



**Tartu Ülikooli
magistritööd
rahvatervises**

6

**MUUTUSE KÄSITLUS
ORGANISATSIOONIKULTUURI, JUHTIDE ROLLI,
MEESKONNATÖÖ JA ALTERNATIIVIDE
HINDAMISE ASPEKTIST
SA TÜK KOPSUKLIINIKU ASUKOHA MUUTUSE
NÄITEL**

Katrin Kiisk

Tartu 2003

**TARTU ÜLIKOOL
Arstiteaduskond
Tervishoiu Instituut**

**TÜ Tervishoiu instituut
Ravila 19
50411 TARTU**

**“MUUTUSE KÄSITLUS ORGANISATSIOONIKULTUURI,
JUHTIDE ROLLI, MEESKONNATÖÖ JA ALTERNATIIVIDE
HINDAMISE ASPEKTIST
SA TÜK KOPSUKLIINIKA ASUKOHA MUUTUSE NÄITEL”**

Magistripjekt rahvatervises

Katrin Kiisk

Juhendaja:

**Raul-Allan Kiivet
Tartu Ülikool
Tervishoiukorralduse professor**

Tartu 2003

Magistriprojekt teostati Tartu Ülikooli Tervishoiu instituudis ja
SA TÜK Kopsukliinikus

Tartu Ülikooli rahvatervise kraadinõukogu otsustas 20.märtsil 2003.a. lubada
magistriprojekt rahvatervise kutsemagistrikraadi kaitsmisele.

Oponent:

Mart Einasto, juhatuse liige haldusalaks personali-, kvaliteedi-, marketingi ja avalike
suhete ja infotehnoloogia valdkond

Kaitsmine: 10.aprill 2003.

Tartu Ülikool, 2003

Magistripjekt teostati Tartu Ülikooli Tervishoiu instituudis
SA Tartu Ülikooli Kliinikumi Kopsukliinikus

Tartu Ülikooli rahvatervise kraadinõukogu otsustas 20. märtsil 2003.a. lubada
magistripjekt rahvatervise kutsemagistrikraadi kaitsmisele.

Oponent:

Mart Einasto, SA Tartu Ülikooli Kliinikumi juhatuse liige

Kaitsmine: 10.aprill 2003.

Tartu Ülikool, 2003

SISUKORD

LÜHIKOKKUVÕTE	5
SISSEJUHATUS	8
I. MUUTUSTE JUHTIMISE TEOREETILISED LÄHTEKOHAD	11
1. Muutuste põhjused ja tüübid	11
2. Organisatsiooni situatsiooni analüüs – SWOT	13
3. Muutuste läbiviimise etapid	15
3.1. Muutuste mõjutegurite teadvustamine	15
3.2. Muutmisvajaduse kujunemine	15
3.3. Muutmist takistavate/kindlustavate tegurite analüüs	16
3.4. Muutuste elluviimine	16
3.5. Muutuste kinnistamine	16
4. Organisatsioonikultuur ja muutuste mõju indiviidi tasemel	18
4.1. Organisatsioonikultuur	18
4.2. Organisatsioonikultuuri mõju muutuste protsessile	19
4.3. Organisatsiooniliikmete rollid	20
4.4. Muudatustega seotud hirmud ja ootused	21
5. Juhi rollid ja tegevused	23
5.1. Juhi rollid muudatuse erinevates etappides	23
5.1.1. Juhi roll vajaduse määratlemise etapis	23
5.1.2. Juhi roll takistuste ja toetavate tegurite etapis	24
5.1.3. Juhi roll muutuste elluviimise etapis	25
5.2. Meeskonna juhtimise põhisuunad	26
5.3. Konfliktijuhtimine	27
5.4. Organisatsiooniliikmete toetamine	29
6. Muudatuste protsess meeskonnatööna	31
6.1. Meeskond – liigid ja ülesanded	31
6.2. Meeskonna arengufaasid	34
6.2.1. Sõltuvusfaas	34
6.2.2. Konfliktifaas	34
6.2.3. Eraldumisfaas	35
6.2.4. Koostööfaas	36
6.3. Meeskonna efektiivsus	36

II. MUUTUSE PROTSESS SA TÜK KOPSUKLIINIKU NÄITEL	39
1. Muutuse läbiviimise etapid	40
1.1. Muutuste mõjutegurid ja muutmisvajaduse kujunemine	40
1.2. Muutmist kindlustavad tegurid	41
1.3. Muutmist takistavad tegurid	42
1.4. Muutuste elluviimine	44
2. Organisatsioonikultuur ja muutuse mõju indiviidi tasemel	45
3. Muutuse protsess meeskonnatöona	46
3.1. Meeskonna moodustamine ja ülesanded	46
3.2. Meeskonna arengufaasid	48
4. Erineva tasandi juhtide rollid muudatuse protsessis	49
4.1. Juhatus	49
4.2. Kopsukliinik	49
5. Organisatsiooni analüüs - alternatiivsed võimalused	50
5.1. Alternatiiv 1	51
5.2. Alternatiiv 2	59
5.3. Alternatiiv 3	62
6. Erinevate alternatiivide analüüs ja järeldused	65
7. Arutelu	68
KASUTATUD KIRJANDUS	70
LISAD	73
LISA 1 Tuberkuloosi haigestumise prognoos aastatel 1995-2010	
LISA 2 Tuberkuloosi haigestumine Kopsukliinikus aastate lõikes	
LISA 3 Ruumiprogramm	
LISA 4 Ülevaade kopsukliiniku ajaloost ja lähimineviku sündmustest	
SUMMARY	79
TÄNUAVALDUS	82
CURRICULUM VITAE	83

LÜHIKOKKUVÕTE

Üldinimlikuks nõrkuseks on mitte mõelda ebaselgetele tulevikuprobleemidele ja püüd mitte tegeleda küsimustega, mis võivad muuta minevikul põhineva rahulolu ebamugavustundeks. Muuta pole lihtne kui selleks puudub selge põhjus, ajend või eesmärk.

Muudatuste juhtimine eeldab erinevate tulevikustsenaariumide läbimängimist. Läbimõtlemata muudatuse käivitamine annab hea ettekäände vastuseisuks, mille ületamine on energia -ja ajamahukas. Magistriprojektis on analüüsitud erinevaid alternatiive. Erinevate alternatiivide analüüs on oluline eeskätt investeeringu vajaduse hindamise ja igapäevatöö planeerimise seisukohalt. Muudatust planeerides ei tohiks ära unustada organisatsiooni üldeesmärki - tagada patsientidele kõrgekvaliteediline arstiabi. Seejuures annab erinevate alternatiivide analüüs parema ülevaate organisatsiooni võimalikest arengusuundadest ja võimalustest.

Omapoolsete ettepanekute tegemine aitab kaasa rääkida edaspidistes otsustusprotsessides. Tegelikult tähendab see strateegide (juhatuse) ja muudatuse täideviijate (kopsukliiniku juhtide) ning vastuvõtjate (arstid, õendus- hoolduspersonal) koostööd, mida antud otsustusprotsessis oleks võinud rohkem olla, seda just erinevate riskide hindamise seisukohast (HIV patsientide ja tuberkuloosihaigete ravi ühes korpus ja ventilatsioon). Nimetatud probleemide tõttu 2002. aastal oodatud majanduslikku efekti tõenäoliselt planeeritud mahus ei saavutata, kuna ventilatsiooni väljaehitamisega ei arvestatud. Muudatuse planeerimise ja toimumise ajakava oli esialgselt planeeritud ajavahemikku otsuse vastuvõtmisest 23.04 – 31.08.2002. Tegelikult realiseerub muudatus ~ 4 kuud hiljem. Ventilatsiooni väljaehitamine suurendas tunduvalt ka muudatusega seotud kulusid.

Muutustele orienteeritud organisatsioonikultuuri iseloomustab selle liikmete iseseisvus, loovus, ettevõtlikkus, uuendustele valmidus. Iga järgnevat muutust võetakse kui organisatsiooni arengut ja antakse sellesse oma panus. Kopsukliiniku senises ajaloos ei ole toimunud suuri muudatusi. Võiks öelda, et strateegilised muudatused said alguse aastal 2001, kui toimus pulmonoloogia ühe peamise siduseriala üleviimine teise hoonesse. 2002. aasta kevadet võib pidada muudatusterohkeks, lühikese ajaperioodi vältel on toimunud kolm suurt muudatust - kahe osakonna liitmine, personali koondamine

ja pulmonoloogia osakonna üleviimise otsustamine. Seega, kuni käesoleva aasta kevadeni ei saa just rääkida muudatustele orienteeritusest, küll aga arvestades efektiivselt toimunud meeskonnatööd ning meeskonnaliikmete panust, võib öelda, et järgmised muudatused on kindlasti kergemini läbiviidavad, sest organisatsiooniliikmed on kogenud suuri muudatusi lühikese ajaperioodi jooksul.

Meeskonnatöös on eesmärkide saavutamiseks oluline, et vältitaks konflikte, eriarvamused on aga eelduseks, et probleemi lahendus oleks objektiivne. Vastastikku üksteise mõttekäike suunates tekib ka usaldus ja ühtekuuluvustunne. Käesolevas töös analüüsitud juhul tagas meeskonna mitmekülgne esindatus ka mitmekülgsed ettepanekud. Meeskonnas konfliktsituatsioone ei esinenud ja emotsioonid olid tagasihoidlikud. Meeskonnatöö tulemusena leiti analüüsitud võimalustest sobivaim nii hetkeolukorda kui perspektiive arvestades.

Teostades muudatust, ei lõpe juhi roll strateegilise plaani väljatöötamisega. Mida vähem pöörab juht tähelepanu organisatsiooniliikmete soovidele, ettepanekutele, seda vähem on ta võimeline juhtima organisatsiooni temale soovitud suunas. Huvigrupid vajavad tähelepanu ja kaasamist. Praktiliselt huvigruppide kaasamine õnnestus. Negatiivse huvigrupi kaasamine piirdus informatsiooni edastamisega ja selgitustööga. Neutraalse huvigrupi liikmeid kaasati meeskonda ja positiivsesse huvigruppi kuulujatega sidus koostöö. Koostöö on eduka juhtimise aluseks. Igal meeskonnaliikmel on midagi lisada, anda oma isiklik panus, samas ei saa unustada, et meeskonnaliige jääb alati üksikisikuks.

Inimesed reeglina otsivad elust suuremat kindlust, mitte ei soovi ebakindlust. Muutus on aga seotud ebakindlusega, sest reeglina ei ole lõpptulemus teada. Ebakindlus tuleneb eeskätt kartusest kaotada töökoht ning muutustest edaspidise töökorralduse osas. Lahenduseks on personali informeerimine ning kaasamine planeerimisse. Info puudus – olukorra läbipaistmatuse ja teadmatuse tõttu tekib inimestes ohutunne. Inertsed alluvad – Miks me seda teeme? Milleks seda vaja on? – vajavad täpset seletust, milleks muudatus vajalik on. Seega võib öelda, et muutuse protsessis on edukuse indikaatoriks inimeste informeerimine ja toetus. Informatsiooniga ümberkäimine, seda avatuse ja ajastuse mõttes, eraldub ohtudest muudatuse toimumiseks kõige enam.

Üha enam omandavad tähtsust vahetud suhted töötajatega ja juhi osalemine tööprotsessis. Harjumus on rääkida probleemidest ja sellest, mis on halvasti. Ei tohi unustada, et toimub ka positiivseid asju, mis vajavad tunnustust. Antud muutuse korral osales kopsukliiniku juhtkond meeskonnaliikmetena tööprotsessis ja head ettepanekud said ka tunnustatud.

Nii teoreetilisest osast kui ka praktilisest näitest lähtuvalt võib öelda, et muudatusi läbi viies ei ole olemas ühte ainuõiget toimivat reeglit, mida järgides võime loota, et muudatus toimub ja toimunud muutust võib hinnata edukaks. Saame siit teada vaid üldised põhimõtted ja võimalikud valikud. Iga muudatus on omanäoline ja kordumatu ning neid planeerides tuleb seda arvestada, sest mõjuvad erinevad tegurid, muutuvad erinevad struktuurid. Iga konkreetse muudatuse jaoks tuleb leida sobiv strateegia. Millist neist valida sõltub juhust. Tulenevalt juhi oskustest, isikuomadustest ja organisatsiooni-kultuurist, võib muudatus olla meie aja kõige halvem või parem pingutus.

Üks olulisemaid põhitõdesid, mis võib määrata kogu muudatusprotsessi toimumise/mittetoimumise ning edukuse - ettevõtte juhil tuleb arvestada sellega, et normaalse inimese normaalne reaktsioon muutuse suhtes on negatiivne.

Kõike eelnevat arvestades võib muudatust, kus pulmonoloogia statsionaar viiakse üle L. Puussepa 8. paiknevasse hoonesse ja ambulatoorne vastuvõtt jääb endisesse asukohta pidada lõppkokkuvõttes edukaks kõikide osapoolte (juhatus, arstid, õendushoolduspersonal ja patsiendid) seisukohast vaadatuna. Juhatus saavutab muudatusega eesmärgi optimeerida ruumikulusid. Seda küll mitte planeeritud ajaks ja planeeritud kulutustega, aga perspektiivis kindlasti. Pulmonoloogia osakonna arstid ja õendushoolduspersonal saavad võrreldes praegusega paremad töö- ja olmetingimused ning parema koostöövõimaluse teiste eriala spetsialistidega. Patsiente ootavad samuti ees paremad olmetingimused kui seni ja vajadusel teiste eriala spetsialistide abi hea kättesaadavus.

SISSEJUHATUS

Käesolevas töös käsitletakse muutuste mõju organisatsiooni liikmetele ja juhi rolli muutuste protsessis, samuti muutuste alternatiivseid võimalusi ning muutuste tulemuslikkust.

Muutustega kaasnevate probleemide ring on lai – alates muutuse vajaduse määratlemisest kuni nende eduka täideviimiseni. Kuna tavaliselt nähakse probleeme, mis muutusi põhjustavad erinevalt ja ka muutmise vajadust tunnetatakse erinevalt, siis on teadmised ja oskused muutmise vajalikkude organisatsiooni igal tasemel. Tänapäeva keskkond ei ole stabiilne vaid pidevalt muutuv ning seetõttu peavad ka organisatsioonid muutuma ja kohanduma.

Muutusi saab iseloomustada mitmeti. Näiteks:

- Muutmine kui liikumine tegevuses ja mõttelaadis;
- Muutus kui tegur, mis paneb inimesi loobuma harjumustest ja segab rutiini;
- Muutusega kui vastuseisu allikas;
- Muutmine kui senise tegevusviisi asendumine teisega (teiste tööülesannetega, teise suhtumisega);

Muutust võib käsitleda kui riski võtmist. Mõtlemist tulevikule välditakse sageli, sellest johtub tõsiasi, et püütakse tänase päevagagi toime tulla. “Vaatame-mis-välja-tuleb” põhimõte on küll töökindel, sest midagi juhtub niikuinii, kuid kokkulepitud eesmärgid aitavad rohkem saavutada.

Muudatus paneb inimesi tegema asju teistviisi kui seni, nägema ennast uuest vaatenurgast, oma rolli ja suhtlemist organisatsiooni sees ja väljaspool seda. Kui juht on suuteline sisendama organisatsiooni liikmetele innovatiivset mõttelaadi, siis on seda lihtsam muudatust läbi viia. Siiski on raske teostada muutusi, mis oleksid dünaamilised ja stabiilsed ning vähem valulikud.

Kui otsustatakse organisatsiooni muuta, siis on otstarbekas esitada järgmised küsimused: Millist muutust vajatakse? Miks seda muutust vajatakse? Millised on ootused muutuste

suhtes? Millist tulu muutusest loodetakse? Millised on muutusega kaasnevad riskused? Milliseid konkreetseid käitumisi muutusega kavandatakse? Kuidas muutuse tulemuslikkust hinnatakse? Kas alati piisab selgitusest miks muutus on vajalik? Kui suur osatähtsus on muutusel organisatsioonis? Kuidas reageerivad muutusele organisatsiooni liikmed? Miks on vaja kaasata personali muutuse planeerimisse? Kuidas vähendada resistentsust muutuste suhtes? Kas juht saab kiirendada ja leevendada kohanemist muutustega? Käesolevas töös püütaksegi leida vastuseid sellistele küsimustele.

