbipõlemiseni. Paljuski on delegeerimine seotud juhtimiskvaliteedi saavutamiseega. Kuigi uuringus osalenud kliinilised juhid kinnitasid delegeerimise tähtsust oma töös, oli see mitmete jaoks väljakutse. See väljendus soovis veenduda, et asjad on hästi tehtud ja usaldamatuses, et kolleegid võiks ehk teatud ülesannetega ka ise hästi hakkama saada. Kliinilised juhid on väga murelikud oma positsiooni ehk „kahestunud isiksuse“ tasakaalustamisel, sest kui nad pühendusid ainult juhtimistööle ei oleks nad võrdväärset ja austatud oma kolleegide poolt. Kui juhtimisfunktsioon neid ei motiveeri ning kohustusi täidetakse nii palju kui vaja ja nii vähe kui võimalik ning pühendutakse erialatööle, kaob ära juhirolli olemus ning üksuses võivad tekkida rahuolematused.
1. *Identiteet - mitte kuskile kuulumise tunne, kohanemine uue rolliga, professionaalsuse saavutamine, kolleegidest eemaldumine.* Arst on eelkõige arst ning nende eesmärgiks on tagada kvaliteetne ravi ja patsiendi rahulolu. Neile on oluline olla oma-ala professionaal ning säilitada ja arendada seda igas olukorras. Haigla juhtkonna poolt oli arvamused, et kui arstist saab juht, siis peab ta võtma ka

teise hoiaku ning oma tähelepanu suunama teistele teemadele, kuid see on suur kahe poole vaateline erinevus, mis võib tekitada arusaamatusi. Siin on kompromissi küsimus, et pannes või andes arstile lisa kohustused tuleb ka mõista, et arst jääb oma eriala esindajaks.

2. *Eestvedamine/juhtimine – kliinilised juhid nimetasid oma rolli pigem selliselt, mille fookus on eelarves püsimine, tegelemine kliiniliste teemadega, ning tegelemine lepingutega.* Kirjandus on andnud sarnase tulemuse kui käesolev uuring, et tervishoiusüsteemides kliinilisel juhil on väga suur funktsioon tegeleda ka finantsteemadega, mis ei ole nende pärusmaa, tekitab vastumeelsust ning samuti ka ebakõla, kuna vastutus on suur, kuid otsustusvabadus piiratud. Nad vajavad tuge nendel teemadel, mis tegelikkuses haigla juhtkonna poolt ei tohiks seada takistusi sellele probleemsele teemale lahendust leidmaks, kui ootused nende teemadega tegelemisel on suured. Oluliseks vastastikuse printsiip.
3. *Kontroll – ülesse edastada kontrolli ja all pool pakkuda kaitset = paralleel organisatsioonid.* Kirjanduses on palju mainitud, et klinitsistide kaasamine haigla juhtimisse on olnud ka ühe eesmärgina omada kontrolli kliinilise poole üle, mis siiani on olnud väga vähene (Thorne, 1997). Antud uuringus tajusid keskusejuhid ennast „puhvri“ rollis, et alt poolt tuleb edastada soovid ülesse ning ülevalt poolt informatsioon alla. Kui tegelikkuses kogu see koostöö ei tohiks baseeruda või tekitada tunnet, et toimub kontroll, kuna see on demoraliseeriv ning ilma tulemuseta.
4. *Ebaselgus/kahemõttelisus – rolli ebaselgus, vähene ettevalmistus = stress* (Thorne, 1997). Nii nagu juba eelnevalt on mainitud tekitab juhi roll ebaselgust, ootuste puudumine ja vähene ettevalmistus segadust ja lõpptulemusena stressi, miks ei ole paljud intervjuueeritavad huvitatud ametiaja möödumisel jätkama. Haigla puhul on klinitsistide kaasamine juhtimisse väga eesmärki täitev, kuna seda praktikat on kasutatud ka mujal maailmas ning uuringud selle kasust on positiivsed. Kuid nii nagu PERH-i või mõne muu riigi tervishoiuasutuse puhul ootused on suuremad, kuid toetus on väike. Selline olukord ei ole kasulik kummalegi poolele, pigem võib tekitada ühisest eesmärgist mööda minemist. Seega kui kliinilistest juhtidest tahetakse võrdväärset parterit teha ning, et mõlemad poole oma funktsioonide täitmisel saaksid kasu, tuleb kliinilistele juhtidele pakkuda tugevat ettevalmistust juhtimises.

Käesolevas uuringus mitmed juhid kirjeldasid oma juhiks saamise kogemust kui peale surutud kohustust - juhi positsioon täideti läbi tulemusliku veenmise. Spehar, Frich ja Kjekshus (2012) viisid kliiniliste juhtide seas läbi uuringu juhiks saamise kogemuste kohta, kus selgus, et neil puudus ootus või eeldus juhiks saamise osas vaid neid mõjutati ja veendi juhirolli vastu võtma. Samuti ei olnud neil eelnevat kogemust ning juhtimist õpiti nii õelda käigu pealt, mis tegelikkuses tekitas pahameelt, kuna administratiivsete ülesannete hulk kasvas ning neil puudusid võimalused ja oskused oma tööd delegeerida. Siiski näevad käesolevas ja Thorne'i (1997) poolt läbiviidud uuringus kliinilised juhid motivatsiooni ja võimalust oma eriala või üksuse jaoks midagi muuta. See väljendus positiivses väljakutses haarata kinni juhirolli võimalustest. Oluline on klinitsisti enda motivatsioon juhirolli vastu võtta, kuid teiseks oluliseks teguriks, milleni on jõutud ka mitmete uuringute tulemusena on erinevate osapoolte (kliinilise, haigla juhatuse ja tugiteenistuste) koostöö ja üksteise mõistmise saavutamine. Sama arvamust kinnitasid PERH-i kolme päevase koolituse koolitajad ning nägid suuremat potentsiaali juhtimise parandamises, kui kliiniline ja mittekliiniline pool suudaks omavahelist koostööd rohkem efektiivsemaks muuta.

Kliinilist personali sobib juhtima kliinilise taustaga inimene – kliinilise „mõistmise“ tähtsus osapoolte koostöös. Sellele aitavadki kaasa kliinilised juhid, kuna uuringute tulemused on jõudnud olulisele järeltulele, et kuna kliinilisi juhte usaldatakse teiste meditsiiniliste kolleegide poolt on aidanud see üle saada lõhest mis oli haigla juhtkonna ja klinitsistide vahel ning nende kahe osapoolte koostöö toimib tulemuslikumalt, kuna klinitsistidel on suurem usaldusväärus kui mitteklinitsistidest juhtidel (Goes and Zhan 1995; Molinari et al.1995; Goldstein, Ward, 2004; Lawrence, Satini, Sena, Ruberg, Ellison, 2014).

Intervjuude tulemused näitasid koostöö vähest rakendumist nii kliiniliste ja haigla juhatuse, erialadevahelise ja tugiteenuste vahel. Selle põhjusena nähakse isikutevahelised arusaamatusi, üksteise usaldamatust, ja kahepalgelisust, mis on tingitud tugeva hierarhiaga tervishoiule omastest võimuvõngudest. Ka Brommels (2010) on jõudnud järeltulele, et tervishoiu juhtimises seab väljakutset seal töötavad professionaalid ja nende juhtimine, kelle on tugevalt väljakujunenud rollid ja huvid, mis võib seada takistusi tõhusale koostööle. Lisaks kultuurilisele aspektile võib siin näha ka seoseid ebapiisavate suhtlemisoskustega. Sellele annavad kinnitust ka mitmed uuringud, kus on jõutud järeltulele, et juhid, kes on keskendunud oskustele, mis arendavad häid isikutevahelisi

suhteid või parandavad üleüldist suhtlemisoskust, saavutavad oma töös paremaid tulemusi (Boyatzia, 1982; Sy, Cote & Saavedra, 2005).

Rutiinsed, igapäevased dokumentide allkirjastamised ja kooskõlastamised, milles kliinilise juhi osalust ei ole olnud, on muutunud ajakulukateks administratiivseteks ülesanneteks. Kliinilised juhid juhirolli ise sellisena ette ei kujutanud. Nad väärtustavad aega ning nende motivatsiooni kahjustas suur ajakulu ülesannetele, mis tegelikult ei vaja nende kompetentsi. Trastek, Hamilton, ja Niles (2014) järeldasid oma uuringus, et tervishoid on võrreldes teiste harudega juhtimise arendamise osas 10-15 aastat maha jäänud. Ühe põhjusena toodi esile samuti aega ning klinitsistide hirmu, et pühendades rohkem aega juhtimisse kaotavad nad oma kliinilise produktiivsuse. See viitab järeltulele, et juhtimist ja suhtumist on vaja tervishoius järjest rohkem arendada.

Kliinilistel juhtidel on meditsiiniline kompetents, kuid üldjuhul puuduvad teadmised ja oskused hakkama saada erinevate teemadega, mis on seotud juhtimisega. Tüüpiline arsti karjäär liigub heast arstist, õpetajast ja teadustöö tegijast edasi erineva taseme juhiks (Lawrence, Satini, Sena, Ruberg, Ellison, 2014), mis katus PERH-i juhatuse nägemusega klinitsisti karjäärist tervishoius. Võib arvata, et see ilmselt takerdub siiski vajalike teadmiste ja oskuste puudumises juhtimisfunktsiooni täita, kuna kliiniliste juhtide puhul on prioriteediks kliiniline töö. Erinevad väljakutsed ja puuduvad oskused juhtimisfunktsioone täielikult täita, annab kliinilise töö neile eelise ja kindlustunne, et nad võivad pöörduda tagasi juhi kohustustest kliinilisse töösse milleni on jõudnud ka Simpson (1997) oma uuringus.

Erinevate tasemete juhid mainisid põhiliste tööülesannetena, mis andsin neile ka motivatsiooni juhi töös olemiseks organiseerimist, kontrollimist, meeskonnatöö ja koostöö saavutamist ning selle juhtimist. Võimaldada parimaid tehnoloogiasid, arendada eriala, tegeleda eelarvega, esindada eriala väljaspool haiglat ning olemasolevate ressurssidega võimaldada head töötingimused ja töökoormus. Kliiniliste juhtide puhul on juhtimisstruktuuri omapäraks oskus ja vajadus ühendada kliiniline ja administratiivne pool. Juhtimisstiililt on see hübriidne juhtimine, mis on tervishoiule kõige iseloomulik ja traditsioonilisem (Louise Fitzgerald, 2015). Haigla saab ja peab toetama hübriid juhte läbi nende õpetamise, mis Louise Fitzgerald'i (2015) sõnul võimaldab saavutada efektiivsuse nende tegemistes, mis omakorda oma mõjub ka tervele organisatsioonile. Liewellyn (2001) on öelnud, et kui klinitsist võtab lisaks oma igapäeva tööle ka juhi kohustused on nad kui

„kahestunud isiksused“, kuna neil on palju ja vajalikud teadmised meditsiinist ning omandatud või omandamisel juhtimispraktikad. Ka käesolev töö tuvastas „kahestunud isiksuse“ fenomeni, eriti kliinikute juhatajate seas, kelle puhul juhtimisülesanded moodustavad suurema osa tööst. Nad tajusid nõudmisi ja ootusi haigla juhtkonnalt ning ka oma üksuste töötajatelt. „Kahestunud isiksuse“ tunnetus tuli eriti just välja eesmärkide tasandil – usaldusväarsuse ja võimaluse säilitamiseks naasta arstiametisse, jätkasid nad osalise ajaga ravitööga, kuid olid ka selgelt keskendunud kliiniku finantsjuhtimisele ja oma eriala arendamisele. Just finantsjuhtimine oli üheks suurimaks väljakutseks kliiniliste juhtide seas. Käesolevas uuringus näevad kliinilised juhid võimaliku lahendusena analüütiku olemasolu igas üksuses, kes vajalikud aruanded kokku paneks, mida juhid analüüsida saaksid. Haigla juhatuse poolt on eelarvega tegelemine, aastaaruande koostamine ning muud aruanded kliiniliste juhtide kohustus. Kuid põhjendamine ja tõestamine haigla jaoks kasutoovate näitajate põhjal võivad jääda kesiseks ja läbimõttlemata, kui see on tehtud vastumeelselt, kuna neil ei ole arusaama kuidas nad tegema peavad, mida neilt oodatakse. Eelkõige on nad siiski klinitistid.

Kuigi kõikide tasemete juhid kirjeldasid oma töö peamise eesmärgina ravikvaliteeti, siis kliiniliste juhtide puhul joonistus välja uskumus, et haigla juhatuse eesmärk on vaid finantsedukus. Selle vastuolu üheks põhjuseks võib olla asjaolu, et erinevate tasemete kliinilised juhid ei tea endale seatud ootusi, seega on puudus vastastikusest dialogist eesmärkide ja ootuste teemadel. 2014 aastal läbiviidud uuring PERH-i inimressursside valdkonnas kirjeldas samuti probleemi selles, et erineva taseme juhtidel peab olema kindel nägemus oma rollis ja teadmine, mida neilt erinevates valdkondades kohustuste täitmise puhul oodatakse (OÜ Personalijuht, 2014). Ootuste mitteteadmise, rolli ebaselguse ja kliiniliste juhtide oskuste/teadmiste mitte hindamise tulemusel on ka seatud klinitistide juhtimisse kaasamise võimalikkus küsimärgi alla (Lawrence, Satini, Sena, Ruberg, Ellison, 2014).

Kliinilised juhid käesolevas uuringus tajuvad ootusi põhiliselt probleemide lahendamise suhtes, kuid juhtimine on palju rohkemat. Ootustest rääkimine ja teadlikkus vähenes astmeliselt ning keskuste juhtide puhul oli tajuda suuremat arusaamatust, kas ollakse juhatuse esindaja keskuses või keskuse esindaja juhatuses. Haigla juhatuse seisukohal, et ootuste osas on oluline vastastikuse printsiip, kus kõik täidavad oma kohustusi ja ülesandeid, mis peaks tagama parima tulemuse.



Thorne (1997) on oma uuringutes jõudnud tulemuseni, et kui kliinilised juhid võtavad uue rolli on neil oht, et kaob ära professionaalne identiteet, kollegiaalsus ja autonoomia nii individuaalsel kui ka grupi tasandil. See hirm oli tunnetatav ka käesoleva töö uuringus osalejate seas ning neist keegi ei ole nõus loobuma oma erialalisest tööst ja pühenduma ainult juhtimisele, kuna hea juht olemine kliinilises kontekstis eeldab ka oma ala professionaal olemist. Siin on tekkinud kohatine vastuolu haigla juhtkonnaga, kelle nägemusena peaks suurema osa ajast pühenduma juhtimisele, kuna just sellisel viisil mõjutakse usaldusväärseks. Kui see erinev mõtteviis süveneb, üksteist ei mõisteta ning eeldatakse, et mingid asjad just nii ongi, võib see saada takistuseks ühiste eesmärkide seadmisel ja saavutamisel. Uuringus, kus üritati tuvastada kliinilise professionaali tausta mõju juhtimisele, soovitati organisatsioonil just kaasata ja arvestada erinevate identiteetidega. Leida nende osas takistused, mis ei võimalda sujuvat üleminekut või piiravad mingil põhjusel juhirolli efektiivset täitmist ning nendega tegeleda (Spehar, Frich, Kjekshus, 2015).

Keerulise juhtimisstruktuuri puhul on koostöö väga oluline ja eeldab paljude kompetentside vajadust. Hogan ja Kaiser (2005) uurisid juhtide efektiivsust ja kompetentsust nii tervishoius kui teistes korporatsioonides ning jõudsid järeldusele, et 2/3 nendest juhtidest olid ebaefektiivsed ja ebakompetentsed ning põlevad läbi kuna ei suudeta üles ehitada ja hoida toimivat meeskonda. Trastek, Hamilton ja Niles (2014) on öelnud, et kõik ametid või instantsid mis haiglas on, peaksid tegema oma tööd selliselt, et arstid ja arst-juhid saaksid panustada oma töösse. Sellel samal seisukohal on ka käesolevas uuringus osalenud kliinilised juhid, kelle väljakutseks on suur töökoormus ja kõikvõimalike ülesannete täitmine ka nende ametikohustuste alla mitte kuuluvate ülesannete puhul. Ja nad tajuvad, et haiglas olevad erinevad ametikohad ei täida oma kohustusi korrektselt. Intervjuude tulemused kirjeldasid ka teatud negatiivselt meeletatust haigla tugiteenuste suhtes, kellega koostöö hinnati nõrgana. Näiteks peavad kliinilised juhid tegelema hangetega, kus nad puutuvad kokku keeruliste tehniliste ja infotehnoloogiliste terminitega, mis võtab väga palju nende väärtuslikku aega. Nad tunnistavad toetuse vajadust tugiteenustelt, kuid kogevad seda ebapiisavana. Uuringus osalenud erineva taseme juhid teadvustavad, et seda olukorda on võimalik lahendada läbi üksteise mõistmise ja oma soovide täpse ja põhjaliku selgitusega.