Töö esimeses osas antakse ülevaade kõige olulisematest muutuse teoreetilise juhtimise lähtekohtadest.

Esimeses peatükis tuuakse välja muutusi esilekutsuvad tegurid ning muutuste liigid.

Teises peatükis käsitletakse muutuste läbiviimist organisatsioonis. Antakse ülevaade organisatsiooni situatsioonianalüüsist SWOT-analüüsi näol ja tuuakse välja aspektid millega organisatsioon peaks arvestama enne, kui otsustatakse muuta.

Kolmandas peatükis käsitletakse muutuste läbiviimise etappe millest võiks muutuste läbiviimisel juhinduda.

Neljandas peatükis käsitletakse organisatsiooni liikmete ja üksikisikute rolle muudatuste läbiviimisel ning nende osa muudatuse toimumisel või mittetoimumisel. Puudutatakse muutuste mõju indiviidi tasandil. Indiviidid tajuvad muutusi küll erinevalt kuid üldjoontes läbitakse sarnased etapid. Käsitletakse mõistet organisatsioonikultuur ja selle poolt avaldatavat mõju muudatustele.

Viiendas peatükis käsitletakse muutuste tulemuslikkuse ja juhi panuse seoseid. Üha kiirenevas elutempos on muutuste elluviimise võime enamiku ettevõtete jaoks üks olulisemaid baaskompetentse. Kirjanduse põhjal võib teha järelduse, et muutuste juhtimise oskus on puudulik ka tippfirmades ning enamik planeeritud muutusi jäävad ettevõtetes tulemuse seisukohast kuhugi edu ja ebaõnnestumise vahele. Selle nähtuse põhjuseid lähemalt vaatamegi.

Kuuendas peatükis käsitletakse muudatuse planeerimist või teostamist meeskonnatöö vormis. Tänapäeva konkurentsivõime ja eduka organisatsiooni üks eeltingimus on heal

tasemel oskused nii juhil kui ka igal meeskonnaliikmel. Siit ka peamine põhjus, miks tänane trend on osalusjuhtimine, mis on kohane viis oskustöötajate juhtimiseks.

Töö teises osas käsitletakse muutusi praktilisest aspektist SA TÜK kopsukliiniku näitel. Esimeses peatükis kirjeldatakse muutuste erinevaid etappe, analüüsitakse muutuse protsessi, tuuakse välja muutuse mõjutegurid ja hinnatakse muutust kindlustavate ja takistavate tegurite esinemist.

Teises peatükis käsitletakse organisatsioonikultuuri elemente kopsukliinikus ja individuaalseid reaktsioone muutusele.

Kolmandas peatükis analüüsitakse muudatuse protsessi meeskonnatööna. Tuuakse välja meeskonna moodustamise põhimõtted ning ülesanded, vaadeldakse meeskonna arengufaaside vastavust teoreetilisele käsitlusele.

Neljandas peatükis antakse ülevaade erineva tasandi juhtide rollidest antud muutmisprotsessis.

Viiendas peatükis tuuakse välja erinevad alternatiivid ning teostatakse organisatsiooni analüüs kõikide erinevate alternatiivide korral.

Kuuendas peatükis hinnatakse ja analüüsitakse erinevaid alternatiive ning nende alternatiivide mõju organisatsioonile. Tavaliselt on potentsiaalseid valikuvõimalusi, vajalik on vaid need kindlaks teha ja valida välja need, mis pakuvad kõige paremaid väljavaateid.

I. MUUTUSTE JUHTIMISE TEOREETILISED LÄHTEKOHAD

Muudatuste läbiviimisel on olemas lihtsaid reegleid, mida järgides peaks kõik ladusalt sujuma, aga sellest hoolimata kõik nii ladusalt ei lähe. Selle peamiseks põhjuseks on asjaolu, et muutmise protsessis tuleb arvestada nii paljusid aspekte, mis kõik nõuavad tähelepanu, alates muutmise vajaduse tunnetamisest kuni toimunud muutuse tulemuste hindamiseni. Raske on neid kõiki vajalikul määral arvesse võtta.

Tingituna organisatsiooni välistest teguritest või organisatsiooni sisesest rahulolematusest hetkeolukorraga, saab alguse vajadus teostada organisatsiooni analüüs, millest tulenevalt võib tekkida muutmisevajadus ja alustatakse muudatuse planeerimist.

Muutuse planeerimisel ja teostamisel tuleb hinnata tegureid, mis võivad muudatuse toimumist kas toetada või takistada. Tuleb arvestada nii organisatsioonikultuuri, üksikisikute, kui ka muudatuse planeerimiseks/elluviimiseks moodustatud meeskonnaga, nende reaktsioonidega ja koostöövalmidusega planeeritava muudatuse osas.

Kogu muudatuse protsessi juhib kas formaalne juht või konkreetse muudatuse elluviimiseks määratud juht. Muudatus oma arengus läbib erinevaid etappe, samuti meeskond. Seega täidab ka juht erinevates muudatuse ja meeskonna arenguetappides erinevaid rolle. Läbivateks rollideks jäävad küll vastutus, koordineerimine ja kommunikatsioon kuid erinevates etappides on need erineva tähtsusega.

1. Muutuste põhjused ja tüübid

Certo defineerib vajaduse muutuste järele järgnevalt: "Organisatsioonis vajatakse muutusi siis, kui selle liikmed on rohkem minevikule orienteeritud, kui nad peavad kohustusi ja rituaale tähtsamaks aktuaalsetest probleemidest ja oma allüksuse huve ülemateks organisatsiooni eesmärkidest (1)." Lisaks organisatsiooni sisemiste puuduste tunnetamisele tuleb organisatsiooni püsijäämise huvides reageerida ka pidevalt muutuvale väliskeskkonnale. Siit tulenevalt võivad muutused olla tingitud kas organisatsiooni väliskeskkonnast või sisekeskkonnast.

Väliskeskonna mõjud: majanduse ja turgude muutumine, tehnoloogia-, poliitika- ja seaduste muutumine, ressursside või võimaluste muutumine.

Sisemised tegurid: organisatsiooni struktuuri muutused, organisatsiooni eesmärkide muutumine, organisatsioonikultuuri muutus.

Nimetatud välis- ja sisekeskkonna tegurite mõjul saavad organisatsioonis muutuda: struktuur, tehnoloogia, ülesanded ja inimesed (2).

Toimuvad muutusi võib vastavalt muutuse sisule, tulemusele ja ajalisele faktorile liigitada järgmiselt:

1. Areng – tavaliselt toimub areng aeglaselt, on hästi prognoositav ja juhitav. Muutused võivad varieeruda rõhuasetuse ja potentsiaalse mõju poolest ning sisaldavad erinevaid ülesandeid, kusjuures kõik muutused mõjutavad igapäevast tegevust, kuid muutused säilitavad kooskõla organisatsiooni üldise missiooni ja eesmärkidega.
2. Üleminek – mille käigus saavutatakse uus seisund, näiteks organisatsiooni ühinemine, uute teenuste juurutamine, muutused tehnoloogias vms.
3. Ümberkujundamine – kõige radikaalsem muutus, kas organisatsioonikultuuri, juhtimise või missiooni muutus.

Erinevat tüüpi muudatuse rakendamiseks arendasid Clin ja Benne järgmised strateegiad (3):

- Empiirilis– ratsionaalne strateegia, mida saab kasutada tehniliste muutuste korral (näiteks uue tehnoloogia kasutuselevõtt);
- Võimu kasutav, sunduslik strateegia omab poliitilist ja ökonoomilist jõudu, annab kontrolli ressursside üle, ei sobi rakendamiseks adaptatiivsetes süsteemides;
- Normatiivne strateegia kasutab koostööd ja inimeste osalemist protsessis. Sobib eeskätt adaptatsiooni nõudvate muutuste teostamiseks.

2. Organisatsiooni situatsiooni analüüs - SWOT

Selleks, et organisatsiooni juhtkond saaks realistliku pildi ettevõtte konkurentsivõime hetkeolukorrast ja perspektiividest pikema perioodi jooksul, tuleb analüüsida erinevaid sektoreid, kasutades mitmesuguseid analüüsivahendeid.

Vajalik on määratleda :

- muudatuse olemus, ulatus;
- millised tegurid (välised, sisemised) muudatust mõjutavad;
- keda või mida muudatus ise mõjutab.

Organisatsiooni situatsiooni analüüsimiseks on mitmeid võimalusi. Neist üks sagedamini kasutatav on SWOT – analüüs. See metoodika on laialt kasutuses kuna näitab, kui tugev on ettevõtte positsioon konkurentsi tingimustes ja kas praegune või planeeritav strateegia võimaldab ettevõtte positsiooni säilitada ka tulevikus. SWOT-analüüs võimaldab saada kiire ülevaate organisatsiooni hetkeolukorrast erinevates valdkondades.

Kõiki organisatsiooni strateegilisi tegevusi - nagu tootmist, teenuse pakkumist, turustamist, finants -ja inimressursse - on võimalik analüüsida SWOT-analüüsi abil. SWOT-analüüsi sisuks on argumentide liigendamine nelja kategooriasse (4):

- Tugevad küljed. Millisel alal on organisatsioon kõige paremini arenenud? Milles on ta parem konkurentidest? Kui hea on organisatsiooni maine?
- Nõrgad küljed. Millised on organisatsiooni nõrgimad lülid? Mida saab teha nende tugevamaks muutmiseks? Mida on võimalik teha kommunikatsiooni abil?
- Võimalused. Milline on olukord turul? Mis on turul viimasel ajal toimunud? Mis alal on konkurents nõrk?
- Ohud. Kas toimuvad muutused võivad organisatsiooni nõrgestada? Kas konkurendid võivad võtta kasutusele agressiivsema poliitika? Millises suunas toimuvad muutused?

Kaks esimest kategooriat on organisatsiooni enda poolt mõjutatavad ja kaks ülejäänut tulenevad pigem väliskeskkonna mõjudest, mis võivad olla mõjutatavad ja võivad seda ka mitte olla.

Tugevusteks saavad olla näiteks: oskused, kompetents, ressursid, midagi, mis annab organisatsioonile mingi eelise (nt. parem toode, parem tehnoloogia, parem klienditeenindus). Nõrkusi võib vaadelda ka võrreldes teiste situatsioonidega, ettevõtetega. Nõrkused ja tugevused on tähtsusest erineva kaaluga. Nõrkused näitavad ära need probleemid, mida tuleb olukorra muutmiseks hakata lahendama. Oluline on samas ka tugevuste kinnistamine.

Võimalused ja ohud näitavad samuti ära strateegilise tegevussuuna. Strateegia peab olema suunatud uute võimaluste kasutamisele ning ohtude vähendamiseks või elimineerimiseks tuleb leida vahendid või abinõud. Teenuste planeerimise aspektist annab SWOT-analüüs hea ülevaate (5).

3. Muutuste läbiviimise etapid

Muutusi planeerides ja ellu viies jaguneb muutuste protsess mitmeks etapiks. Kõik etapid ei eristu alati selgelt, nad võivad kas kattuda või neid ei läbitagi (ei arvestata näiteks takistavaid/kindlustavaid tegureid). Ideaaljuhul läbitakse viis etappi:

- Muutuse mõjutegurite teadvustamine;
- Muutmisvajaduse hindamine ja kujunemine;
- Takistavate/kindlustavate tegurite analüüs;
- Muutuse elluviimine;
- Muutuse kinnistamine.

3.1. Muutuste mõjutegurite teadvustamine

Esimeses etapis tunnetatakse välis- või sisekeskkonna mõjul muutmise vajadust kuna eksisteerib vastukäivus või puudujääk selle vahel mida organisatsioon või üksus teeb ja mida ta peaks tegema või võiks teha. Seega teadlikkus võib tekkida sisemiselt osalejate ootustest või väliselt ühiskonna või regulatiivsest survest mis mõjutab organisatsiooni suutlikkust.

3.2. Muutmisvajaduse hindamine ja kujunemine

Selles etapis teostatakse keskkonna analüüs, toimub meeskonna loomine, töötatakse välja uus visioon, püütakse leida lahendust leitud vastukäivusele või suutlikkuse puudujääkidele, planeeritakse muutus ja tutvustatakse uut visiooni. Visioon on terviklik nägemus tulevikusituatsioonist. Eesmärk on küll konkreetne, aga reeglina ei võimalda näha tervikut. Visioon seda võimaldab. Terviklikkus visiooni puhul tähendab seda, et arvestatud on kõiki valdkondi, mis on olulise tähtsusega (6).

Visiooni loomisel tuleb kaaluda erinevaid alternatiivseid võimalusi selle saavutamiseks. Teades muutmise vajadust võib muutuse taotleja anda mitu alternatiivi ja meeskond valib neist parima (7). Planeerimisel tuleb osata ette näha muutuse mõju klientidele, arvestada kliendi ootustega (teenuse hea kättesaadavus, teenuse kvaliteet jne).

3.3. Muutmist takistavate/kindlustavate tegurite analüüs

Selles etapis toimub takistuste kindlakstegemine. Määratletakse muutusele vastuseisjad ja toetajad ning püütakse leida lahendusi vastuseisu ületamiseks. Vastuväiteid tuleb oodata ja ennetada. Kui ollakse valmis neile vastama, ei maksa küsimuste pärast (Miks me peame? Milleks seda vaja on?) muretseda. Vastuväited tasub ära kuulata, kirja panna ning leida neile vastused. Vastuväiteid ära kuulates võib saada objektiivseid põhjendusi miks mitte muuta või häid nõuandeid kuidas toimida. Samuti loob see eelduse, et muutust läbi viies arvestatakse erinevate spetsialistide arvamusega ning on arvestatud erinevaid aspekte ja detaile, mida juht ise ei pruugi tähtsustada.

Oluline on kaasata planeerimisse töötajaid kõikidelt organisatsiooni tasanditelt. Oma valdkonnas on nad kõige pädevamad hindama probleeme, mis võivad muudatuse teostamisel tekkida ja parimad pakkumaks välja lahendusi. Muutust tutvustatakse esialgu valitud grupele.

3.4. Muutuste elluviimine

Toimub muutmisprotsessi käivitamine ja arendamine, uute lahenduste proovimine, uute oskuste ja käitumisviiside omandamine. Selles etapis võib uuesti hinnata organisatsiooni olukorda ja ennetada või kõrvaldada puudused, mida teostatud muudatus kaasa tõi ja mida planeerimisel ette ei nähtud ning pilootprojekti olemasolul selle hindamine. Toimub muutuse mõju jälgimine, protsessi pööramine soovitud suunas.

3.5. Muutuste kinnistamine

Toimub muutuste kinnistamine ja tugevdamine, hinnangu andmine ning keskendumine muutuse nõrkustele.

Muudatuste hindamisel peavad suured ja väikesed planeeritavad muutused toimuma õigete intervallidega. Muutuste arv mingis ajaperioodis peab olema väike, sest

organisatsiooni liikmed vajavad stabiilsust (8). Liig sagedased muutused süvendavad ebakindlust, harjumisperiood muutusega jääb lühikeseks. Hindamise seisukohast lihtsaim võimalus on hinnata muutuse majanduslikku efektiivsust (9).

Joonis 1. Muudatuse läbiviimise hindamine (10):



Eeltoodu põhjal võib öelda, et osasid neist hinnatavatest teguritest, nagu näiteks sisendid ja protsessi dünaamikat, saab hinnata siis, kui muutuse protsess veel toimub. Väljundit on võimalik samuti teataval määral ette prognoosida kuid lõpptulem ja hinnangu andmine kogu muutuse protsessile tervikuna, saab toimuda siis, kui on tekkinud uuesti nn. "töörutiin" ning on võimalik öelda, kas antud muutus parandas organisatsiooni tulemuslikkust.

4. Organisatsioonikultuur ja muutuste mõju indiviidi tasandil

Planeerides ja teostades muudatusi, ei saa arvestamata jätta asjaoluga, et igal organisatsioonil on oma "nägu". Organisatsioonikultuur mõjutab kahtlemata muudatuse protsessi kiirust ja edukust. Samuti tuleb organisatsiooni vaadelda koosnevana üksikisikutest.