Kliinikutes teadlikkuse puudumine, millised on eesmärgid ja mida võiks oodata tulevikus, seab takistused ka teistel üksustel oma plaane seada. Erinevate tasemete juhid leidsid, et kommunikatsioon erinevate juhtimistasemete vahel on ebapiisav. Kliiniku juhatajad leivad, et nad on võrdlemisi hästi kaasatud ja informeeritud juhtkonna tööst, kuid astmeliselt see väheneb. Seda kinnitab ka PERH-i koolituse läbiviijad, et kommunikatsioonijuhtimist esmatasandi juhtideni vajaks efektiivsemaks muutmist. 2014 aastal PERH-s läbiviidud uuring inimressursi valdkonnas järeldas, et on tunnetatav teatud ebapädevus allüksuste juhtidel oma alluvatele informatsiooni edastada. Mis võib viidata selleni, et suure töönaosusega ei tegutse haigla kui terviku eesmärkidest lähtuvalt ning väheneb nende võime hoida alluvate motivatsiooni (OÜ Personalijuht, 2014). Käesolev uuring tõestas sama tulemust, et allüksuste juhtidel puudub tihti peale teadmise kliiniku ja haigla eesmärkidest. See seab neid keerulisse olukorda, kuid kliiniku juhtidelt tuleb korraldus anda sisendit ja panust erinevate teemade osas. Kommunikatsiooni ja kaasamise probleemide valguses ei ole keskuste ja osakondade juhid motiveeritud sisendi andmises, kuna neil on tunne, et nende panusest juhtimisotsused ei sõltu. Võimaliku lahendusena nähakse põhjalikumaid otsuste põhjendamisi erinevat otsuste tegemisel. Sellele järeldusele jõuti ka PERH-s 2014 aastal läbi viidud inimressursi uuringus, mis viitab olukorrale, et juhtkonna nõrk otsuste argumenteerimine ja kommuniqueerimine võib põhjustada motivatsiooni kahanemist ning samuti omab see mõju kommunikatsioonijuhtimises erinevate allüksuste juhtide seas (OÜ Personalijuht, 2014).

Uuringus osalenud kliiniliste juhtide poolt selgus samuti tõsiasi, et nende kaasamisel juhtimisse puudus neil ettekujutus ja ettevalmistus selleks, ning nad näevad vajadust ja kasu just oma senisele kogemusele tuginevatel praktilistel koolitustel. Keerulisemate situatsioonide puhul koolituste sidumise kasulikkust reaalse tööga kinnitavad ka Gurdijan, Halbeisen ja Lane (2014). Praktilised koolitused aitavad vältida ebaõnnestumisi erinevate juhtimise arendamise programmide rakendamise osas, tuvastamaks põhjuseid, mis mõjutavad juhtide arvamusi ja käitumist. Nende tuvastamisel tuleb neile tähelepanu pöörata aidates juhil saavutada paremad tulemused ning võimaluse edasi liikuda järgimisele juhtimise tasemele. Gurdijan, Halbestein, Lane (2014) kinnitavad, et kõik peab toimima konteksti põhiselt ning võttes üle erinevaid juhtimise arengu programme ja rakendades neid kohandamata vastavalt organisatsioonile, suuremalt jaolt ebaõnnestuvad. Kontekstis jälgimine kuhu üle tuuakse ja kuidas neid kasutama hakatakse on kriitiline osa edukast juhtimisest.

PERH on ostnud koolitusi väljast, juhtidel on olnud võimalus väljaspool haiglat ennast juhtimisalaselt koolitada ning 2012 aastal töötati välja ka haigla konteksti ja olulisi juhtimisvaldkondasid arvesse võttes, kolmepäevane juhtimiskoolitus nii kliinilistele kui mitte-kliinilistele juhtidele. Koolitusel osalemine on soovituslik, mis praegusel hetkel tähendab seda, et mõni juht, kes jätkab oma kolmandat perioodi ei ole koolitusel osalenud. Haigla juhatuse näeb olulisena võimalikult varakult pakkuda erinevatele kliinilistele tasemetele koolitusi. Selle raames anda edasi teadmisi finantsidest, mis on oluline oma üksuse või haigla juhtimiseks ning üldisest tervishoiujuhtimisest, mis aitab neil paremini orienteeruda tänapäeva keerulises keskkonnas ja komplekses tervishoius. Haigla kontekstis peaks olema üheks koolituse eesmärgiks kasvatada talente ja järelkasvu ning hiljutises uuringus tuvastati olulised ja vajalikud teadmised ja oskused talendijuhtimises ja juhiarengu programmides (Lawrence, Satini, Sena, Ruberg, Ellison, 2014). Selle uuringu tulemustes kirjeldatud vajalikud kompetentsid (oskused, teadmised ja hoiakud) ja käesolevas uuringus arutletud teemade põhjal kirjeldatud kompetentsid kattusid. Käesolevas uuringus jagunesid need kompetentsid vastavalt sellele, kas see aitaks erinevate väljakutsetega hakkama saada, on need motiveerivate teemadega või üldise juhtimisega seotud. Kahe tulemuse põhjal nähakse vajadust järgnevate kompetentside omamise osas: juhtimise kompetents, strateegiline planeerimine ja visioon, finantsjuhtimine, ettevõtetus, kommunikatsiooni oskused, muudatuste juhtimine, teenusekvaliteet ja patsiendi rahulolu, meeskonnajuhtimine, läbirääkimine ja probleemi lahendamine, stress/läbipõlemine ja elustiili teemad, personali- ja talendijuhtimine, mitmekesisus tervishoiu liidritele, tervishoiu seadusandlus, meditsiini eetika. Kompetentside arengut ja kompetentside põhisele juhtimisele tuleb järjest enam tähelepanu pöörata.

Kompetentsimudeleid on läbiaegade välja töötatud mitmeid ning nii nagu erinevate juhtimispraktikatega, on organisatsioonid võtnud kasutusele juba väljatöötatud mudeli, mida kohandatakse vastavalt vajadusele. Meditsiinis soovitatakse kompetentside väljatöötamisel panna olulist rõhku ka tulevikule (Straus, Soobiah, Levinson, 2013) ja võimalikele muutustele, mis nõuavad omakorda uusi lähenemisi ja oskusi erinevates situatsioonides hakkama saamiseks.

PERH oma arengukavas on pööranud tähelepanu arenguestlustele juhtidega ning arstidega, mis annab hea tagasiside tehtud tööle ja ootustele ning aitab hinnata ka nõutud

kompetentse. PERH justkui pakub võimalust juhte ja juhtimist arendada ja paremaks muuta, kuid seda ei ole võimalik teha ühepoolset ning kliinilistelt juhtidelt peaks tulema selles osas suurem initsiatiiv. Kas koolituste ja kompetentside enesehindamine tuleks teha kohustuslikuks kõikidele juhtidele ja kas see võiks anda paremad tulemused? Praegusel hetkel väljatöötatud kompetentside enesehindamine on võimalus, mis aitab tähelepanu pöörata vajavate teadmiste ja oskustega tegelema hakata, mida kasutavad vähesed. Kui me teame, mida arvavad kliinilised juhid ise oma rollist on haiglatel paremad võimalused viia sisse muudatusi ja uuendusi (Lega, Prenestini, Spurgeon, 2013; Thorne, 1997). Paljud kliinilised juhid on leidnud erinevaid võimalusi paremaks töö tegemiseks, kuid erinevate erialade või üksuste vahel ei toimu ideede ja haiglasiseste praktikate jagamist. Trastek, Hamilton ja Niles (2014) kinnitasid, et tervishoius kasutatakse väga mitmeid juhtimispraktikaid ning nende praktikate kasutamine varieerub vastavalt olukorrale, ning mitmetes tervishoiu asutustes kasutatakse mitmete erinevate kombineerimist. Kuid juhtimispraktikatest või juhtimisstiilidest saab rääkida siis, kui kliinilised juhid on koolitatud ja toetatud valmisolekuks juhirollis olemiseks (Kuhlmann, Knorrning, 2014)

Väga palju on tehtud uuringuid tervishoius teada saamaks, millised võiksid olla parimad juhtimisstiilid, kuidas kliinilised juhid ise hindavad oma oskusi ja teadmisi olles osaliselt juhi rollis ning kuidas saaksid tervishoiuasutused toetada juhistaatuses olevaid inimesi, et saavutada paremaid tulemusi haiglas üldiselt, ravikvaliteedis ning töötaja enda rahulolu osas. Ei tohi kaotada juhtimisvõimekust vaid tuleb seda suurendada analüüsides kliiniliste juhtide jaoks nõrkasid teemasid, mille osas oleks vaja arendada kompetentse või leida muid praktikaid teistest eluvaldkondadest, mis seda toetaks. Juhtimisvõimekus on paljuski seotud inimressursiga, millel on organisatsiooni jaoks suur väärtus. Kliinilised juhid väärtustavad aega, mida kaotatakse tihti lõputute kooskõlastamiste või mõne teise formaalsust nõudva ülesande lahendamise peale, kuid mis ei loo väärtust nii juhi töös kui organisatsiooni seisukohast. Klinitsistide kaasamine haigla juhtimisse oli mingil hetkel möödapääsmatu ning siiani tehtud uuringud nende osaluse kasulikkusest on toonud positiivseid tulemusi. Seda enam tuleb selle uue väljakutsega edasi tegeleda ja leida parimad ideed ja võimalused, kuidas klinitsistide sisenemist juhtimisse muuta võimalikult tulemuslikuks.