4.1. Organisatsioonikultuur

Organisatsioonikultuur on nähtus, millega iga ettevõtte juht peab arvestama, kes soovib strateegiat edukalt ellu viia. Üks levinumaid organisatsioonikultuuri definitsioone on E Schein'i (1989) organisatsioonikultuuri definitsioon: "Organisatsioonikultuur on peamised tõekspidamised, mis on organisatsioonil kujunenud suhetes väliskeskkonnaga ja sisemise koostegutsemise käigus, seetõttu peetakse neid õigeteks ja õpetatakse uutele liikmetele kui sobivaid tunnustus-, mõtlemis- ja käitumisviise (11)."

Organisatsioonikultuur kujuneb nii organisatsioonis tervikuna kui ka igas allüksuses. Tugevat organisatsioonikultuuri iseloomustavad: sarnased tõekspidamised, väärtused, Hoiakud, lihtne suhtlemine, organisatsiooni vajaduste tähtsamaks pidamist üksikisiku soovidest.

Organisatsioonikultuuri võib vaadelda koosnevana kaheteistkümnest osast (12):

1. individuaalne initsiatiiv;
2. grupi tegevus;
3. missioon;
4. seatud eesmärgid, integreerumine (millisel tasemel on koostöö);
5. formaalne käitumine;
6. informaalne käitumine;
7. väärtused;
8. rituaalid;
9. struktuur ja rollid;
10. eetilised tõekspidamised;

11. kontroll (reeglite ja ettekirjutuste hulk, mille abil kontrollitakse alluvate tööd);
12. surveabinõud.

Nende komponentide koosmõjus avaldubki organisatsioonikultuur. See võib olla mõnes osas selgemini eristuv ning varieeruda nii organisatsiooni sees kui ka organisatsioonide vahel kuid kõik elemendid on alati eristatud.

4.2. Organisatsioonikultuuri mõju muutuste protsessile

Organisatsioonikultuurist oleneb, kui iseseisvad on töötajad oma tööülesannete täitmisel, mil määral ja millist juhtimist nad vajavad, kas tahetakse teha tööd hästi ja palju ning hästi teenida või ollakse pigem nõus vähema töö ja tasuga. Kultuur määrab ära inimestevaheliste suhete ja seoste iseloomu, samuti otsustamisviisid.

Organisatsioonikultuur ühtlustab töötajate käitumist, muudab ettevõtte funktsioneerimise stabiilsemaks ja vähendab sellega formaalse juhtimise ning kontrolli vajadust. Organisatsiooni jaoks olulisi väärtusi ja põhimõtteid peegeldavad töö hindamise kriteeriumid, domineeriv juhtimisstiil, omavahelise suhtlemise viis, otsuste vastuvõtmise kord, kontrolli tugevus, uute töötajate valiku kriteeriumid ja edutamispoliitika.

Organisatsioonikultuur on väga püsiv. Kultuur “püüab” ennast säilitada sellisena, nagu ta on. Stabiilses olukorras on ta täiendavaks ressursiks organisatsiooni eesmärkide täitmisel. Kui aga keskkond on dünaamiline ja kiiresti muutuv, võib organisatsioonikultuur muutustele takistuseks saada. Strateegia muutmisel tuleb muuta kindlasti ka organisatsioonikultuuri, vähemalt teatud osas. Tugev organisatsioonikultuur võib nii kergendada, kui ka raskendada muutuste läbiviimist. Kultuurikonflikt strateegiaga on sagedane pikaajaliste traditsioonidega ja tugevate stereotüüpidega organisatsioonides. Vastuolu võib aga ilmnedagi ka uutes, alles loodavates ettevõtetes, kus ei tegeleta toetavate normide kujundamisega. Organisatsioonikultuuri kaudu tuleb väärtustada nii loovate ideede genereerimist kui konstruktiivset kriitikat, sest ratsionaalne ja kriitiline mõtlemine loob head eeldused potentsiaalsete probleemide analüüsiks.

Juhid peaksid teadvustama vähemalt kolme olulist momenti:

- muutunud oludes hakkavad vanad reeglid uuendusi ja arengut takistama;
- muutuma peab organisatsioonide toimimise üldine stiil ja sellele vastavalt ka inimeste tööalane käitumine;
- inimeste hoiakud, väärtused ja käitumine ei muutu iseenesest, see peab saama juhtide igapäevaseks sihikindlaks tegevuseks.

Organisatsioonikultuuri mõjutamine sõltub ka juhi isiksusest. Autoriteetsel juhil on kergem muutusi läbi viia, mõjutada organisatsioonikultuuri, kui vähese mõjuvõimuga juhil.

Organisatsiooniliikmete seisukohalt on muudatus ühele väljakutse, teisele oht kaotada oma positsioon, sellest tingituna ei kehti muudatuste perioodil enam väljakujunenud käitumisnormid.

4.3. Organisatsiooniliikmete rollid

Muudatuses osalevate organisatsiooniliikmete rollid ei pruugi võrdsustada osaleja positsiooniga organisatsioonis. Formaalne juht ei pruugi olla muudatuse algataja, initsiatiiv selleks võib tulla hierarhiliselt madalamal paiknevatelt organisatsiooniliikmetelt. Üldjuhul siiski võib öelda, et muudatuse protsessi algatavad enamasti formaalsed juhid kuna formaalne juht näeb organisatsiooni üldisemalt.

Seega võib öelda, et organisatsiooniliikmed osalevad muutustes erimääral:

Strateegid – juhid määravad vajaduse, loovad visiooni, muudavad arusaadavaks soovitava lõppseisundi ja toetavad protsessi.

Täideviijad – vastutavad organisatsiooni toimetehhanismide, koordinatsiooni ja struktuuri eest. Tavaliselt on need keskastmejuhid. Keskastmejuhtide panus sõltub suurel määral tippjuhtide visiooni selgusest.

Vastuvõtjad – enamus organisatsiooniliikmetest, kellelt oodatakse muutuste omaksvõtmist. Muudatused puudutavad kõige enam neid inimesi, kes peavad oma tegevuse ümber korraldama. Tavapärase elurütmi muutus võib neis tekitada muret,

pingeid ja vastuseisu. Sageli ei jõua muutuste visioon vastuvõtjateni vajakajäämise tõttu suhtlemises (1).

4.4. Muudatustega seotud hirmud ja ootused

Inimeste muutmisvajadus ei ole lineaarne, vaid kulgeb spiraalselt ning samal tasemel võidakse püsida pikka aega. (13). Indiviidi seisukohast on muutmine harjumuste, rutiini ja oskuste muutumine. Tuttava olukorra asendumine harjumatuga tõstatab küsimuse: "Miks ma peaksin?"

Vastuseisu põhjused võivad olla järgmised:

- isiklikud huvid (töökaotus, majanduslik kahju, personaalne ebamugavus, ebakindlustunne);
- muudatuse vajalikkuse mittemõistmine;
- organisatsiooniliikmete erinevad vaatenurgad;
- sallimatus muudatuste suhtes (14).

Tunded, mida inimesed muutuste perioodil tajuvad on indiviiditi erinevad:

- Muutusest teavitamine - eitamine, rahutus, šokk, või ükskõiksus;
- Leppimine teadmisega muudatusest - hirm, viha, frustratsioon, muserdatus, stress või skeptitsism;
- Uus algus – aktsepteerimine, kannatamatus, lootus, energilisus või entusiasmi.

Inimeste produktiivsus muutub seoses erinevate läbielamisfaasidega. Muudatusest teavitamise etapis see langeb, leppimisfaasis saavutab platoo ning seejärel uuenduste mõttega harjumisel hakkab uuesti tõusma (15).

Hirmud, mida inimesed muutuste perioodil tunnevad:

- Turvatunde kadumine ja teadatus on kõige otsesemad ja suuremad hirmud, mis on seotud muudatustega. Kõige suuremaks hirmuks on töökoha kaotuse hirm, samuti teadatus, kas uued tingimused rahuldavad nende ootusi ja vajadusi. Kõik see põhjustab inimestes frustratsiooni;
- Oma meeskonna lagunemise kartus, senised sotsiaalsed suhted on ohustatud. Igasugune rahulolematuse põhjustab suuremal või vähemal määral stressi.

Kergesti lastakse negatiivsetel emotsioonidel end haarata ja ei võeta ise midagi ette olukorra parandamiseks. Võime näha muutustes positiivseid külgi jääb tahaplaanile, kuna sisendatakse endasse negatiivsust. Usk endasse ja enda toimetulekusse muutuste perioodil, teeb inimesed tegutsemis-võimelisemaks, uuendustele vastuvõtlikumaks ning tulemusele orienteerituks. Juht ei tohi unustada, et rahulolev töötaja töötab efektiivsemalt ja kvaliteetsemalt, kuid midagi saab teha ka muutuste vastuvõtja ise. Üldjuhul inimesed ei teadvusta endale, et muutustega kaasnevad emotsioonid ja stress on loomulik reaktsioon ning käitumine on alateadlik. Vajalik on teadvustada, et muutustega kohanemine võtab aega.

5. Juhi rollid ja tegevused

Juhi roll muudatuse erinevates etappides on erineva osakaaluga. Muudatuse esimestel etappidel on juhi osalemine muudatuste protsessis tunduvalt intensiivsem, kuna juht omab informatsiooni ja on tõenäoline muudatuste protsessi algataja. Muudatuste hilisemates etappides võib juht delegeerida rohkem ülesandeid täideviijatele ning piirduda muudatuse üldise koordineerimisega ja toetava funktsiooniga.

5.1. Juhi rollid muudatuse erinevates etappides

Läbi kõikide muudatuse etappide on edu maksimeerimise ja probleemide minimeerimise üheks võtmesõnaks on kommunikatsioon. Pidev informatsioonivahetus organisatsioonis muutuste perioodil loob usalduse ja turvatunde. On äärmiselt oluline sündmustest ja planeeritavatest tegevustest pidevalt informeerida neid inimesi, kes on muutuste poolt kuid ka neid, kes on võimustruktuurides nõrgal positsioonil. Sama põhimõtte peaks kehtima kaasamisel töögruppi. Neid inimesi, kes on idee vastu, kuid nõrgal positsioonil, võib kutsuda ühinema laiemate tegevusega.

Informatsiooni edastamiseks tuleb kasutada mitmeid võimalusi, see on efektiivsem, kui ainult üht meetodit kasutades (8). Eelistatud on näost – näkku info edastamine, kuna see meetod võimaldab näha ka mitteverbaalset reaktsiooni. See rikastab teate interpretatsiooni, mis teisi informeerimise vahendeid kasutades võib jääda varjatuks. Hierarhiline informatsiooni liikumine on efektiivne, näitab organisatsiooni toimimist ja kontrollsüsteeme. Kasutada tuleks organisatsioonis olevaid arvamuse kujundajaid (*opinion leaders*) kellel arvamusel on kolleegide hulgas kaalu. Arvamuse kujundaja peab olema organisatsiooni liikmete hulgast, väliskonsultantide kaasamine ei pruugi olla mõjus organisatsiooni liikmete jaoks (16).

5.1.1. Juhi roll vajaduse määratlemise etapis

Tegevused vajaduse määratlemise etapis:

1. analüüsitakse organisatsiooni ja muudatuse vajalikkust, ajalugu, eelnevat arengut, siis analüüsitakse käesoleva momendi olukorda;

2. luuakse visioon ja näidatakse edasimineku põhjused ja suund;
3. tuleb eemalduda minevikust kuid mõned uude visiooni sobivad väärtused on otstarbekas säilitada;
4. näidatakse muutuse ainuvõimalikkust (täideviijad võivad strateegide mõtteviisi pidada liiga drastiliseks)
5. juht peab avalikult toetama muutusi;
6. on vaja välja töötada täpne muudatuse täideviimise plaan ja tuleb luua muutuse teostamiseks vajalik meeskond.

5.1.2. Juhi roll takistuste ja toetavate tegurite etapis

Muudatusi planeerides, tuleb määratleda ka muutuse realiseerumist mõjutavad huvigrupid, mis võivadki olla üheks peamiseks takistavaks või toetavaks teguriks.

Organisatsiooni seisukohalt võivad huvigrupid olla järgmised:

- sisemised – organisatsiooni liikmed;
- kombineeritud – need, kes tegutsevad nii organisatsioonis kui ka väljaspool seda;
- välised – organisatsioonivälised nt. ajakirjandus, konkurendid.

Kõige raskem on muudatusi teostada, kui vastuseis on inimeste poolt, kes on tugeval positsioonil.

Kuidas käsitleda resistentsust muutuste suhtes?

1. Töötada välja vastuargumendid muudatusele vastuseisjatele, kui muudatuse vajadus on kindel ja enamuse arvates põhjendatud s.t. initsiatiiv muutmiseks ei tule ainult juhtkonna poolt vaid ka alluvatelt;
2. Ennetada negatiivseid huvigruppe;
3. Muuta neutraalsed huvigrupid pooldajateks.

Huvigruppide juhtimise üheks taktikaliseks võimaluseks on paluda toetajatel olla muutuse propageerijateks. Selleks tuleb nad eelnevalt kaardistada. Huvigruppide kaardistamine tähendab järgmist tegevust:

- selgitada/nimetada huvigrupid (töötajad, keda muutus mõjutab olevikus või tulevikus);
- järjestada huvigrupid pingeritta, vastavalt muutusesse suhtumisele;

- hinnata iga huvigrupi võimet organisatsiooni sees kujundada ja mõjutada arvamust.

Sellele informatsioonile toetudes tehakse kindlaks vastavatesse gruppidesse kuuluvad töötajad ja töötatakse välja sobiv strateegia. Kui on leitud inimesed, kes on planeeritava muudatuse poolt ja kes on organisatsioonis tugeval positsioonil, tuleb nad planeerimisse kaasa haarata, et tagada nende toetus.

Kui enamus kollektiivist osutab jätkuvat vastupanu muudatuse suhtes, tuleb juhil mõnikord oma väärtushinnanguid muuta ning täpsustada vastuseisu põhjused ja hinnata nende objektiivsust. Tugeva vastuseisu korral võib teostuda ainult osa planeeritud muudatusest, mida võib samuti vaadata kui ühte alternatiivi. Analüüsides erinevaid alternatiivseid võimalusi muutmiseks võib selguda, et parim alternatiiv on mitte muuta. Juhul, kui otsus muuta on ainuisikuliselt juhi tehtud ning planeerimisse ei ole kaasatud meeskonda, võib muudatuse teostamine läbi kukkuda, sest muudatuse täideviijad ei aktsepteeri seda.

5.1.3. Juhi roll muutuste elluviimise etapis

Muutusi tuleb läbi viia nii, et muutuste vastuvõtjad saaksid omaks võtta uue mõtteviisi, oleks valmis muutusega harjuma, seda kasutama ja kinnistama. Kurt Levin nimetas neid tegevusi järgmiselt: sulatamine, muutmine, külmutamine (13).

Muudatuse elluviimise perioodil on oluline juhi toetav roll, muudatuse mõju jälgimine ja protsessi pööramine soovitud suunas. Tegevustest "sulatamise" ja muudatuse elluviimise protsesse peetakse kõige kriitilisemateks. Neid kahte etappi läbides võiks Kotteri ja Schlesingeri arvates kasutada kuut tegevust (11):

- 1) töötajatega suhtlemine;
- 2) töötajate kaasamine;
- 3) töötajate toetamine;
- 4) läbirääkimised koostöö saavutamiseks;
- 5) manipuleerimine, kui teised lähenemisviisid ei ole tulemusi andnud;
- 6) võimu kasutamine.

Neli esimest loovad eelduse muudatuse edukaks toimimiseks, viimased kaks tulevad arvesse siis, kui esimesed tegevused ei ole andnud oodatud tulemusi.

5.2. Meeskonna juhtimise põhisuunad muutuste läbiviimisel

Organisatsioonis toimuvate suuremate strateegiliste otsuste tegemiseks ja ellu viimiseks võib juht luua vastava meeskonna. Meeskonna moodustab eeskätt selline juht, kelle jaoks kolleegid ei ole ainult alluvad, vaid koostööpartnerid. Teades muutmise vajadust võib muutuse taotleja anda ka mitu alternatiivi ja meeskond valib neist parima (7). See on väljakutse ning läbi intellektuaalse tegevuse muutub planeeritav muutus ka meeskonnale atraktiivseks.

Juhtimisvõime rühmades viitab üksikisikute võimetele mõjutada teisi liikmeid meeskonna sihtide saavutamise suunas. Aeg-ajalt on meeskonnas mitu juhti, võib olla formaalne juht ja mitu mitteformaalset juhti (näiteks allüksuste juhid). Formaalne juht ei pruugi olla meeskonnas kõige mõjukamaks isikuks. Ulatus, mil määral meeskonna liikmed tunnustavad formaalse juhi soove, määratakse suures osas mitteformaalsete juhtide reaktsioonide poolt. Projekti meeskonnas võib formaalseks juhiks (projektijuhiks) valida mitteformaalse juhi. Teise võimalusena ongi projektijuhiks formaalne juht, kes abistab eesmärkide saavutamisel, täidab meeskonna esindaja rolli ja kellest meeskond sõltub. Autokraatsetel juhtidel on raske ja rahuldust mittepakkuv uute meeskonnatöös vajalike rollide, nagu juht-hõlbustaja ja juht treener, väljaarendamine.

Rühm ei saa meeskonnana efektiivselt eksisteerida, kui selle liikmed ei vaheta informatsiooni. Seega on meeskonna juhi (juhtide) kohustuseks juhtida kommunikatsiooni meeskonna sees ning meeskonnaväliste rühmade vahel. Juhi koormuse vähendamiseks võib infovahetuse korraldamist ka delegeerida kuid siis peab see olema täpselt formuleeritud, kes on see vastutav isik ja millise info eest ta vastutab, vastasel juhul võib tekkida ikkagi infosulg.

Meeskonnatöös võib ette tulla mitmeid fenomene. Üks nendest on rühmamõtlemine. Juhi ülesandeks on ära hoida selle tekkimist. Rühmamõtlemine esineb siis, kui harmoonia ja üksmeele soov kaalub üles liikmete jõupingutused hinnata rühma arvamusi realistlikult ehk meeldiva õhustiku säilitamine muutub meeskonnaliikmete jaoks olulisemaks, kui heade otsusteni jõudmine. Rühmamõtlemise tagajärjed on selged. Meeskonnad võivad end piirata, sageli liiga vara, ühe või kahe võimaliku lahendusega ja ebaõnnestuda

probleemi igakülgsel analüüsimisel. Meeskonnajuhid saavad rühmamõttlemist vältida erinevate strateegiate abil. Esiteks saavad juhid vähendada rühmamõttlemist, õhutades meeskonnaliikmeid ettepanekuid ja lahendusi kriitiliselt hindama. Teiseks strateegiaks on anda sama probleem kahele erinevale töörühmale.

Kokkuvõtvalt on juhi funktsioonid meeskonnajuhtimise korral järgmised:

- meeskonna moodustamine;
- ülesannete delegeerimine ja toetus;
- meeskonnasisese infovahetuse tagamine;
- meeskonnatöö fenomenide tekke ära hoidmine;
- konfliktijuhtimine, mida on käsitletud eraldi peatükina.

Meeskonna edukaks juhtimiseks on peale meeskonnaarengu seaduspärasuste tundmise äärmiselt oluline ka juhi enda oskuste treenimine meeskonnajuhina. Ettevõtja on oma tegevuste ja ka iseenda eest vastutav, millega kaasneb ka oskus oma tegevusi juhtida. Iga meeskond on unikaalne ja hästi toimunud võtted ühes meeskonnas ei pruugi anda soovitud tulemust teises.

5.3 Konfliktijuhtimine

Konfliktide lahendamine ja juhtimine on eraldi distsipliin, kus tegeldakse nii ilmsete kui ka peidetud-varjatud konfliktidega, püüdes jõuda nende põhjusteni. Ka tungitakse esmalt konflikti põhjusteni, tuuakse lahkkelid välja ning alles siis püütakse lahkkelid lahendada (16). Konfliktid on juhitavad ning mitte ainult siis, kui nad on muutunud «kuumaks», vaid ka igapäevasel tasandil.

Konflikti mõiste on laiem, kui tavaliselt ollakse harjutud mõtlema. Ka pinge, mitteräkamamine, vältimine, põgenemine, eriti aga ignoreerimine on konfliktid. Ülesande ebaselgus, puudub kokkulepe “kes teeb mida”. Konflikti lahendamine on suunatud meeskonnaliikmete rollide paremale sõnastamisele. Meeskonnasisene eesmärkide ühtimatus, eesmärgid on kas omavahel konfliktis või neid tajutakse

konfliktsetena (eeskätt siis, kui on tegemist kulude ohjamisega). Rühmasisese konflikti esile kerkides väheneb meeskonnaliikmete vaheline kommunikatsioon.

Üheks konflikti allikaks meeskonnatöös võib saada meeskonna ergutussüsteem, mida võib saavutada rahaliste stiimulite või tunnustuse pakkumisega.

Tuleb eelnevalt kokku leppida:

- Kas preemiat saab meeskond kui tervik või saavad meeskonnas töötavad inimesed väljapaistvate töötulemuste eest?
- Kui preemiaid ei jaotada meeskonnaliikmete vahel ühtlaselt, kuidas hindab juhtkond meeskonnaliikmete suhtelist panust?

Konfliktijuhtimise võtteid on mitmeid. Millist neist kasutada, sõltub probleemi olemusest, selle olulisusest ning ka juhi juhtimisstiilist ja isikuomadustest.

Meeskonnasisese konfliktijuhtimise strateegiad on järgmised:

- Jõumeetod - kui on vaja kiiret otsustavat tegutsemist, ebapopulaarseid otsuseid ja osapoolte üksmeel on ebatõenäoline;
- Vältimine - probleem tundub tühine lõpptulemuse seisukohast;
- Kompromiss – kui kaks osapoolt on suhteliselt võrdsed, kui on mitu vastuvõetavat alternatiivset lahendust, mida mõlemad on nõus kaaluma;
- Integreerimine – vajadusel kolmanda osapoole kaasamine;
- Kohandumine – kui eelnevad katsed konfliktseid küsimusi lahendada on viinud konfliktini, mitte probleemi lahendamiseni.

Konflikti lahendamise aluseks on konflikti olemuse ja põhjuste väljaselgitamine, oma vajaduste ja soovide teadvustamine ning väljaütlemine, samuti teiste inimeste vajaduste ja soovide ärakuulamine. See on aluseks nii üksteisemõistmisele kui ka koostööle. Tulemuslikum on lahendada just konfliktide põhjusi, eelkõige üldisemalt, mitte iga konkreetset juhust eraldi. Igas konfliktis on vähemalt kaks osalist, või siis kaks erinevat (sageli teineteist välistavat) soovi, taotlust või motiivi. Konflikti lahendamine on rohkem kui kompromiss, mille puhul mõlemad pooled annavad veidi järele ja loobuvad millestki.

5.4. Organisatsiooni liikmete toetamine

Organisatsiooni juhtimine lähtub inimesest ja on suunatud inimesele. Inimene on organisatsiooni kõige tähtsam vara. Eriti oluliseks saab see muutuste perioodil.

Ümberkujundused organisatsioonis muudavad inimeste koostööd, alluvussuhteid ja õhkkonda. Iga inimene püüab uuendada oma oskusi, leida oma kohta. Muutused organisatsioonis ajavad segadusse inimese isiklikud eesmärgid. Ükskõik millisel põhjusel mitte anda võimalust töötajatel selgitada oma nägemust muutusest on möödalaskmine tõeliselt efektiivsest muutustega kohanemise strateegiast.

Kuidas toimida inimestega? Organisatsiooniliikmete emotsionaalne intelligentsus on erineval tasemel. Muutuste perioodil võib ette tulla krititsismi, eriti nende inimeste poolt, kes olid eelmise meetodi initsiaatorid (17). Muutmisest rääkimiseks on vajalik hea ajastus, mõned head ideed lükatakse tagasi kuna inimesed on kas emotsionaalselt või füüsiliselt väsinud või hõivatud. Muutuste perioodil on tähtis arvestada inimeste personaalsusega, säilitada sõbralikud suhted, vältida konflikte. Inimesi kaasates saab neile selgemaks muutmise vajadus, nad harjuvad selle mõttega ning teevad produktiivset koostööd. Samas inimesi kaasates ei tohiks unustada nende individuaalsust ja erinevat suhtumist muudatustesse.

Inimesed võib üldjoontes jagada nende muudatustesse suhtumise alusel järgnevalt (16):

- Inertsed inimesed – armastavad stabiilsust ja sageli ei ole nõus midagi muutma, isegi siis, kui olemasolev neile meelepärane ei ole. Domineerib irratsionaalne mõtlemine ning igas tegutsemises nähakse ohtu;
- Ebausaldavad inimesed – isegi, kui olemasolevad meetodid, tehnikad ei ole head, siiski on tegemist tuntud metoodikatega. Igasugune hälve tuntud protseduurist tähendab neile riski. Seda on võimalik elimineerida treeningprogrammidega uue meetodi kohta ning põhjaliku selgitustööga;
- Ebakindlad inimesed – vajavad täpseid fakte muutuse positiivse tulemuse kohta, kuidas muutus mõjutab nende tööd. Tuleb ära näidata nende isiklik muutusest tulenev kasu. Töö kaotuse hirm – olulised on ausad vastused töö, oskuste, prestiiži ja väljavaadete suhtes;

- Ignoreerijad – tuleb keskenduda reaalsele vajadusele miks muuta, vajavad täpseid andmeid. Ignoreerimine on peamisi põhjuseid, miks tekib resistentsus muutuste suhtes. Probleem võib olla selles, et selgitusi on liiga vähe antud;
- Ükskõiksed – tõenäoliselt ei liitu muutuse täideviijatega, võtavad muutust kui paratamatust ja kohanevad muutusega;
- Kaasaminejad – kergesti kohanevad, enesekindlad, aktiivsed muutusele kaasaaitajad.

Juhtkonnapoolne tugi peaks olema eeskätt info liikumise tagamine, avameelsed vestlused, kaasamine muutuste planeerimisse. Pidev informatsiooni vahetamine ja tähelepanu üksikisikute suhtes loob turvalisuse. Üha olulisemaks saavad muutuste perioodil juhi vahetud suhted töötajatega. Tuleks tähelepanu pöörata hästi tehtud tööle, headele ettepanekutele, see innustab püstitatud eesmärkide nimel pingutama. Juht peab juurutama mõtteviisi, et muutus ei lahenda üksnes probleemi või ei tekita neid juurde (mis ei ole välistatud), vaid loob ka uusi võimalusi. Muutus tekitab alati ajutise segaduse kuid inimesed liiguvad sihikindlamalt seatud eesmärkide poole, kui nad tähtsustavad uuendusi ja selle läbi eneseteostust.

Juhi isikuomadustest mängivad muutuste perioodil rolli empaatiavõime ja taktitunne – vahel piisab sõnast, et muuta inimene vastuseisjast poolehoidjaks.

Ettevõtte juhil tuleb arvestada sellega, et normaalse inimese normaalne reaktsioon muutuse suhtes on negatiivne. Inimesed reeglina otsivad elust suuremat kindlust, mitte ei soovi ebakindlust. Muutus on aga seotud ebakindlusega, sest reeglina ei ole lõpptulemus teada, seetõttu on muutuse protsessis edukuse indikaatoriks inimeste toetus.

6. Muudatuse protsess meeskonnatööna

Ettevõtetes omandab järjest suuremat tähtsust meeskonnatöö. Üksikisik ei suuda alati näha probleemi erinevatest vaatenurkadest. Traditsioonilise juhtimise kohaselt teevad juhid otsuseid ja töötajad viivad need ellu. Selline autoritaarne juhtimine on osutunud tulemuslikuks, kui juht on töötajatest pea-jagu targem. Nii suur erinevus oskustes on tänapäeval enamasti mõeldamatu. See, et otsuste väljatöötamisel osalevad töötajad, kes neid ka ise ellu viivad, on meeskonnatöö ilmseim eelis.

6.1. Meeskondade liigid ja ülesanded

Strateegia väljatöötamiseks või probleemide lahendamiseks on võimalik kasutada lihtsalt gruppi inimesi ja küsida nende arvamust, moodustada probleemiga tegelev meeskond või teeb juht otsuse ainuisikuliselt.

Meeskonna moodustamisel tuleb jälgida, et meeskonnaliikmete arv ei saaks takistuseks meeskonna efektiivsusele. Meeskonnad peavad olema nii suured, et nad suudaksid täita neile määratud ülesandeid.

Millistel juhtudel võiks kasutada meeskonnatööd? Meeskonnatööd kasutatakse enamasti juhtudel, kus meeskonnana töötamine annab parema tulemuse kui individuaalne töö.

Meeskonnatööd eelistatakse, kui:

- on vaja paindlikku reageerimist muutuvale keskkonnale;
- on vaja paindlikumat struktuuri, kui on traditsiooniline struktuur;
- on tegemist omavahel läbipõimunud ülesannete täitmisega;
- on vaja muuta «laiska» töökultuuri «õppiva organisatsiooni» kultuuriks;
- on vaja suurendada organisatsiooni üksuste vahelise koostöö efektiivsust.

Meeskonnatööl on ka omad puudused:

- otsustamine võtab märksa rohkem aega;
- mõned grupi liikmed ei pruugi otsust toetada;
- dominantset isikuid võivad otsust mõjutada;

- mõned osavõtjad võivad mitte väljendada oma tegelikku arvamust kartes vastuvaidlemist (18).

Meeskonnatöö kasutamise eeliste puhul tuleb selget vahet teha lihtsalt grupi (ka üksikisiku) tegutsemisel. Meeskond tegutseb ühtsena, grupis tegutsetakse iseseisvalt. Algis Perens ongi toonud välja peamised erinevused grupi ja meeskonnatöö tegemise vahel.

Tabel. 1. Meeskonna ja grupi erinevused Algis Perensi järgi (19)

GRUPP	MEESKOND
Eesmärkide puudus või ähmasus	Eesmärkide selgus, missioon, visioon olemas
Ebaselge orienteeritus tulevikule	Nägemus soovitatavast tulevikust olemas
Teineteise usaldamatus	Usaldusväärsed suhted, positiivne sisekliima
Mina-positsiooni kindlustamine	Rollide jaotus kokku lepitud
Omaette tegutsemine	Vastastikune abistamine, toetamine
Juht otsustab ise	Otsus langetatakse meeskonna arutelu tulemusel
Tunnustuse puudumine	Märgatakse ja tuuakse esile meeskonna saavutusi
Sisemine kommunikatsioon puudub	Hea sisekommunikatsioon
Omavaheline konkureerimine	Omanikustatuse tunnetamine meeskonnaliikmete seas
Lühiajaline kestvus	Pikaajaline kestvus

Nende erinevuste tõttu ei saagi näiteks tavapärasel koosolekutel asjade arutamist pidada meeskonnatööks.

Probleemi olemusest tulenevalt võivad meeskonnad olla (19):

- Käsu ja kontrolli meeskonnad – meeskonnalt oodatakse kooskõlastatud ja ettekirjutatud reageeringut keskkonna muutustele. Otsuseid tehakse reaalajas ja tulemus on kohene;

- Tootmismeeskonnad – tehakse nii strateegilisi kui ka taktikalisi otsuseid. Tulemused on vastavalt kas kohesed või pika-ajalised;
- Teenindusmeeskonnad – klienditeenindajad peavad tegema otsuseid, kuidas reageerida teenindatavate inimeste vajadustele. Tulemuslikkus, võib olla kohene, aga kaudse mõju kestvust saab mõõta aastatega;
- Professionaalsed otsust tegevad meeskonnad – hõlmab mitmesuguseid töö tegemise meeskondi, alates lihtsa toote valmistamise meeskondadest kuni probleemilahendamise meeskondadeni. Meeskonna ülesehitus on tavaliselt heterogeenne. Erinevused organisatsiooni tasanditel (vertikaalne eristumine) ja töötegemise tasanditel (horisontaalne eristumine) võivad olla suuremad kui teistes meeskondades;
- Täidesaatvad meeskonnad – meeskonnad on loodud raskete ja halvasti sõnastatud muutuste elluviimiseks. Tulemuslikkust saab mõõta aastate möödudes, sest vastuvõetud otsuseid viiakse ellu perspektiive arvestades.