## 4.1 Järeldused ja ettepanekud

Lähtudes käesolevas töös käsitletud teoreetilisest baasist ja saadud tulemustest saab antud töö olla kasulik, et paremini mõista tervishoiuasutustes erinevate tasemete kliiniliste juhtide kogemust. See omakorda annab võimaluse viia läbi uuendusi ja muudatusi paremate tulemuste saavutamiseks ja parimate lahenduste leidmiseks. Selleks võimaluseks on töötada läbi vajalikud kompetentsid juhtimises, arendada neid läbi koolituse ja praktikate ning hinnata nende kasulikkus ja mõju. Kliiniliste juhtide arendamine PERH-s on tähtis, kuna haigla juhatas soovib enda kõrval võrdväärset koostööpartnerit, kellel mõlemal on üksteiselt palju õppida, ning uute teadmiste rakendamine aitab saavutada parimaid tulemusi. Ootused ei ole kõrged ainult PERH-s, vaid nähakse ülemaailmselt vajadust, et kliinilistel juhtidel oleksid oskused ja teadmised kõikvõimalikes haiglat puudutavates teemades (Clark, Spurgeon, Hamilton, 2008). Tänapäeval nähakse suurt vajadust arendada juhte igal tasemel ning tuua potentsiaalsed juhid võimalikult vara sellesse teemasse. Kuid uuring kirjeldab ka seda, et kuigi vajadust nähakse, on väga väheseid organisatsioone, kes toetavad oma juhte kriitiliselt tähtsate oskuste arendamises. (Canwell, Dongrie, Neveras, Stockton, 2014; Simpson 1997). Tervishoiu valdkonnas muudab juhtimise keeruliseks klinitsistide kaasamine, kellel üldjuhul puudub eelnev kogemus ja paljud satuvad uude rolli läbi oskusliku veenmise. Tervishoiu tuleks olla üks samm ees ja panustada juhtimise ettevalmistusse ja arengusse võimalikult efektiivselt.

### **Järeldused, milleni autor töökäigus jõudis:**

- 1) Kliinilised juhid on haigla juhatuse tööga väga rahul. Neil on nende vastu suur austus ja usaldusväärsus.
- 2) Kliinilised juhid nägid juhirolli kui võimalust midagi muuta.
- 3) Erineva taseme juhtide igapäevase juhtimistegevuse eesmärgiks on saavutada parim ravikvaliteet.
- 4) Kulu, ravikvaliteeti ja personaliküsimusi nähakse vastuoluliste eesmärkidena.
- 5) Ootuste mitteteadmine ning juhirolli ebaselgus takistab koostöö saavutamist.
- 6) Kliiniliste juhtide juhtimisvõimekust pärsib kõike-hõlmavate tööülesannete täitmine.

- 7) Efektiivne kommunikatsiooni liikumine toetaks uuenduste ja muudatuste elluviimist.
- 8) Motivatsiooni loomine klinitsistidele juhtimiskohustuste täitmiseks on väljakutse haigla juhatusel.

Autori hinnangul kattusid käesoleva uuringu tulemused peaaegselt töös kajastatud mujal maailmas läbiviidud sarnaste uuringu tulemustega, mis peaks andma haiglale kinnitust, et juhtimisstruktuur, kuhu on kaasatud klinitsistid, on keerukas. Eestis ei ole läbiviidud sarnaseid uuringuid klinitsistide hinnangu saamiseks juhtimisfunktsioonides, mille tõttu ei saa väita, et teistes sarnastes organisatsioonides on reaalne olukord sama.

Lähtudes läbiviidud käesoleva uuringu tulemustest, järeldustest ning teoreetilises osas erinevate autorite poolt tehtud soovistest lähtuvalt toob autor välja ettepanekud PERH-s kliiniliste juhtide poolse panuse suurendamiseks juhtimises, mis loob läbi juhtide arendamise ja toetuse võimalusel organisatsioonile oodatavate tulemuste saavutamise võimalused.

#### **Ettepanekud juhtimisvõimekuse parandamiseks:**

- 1) Ootuste selgesõnaline kirjeldamine erinevate tasemete ja osapoolte vahel, mis võimaldab täita juhtimisfunktsiooni tulemuslikumalt ning ühiste seatud eesmärkide suunas liikumist.
- 2) Toetada parimal viisil PERH-i arengukavas planeeritavate arenguvestluste/töölaste vestluste rakendamist, mis annab toetust erineva taseme kliiniliste juhtide funktsiooni täitmisele ja arengule.
- 3) Pakkuda juhtidele põhjalikke ning rohkem praktilisi juhtimisalaseid koolitusi parima ettevalmistuse saavutamiseks juhirolliga hakkama saamisel.
- 4) Hinnata kliiniliste juhtide juhtimisülesannete seas olevate eesmärki mitte täitvate ja väärtusliku aega võtvate ülesannete täitmise vajalikkust.
- 5) Toetada võimalusel kliinikuid analüütiku kaasamisega, mis võimaldaks kliinilistel juhtidel paremini mõista numbrilistest sõltuvate ja seotud olevate teiste valdkondade toimimist.
- 6) Kliiniliste juhtide ja tugiteenistuse parema koostöö ja üksteise mõistmise saavutamiseks kaasata neid ühistesse projektidesse ja ettevõtmistesse.

- 7) Pakkuda erineva taseme kliinilistele juhtidele kaasatust läbi aruteludel ja koosolekutel osalemisega, mis on korraldatud haigla juhatuse ja kliinikute juhtide poolt.
- 8) Anda tagasisidet kliinilistele juhtidele nende tegevuses, seeläbi saavutada tunnetus nende panuse vajalikkuses ja väärtusest olla kaasatud haigla juhtimisse, mille läbi on võimalik tugevdada ühtsuse tunnet.
- 9) Suunata tähelepanu (ülemarst/üksuste juhid) ning leida võimalused erinevate erialade parima koostöö saavutamiseks.
- 10) Juhtide järelkasvu loomiseks pakkuda võimalusel kõikidele arstidele või potentsiaalsetele tulevastele juhtidele (haigla juhatuse või praeguste juhtide soovitus) PERH-i kolmepäevast juhtimisalast koolitust.
- 11) Vältida „juhuslike juhtide“ värbamist juhipositsioonidesse ja püüelda motiveeritud juhtide värbamise poole.

#### **Ettepanekud koolituse valdkonnas: „areng põimitud igapäeva töösse“**

- 1) PERH-i kolme päevane juhtimiskoolitus peaks olema kohustuslik kõikidele kliinilistele juhtidele ning selle läbimine korraldatud võimalikult varakult.
- 2) Võimalusel pakkuda kolme päevast PERH-i juhtimiskoolitust kõikidele arstidele, mis annab ettekujutuse juhtimisest ja võimaliku motivatsiooni seda kohustust täita. Võimalik lähenemine järelkasvu kindlustamiseks.
- 3) Viia sisse kogemuspõhine õpe: reaalsed projektid, mis aitavad mõista kulu, kvaliteedi ja personaliteemade seost.
- 4) Hinnata individuaalset juhi õpi- ja koolitusvajadust, mis annab võimaluse läheneda igale juhile individuaalselt ning leida koolitus- ja õpivajaduse.
- 5) Toetada kliinilisi juhte mentorluse ja /või juhendamise sisse toomisega.
- 6) Kasutada majasiseseid praktikaid erinevate juhtide kogemusest.
- 7) Koolituste korraldamisel pöörata tähelepanu PERH-i ja juhtimisvaldkonna kontekstile.
- 8) Haigla juhtkonna poolt pakkuda toetust läbi erinevate tegevuste kliiniliste juhtide oskuste ja teadmiste omandamiseks oma töötajate kaasamise, motiveerimise ja koostöö saavutamiseks.