Muudatuse planeerimisel ja teostamisel võib meeskonnaliikmetele jagada ülesandepõhised rollid. Näiteks:

- Algataja – teeb ettepanekuid eesmärkide või tegevuste kohta, sõnastab probleemid ja teeb ettepanekuid tööprotseduuride kohta;
- Informeerija – varustab faktidega, esitab arvamusi;
- Koordineerija – kogub kokku omavahel seotud ideed, sedastab ettepanekud, teeb rühmale kaalumiseks otsuse või järelduse;
- Viimistleja – avardab ettepanekuid, pakub näiteid, sõnastab seisukohad, pakub põhjendusi.

Enamus meeskondi on mingil hetkel kaasatud otsuste tegemisse kuid mitte kõik meeskonnad ei osale lõpliku otsuse tegemisel. Nende arvamust küll võidakse küsida, kuid lõpliku otsuse teeb juht. Mõned meeskonnad luuakse probleemi lahendamiseks või teatud organisatsiooni protsessi täiustamise meetodite otsimiseks kuid neile ei pruugi anda võimu otsuste täideviimiseks, eriti siis, kui selleks nõutakse ressursse.

6.2. Meeskonna arengufaasid

Meeskonda määratud isikud, võivad nad jääda üksteisest sõltumatuks ja mitte kunagi muutuda tõeliseks meeskonnaks. Seega meeskonnajuhi väljakutseks on otsustada, kuidas luua efektiivset meeskonda. Et seda teha on vaja aru saada rühma arengufaasidest ja sellest, millised ohud ja võimalused eksisteerivad igas faasis. Meeskonna efektiivsus, püsivus ja stabiilsus on võimalikud vaid siis, kui juht tunneb ja arvestab meeskonna arengu sisemiste seaduspärasustega, aitab meeskonnal liikuda produktiivsete faaside ja koostöö suunas. Meeskonna arengu seaduspärasusi ignoreerides või märkamata jättes kogeb juht ja ka meeskonnaliikmed suuri pingeid, vastuolusid, motivatsiooni langust ja pettumust. Meeskonna arengu seaduspärasuste tundmine aitab juhil paremini käivitada oma meeskonna tööd ja toime tulla erinevate huvide ja konfliktidega meeskonnas ning lõppkokkuvõttes jõuda väiksema aja – ja energiakuluga soovitud tulemuseni.

6.2.1. Sõltuvusfaas

Rühma esimese arengufaasi ajal tutvuvad liikmed üksteisega, meeskonna eesmärgiga ja selle piiridega. Meeskonnaliikmed püüavad avastada vastuvõetavat ja vastuvõetamatut käitumist, samal ajal kui tekib usaldus ja suhted. Seda faasi iseloomustab viisakas tihe suhtlemine ning sage vaikimine. On suhteliselt palju ebakindlust, kahtlusi, isegi kui need ei paista väliselt välja. Meeskonna juhilt oodatakse liikumise suuna selgust. Juhi peamiseks ülesandeks on reeglite ja normide kujundamise algatamine. Juhil on selles faasis piisavalt autoriteeti, et edukalt algatada reeglite väljatöötamist.

Juht peab kokku leppima:

- kuidas üksteist informeeritakse;
- kuidas ja millal viiakse läbi nõupidamisi;
- milliseid töömeetodeid kasutatakse;
- kuidas käitutakse ootamatute olukordade korral;
- millised on iga meeskonnaliikme otsustusõiguse piirid jms.

6.2.2. Konfliktifaas

Selles faasis on meeskond vastakuti lahkarvamustega, sõltumatusega ja konfliktijuhtimise vajadusega. Meeskonnaliikmed võivad üritada mõjutada rühma normide, rollide ja

protseduuride arengut. Esialgu võidakse oma rahulolematust väljendada passiivse vastuseisuga: koostöövalmiduse kahanemine, ülesannete mittetegemine, hiline mine, vaikumine jmt. Hiljem võivad tulla ka aktiivse vastupanu ilmingud: pikad ja teemavälised sõnavõttud, hinnangute andmine jmt. Selles faasis on suur potentsiaal konfliktide ja rühmamõtlemise tekkimiseks. Juhile võib tunduda, et meeskonnaliikmed provotseerivad teda ja juhil võib tekkida soov end kaitsta. Meeskonna edasine areng sõltub nüüd sellest, mil määral laseb juht end kaasa tõmmata destruktii vsesse jõukatsumisse. Meeskond on selles faasis väga halvasti juhitud, produktiivsus on veelgi kahanenud, aktiivsus oluliselt suurenenud, kuid seda rakendatakse võimuvõitluseks, mitte põhitegevuseks. Meeskonna juhid peavad niivõrd kui võimalik keskenduma protsessi täiustamisele, meeskonna saavutuste tunnustamisele ja edukate suhete toetamisele. On oluline, et juht märkab meeskonnaliikmete rahulolematust ja vastuolusid, et ta ei püüa neid vältida ega summutada. Sõltuvusfaasis kehtestatud normid tulevad kasuks ka näiteks vastuolude käsitlemise puhul: tähtis on avatud suhtlemine, oma arusaamade selge väljendamine ja põhjendamine ning partneri seisukohtade kuulamine, kusjuures kuulamine on sama tähtis kui rääkimine. Juhul, kui juht lahendab olukorra autoritaarselt ja jõuliselt, lähtuvalt oma positsioonist, siis võib meeskond taas kalduda sõltuvusfaasi, alistub juhile ja ei tee ise pingutusi ega püüdle tulemuste poole. Samuti võib konflikt süveneda või jääda hõõguma kuini järgmise plahvatuseni.

6.2.3. Eraldumisfaas

Selles faasis muutub meeskond kokkukuuluvamaks ja ühtlasemaks. Üha julgemal räägitakse ootustest ja seisukohtadest. Suureneb ka isikliku vastutuse määr, produktiivsus kasvab, kuna energia suunatakse pigem põhitegevusele. Selles faasis kujundatakse oma seisukoht, mida ei vastandata juhi omaga, vaid kõrvutatakse. Juhi peamine ülesanne selles faasis on lasta kõigil meeskonnaliikmetel väljendada oma positsiooni ja arvamust. Sellega saavutatakse erakordselt tähtis eeldus meeskonna produktiivsuseks, mis võimaldab meeskonnal saavutada seda, mida ei anna ka parimate üksikute saavutuste summa (20). Juhid peavad tagama toetava tagasisideme ja edendama seotust meeskonna visiooni või suunaga. Eriliselt tuleb tähelepanu suunata tagasihoidlikumatele meeskonnaliikmetele, kes muidu võivad jääda tahaplaanile ja see omakorda pidurdab grupi jõudmist koostööfaasi.

6.2.4. Koostööfaas

Selles faasis toimub tööplaanide koostamine, täiustamine. Inimeste käitumine on pingevaba ja avatud, üksteist aktsepteeritakse. Tähelepanu keskpunktis ei ole isik vaid meeskond ning ühiselt lahendatavad küsimused. Lahendusi otsitakse konstruktiivselt, kaaludes erinevaid seisukohti ja alternatiive. Kriitikat tehakse hinnanguvabalt ja ka talutakse hästi. Mõne aja möödudes võib tekkida uus aktiivsuse langus seoses saavutatud rahulolu ja tulemustega. Juhid peavad olema valmis toetama uusi ideid, juhtima nende täide viimist. Eesmärk on hoida meeskonna eesmärgid kooskõlas ettevõtte või organisatsiooni eesmärkidega.

Kõik meeskonnad ei läbi kõiki faase. Mõned meeskonnad võivad alustada eraldumisfaasist või koostööfaasist (nt. liikmed, kes on varem koos töötanud), samal ajal, kui mõned meeskonnad ei pruugi jõuda kaugemale konfliktifaasist. Lisaks ei pruugi meeskonnad liikuda faasist faasi lineaarselt, vaid läbivad pikki stabiilseid sündmustevaaseid perioode vaheldumisi suhteliselt lühikeste perioodidega, mille jooksul toimub tugev edasimineku. Meeskonnad võivad pöörduda tagasi varasemate arengufaaside juurde. Tagasilikumine võib esineda meeskonnale antud uute ülesannete või kohustuste, formaalse või mitteformaalse juhi vahetumise, uue liikme juurdetuleku tõttu, konflikti autoritaarse lahendamise tõttu. Tänu kehtivatele reeglitele ja vahepeal meeskonnas õpitud suhtlemisele läbitakse uus tsükel kiiremini, küpsemalt ja kõrgemal tasemel.

6.3. Meeskonna efektiivsus

Meeskonna toimimist ja tulemuslikkust võib käsitleda meeskonna efektiivsusena. Järgnevalt leiavad käsitlust põhimõtted, mida jälgida, et saavutada meeskonna efektiivsus.

Meeskonna efektiivsust mõjutavad paljud faktorid alates meeskonna suurusest. Suures meeskonnas sagenevad kommunikatsiooni ja koordineerimisprobleemid, seega liiga suur või väike meeskond vähendab tulemuslikkust. Mida rohkem liikmeid meeskonda kaasata,

seda keerukam on kogu protsessi juhtida. Iga osaleja toob endaga kaasa uued signaalid, žestid ja kommunikatsiooni liigid, mida teised peavad tõlgendama ja mõistma.

Oluline on meeskonnaliikmete omavaheline hea läbisaamine. Iga liikme panus väheneb, kui meeskonnas on suhted halvad.

Meeskonnaliikmete mitmekesisus või sarnasus mõjutab seda, kuidas üksikisikud tajuvad üksteist rühmas ja kui hästi nad koos töötavad. See omakorda mõjutab meeskonna tulemuslikkust. Meeskonnaliikmete üldine erisus on soovitatav siis, kui ülesanne on keeruline ja selle täitmiseks on ettenähtud piiratud aeg. Mitmekesisus toob kaasa palju eeliseid, kuna meeskonnaliikmed on erinevate võimete ja kogemustega, samas toob see esile ka rohkem probleeme nagu konfliktide sagenemine või kokkukuuluvuse vähenemine, mis mõjutab tulemust.

Meeskonnale antavate ülesannete mitmekesisus, mida defineeritakse kui igale meeskonnaliikmele võimaluse andmist täita erinevaid ülesandeid, motiveerib tavaliselt meeskonnaliikmeid, sest nad saavad kasutada erinevaid oskusi. Kui meeskonnaliikmed usuvad, et nende töö on märkimisväärsed tagajärgi kas organisatsiooni või huvirühmade jaoks, peaks see ka efektiivsusele kaasa aitama. Ülesande keerukust seostatakse meeskonna omavahelise toimega. Mida keerukam ülesanne, seda suurem on koostöö ja kommunikatsiooni vajadus.

Ülesannete vastastikune sõltuvus viitab seostele ülesannete vahel ehk täpsemalt öeldes, mil määral peavad meeskonnaliikmed üksteisest sõltuma, et efektiivselt töötada.

Meeskonnaliikmete vahelise sõltuvuse võimalused on näiteks:

- Ühendatud vastastikune sõltuvus. See on olukord, kus iga liige annab rühma väljundisse oma panuse ilma omavahelise suhtlemiseta. Kuna iga meeskonnaliige viib lõpule tervikliku ülesande, on meeskonna töötulemuseks individuaalset ponnistuste summa. Meeskonna väljundite koordineerimise suurendamiseks vajatakse standardiseeritud reegleid ja protseduure;
- Järjestikune vastastikune sõltuvus. Meeskonnaliikmetel on erinevad rollid, mida nad täidavad etteantud korra järgi;
- Pöördeline vastastikune sõltuvus. Tihti on meeskonnaliikmed spetsialistid erinevatelt aladelt, seetõttu täiendavad nad üksteist;

- Meeskonna vastastikune sõltuvus. Meeskonnaliikmed töötavad ja lahendavad probleeme koos ühtse meeskonnana.

Väites, et ülesande lahendamiseks moodustatud meeskond on efektiivne, tuleks läbi mõelda millised tunnused iseloomustavad efektiivset meeskonda.

Mc Gregor nimetab efektiivse meeskonna tunnustena järgmist (21):

- Pingevaba “atmosfäär”;
- Vaidlustest võtavad osa kõik ja need jäävad seotuks ülesandega;
- Meeskonnaliikmed saavad eesmärgist ühtmoodi aru ja aktsepteerivad seda;
- Meeskonnaliikmed kuulavad üksteist. Iga idee arutatakse;
- Lahkarvamuste puhul ei väldita neid;
- Otsusele jõutakse üksmeelselt, on selge, et kõik on nõus;
- Kritiseeritakse tihti ja see on otsekohene;
- Inimesed on vabad väljendama oma tundeid ja ideid probleemi ja rühma töö suhtes;
- Tegutsemise korral antakse selged ülesanded ja neid aktsepteeritakse;
- Meeskonnajuht ei domineeri ning meeskonnaliikmed ei allu talle liigselt.

Tulemus, milleni läbi meeskonnatöö jõutakse ning millise ajaga on pöördvõrdelises sõltuvuses meeskonna efektiivsusega. Üks edukas meeskonnatöö kogemus loob aluse antud meeskonna püsivusele ja stabiilsusele ning positiivse suhtumise järgnevatesse projektidesse.

II. MUUTUSE PROTSESS SA TÜK KOPSUKLIINIKU NÄITEL

Käesoleva magistriprojekti üldine eesmärk on analüüsida üht muutuse protsessi eespool toodud teoreetiliste soovitude valguses ning hinnata kehtivust ja rakendatavust muutuste praktilisel juhtimisel.

Muudatus, mida käesolevas töös analüüsitakse, tuleneb SA TÜK juhatuse otsusest 23.04.2002, mis käsitleb kopsukliiniku pulmonoloogia osakonna üleviimist L. Puussepa 8. hoonesse ruumikasutuse optimeerimise eesmärgil.

Sama otsusega on reguleeritud ka kardioloogia kliiniku, spordimediitsiini ja taastusravi kliiniku, anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku ruumikasutuse optimeerimine. Otsus tuleneb Kliinikumi struktuuriüksuste tegevuste optimeerimisest ja üksuste koondamisest Maarjamõisa piirkonna hoonetesse.

Organisatsiooni seisukohast ei pruugi ühe struktuuriüksuse asukoha muutus tuua kaasa suuri probleeme ning selle planeerimiseks ja teostamiseks ei moodustata alati meeskonda. Tervishoiuasutustes on ühe struktuuriüksuse asukoha muutmine väga olulise tähtsusega, kuna struktuuriüksused on oma tegevuse ja aparatuuri tõttu tihedalt seotud. Lisaks tuleb arvestada mitmeid kolimisega seotud riske ümbritsevale keskkonnale.

Järgneva juhtumi analüüsi eesmärk on:

1. kirjeldada ja analüüsida muudatuse protsessi rakendumist praktikas, kus muudatuse strateegideks on kliinikumi juhatus, täideviijateks kopsukliiniku administratsioon (juhataja, direktor) ja muudatuse vastuvõtjateks on kopsukliiniku töötajaskond.
2. teostada organisatsiooni analüüs arvestades kolme erineva alternatiiviga ja hinnata nende erinevate võimalike muudatuste mõju organisatsioonile

Lõppeesmärk on leida analüüsitud alternatiivide hulgast parim variant nii ravitöö kui ka patsientide seisukohast vaadatuna, ennetada muudatusega kaasnevaid probleeme ning leida neile lahendused. Antud muudatus ei tohi saada takistuseks Kliinikumi missiooni

täitmisel - tagada Eesti meditsiini kestmine ja areng läbi kõrgetasemelise integreeritud ravi-, õppe- ja teadustöö (22).

1. Muutuse läbiviimise etapid

Siinkohal leiavad käsitletud muutuse põhjused, muutust kindlustavad ja takistavad tegurid ning muutuse elluviimise protsess.

1.1. Muutuse mõjutegurid ja muutmisvajaduse kujunemine

Muutmise vajadus on tingitud nii välis-, kui sisekeskkonna mõjudest.

2002 aastal ei tasu Haigekassa enam valvete eest ja kallihinnalise aparatuuri amortisatsiooni eest. Sellega tuleb toime tulla Kliinikumi enda eelarvest.