- 9) Koolitusprogrammi lisada intervjuudes kõlanud koolitusteemad: eelarve koostamine, kasutatavad tarkvarad haiglas, muudatuste juhtimine, meditsiinistatistika.

**Ettepanekud kompetentside arendamiseks: „Elav dokument“**

- 1) Kompetentside täiustamisel võtta arvesse käesoleva uuringu tulemusi ja haigla ootusi. Lisaks tugevdada veelgi kompetentside omavahelist seost haigla visiooni, missiooni, eesmärgi ja arengukavaga.
- 2) Panna paika baaskompetentsid juhtimises ja erineva taseme vajadused lähtudes üldjuhtimisest ning konkreetsest valdkonnast. See annab võimaluse karjääri planeerimiseks, enesetäiendamiseks, kui ka kompetentsimudeli täiendamiseks.
- 3) Muuta väljatöötatud kompetentside enesehindamine kõikidele kliinilistele juhtidele kohustuslikuks.
- 4) Hinnata kompetentside hindamise tulemusi ning pöörata tähelepanu ja leida võimalused vajaminevate tegevuste teostamiseks.
- 5) Kompetentsimudel peaks olema paindlik, muutustele orienteeritud vastavalt vajadusele. Panna rõhku tulevikule ning panna kirja võimalikud vajaminevad juhtimiskompetentsid hinnates tervishoiu valdkonna muutusi ja arengut.



## KOKKUVÕTE

Juhtimine on olnud läbi aegade uurimisobjektiks ning palju on leitud lahendusi, kuidas juhtimist efektiivsemaks muuta. Erinevates valdkondades on juhtimisele erinevad lähenemised ning on ülimalt oluline hoida tähelepanu just kontekstil, milles ollakse. Tervishoiu juhtimise muudab komplekseks järjest suurenevad nõudmised kliinilistele töötajatele erinevate haiglat puudutavates teemades teadmiste omamise suhtes. Juhtimise muudab keeruliseks kasvav vajadus kaasata klinitsiste haigla juhtimisse, millel on positiivne tulem, kuid selle saavutamiseks esiteks peab organisatsioon olema valmis kliiniliste professionaalidega koos töötama ning tuleb palju mõlemapoolselt (kliiniline ja mittekliiniline) panustada. Juhtimine on läbi kukkunud, kui juhil puudub motivatsioon oma kohustust täita. Seda motivatsiooni varjutab ka olukord, kui tal puuduvad vahendid või võimalused oma tegevuste ja ideede realiseerimiseks, või kui juhtimisfunktsiooni tõlgendatakse erinevalt erinevate osapoolte vahel, mis ei võimalda seatud eesmärges üheselt täita ning võib toimuda mitte mõtestatud tegevus.

Käesoleva töö teoreetilises osas käsitles autor teemasid, mis kajastasid uuritava valdkonna temaatikat andes ülevaate tervishoiu eripäradest ning kuidas ja miks kliiniliste juhtide kaasamine haigla juhtimisse on jõudnud praegusesse hetke. Miks on nende kaasamine vajalik ning kuidas leida parimad võimalused ja lahendused kliiniliste juhtide parimaks ettevalmistuseks ja edaspidiseks toetuseks nende uue rolli vastuvõtmisel? Kliinilisi juhte iseloomustab kõige paremini „kahestunud isiksus“, kuna neil on teadmised nii meditsiinist kui ka juhtimisest. Organisatsiooni puhul on oluline selle teadmise tulemuslik ära kasutamine. Kuna juhtimise arendamine on tervishoius 10-15 aastat võrreldes teiste harudega maha jäänud on see aktuaalne teema. Personalijuhtimise valdkonnas on saavutatud läbi hindamiste ja kompetentsipõhise juhtimisega potentsiaalne võimalus oodatavate tulemuste saavutamiseks, kuid tervishoius seda süsteemselt kasutatud ei ole. See on üks võimalustest, kuidas tervishoius juhtimist toetada – tuvastada juhtimiseks vajalikud kompetentsid tänasel hetkel ning vaatega tulevikku; neid arendada ning hinnata nende omandamist kliiniliste juhtide seas, ja mõju haigla tulemustele.

Töö eesmärgiks oli välja selgitada võimalikud erinevused erineva taseme juhtide juhtimisfunktsiooni tõlgendamises, mis võib raskendada organisatsiooniliste tulemuste saavutamist ning erinevate kliiniliste juhtide kompetentsiarengu efektiivset toetamist. Uuringu eesmärgi täitmiseks viis autor läbi intervjuud haigla juhatusega (personalidirektor ja 3 juhatuse liiget) ja erineva taseme kliiniliste juhtide (kliiniku, keskuste ja osakondade juhid) seas mõistmaks ja arutlemaks juhtimisfunktsiooni üle.

Käesolevas uuringus osalenud erineva taseme juhtidel on läbivaks eesmärgiks ravikvaliteedi tagamine, mida nad üritavad saavutada läbi erinevate igapäevaste juhtimistegevuste. Mitmed juhtimistegevused nagu organiseerimine, kontrollimine, meeskonnatöö ja koostöö saavutamine, olid kliiniliste juhtide jaoks justkui ka motivaatoriks. Mitmed kliinilised juhid on sattunud juhirolli läbi oskusliku veenmise tulemusena ning neil puudus ettekujutus ja ettevalmistus seda funktsiooni täita. Juhifunktsiooni tõlgendatakse kohati erinevalt ja nähakse, et kliinilist professionaali midagi raha pärast tegema panna on tegelikkuses läbikukkunud katse. Siiski klinitsisti kaasatus kliiniku juhtimises on oluline, kuna neil on teadmine, kus positsioneerub eriala praegu ning milline on tulevik. Haigla juhatuse teeb väga head tööd ning kliinilistel juhtidel on nende suhtes usaldus ja austus, mille najal saabki hea koostöö rajatud olla. Keeruline juhtimissõnavara, tehnoloogilised terminid ja kehv koostöö tugiteenistustega on kliinilistele juhtidele katsumuseks. Üksteise mõistmine, kogemuste jagamine ja toetamine annab võimaluse nii keerulise juhtimisstruktuuriga kergemini hakkama saada ja parimat koostööd saavutada. Vaatama sellele esineb ka mitmeid väljakutseid, mis on põhjustatud ootuste vastastikusel mitte selgitamisel ja ebaefektiivsest kommunikatsioonist. Samuti erinevate osapoolte ja üksuste koostöö mitte sujumisest, finantsteemadega hakkama saamisest ja kõikvõimalike ülesannete täitmisest. Haigla juhtimises on oluline mõista, et kulu, ravikvaliteet ja personaliküsimused on omavahel väga tihedas seoses, kuid kliiniliste juhtide puhul on need hetkel eraldiseisvad ja vastuolulised eesmärgid. Seda vastuolu on võimalik lahendada, kui panustada koolitustesse, ettevalmistusse ning panna rõhku vastavale kompetentsidele, mida juhtide puhul arendada. Lisaks eelnevalt töös mainitud tegevustele, annab PERH tänasel hetkel võimalused juhtimist arendada läbi juhtimiskompetentside enesehindamise ja kolme päevase juhtimiskoolitusel osalemisega, kui seda ei kasutata maksimaalselt ning initsiatiiv on väike. Kõikide nende teemade valguses klinitsistide motivatsioon ja huvi juhikohustusi täitma asudes ülimalt oluline. Nägemus, milliseid võimalused see roll pakub ja millist väärtust loob on esialgu kindlasti

raske saavutada. Sama oluline kui klinitsisti panus on haigla enda valmisolek klinitsistide kaasamiseks juhtimisse, toetades vajalike ressurssidega ja võimalustega juhtide arendamist.

Järeldused, milleni autor käesoleva töö käigus jõudis oli kliiniliste juhtide rahulolu haigla juhatuse tööga ning neil on nende osas tugev austus ja usaldusväärsus, mis on parima koostöö saavutamise ja toimimise suhtes määrava tähtsusega. Kliinilised juhid näevad juhirolli, kui võimalust midagi muuta. Käesolevas töös tuli esile selge arusaamine, kuidas erineva taseme juhid oma töö peamist eesmärki ehk ravikvaliteeti läbi erinevate igapäevaste juhtimistegevustega saavutada üritavad. Kliiniliste juhtide jaoks on kulu, ravikvaliteet ja personaliküsimused vastuolulised eesmärgid, kuid haigla jaoks olulised nende kõigi kolme koostoimimine. Kui ei ole selged ootused ja juhirolli eesmärk on keeruline saavutada head koostööd ning kliiniliste juhtide juhtimisvõimekust pärsib kõikehõlmavate tööülesannete täitmine. Kommunikatsiooni halb liikumine takistab uuenduste ja muudatuste elluviimist ning nendel kõikidel järeldustel on väga oluline roll klinitsistide motivatsiooni ja kadumise või loomise saavutamisel juhtimiskohustusi täita, mis on haigla jaoks suureks väljakutseks.

Juhtimisvõimekuse parandamiseks tuleb eelkõige juhtidel oma üksuses ja haigla juhatusega omavahelist kommunikatsiooni parandada ja seeläbi kirjeldada ja paika panna, millised on ootused juhifunktsioonide täitmiseks. Selle üheks võimaluseks on hakata läbi viima arenguestluseid/töölaseid vestlusi, mis vägagi toetaks juhtimiskohustustega tulemuslikumalt tegelemist. Kliinilistel juhtidel on palju erinevaid tööülesandeid ning vältimaks kõikehõlmavate (ravi korraldamisest kuni meeskonna juhtimiseni välja), kuhu kuuluvad eesmärki mitte toetavate ülesannete (sotsiaaltöö, politseitöö, transpordi korraldamine, tugiteenistuste eest töö tegemine) jada, tuleks läbi viia erineva taseme kliiniliste juhtide ülesannete analüüs ja hindamine. Palju on PERH-s juhte, kes on oma rollis oskusliku veenmise tõttu, mida tuleks vältida läbi „juhuslike juhtide“ värbamise juhtimispositsioonidesse ning püüda leida motiveeritud juhte. Motiveeritud juhtide tekkimisele võib toetust pakkuda PERH-i kolmepäevase juhtimiskoolituse muutmine kohustuslikuks kõikidele arstidele. Olemas olevatele, aga nende oskuste tugevdamiseks juhtimises hinnata individuaalselt nende õpi- ja koolitusvajadust, alustada kogemuspõhise õppega ja leida võimalused juhtide toetamiseks läbi mentorluse või juhendamise juhtimisteemadel. PERH-l tuleb panna paika baaskompetentsid erineva taseme kliinilistele juhtidele, mis annab võimaluse karjääri planeerimiseks ja enesetäiendamiseks „vajaka jäävate“ või „uute oskuste“ ja teadmiste omandamiseks. PERH-s loodav kompetentside

model peaks olema paindlik ja muutustele orienteeritud vastavalt vajadusele, mis loob sellest kui „elava dokumendi“, mida on võimalik vastavalt vajadusele või tehtavatele muudatustele uuendada.

Käesoleva uuringu tulemused andsid palju väärtuslikku informatsiooni, mida kasutada sisendina organisatsioonis juhtimise efektiivsemaks muutmise tegevuste rakendamisel. Siinkohal kehtib valmisoleku vajadus ka PERH-1, kuna käesoleva uuringu tulemusena on suur töö tehtud, sisend edasi minekuks olemas ning tuleb leida võimalused, ideed ja lahendused nende ellu viimiseks. Käesoleva töö uuringumeetodi põhjal on võimalik tuvastada tervishoiu juhtimises olulised juhtimisteemad, millega põhiliselt kliinilised juhid tegelevad, millised on ootused, millised tegevused toetavad nende motivatsiooni ning kuidas nad ennast oma juhirollis tunnevad. Samalaadne uuring võiks aset leida sarnases tervishoiuasutuses, mis annab võimaluse tulemusi võrrelda, tuvastada sarnasused ja erinevused ning luua nendest võimalikud tervishoiu praktikad mida rakendada. Autor soovib uuringut veelgi laiendada ning võtta suund hindamaks kliiniliste juhtide juhtimisvõimekust. Käesolevatöö tulemused kirjeldasid väga selgelt kui paljude erinevate tööülesannetega kliinilised juhid oma töös peavad tegelema, mille tulemusena kaotatakse palju väärtuslikku aega. Haiglale oleks kasulik saada selgust kliiniliste juhtide töökoormusest erinevate juhtimisülesannete täitmisel. Läbi saadud tulemuste luua tasakaal erinevate juhtimisülesannete osas, ning parandada ja efektiivistada juhtimisvõimekust.

## **RESUME**

### **INTERPRETATION OF MANAGERIAL FUNCTIONS: THE CASE OF NORTH-ESTONIA MEDICAL CENTRE**

**Grete Karu**

Management and leadership has been research objects for many decades to find out by using different methods, what can organizations do to make management more effective. Physician involvement in healthcare management has made it complex and complicated, but also have important impact on effective results in healthcare systems. Good management can be achieved when organizations have clear vision about managerial functions, necessary competencies and systems to support and develop these knowledges and skills.

The topic of this Master's thesis is to find out how managers at different level interpret their managerial functions and target managerial activities. And what kind of differences among hospital executive board and clinical managers have when it comes to management expectations. The purpose of this study was to find out potential differences how managers at different level in North-Estonia Medical Centre interpret managerial functions. Main problem what made this research to perform was because of the assumption that in this complicated management structure where physicians have involvement in management, the interpretations on how they and hospital executive board interprets managerial function, can affect to achieve organizational results and may hinder support for manager's competency development.

In order to meet the objective author studied the theoretical field of how management in health care is organized, what impact has for hospital management when physicians are evolved in management, management peculiarities in healthcare, different approaches of management in healthcare, and short overview about competency based management. Field study was conducted by using qualitative methodology; data was collected with semi-structured interviews. The semi-structures interview comprises pre-prepared

questions guided by a framework. Interviews are most commonly used in researches which are made in healthcare. It is because it is most effective and enables to bring out the most important. All interviews were conducted by face-to-face meetings. All interviews were taped-recorder and transcribed and data analyzes started with interviews transcription.

Management function is interpreted differently in places and healthcare systems are failed when they try to force physician do something for money. But having physician involved in management is very important, because they have the awareness where their specialty is placed right now and what the future brings. Clinical managers have respect and trust for hospital executive board and are satisfied the work they do. Complicated management language is challenge for physicians, understanding, share experiences and supporting each other are the main challenges and opportunities to handle complicated management structure and achieve effective cooperation.

Physicians involvement in healthcare management is challenging which can be caused by not knowing what are the expectations, badly managed communication, various tasks, handling the finances and trying to get different parties and departments to cooperate. Clinical manager's main purpose is to secure quality of care, but the variety of subjects that involve the management function provides are seen isolated and conflicting objectives. Many management functions are for clinical professions as challenges and hospital executive board and clinical managers views do not coincide on some themes. To have good results in healthcare management it is important to evaluate clinical managers on their manager role, develop competency model based on knowledges and skills which are necessary for leading and management. Thereby provide trainings and also important is to ensure that a hospital or healthcare system has needed resources and opportunities to support this new approach.

#### Main findings:

- 1) Clinical managers are satisfied with hospital executive board's work. They have respect and trust for them.
- 2) Managerial role has seen like opportunity to make changes.
- 3) The main purpose among different level managers is to achieve best quality of care through their daily based managerial operations.
- 4) Expenses, quality of care and personnel issues are seen as controversial.

- 5) Unknown expectations and managerial role, vagueness impedes good cooperation.
- 6) Clinical manager's management capabilities are inhibited by all-embraced assignments.
- 7) Bad communications prevents innovation and the implementation of changes.
- 8) To create motivation for clinical managers to comply their managerial responsibilities are challenge.

This research gave valuable findings and information for the organizations. From now on it is hospital's executive board decision how to use them most effectively. PERH right now is completed analyzing different level physician managers job descriptions and set hospital vision and expectations what managers most do on their position. Based on these described actions competency model will be worked out and training system to develop these important and necessary skills and knowledges in management. PERH must achieve common understanding of the need and outcome, then it can be done and management and healthcare quality will improve.