Sellest tulenes vajadus teha strateegilisi otsuseid olemasolevate ressursside efektiivsemaks kasutamiseks, mis tähendas muutusi ravitöös. Kuna võrreldes 2001 aasta I kvartaliga oli statsionaaris ravitud haigete arv vähenenud 11 % (vastavad arvud 2001.a. 11 312 ja 2002.a. 9990 haiget), siis vähendati voodikohti (keskmine voodite arv 2001.a. oli 1230 ja 2002.a. oli 960 voodit), mis omakorda võimaldas koondada ravitegevust erinevates hoonetes (tsentraliseerida Maarjaväljale).

Ebaratsionaalne on ka Riia 167 hoone ruumikasutus. Seoses torakaalkirurgia varasema üleviimisega seisavad ühe korpuse II korruse ruumid tühjalt ning samuti on potentsiaali vähendada kasutatavate ruumide arvu ja ruutmetraaži ka kopsukliinikul.

Kõike eelnevat arvesse võttes tulenebki kulude vähendamise ja ruumikasutuse optimeerimisvajadus.

1.2. Muutmist kindlustavad tegurid

1. Juhatuse korraldus

Juhatuse selge ja ühemõttelise otsuse olemasolu iseenesest kindlustab antud juhul muutuse läbiviimise. Ehki otsus strateegide (juhatuse) poolt pulmonoloogia osakonna üleviimiseks Puussepa 8 hoonesse ja teiste kliinikute üleviimiseks on tehtud täideviijaid kaasamata, on see siiski õigustatud kuna läbirääkimiseks osapooltega (täideviijad ja vastuvõtjad) ei ole piisavalt aega ja samuti on osapooli palju.

2. Kopsukliiniku sisemised soodustavad tegurid

Üheks võtmeteguriks on huvigruppide selge määratlemine. Tuleb selgitada muudatuse suhtes positiivsed, negatiivsed ja neutraalsed huvigrupid.

Tabel 2. Positiivselt meelestatud huvigrupid ja nende argumendid

Huvigrupp	Põhiargument
Juhatus	· optimaalsem ruumikasutus võrreldes senisega · kulude kokkuhoid
Kopsukliiniku administratsioon ja pulmonoloogia osakonna juhataja	· olmetingimuste paranemine · siduserialade lähedus · uued võimalused (turg, diagnostika)
Anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku administratsioon	· olmetingimuste paranemine · tööalase ja sotsiaalse suhtlemise võimalus oma kolleegidega paraneb
Spordimeditšiini ja taastusravi kliiniku administratsioon	· olmetingimuste paranemine · ravitegevuse koondumine erinevatest hoonetest

Positiivses huvigrupis nimetatud toetavad muudatused, kuna selles nähakse kas kulude kokkuhoidu, tingimuste paranemist või uute võimaluste tekkimist.

1.3. Muutmist takistavad tegurid

1. Strateegide (juhatuse) vähene läbirääkimine tädeviijatega

Läbirääkimised osapooltega olid kuid põhjalikum analüüs jäi olemata. Samas osapooltega, kui oma valdkonna kõige pädevamatega muudatuse võimalikkust analüüsides, on võimalik eelnevalt kindlaks teha asjaolud, mis võivad saada takistuseks otsuse rakendamisel. Takistavate asjaolude ilmnemisel tekitab see aga automaatselt vastuseisu muudatuse vastuvõtjate ja tädeviijate poolt.

Näidetena võib siinkohal tuua kaks teemat, mis vajasisid põhjalikumat analüüsi:

1) tuberkuloosahaigete ja HIV positiivsete sobivus ühte korpusesse (nakkusosakond on planeeritud samasse korpusesse tuberkuloosahaigetega). Ohustatud on eeskätt HIV positiivsed tuberkuloosist. Praegu kehtiva seadusandluse alusel ei tohi rakendada ohtlike nakkushaigete sundravi ja seetõttu ei saa keelata haigete liikumist osakonnast välja. Uue nakkushaiguste tõrje seaduse eelnõu § 4 ja 5 reguleerivad nakkushaige tahtest olenematut ravija tahtest olenematu ravi rakendamise tingimusi ja korda (23). Kogu maailmas seoses ravimresistentsete tuberkuloositekitajate poolt põhjustatud haigusvormide sagenemisega ja AIDS-i levikuga prognoositakse AIDS-i ja tuberkuloosi koosesinemise sageduse tõusu (24) (Vt. LISA 2).

2) potentsiaalsete tuberkuloosahaigete sattumine pulmonoloogia osakonda. Uue asukohaga pulmonoloogia osakonnas puudub nõuetekohane ventilatsioon. Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse § 8 lõige 2 alusel, kaitseks töökohas toimivate bioloogiliste ohutegurite eest peab tööandja võtma tarvitusele abinõud, arvestades ohuteguri nakatamisvõimet (25). Lisaks reguleerib seda ka määrus - Bioloogilistest ohuteguritest mõjutatud töökeskkonna töötervishoiu ja tööohutuse nõuded, kus *Mycobacterium Tuberculosis* kuulub 3. ohurühma. 3. ohurühma ohutegurid võivad põhjustada inimese rasket haigestumist, seetõttu ohustavad tõsiselt töötaja tervist; võivad põhjustada nakkusohtu elanikkonnale, kuid nende vastu on olemas tõhusad ennetus- ja ravivahendid (26). Ennetusvahenditeks on alarõhk töökohal ja õhuvahetus läbi filtre. Alarõhk on oluline, et vältida saastunud õhu sattumist üldkasutatavasse koridori. Praegune Eesti Vabariigi seadusandlus – planeerimis- ja ehitusseadus (27) ning ehitusseadus (28), ei reguleeri õhuvahetuse kordi tunnis nakkusosakondades.

Arvestades tuberkuloosijuhtude arvu personali hulgas, on ventilatsioon vajalik. Tuberkuloosijuhtude arv Eesti tervishoiutöötajate hulgas on 1,5 korda kõrgem kui üldpopulatsioonis. Aastatel 1994-1998 oli Eesti tervishoiutöötajate seas 67 tuberkuloosijuhtu (29). Kopsukliinikus oli aastatel 1990-1998 17 tuberkuloosijuhtu.

Ventilatsiooni puudumist ja HIV positiivsete ja tuberkuloosihaigete paigutamist hoone ühte tiiba ei saa käsitleda, kui otseselt muudatust takistavaid tegureid kuid kindlasti on nad muudatuse läbi viimist raskendavad tegurid. Algselt ei olnud planeeritud ehitada autonoomne ventilatsioon pulmonoloogia osakonda ja nakkusosakonda. Hiljem, eriala spetsialistidega konsulteerimise käigus selgus ventilatsiooni ehitamise vajadus ja see pikendas oluliselt kogu planeeritud muudatuse läbiviimist.

2. Kopsukliiniku ja kardioloogia kliiniku töötajate vastuseis

Selgelt väljendunud vastuseis juhatuse otsusele puudus. Algselt esines vastuseis muudatusele kliiniku sees, mis väljendus koostöövalmiduse puudumises või ükskõiksuses muudatuse suhtes (vt. huvigrupid) ning oli eeskätt tingitud muutmisvajaduse mittemõistmisest.

Negatiivses huvigrupis nimetatuid näevad muudatuses ohtu kas osakonna tingimuste halvenemise näol või enda isikust tingituna.

Tabel 3. Negatiivselt meelestatud huvigrupid ja nende argumendid

Huvigrupp	Põhiargument
Pulmonoloogia osakonna juhataja, osa arstkonnast ja keskmeditsiini personalist	· aparatuuri ja personali koormuse võimalik muutumine · harjumus ja traditsioonid · liikumine eri hoonete vahel · omavahelise sotsiaalse suhtlemise häirumine
Kardioloogia kliinik	· tunduvalt kitsamad ruumiolud seoses VI korruse loovutamise ja pulmonoloogia osakonnale

Pulmonoloogia osakonna juhataja on ära toodud nii positiivses kui ka negatiivses huvigrupis, kuna muudatuse erinevatel etappidel on võimalikud erinevad seisukohad muudatuse suhtes kuid ta ei kuulu kindlasti neutraalsesse huvigruppi.

Neutraalses huvigrupis on osa arstkonnast ja keskmeditsiini personalist. Siia huvigruppi kuuluvad need, keda see muudatus puudutab vähem. Näiteks tuberkuloosi osakonna töötajad. Pulmonoloogia osakonna töötajaid puudutab muudatus otseselt, vähem tuberkuloosi osakonna töötajad, samas on nad kaasatud töögruppi, kui nõuandjad tagamaks infektsioonikontrolli.

1.4. Muutuse elluviimine

Selle etapiga algab kopsukliiniku keskastmejuhtide (kliiniku juhataja, direktor, osakonnajuhatajad, ülemõde ja vanemõed) funktsioon antud muudatusprotsessis. Organisatsiooni analüüsi, milles oleks arvestatud ka kopsukliiniku arengut, enne otsuse vastuvõtmist ei tehtud. Visioon üldjoontes oli ette antud (see puudutas erinevate kliinikute ja osakondade liikumisskeeme), täpse plaani loomine delegeeriti kopsukliiniku juhtkonnale ehk täideviijatele. Muudatuse mõjude täpne kirjeldamine, mida antud muudatus kopsukliiniku ja patsientide jaoks kaasa toob jäi muudatuse elluviimise etappi. Olukorra hindamiseks, täpse visiooni loomiseks ja probleemide ennetamiseks moodustati töögrupp.

Muutuste läbiviimiseks püüdis töögrupp leida järgmisi võimalusi:

- tugevdada positiivse huvigrupi toetust – kaasata neid koostöösse, tunnustada osalemise eest plaanide kavandamisel;
- kaasata ja positiivselt häälestada neutraalseid huvigruppe – näidates lahendusi läbi nende isikliku kasu (remonditud ruumid, toitlustus);
- negatiivse huvigrupi vastuseisu vähendamine – selgitustöö ja argumentide kummutamine, analüüsides koos võimalikke lahendusi, uute võimaluste demonstreerimine (siduserialade lähedus, turu laienemine, paremad töötingimused).

2. Organisatsioonikultuur ja muutuse mõju indiviidi tasemel

Organisatsioonikultuuri elementidena kopsukliinikus leiavad käsitlemist administratsiooni juhtimisstiil ning töötajate initsiatiiv, -motivatsioon ning -väärtused.

Vaadeldakse ainult üht peamist juhtimisdimensiooni – autokraatsus –demokraatlikkus. Tuleb mõnda, et juhtimisstiili kopsukliinikus võib nimetada “osaliselt demokraatlikuks”. Reeglina osakonnajuhatajaid kaasatakse otsustusprotsessidesse, arstkonda kaasatakse vähe. Võimalik, et see on üks põhjusi, miks individuaalset initsiatiivi arstkonna poolt on vähe.

Töötajate materiaalne motiveerimispoliitika seisneb peamiselt lisatasude maksmises. Makstakse teise töötaja asendamise eest ja töö intensiivsuse eest. Viimase puhul puuduvad selged kriteeriumid, mille alusel seda tehakse. Edaspidi on vajalik välja töötada tulemustasu kriteeriumid, mis aitaksid lisatasude maksmist konkretiseerida. Muid materiaalseid motivaatoreid (soodustused töötajatele) ei rakendata, kuna nende rakendamine on seotud erisoodustus maksuga. Mitterahalisteks motiveerivateks faktoriteks on tunnustus ja tagasiside tehtud töö kohta. Seega ei toeta motiveerimissüsteem muutusi kuid pole neile ka otseselt takistuseks.

Väärtusteks on näiteks loovus, saavutusvajadus ja kvaliteet. Kui enne käesolevat muudatust ei osatud meeskonnatööd väärtustada, siis antud muudatuse peamine mõju seisnes selles, et töötajad väärtustasid meeskonnatööd.

Indiviidi tasemel olid muutusele vastuseisu põhjused tingitud muudatuse vajaduse mittemõistmisest ja isiklikest huvidest: personaalne ebamugavus, ebakindlustunne, hirm kaotada töökoht.

Kriisisituatsioonid toovad välja organisatsiooni nõrgad küljed, planeerimise ja infovahetuse puudujäägid, ent annavad võimaluse vigadest õppida ja tõuke olukorra muutmiseks. Käesoleval juhul võib väita, et antud muudatuse planeerimine õpetas eeskätt hindama infoliikumise olulisust ja meeskonnaööde mille näol tekkis organisatsioonis uus väärtus.

3. Muutuse protsess meeskonnatööna

Nagu eespool selgus, omistatakse meeskonnatööle tänapäeva juhtimisteoorias suurt rolli. Järgnevalt käsitletakse meeskonna moodustamise põhimõtteid, ülesandeid ja arengufaase.

3.1. Meeskonna moodustamine ja ülesanded

Muudatuse täpse plaani koostamiseks moodustati meeskond. Meeskonna moodustamisel püüti vältida meeskonna liikmete arvu rohkest kuna liiga suur meeskond vähendab tulemuslikkust ja keerukam on kogu protsessi juhtida, samas arvestati nii osakondade esindatusega, kui ka õendusala esindatusega. Eesmärgiks seati peale statsionaari ja ambulatoorse töö spetsiifika täpne tundmine (aparatuur, mida kasutatakse nii ambulatoorsete kui statsionaarsete haigete jaoks). Vajadusel kaasati üksikute küsimuste lahendamiseks lisaliikmeid, kes kõikidel aruteludel ei osalenud. See välistas meeskonna liiga suureks muutumise, samas andis lisainformatsiooni ja arvamusi ning aitas tagada laiemat osalemist.

Kuna meeskonna moodustamisel peeti oluliseks, et kopsukliiniku tegevusvaldkonnad oleksid mitmekülgsest esindatud, siis moodustus meeskonda järgmiselt: kopsukliiniku juhataja, direktor, ülemõde, pulmonoloogia osakonna juhataja ja pulmonoloogilise ambulatoorse vastuvõtu arst. Vajadusel kaasati aruteludele ka tuberkuloosi osakonna juhataja, pulmonoloogia osakonna vanemõde ja riikliku tuberkuloositõrje programmi juht.

Pulmonoloogia osakonna vanemõde liitus meeskonnaga siis, kui ruumide paigutuse osas oli üldpilt olemas. Samuti ei võtnud ruumide paigutuse määratlemise etapist osa tuberkuloosi osakonna juhataja, küll aga küsiti temalt nõu isolaatorite arvu osas ning kuna ruumiprogramm oli arutlusel kopsukliiniku korralistel koosolekutel, siis panus otsustusprotsessi oli pidevalt tagatud. Tuberkuloosi tõrje programmi juhi liitumine meeskonnaga ei olnud esialgselt planeeritud, see toimus alles siis, kui hakkas juba reaalne remondiks ettevalmistus, et rääkida ventilatsiooni probleemidest.

Töögrupi ülesanded:

1. Organisatsiooni analüüs ja alternatiivsete võimaluste välja selgitamine;
2. Lahendusvariantide üldine analüüs, hindamine ja tulevikulahenduste pakkumine;
3. Keskendumine konkreetsele planeeritavale muudatusele;

Töögrupi moodustamisel ei järgitud selget rollide jaotust (vt. Lk.33) kuna selleks puudus otsene vajadus. Üldjoontes võib välja tuua kaks põhi rolli:

- 1) koordineerijateks olid peamiselt kliiniku juhataja ja direktor, samuti kommunikatsioon juhatuse ja meeskonna vahel toimus eeskätt läbi kliiniku juhataja ja direktori;
- 2) informeerijate rolli täitsid reaalselt kõik meeskonnaliikmed, kuna kõigil oli esitada fakte ja ettepanekuid.

Konkreetsimatest ülesannetest võib ära märkida järgmist:

1. Õendus- ja hooldustegevust puudutavate küsimuste ja planeeringute eest vastutas peamiselt ülemõde ja pulmonoloogia osakonna vanemõde;
2. Pulmonoloogia osakonna juhataja koostada oli ruumidele esitatavad nõuded (millistes on kindlasti vajalik ventilatsioon, mitu hapniku kohta peab palatis olema, õe väljakutse süsteem);
3. Ambulatoorse vastuvõtu arsti ülesandeks oli esitada andmed tuberkuloosihaigete sattumise kohta pulmonoloogia statsionaari ja vastuvõttu;
4. Direktori ülesandeks oli muretseda hoonete korpuste plaanid (nii L.Puussepa VI korrus kui ka perspektiive arvestades II korrus), paika panna osakonna üldised piirid koostöös anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku direktoriga (planeeritud paiknema F korpuse ühel korrusel), selgitada seadusandlusest tulenevaid normatiive haiglaruumide kohta, planeerida vajadusel kokkusaamised strateegiatega ning jälgida remonditööde teostamist;
5. Ambulatoorse vastuvõtu arsti ja direktori koostöös koostati ka ruumide detailplaneering II korruse ambulatoorse vastuvõturuumide koondamiseks I korrusele,

mis ei ole küll otseselt seotud pulmonoloogia üleviimisega ja juhatuse otsusega (vt.lk.33) kuid on seotud Riia 167 hoone ruumide senisest optimaalsema kasutamisega.

Konkreetseid ülesandeid alati otseselt ei jagatud vaid meeskonnaliikmed tegutsesid probleemide analüüsimisega paljuskü iseseisvalt vastavalt oma ametialastele võimalustele ning vastavaid tulemusi või ettepanekuid analüüsi koosolekul.

Töömeetoditena olid kasutusel korralised koosolekud üks kord nädalas, vajadusel kaks korda nädalas.

3.2. Meeskonna arengufaasid

Meeskond oma arengus ei läbinud kõiki etappe (vt. Lk.34-36) kuna paljud meeskonna liikmetest kuuluvad ka kopsukliiniku nõukokku (kliiniku juhataja, direktor, ülemõde, ja osakonnajuhatajad), kes enamasti saavad probleemide lahendamiseks või informatsiooni vahetamiseks kokku kliiniku iganädalasel koosolekul, siis arengufaasid, mida meeskond läbis, olid ajaliselt lühikesed. Kuna meeskonnaliikmed ei ole strateegid vaid muudatuse täideviijad ning arvestades, et meeskond koosneb indiviididest kelle jaoks ikkagi tekib esmalt küsimus: "Miks muuta?", siis võib öelda, et sõltuvusfaas siiski esines, kuigi hõlmas praktiliselt esimest koosolekut.

Konfliktifaasi ei läbitud, sest ei esinenud passiivset ega aktiivset vastupanu ning koostöövalmiduse vähenemist ei täheldatud.

Eraldumisfaasi jõuti kiiresti ning nagu eespool on kirjeldatud, tegutseti probleemide analüüsimisel palju iseseisvalt.

Koostööfaas oli konkreetse meeskonna jaoks peamine ja ajaliselt kõige pikem.

Kokkuvõtteks võib öelda, et võib öelda, et eksisteeris efektiivne meeskond kõikide vastavate tunnustega (vt. Mc Gregory efektiivse meeskonna tunnused lk. 38).

4. Erineva tasandi juhtide rollid muudatuse protsessis

4.1. Juhatus

Otsuse vastuvõtmise järgselt loodi konsulteerimiseks eriala spetsialistidega vastav “murede ärakuulamise” töögrupp, millest võtsid osa divisjoni juhid ja kliinikute juhatajad või osakonnajuhatajad, keda planeeritav muudatus puudutas. Töögrupp kohtus kolmel korral. Kokkusaamiste eesmärk oli anda osapooltele võimalus muudatustega seonduvaid probleeme välja öelda. Järgnes koostöö kliinikutega. Seega juhatuse poolt loodi üldine visioon ja näidati edasimineku suunad ning toetati muudatuse ellu viimist. Juhatus võttis sellega mitte otsustava rolli vaid üsna demokraatliku “pehme” rolli. Sellest oli ühtlasi palju abi pingete maandamiseks ning info viimisel juhatusse.

4. 2. Kopsukliinik

Täpse plaani loomine, muudatusest tulenevate probleemide välja selgitamine jäi kopsukliiniku juhtide (juhataja ja direktor) koordineerida. Juhtide ülesandeks oli muudatuse elluviimisega seotud küsimustega tegeleva meeskonna moodustamine ja koordineerimine, huvigruppide määratlemine ja isikute kaasamine, kes otseselt ei ole võimupositsioonil (arstid, õed) ning pidev sündmuste käigust informeerimine. Seega võib öelda, et tagati infoliikumine organisatsioonis nii vertikaal- kui ka horisontaaltasandil.

5. Organisatsioonianalüüs - alternatiivsed võimalused

Pulmonoloogia osakonna üleviimise otsusega seoses on vajalik arvestada mitmeid töökorralduslikke aspekte, analüüsida ja hinnata muudatusega kaasnevaid võimalusi ja probleeme. Juhatuse visioon on üsna vähedetailne paljudes töökorralduse olulistest etappides. Kuna nende korraldamise võimalusi on mitmeid, siis arutati juhatuse liikmetega ka ambulatoorse vastuvõtu üleviimist L. Puussepa 1a (kuigi hetkel puudub üleviimiseks vajalik vakantne pind) või perspektiivis L. Puussepa 8 asuvasse hoonesse. Meeskond leidis kolm alternatiivi, mille peamine erisus seisnes erinevate struktuuriüksuste üleviimises.

Tabel 4. Võimalikud kolm alternatiivi struktuuriüksuste kolimiseks

Alternatiiv 1	Alternatiiv 2	Alternatiiv 3
Pulmonoloogia statsionaar ja ambulatoorne vastuvõtt kolivad ühte hoonesse	Kolib ainult pulmonoloogia statsionaar	Pulmonoloogia statsionaar ja ambulatoorne vastuvõtt kolivad erinevatesse hoonetesse

Selline alternatiivide analüüs on väljakutse ning läbi intellektuaalse tegevuse muutub planeeritav muutus ka meeskonnale atraktiivseks. Strateegidele on ka välja pakutud detailne joonis ruumide paigutuse ja arvulise vajaduse kohta Puussepa 8 asuva hoone II korrusel, sest pretendent sellele pinnale on mitmeid ning juba nüüd välja pakutud lahendused võivad tulla kasuks hilisema otsustusprotsessi mõjutamisel. Alternatiivide hindamiseks on teostatud kolme erineva alternatiivi analüüs. Analüüsi meetodina on kasutatud SWOT-analüüsi ja majanduslikku hindamist.

SWOT-analüüsi hindamisel tasub esitada järgmised küsimused:

1. Kas on tugevusi, mida saab veelgi tugevdada?
2. Kas nõrkused teevad organisatsiooni kergesti haavatavaks (nõrgestavad)? Millist nõrkust saab muuta tugevuseks?
3. Milliste võimaluste realiseerimiseks on organisatsioonil olemas ressursid?
4. Millised ohud teevad enim muret, kuidas ja kas üldse on neid võimalik mõjutada?

5.1. Alternatiiv 1

Pulmonoloogia osakonna statsionaar ja ambulatoorne vastuvõtt viiakse üle L. Puussepa 8. paiknevasse hoonesse ja tuberkuloosi osakond jääb paiknema Riia 167 hoonesse.

Tabel 5. Alternatiiv 1. kokkuvõte

TUGEVUSED	NÕRKUSED
1. Olmetingimuste paranemine 2. Kulude kokkuhoid 3. Ühtne diagnostiline baas 4. Ühtne patsientide koolituse süsteem	1. Raskete haigete ambulatoorsele vastuvõtule pääsemine raskendatud hoone ehituslike iseärasuste tõttu 2. Tuleviku ebamäärasusest tulenev personali ebakindlus 3. Administratsiooni paiknemine pulmonoloogia osakonnast eraldi 4. Õppetöö korraldamise muutus 5. Kopsukliiniku ajalugu ja traditsioonid 6. Personali omavaheline suhtlemine on häiritud
VÕIMALUSED	OHUD
1. Siduserialade lähedus 2. Erakorralise meditsiini osakonna (EMO) lähedus 3. Turu laienemine 4. Röntgenpilt elektroonsel kujul 5. Võimalus teostada I faasi kliinilisi uuringuid	1. Infektsioonikontrolli nõrgenemine 2. Võimalik transpordikulude tõus 3. Võimalikud koostööprobleemid siduserialadega 4. Röntgenoloogiliste uuringute kvaliteet, IT nõrkusest tulenevalt röntgenpiltide failid ei avane

SWOT-analüüs on esitatud kokkuvõtvalt tabelina ja tabeli järel põhjalikumalt lahti seletatud.

Tugevused

1. Olmetingimuste paranemine. Patsientide olmetingimuste paranemine. Praegused palatid ei vasta enam sanitaar- ja hügieeninõuetele, enamuses palatites on remonti tehtud 1978 aastal. Olukorra parandamiseks oleks majandusteenistuse kalkulatsioonide põhjal vajalik vähemalt 260 000 krooni. Lähiaastatel ei ole ette näha sel määral eelarvelisi vahendeid osakonna remondiks.

Riia 167 hoones on pulmonoloogia osakonnas kasutusel järgmised palatid:

1 ühekohaline palat

3 kahekohalist palatit

4 neljakohalist palatit

L. Puusepa 8 hoones saavad patsientide jaoks olema ainult kahekohalised palatid, seega rohkem privaatsust.

Patsientidel saab olema võimalus kasutada lisateenuseid nagu kohvik, ajalehtede ostmisvõimalus, mida praeguses hoones ei ole.

Personali olmetingimuste paranemine, eeskätt sellest aspektist, et tekib võimalus einestada (praeguses hoones seda võimalust ei ole).

2. Kulude kokkuhoid. Ruumiprogrammi optimeerimine ning seeläbi halduskulude kokkuhoid. Praegu on pulmonoloogia osakonna ruumikulud 979 000 krooni aastas (LISA 3 Tabel 1.). Ruumikulude kokkuhoid statsionaari üleviimisel oleks ~71 000 krooni aastas (käesoleval aastal ~36 000 krooni). Ambulatoorse vastuvõtu ja uuringukeskuse puhul (1 arstiruum, 1 personaliruum, 2 uuringuruumi) oleks kokkuhoid ~173 600 krooni aastas. Kokkuhoid pulmonoloogia osakonna puhul tervikuna oleks ~240 000 krooni aastas (LISA 3 Tabel 2.).

Lisaks ruumiprogrammi optimeerimisele vähenevad ka valvekulud. 2002.aasta algul oli tunnitasu 25 kr/h ning aastased valvekulud olid 201 000 krooni aastas. Alates 01.04.2002. tõusis tunnitasu hind 41,50-le kr/h ja see tähendab lisakulu valvetele ~146 200 krooni

aastas. Selleks ajaks oli 2002. aasta eelarve aga vastu võetud ja nende kulude katmisega tuleb kinnitatud eelarve piires toime tulla.

Osakonna uues asukohas tuleb hakata rakendama pulmonoloogi väljakutsevalvet. Arvestades valmisolekutasuks 30 % baaspalgast ja 50 % tunnitasust konkreetsete tööülesannete eest. Pulmonoloogi väljakutsevalve on vajalik seetõttu, et tuberkuloosi osakond on valvega katmata. Lisaks saab arvestada anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku arstidega, kes paiknevad samal koridoril ja kes vajadusel öösel lahendavad ka pulmonoloogia osakonna patsientidel ettetulevaid probleeme. Valvekulud arvestusega suvel pilootprojektina on 30 % tunnitasust (41,50.-) , on ~8700 krooni kuus, koos sotsiaalmaksuga ~11 000 krooni kuus.

3. Ühtne diagnostiline baas. Ambulatoorse vastuvõtu paiknemine statsionaari lähedal võimaldab kasutada ühist diagnostika baasi: spirograafia, bronhoskoopia, röntgen. Nimetatud diagnostika meetodite dubleerimine erinevates hoonetes oleks majanduslikult ja arstiabi kvaliteedi seisukohalt ebaotstarbekas. Ühtne diagnostiline baas tagab ka eeskätt spirograafide optimaalse koormamise, uuringute vajaliku mahu ja kvaliteedi.

4. Patsientide koolitus. Käesoleva aasta mai kuus hakkas taas toimuma astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega haigete esmane ja regulaarne koolitus, mis puudutab nii inhaleeritavate ravimite tarvitamise tehnikat, hingamistehnikat, abivahendite kasutamist kui suitsetamisest loobumise individuaal- ja grupikoolitust. Ambulatoorse vastuvõtu ja statsionaari paiknemine ühes hoones võimaldab kasutada sama ruumi ja koolituse läbiviijat.

Nõrkused

1. Raskete haigete ambulatoorsele vastuvõtule pääsemine raskendatud ehituslike iseärasuste tõttu. Planeeritav ambulatoorne vastuvõtt paikneb II korrusel, kuhu viib ainult trepp. Kroonilise obstruktiivse kopsuhaigusega patsiendid sageli ei jõua treppidest käia, sest tekib tugev hingeldus ja õhupuudus. Kuna üheks peamiseks diagnostikameetodiks pulmonoloogia erialal on pilt diagnostika, siis selleks, et patsient pääseks röntgenisse, tuleb läbida eelnevalt pikk koridor, seejärel minna trepist I korrusele ja kõndida koridori lõpus paiknevasse röntgenisse. Röntgen tehtud, tuleb läbida sama teekond vastuvõttu tagasi. Teekonna pikkus kokku on ~ 400 meetrit, juba nimetatud põhjusel võib see patsiendile osutuda väga raskeks teekonnaks. Lahendust sellele probleemile on oodata

ambulatoorse vastuvõtu üleviimisega kuni on tagatud patsientide liikumist kergendavad tingimused. See tähendaks lifti ning traumapunkti röntgeni kasutamise võimalust.

2. Tuleviku ebamäärasusest tulenev personali ebakindlus. Personal võtab muudatust kui ajutist lahendust kuna on võimalik, et perspektiivis paiknevad ambulatoorne vastuvõtt ja pulmonoloogia statsionaar ühes hoones.

3. Administratsiooni paiknemine pulmonoloogia osakonnast eraldi. Nn. "jooksvate küsimuste" lahendamine saab olema probleemsem ja aeganõudvam. Väheneb otse suhtlemise võimalus. Lahendusena sellele probleemile on vajalik juhtimisskeemi täpne läbitöötamine. Muutunud olukorra algperioodil on vajalik administratsiooni senisest aktiivsem sekkumine, samuti tuleb määrata kliiniku nõukogu kokkusaamise koht, kuidas tagada tööks vajaliku info edastamine ning haigusjuhtude arutelud. Korrigeerida tuleb koosolekute praktikat.

4. Õppetöö korraldamise muutus. Pulmonoloogia õppetöö tuleb üle viia sinna, kus asub õppetöö baas, seega õppetool tuleb üle viia koos pulmonoloogia osakonnaga Puussepa 8 hoonesse. Tuberkuloosi osa õppetööst jääb toimuma endiselt Riia 167 hoones. Õpetööks vajalike ruumide planeerimine eeldab koostööd haldusteenistusega.

5. Kopsukliiniku ajalugu ja traditsioonid. Mõistmaks paremini probleemi olemust - miks muuta, kuidas võib ajalugu ja tänapäev mõjutada planeeritavat muudatust, selleks on vajalik ülevaade kopsukliiniku ajaloost ning lähimineviku sündmustest (LISA 4).

Kolimisega seotud ebameeldivusi ei saa arvestada ainult personali vaid ka patsientide seisukohast. Patsiendid teavad, et kopsukliinik asub Riia tänaval, nad on harjunud siia käima ning nad teavad, kus asub nende raviarsti vastuvõtu kabinet. Patsientides tekitab segadust seegi, kui nende raviarsti kabineti asukoht on muutunud, rääkimata kogu seni toimunud süsteemi muutumisest. Seetõttu on vajalik patsientide varajane teavitamine asukoha muutusest. Statsionaarsele ravile tulevatele patsientidele see üldjuhul ei rakendu, kuna 95 % (2001 a. andmetel) patsientidest on erakorralised. Ambulatoorsel ravil käivaid patsiente saab muutusest teavitada ja võimalusel anda ka täpsed koordinaadid kuidas ja kuhu tulla (bussiliiklus, kabinetide asukoht). Lisaks tuleb muutusest teavitada ka ajakirjanduse vahendusel ning vastav teave tuleb panna ka kliinikumi koduleheküljele.