## VIIDATUD KIRJANDUS

- Armstrong, M. (2012). *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice*. 11th ed. London: Kogan Page.
- Bigelow B., & Arndt M. (2000). The More Things Change, The More They Stay the Same. *Health Care Manage Rev*, 25(1), 65-72.
- Bohmer R. (2012). The instrumental value of medical leadership. Engaging doctors in improving services. *The King's Fund*.
- Brommels M. (2010). Management and medicine: odd couple no more. Bonding through medical management research. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 673-677.
- Canwell A., Dongrie V., Neveras N., & Stockton H. (2014). Developing 21st-Century Leadership Skills. *American Management Association*, 38-43.
- Clark J., Spurgeon P., Hamilton P. (2008). Medical professionalism: leadership competency-an essential ingredient. *The International Journal of Clinical Leadership*, 16, 3-9.
- Cochran J., Kaplan S. G., & Nesse E. R. (2014). Physician leadership in changing times. *Healthcare* 2, 19-21.
- Collins-Nakai R. (2006). Leadership in medicine. *McGill Journal of Medicine*. Jan; 9(1), 68–73.
- Combes J. R., & Arespachoga E. (2012). Lifelong Learning Physician Competency Development. *American Hospital Association's Physician Leadership Forum*, Chicago, IL. June.



- Dicicco-Bloom B., & Crabtree F. B. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*; 40, 314-321.
- Eesti Haigekassa ja Maailmapanga Grupp. (2015) *Ravi terviklik käsitus ja osapoolte koostöö Eesti tervishoiusüsteemis. Kokkuvõttev aruanne.*
- Fitzgerald L. (2015). How clinical managers (can) improve the health service. *British Journal of Hospital Medicine*, 76 (7), 378-379.
- Gangani N., McLean N. G., & Braden A., R. (2006). Competency-Based Human Resource Development Strategy. *Performance Improvement Quarterly*, 19(1), 127-140.
- Goldstein S. M., & Ward P. T. (2004). Performance Effects of Physician's Involvement in Hospital Strategic Decisions. *Journal of Service Research*, 6 (4), 361-372.
- Gopee N., & Galloway J. (2014). *Leadership & Management in Healthcare*. Great Britain:the Dorest Press.
- Gurdijan P., Halbeisen T., & Lane K. (2014). Why leadership-development programs fail. *McKinsey Quarterly*, January, 1-6.
- Hogan R. & Kaiser B. R. (2005). What we know about leadership. *Review of General Psychology*, 9(2), 169-180.
- Järvikuona P., Leskinen R., Karhunen P., Tambur M., Vingisaar T., & Alliksoo P. (2012). *Managerial Competencies and Training need in the Finnish and Estonian Social and Health Care Industries*. Helsinki: Unigrafia OY.
- Kalargyrou V., Pescosolido T. A., Kalargiros A. E. (2012). Leadership skills in management education. *Academy of Educational Leadership Journal*, 16 (4), 39-63.
- Kuhlmann E. & Knorring von M.(2014). Management and medicine:why we need a new approach to the relationship. *Journal of Health Services Research & Policy*, 19(3), 189-191.

- Laherand, M-L. (2008). *Kvalitatiivne uurimisviis*. Tallinn: OÜ Infotrükk.
- Lai T., Habicht T., Kahur K., Reinap M., Kiivet R., & Ginneken van Ewout. (2013). Eesti: Tervisesüsteemi ülevaade. *Tervisesüsteemid muutuses*, 15(6), 1-196
- Lega F., Prenestini A., & Spurgeon P. (2013). Is Management Essential to Improving the Performance and Sustainability of Health Care Systems and Sustainability of Health Care Systems and Organizations? A Systematic Review and a Roadmap for Future Studies. *Value in Health*, 16 (1), S46-S51.
- Lawrence F. P., Satiani B., Sena J., Ruberg E. R., & Ellison E. C. (2014). Talent management and physician leadership training is essential for preparing tomorrow's physician leaders. *Journal of Vascular Surgery*, 59 (2), 542-546.
- Llewellyn S. (2001). Two-Way Windows: Clinicians as Medical Managers. *Organization Studies*, 22 (4), 593-623.
- McKimm J. & Swanwick T. (2011). Leadership development for clinicians: what are we trying to achieve? *The Clinical Teacher*, 8 (3), 181-185.
- Molinari, C., Alexander J. A., Morlock L., & Lyles C. A. (1995). Does the Hospital Board Need a Doctor? The Influence of Physician Board Participation on Hospital Financial Performance. *Medical Care*, 33(2), 170-185.
- Mumford T., Compion M., & Morgeson F. (2007). The leadership skills strataplex: Leadership skill requirements acrosss organizational levels. *The Leadership Quarterly*, 18(2), 154-166.
- NHS Leadership Academy. (2013). *Healthcare Leadership Model*. <http://www.leadershipacademy.nhs.uk/>

- O'Reilly A. C., Caldwell F. D., Chatman A. J., Lapid M., & Self W. (2010). How leadership matters: The effects of leaders' alignment on strategy implementation. *The Leadership Quarterly*, 21(1), 104-113.
- OÜ Personalijuht (2014). *Kokkuvõte SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla inimressursi juhtimise analüüsist*.
- Plsek E. P., & Greenhalgh. (2001). The challenge of complexity in health care. *BMJ*, 323, 625-8.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2005). *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. Thousand Oaks: SAGE Publications
- SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla Arengukava aastateks 2016-2018. Tallinn: SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla 2016, [http://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/documents/Regionaalhaigla\\_arengukava\\_2016\\_2018.pdf](http://www.regionaalhaigla.ee/sites/default/files/documents/Regionaalhaigla_arengukava_2016_2018.pdf) [22.1.2016].
- SA Põhja-Eesti Regionaalhaigla töötajate rahuolu uuring: Tartu Ülikool, (2014).
- Simpson J. (1997). Why healthcare systems need medical managers. *BMJ*, 314, 1636.
- Spehar I., Frich C. J., & Kjekshus E. L. (2012). Clinicians' experiences of becoming a clinical managers: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12, 421.
- Straus E. S., Soobiah C., & Levinson W. (2013). The Impact of Leadership Training Programs on Physicians in Academic Medical Centers: A Systematic Review. *Academic Medicine*, 88(5), 710-723.
- Thorne M.L. (1997). Being a clinical director: first among equals or just a go-between. *Health Service Management Research* 10, 205-215.
- Trastek F. V., Hamilton W. N., & Niles E. E. (2014). Leadership Models in Health Care. A Case for Servant Leadership. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(3), 374-381.

- Veronesi G., Kirkpatrick I., & Vallasca F. (2013). Clinicians on the board: what difference does it make? *Social Science & Medicine* 77,147-155.
- Vihalemm T. (2014). *Fookusgrupiintervjuu*. Sotsiaalse analüüsi meetodite ja metodoloogia õpibaas. <http://samm.ut.ee/fookusgrupi-intervjuu>
- Õunapuu, L. (2014). *Kvalitatiivne ja kvantitatiivne uurimisviis sotsiaalteadustes*. Tartu: Tartu Ülikool
- Walshe K., & Rundall T. (2001). Evidence-based Management: From Theory to Practice in Health Care. *The Milbank Quarterly*, 79(3), 429-457.

## Lisa 1 Osakonna- ja keskusejuhi intervjuukava

### 1. Üldised küsimused

- 1.1. Tutvustusring: nimi, keskus ja amet
- 1.2. Kuidas kirjeldaksite oma rolli keskuse juhina?
- 1.3. Kuidas sõnastaksite oma töö peamist eesmärki?
- 1.4. Mis ootusi tunnetate oma tööle osakondadest, kliiniku tasandilt ja haigla juhtkonnalt?
- 1.5. Mis on Teie töös Teie jaoks oluline? Mida väärtustate enim oma töö juures? Miks?
- 1.6. Mis on Teie töös hetkel kõige enam põnevust ja huvi pakkuv? Miks?
- 1.7. Kui mõelda nüüd vastupidisele – mis ülesanded Teil enim nõ sära silmast ära võtavad? Miks?

### 2. Tuumküsimused – ametijuhendid ning praegused tööülesanded juhina

- 2.1. Järgmise sammuna palume teil teha ühe grupitöö. Meil on teile siin märkmepaberit ja palume, et esmalt individuaalselt paneksite loetavalt kirja kõik oma juhirolliga seotud ülesanded (ajurünnak). Teil on selleks 7 minutit. *Näiteks: toome näite ülesandest ametijuhendis.*  
Kui olete kõik ülesanded kirja pannud, palume teil tuua märkmepaberid kokku ja grupina need temaatiliselt grupeerida ja anda igale teemale nimi. (10min)
- 2.2. Mis erinevusi näete hetkel kaardistatud ülesannetel oma ametijuhendiga? (anname ametijuhendid tutvumiseks):
  - 2.2.1. Mis on arusaadav ja kattub Teie senise kogemusega?
  - 2.2.2. Mis on ebaselge? Mis ei ole kattunud Teie senise kogemusega? Miks?
- 2.3. Millised ülesannetest on suurimad väljakutsed?
- 2.4. Millistel oma tööülesannetel näete kõige suuremat mõju:
  - 2.4.1. Raviteenustele ja patsiendi kogemusele?
  - 2.4.2. Kolleegide kogemusele?
  - 2.4.3. Haigla üldtulemustele?
- 2.5. Kui Te mõtlete oma vastutusvaldkondadele, milliste neist puhul tunnete, et Teil on piisav otsustusvabadus, milliste neist puhul mitte?
- 2.6. Mil määral tunnete hetkel, et olete kaasatud kliiniku ja haigla üldistesse arengusuundadesse ja otsustusprotsessidesse? Kas te sooviksite ja mis aitaks teil olla rohkem kaasatud?

2.7. Kui Teile antakse võimalus ülesandeid PERH-s ümber jaotada, milline oleks Teie nägemus optimaalsest struktuurist ja rollijaotusest?

2.8. Oma senise kogemuse baasil, kas Te näete erisusi ootustes juhtimisrollile meditsiinilise ja mitte-meditiinilise taustaga juhtide vahel? Milles need seisnevad? Sarnasusi?

### **3. Intervjuud lõpetavad küsimused**

3.1. Kui vaatame tagasi seni arutatule, ja tõdeme asjaolu, et teie juhikoormus on 20% (8 tundi kuus), kas selline töökorraldus toimib? On mõistlik? Liiga palju ülesandeid?

3.2. Kas teie meditsiiniline taust on olnud kasuks juhirolli täitmisel?

3.3. Kust saate kõige rohkem tuge ja inspiratsiooni oma töö jätkamiseks?

3.4. Milles ja millist tuge veel vajaksite?

3.5. Kas soovite midagi lisada?

## **Lisa 2 Kliinikujuhi intervjuukava**

### **1. Üldised küsimused**

- 1.1. Alustame sellest, milles Teie töö seisneb. Rääkige palun meile oma tööst/ kirjeldage oma rolli ja tööd organisatsioonis.
- 1.2. Kuidas kirjeldaksite töökorraldust ja kultuuri oma kliinikus? Meeskonnatööd?
- 1.3. Kuidas sõnastaksite oma töö peamist eesmärki?
- 1.4. Mis on Teie töös Teie jaoks oluline? Mida väärtustate enim oma töö juures? Miks?
- 1.5. Mis on Teie töös hetkel kõige enam põnevust ja huvi pakkuv? Miks?
- 1.6. Kui mõelda nüüd vastupidisele – mis ülesanded Teil enim nõ sära silmast ära võtavad? Miks?

### **2. Tuumküsimused – ametijuhendid ning praegused tööülesanded juhina**

- 2.1. *Kujutlege ennast olukorras, kus olete just alustanud tööd juhina oma praeguses rollis ning Teile antakse tutvumiseks Teie ametijuhend. Oma senist kogemust arvesse võttes, kuidas Te seda ametijuhendit kommenteeriksite?*
  - 2.1.2. Mis on arusaadav ja kattub Teie senise kogemusega?
  - 2.1.3. Mis on ebaselge? Mis ei ole kattunud Teie senise kogemusega? Miks?
- 2.2. Millistel oma tööülesannetel näete kõige suuremat mõju:
  - 2.2.2. Raviteenustele ja patsiendi kogemusele?
  - 2.2.3. Kolleegide kogemusele?
  - 2.2.4. Haigla üldtulemustele?
- 2.3. Kui Te mõtlete oma vastutusvaldkondadele, milliste neist puhul tunnete, et Teil on piisav otsustusvabadus, milliste neist puhul mitte?
- 2.4. Mil määral tunnete hetkel, et olete kaasatud haigla üldistesse arengusuundadesse ja otsustus protsessidesse? Mis aitaks teil olla rohkem kaasatud? Kuidas tunnete ennast ise otsuseid vastu võttes?
- 2.5. Kui Teile antakse võimalus ülesandeid PERHis ümber jaotada, milline oleks Teie nägemus optimaalsest struktuurist ja rollijaotusest?
- 2.6. Oma senise kogemuse baasil, kas Te näete erisusi ootustes juhtimisrollile meditsiinilise ja mitte-meditsiinilise taustaga juhtide vahel? Milles need seisnevad? Sarnasusi?

### **3. Intervjuud lõpetavad küsimused**

- 3.1. Kust saate kõige rohkem tuge ja inspiratsiooni oma töö jätkamiseks?
- 3.2. Kui mõtlete ülesannete peale, mis esitavad suurimaid väljakutseid – milles ja millist tuge vajaksite?
- 3.3. Kas soovite midagi lisada?



### **Lisa 3. Tippjuhtkonna intervjuukava**

#### **1. Üldised küsimused**

- 1.1. Alustame sellest, milles Teie töö seisneb. Rääkige palun meile oma tööst/ kirjeldage oma rolli ja tööd organisatsioonis.
- 1.2. Kuidas sõnastaksite oma töö peamist eesmärki?
- 1.3. Mis on Teie töös Teie jaoks oluline? Mida väärtustate enim oma töö juures?
- 1.4. Mis on Teie töös hetkel kõige enam põnevust ja huvi pakkuv? Miks?
- 1.5. Kui mõelda nüüd vastupidisele – mis ülesanded Teil enim nõ sära silmast ära võtavad? Miks?
- 1.6. Mis on/on olnud Teie jaoks senise kogemuse põhjal juhi töös kõige suuremateks väljakutseteks? Kuidas Te neid lahendanud olete?

#### **2. Tuumküsimused – ametijuhendid ning praegused tööülesanded juhina**

- 2.1. Te olete olnud PERH-i juht 12 aastat, mis on rahvusvahelises võrdluses eriti märkimist väärt kuna Teil puudub meditsiiniline taust. Kas ja mil moel erineb haigla juhtimine muude organisatsioonide juhtimisest? Mis on aidanud teil kohaneda? Luua nõ silda juhtimise ja meditsiini vahel? (ainult juhatuse esimees)
- 2.2. Palun nüüd Teil mõelda mõne konkreetse eduelamuse peale, mida Te oma juhirollis kogesite. Milles see seisnes? Kes olid kaasatud? Mis oli Teie roll?
- 2.3. Kui ma räägiksin mõne Teie lähima kolleegiga, kellegagi, kes tunneb Teid üsna hästi, siis milliseid Teie edule keskseid oskusi ja omadusi ta Teie puhul esile tõstaks?
- 2.4. Kuidas Te need omadused ja oskused omandanud olete? Mis on olnud kõige mõjusamad õpikogemused?
- 2.5. Kui nüüd liigume konkreetsemalt PERH-i konteksti. PERH-l on erinevad juhtimistasandid. Kuidas kirjeldaksite oma nägemust nende erinevate tasandite juhtimiseesmärgist, mille poole peaksid kliinikute, keskuste ja osakondade juhid püüdlema?
- 2.6. Kuidas kirjeldaksite haigla praeguste juhtide tugevusi, võimekust nende eesmärkide poole liikumisel? Milliseid on need valdkonnad kus juhtide ebakindlus välja tuleb või kus Te ootate suuremat osavõtlikust ja pühendumist?
- 2.7. Mis rolli näete ametijuhenditel kõiges selles? Erinevate tasandite juhirolli eesmärkide ja ülesannete kirjeldamisel?

- 2.8. Oluline roll juhtimisfunktsiooni toetamisel haiglas on ka nõ tugiteenustel. Mis on Teie nägemus nende eesmärgist ja rollist PERHis?
- 2.9. Oma senise kogemuse baasil, kas Te näete erisusi ootustes juhtimisrollile meditsiinilise ja mitte-meditiinilise taustaga juhtide vahel? Milles need seisnevad? Sarnasusi?
- 2.10. Kuidas kirjeldaksite haigla praeguste juhtide tugevusi? Milliseid on need valdkonnad kus juhtide ebakindlus välja tuleb või kus Te ootate suuremat osavõtlikust ja pühendumist?

### **3. Intervjuud lõpetavad küsimused**

- 3.1. Juhtidele järelkasvu leidmine haiglates on laialt levinud probleem. Mis on Teie nägemus kuidas seda olukorda saaks paremaks muuta?
- 3.2. Kuidas saaks haigla pakkuda tuge kliinilistele juhtidele oma töö paremaks korraldamiseks?
- 3.3. Kust saate kõige rohkem tuge ja inspiratsiooni oma töö jätkamiseks?