6. Personali omavaheline suhtlemine häiritud. Tulenevalt osakondade eraldi paiknemisest katkestab muudatus pulmonoloogia osakonna personali mitteformaalse kommunikatsiooni tuberkuloosi osakonna ning ambulatoorset vastuvõttu teostava personaliga.

Võimalused

1. Osakonna paiknedes Puussepa 8 hoones on positiivne siduserialade lähedus. See on oluline nii arstide seisukohast, kelle jaoks paraneb koostöö- ja konsulteerimisvõimalus, kui ka patsientide seisukohast vaadatuna, kelle jaoks võiks tähendada see tervishoiuteenuse kvaliteedi paranemist. Peamised pulmonoloogia siduserialad on torakaalkirurgia, anestesioloogia ja intensiivravi ning kardioloogia. Praegu asub pulmonoloogia osakonnaga (paikneb III korrusel) ühes majas vaid anestesioloogia ja intensiivravi osakond (paikneb I korrusel). Uue võimalusena hakkavad nimetatud osakonnad mõlemad paiknema VI korrusel ning lisaks sellele ühel koridoril. Kardioloogia jääb paiknema sama korpuse V korrusel ning torakaalkirurgia kõrvalkorpuse IV korrusel.

2. EMO lähedus. Pulmonoloogia osakonna paiknemisega L.Puussepa 8 hoones kaob vajadus erakorraliste haigete vastuvõturuumi järele, kuna patsiendid saavad EMO-sse, seega ei ole otsest vajadust pulmonoloogi valveks kohapeal ja vastava vastuvõturuumi jaoks. Ambulatoorse vastuvõtu paiknemisel L.Puussepa 8 hoones tekiks ühtne röntgenarhiiv, spirograafia arhiiv ning ambulatoorsete haiguslugude käepärasus EMO vahetus läheduses, mis võimaldaks paremini korraldada raske ägeda astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse ägenemistega patsientide ravi. EMO-s töötavatele arstidele oleks patsiendi eelnev haiguskäik kiiresti kättesaadav ning patsiendi seisukohast on oluline turvatunne ja teadmine, et tema haigusest ja varasemast ravist ollakse teadlikud.

3. Turu laienemine. Suureneb võimalus müüa pulmonoloogilisi teenuseid. Näiteks spirograafia potentsiaalne klient on kardioloogiakliinik. Teenus nõustamine suitsetamisest loobujatele, võiks saada laiema huvi osaliseks, kuna suitsetamine on ka kardiovaskulaarsete haiguste üks riskiteguritest.

4. Röntgenpilt elektroonsel kujul. Pulmonoloogia osakonna paiknemisel Puussepa 8. hoones tekib võimalus arhiveerida röntgenpilte CD-l, see on mugav eeskätt korduvpatsientide vastuvõtul dünaamika hindamisel. Perspektiivis hoiaks see kokku ka arhiveerimiseks vajalikke ruumi- ja hoiuriulite kulusid.

5. Võimalus teostada I faasi kliinilisi uuringuid. Üheks töösuunaks lisaks igapäevasele ravitööle on olnud ka kliiniliste ravimuringute läbiviimine. Teadusuuringute põhisuundadeks on olnud epidemioloogilised ning astma ja kroonilise obstruktiivse kopsuhaiguse ravi ja diagnostika kontrolluuringud. Uuringutega on seotud kõik põhikohaga ambulatoorses vastuvõtul töötavad arstid. Koos kolme täiskohaga uuringuõe ning uuringuassistendiga on formeerunud funktsioneeriv üksus kliiniliste uuringute läbiviimiseks. Ambulatoorse vastuvõtu ja statsionaari paiknemisel ühes hoones ning intensiivravi lähedus võimaldab edaspidi planeerida ka I faasi kliinilisi ravimuringuid.

Ohud

1. Infektsioonikontrolli nõrgenemine. Uuringuvõimaluste vähenemisega (bronhoskoopia) Riia tänava hoones suureneb tuberkuloosikahtlaste ja diferentsiaaldiagnostiliste juhtude hospitaliseerimine pulmonoloogia osakonda. See tähendab ohtu teistele hoones liikuvatele patsientidele, külastajatele ja personalile.

Näiteks 2001 aasta andmetel sattus kõikidest statsionaarsele ravile määratud tuberkuloosi haigetest 2,1 %-i pulmonoloogia osakonda.

Tabel 6. Tuberkuloosihaigete pulmonoloogia osakonda sattumise % 2001.aasta andmetel

	Pulmonoloogia statsionaar	Pulmonoloogia amb.vv.
% kõikidest haigetest	2,1	0,8

Infektsioonikontrolli tõhustamiseks tuleb koostöös Kliinikumi infektsioonikontrolli komisjoniga teha riskianalüüs, välja töötada haigete liikumise skeemid, infektsioonikontrolli meetmed bronhoskoopiliste, radioloogiliste ning funktsionaalsete uuringute tegemiseks võimaliku tuberkuloosiga haigel. Uurimisvõimaluste vähenemisel

tuberkuloosi osakonnas suureneb tuberkuloosikahtlaste diferentsiaaldiagnostiliste juhtude hospitaliseerimine pulmonoloogia osakonda, seega oleks osakonnas vajalik kaks isolaatorit tuberkuloosi kahtlusega haigetele.

Ambulatoorseks vastuvõtuks peab olema tagatud hästiventileeritud koridor ja vastuvõtu kabinetid. Otstarbekas oleks koridori ühe kabineti arvelt laiemaks ehitada.

Bronhoskoopia kabineti asukoht peab olema osakonna alguses ning eraldatud osakonnast täiendavate ustega, põhjusel, et enamus bronhoskoopia protseduuridest teostatakse ambulatoorsetel patsientidel ja vältimaks ambulatoorsete patsientide ja potentsiaalsete tuberkuloosi haigete ekslemist osakonnas.

Probleem on L.Puussepa 8 hoone VI korrusel ventilatsiooni puudumine (torud on olemas, aga ei funktsioneer). Arvestades töötajate ja teiste patsientide ohutusega on vajalik, et toimiks õhuvahetus. Praeguses tuberkuloosi osakonnas on see 1,5 korda tunnis, ventilatsioon on ehitatud maksimaalne arvestades olemasolevaid võimalusi.. Eestis vastavad ventilatsiooninõuded nakkusosakonnale puuduvad ja kokkuleppel tagatakse osakonnale autonoomne ventilatsioon, samuti lepiti kokku õhuvahetus 3 korda tunnis bronhoskoopia kabinetis ja sellega seonduvates ruumides, samuti isolaatorites ning 2 korda tunnis rögakogumis ruumis ja protseduuriruumis.

2. Võimalik transpordikulude tõus. Transpordi-kulud võivad tõusta koostöövajadusest tingituna seetõttu, et administratsioon paikneb eraldiasetsevas hoones (kliiniku nõukogu koosolekud, ambulatoorsed vastuvõtud).

3. Võimalikud koostööprobleemid siduserialadega. Koostöös anestesioloogia ja intensiivravi kliinikuga ning spordimediitsiini ja taastusravi kliinikuga tuleb lahendada valvete teostamine ja ühiselt kasutatavate ruumide kulude katmine.

4. Röntgenoloogiliste uuringute kvaliteet. Röntgenpiltide kvaliteet sõltub nii aparatuurist, röntgenlaborantide kvalifikatsioonist, kui ka radioloogi kompetentsusest pildi kirjeldamisel. Sama kvaliteetseid röntgenülesvõtteid ei ole võimalik Puussepa 8. hoones asuva aparatuuriga teha. Digitaalaradiograafiline röntgenpilt ei võimalda vajalikku peendiagnostikat. Protseduurid, mis toimuvad Rõ- kontrolli all, neid saaks edaspidi teha ainult CT kontrolli all, mis on kulukam meetod ja kiirguskoormus on samuti suurem.

Kuna Riia 167 hoonesse on planeeritud ka taastusravi ja nakkushaigused (tuberkuloosi osakond ja ambulatoorne vastuvõtt jäävad samuti), siis röntgen jääb samuti sellesse hoonesse alles.

5.2. Alternatiiv 2

Pulmonoloogia statsionaar viiakse üle L. Puussepa 8. paiknevasse hoonesse ning ambulatoorne vastuvõtt ja tuberkuloosi osakond jäävad paiknema Riia 167 hoonesse.

Tabel 7. Alternatiiv 2. kokkuvõte

TUGEVUSED	NÕRKUSED
1. Ruumikulude kokkuhoid 2. Kvaliteetsed röntgen pildid 3. Jäävad ära ambulatoorse vastuvõtu kolimisega ja kohanemisega seotud ebameeldivused	1. Aparatuuri dubleerimine ja ebaratsionaalne kasutamine 2. Ühine spirograafia- ja röntgenarhiiv muutub pulmonoloogia osakonnale kättesaamatuks 3. Osakonna juhataja vastutusalas olevad üksused on eraldiasetsevates hoonetes 4. Arst – õppejõudude tegevus toimub kahes eraldiasetsevas hoones
VÕIMALUSED	OHUD
1. Uuringukeskuse arendamine	1. Infektsioonikontrolli nõrgenemine 2. Vajalikud investeeringud ruumidesse 3. Võimalik personali koolituse vajadus 4. Võimalik transpordikulude tõus

Tugevused

1. Ruumikulude kokkuhoid. Vajalik on vaadata üle praeguste ambulatoorse vastuvõturuumide kasutus. Praegused ambulatoorse vastuvõtu ruumikulud on 436 690 krooni aastas (LISA 3 Tabel.1). Pulmonoloogia osakonna üleviimine võimaldab loobuda erakorraliste patsientide vastuvõturuumist kuna neid patsiente hakkab teenindama EMO ja bronhoskoopia kabinetist. Sellega seoses tekib võimalus vähendada kulusid kahe vastuvõtukabineti arvelt ning 25 % koridoripinna arvelt, viies ambulatoorse tegevuse üle I korrusele (hetkel toimub ambulatoorne vastuvõtt nii I kui II korrusel). See annab

kokkuhoiu ~137 100 krooni. Arvestades siia ka statsionaari üleviimise on kokkuhoid tervikuna ~202 000 krooni aastas (LISA 3 Tabel.2).

2. Kvaliteetsed röntgenpildid. Röntgenpilti kirjeldavad radioloogid, kellel on kopsupildi hindamise ja kirjeldamise kogemus.

3. Jäävad ära ambulatoorse vastuvõtu kolimisega ja kohanemisega seotud ebameeldivused. Patsiendid on harjunud käima ambulatoorsesse vastuvõttu Riia 167 hoonesse ning hoolimata planeeritud teavitamisest ajalehes tekitaks see algul patsientides segadust. Arvestades kopsukliiniku ajalugu ja stabiilsuse vajadust arstkonna hulgas on kolimine kindlasti igapäevatööd häirivaks asjaoluks.

Nõrkused

1. Aparatuuri dubleerimine ja ebaratsionaalne kasutamine. Pulmonoloogia osakonna ja ambulatoorse vastuvõtu paiknemine eraldiasetsevas hoonetes tähendaks funktsionaalse diagnostika aparatuuri dubleerimist. Arvestades, et 80 % uuringutest tehakse ambulatoorselt (aastal 2001 tehti 4020 uuringut, neist ambulatoorselt 3245), jääks statsionaaris paiknev spirograaf vähe koormatuks ning pikemas perspektiivis kannataks ka uuringute kvaliteet. Arvestades ambulatoorsetele ja statsionaarsetele patsientidele tehtavate uuringute mahtu, oleks optimaalne, kui sama aparatuuri saaks kasutada nii ambulatoorsete kui ka statsionaarsete haigete uurimiseks.

Aparatuuri osas tekiks vajadus dubleerida ka bronhoskoopia aparatuuri. Ambulatoorselt tehakse 70 % uuringutest (aastal 2001 tehti 1108 bronhoskoopiat, neist 775 ambulatoorselt).

Mõlema aparatuuri soetamiseks puuduvad vajalikud ressursid ning bronhoskoopiaga seotud riskide tõttu on vajalik intensiivravi lähedus.

2. Ühine spirograafia- ja röntgenarhiiv muutub pulmonoloogia osakonnale kättesaamatuks. Kopsukliinikul on spirograafiaarhiiv alates 1992. aastast, mis sisaldab üle 60 000 spirogrammi. Andmebaas võimaldab tulemusi analüüsida ja dünaamikat hinnata.

3. Osakonna juhataja vastutusalas olevad üksused on eraldiasetsevates hoonetes. Ei moodustu funktsionaalne tervik ning suureneb osakonna juhtimisega seotud ajakulu. Ülevaade ambulatoorsest tegevusest võib jääda puudulikuks.

4. Arst-õppejõudude tegevus toimub kahes eraldiasetsevas hoones. Tingituna tegevusest kahes eraldiasetsevas hoones suureneb ajakulu, sest osa pulmonoloogia osakonnas töötavatest arst-õppejõududest teostavad ka ambulatoorset vastuvõttu.

Võimalused

Uuringukeskuse arendamist soodustab ambulatoorse vastuvõtu koondamine I korrusele. Kogu tegevus on kompaktsem ja sellega seoses välditakse patsientide “seiklemist” mööda maja. Uuringukeskus vajab arvuliselt rohkem kabinette kui on seda praegu kuid samas väiksema ruutmetraažiga. Lisaks võimaldab ambulatoorse tegevuse koondamine ühele korrusele Kliinikumi seisukohast optimaalsemalt kasutada kogu Riia 167 hoone pindasid (nt kardioloogiline taastusravi, kiiritusravi).

Ohud

1. Infektsioonikontrolli nõrgenemine puudutab pulmonoloogia osakonda (vt. lk. 56).
2. Ambulatoorse vastuvõtu koondamisel I korrusele võib probleemiks saada eelnev investeeringute vajadus ruumidesse, selleks aga puuduvad kliinikul endal eelarvelised vahendid.
3. Võimalik personali koolituse vajadus. Patsientide koolitus toimuks kahes erinevas hoones, tingituna osakonna ja ambulatoorse vastuvõtu eraldi asetsemisest. Tekiks vajadus ühe õe spirograafia alane koolitus ja ühe õe väljaõpe patsientide koolitusega tegelemiseks.
4. Võimalik transpordikulude tõus. Juhul, kui bronhoskoopia kabinet viiakse üle pulmonoloogia statsionaari juurde ja praegusesse hoonesse ei jää bronhoskoopia võimalust, siis võivad transpordikulud suureneda, seoses tuberkuloosi osakonna patsientide transpordiga bronhoskoopiasse. Lisaks võib arvestada ka transpordikulutuste suurenemisega seoses arst-õppejõudude, osakonnajuhataja ja administratsiooni liikumise tõttu erinevate hoonete vahel.

3. Osakonna juhataja vastutusalas olevad üksused on eraldiasetsevates hoonetes. Ei moodustu funktsionaalne tervik ning suureneb osakonna juhtimisega seotud ajakulu. Ülevaade ambulatoorsest tegevusest võib jääda puudulikuks.

4. Arst-õppejõudude tegevus toimub kahes eraldiasetsevas hoones. Tingituna tegevusest kahes eraldiasetsevas hoones suureneb ajakulu, sest osa pulmonoloogia osakonnas töötavatest arst-õppejõududest teostavad ka ambulatoorset vastuvõttu.

Võimalused

Uuringukeskuse arendamist soodustab ambulatoorse vastuvõtu koondamine I korrusele. Kogu tegevus on kompaktsem ja sellega seoses välditakse patsientide “seiklemist” mööda maja. Uuringukeskus vajab arvuliselt rohkem kabinette kui on seda praegu kuid samas väiksema ruutmetraažiga. Lisaks võimaldab ambulatoorse tegevuse koondamine ühele korrusele Kliinikumi seisukohast optimaalsemalt kasutada kogu Riia 167 hoone pindasid (nt kardioloogiline taastusravi, kiiritusravi).

Ohud

1. Infektsioonikontrolli nõrgenemine puudutab pulmonoloogia osakonda (vt. lk. 56).
2. Ambulatoorse vastuvõtu koondamisel I korrusele võib probleemiks saada eelnev investeeringute vajadus ruumidesse, selleks aga puuduvad kliinikul endal eelarvelised vahendid.
3. Võimalik personali koolituse vajadus. Patsientide koolitus toimuks kahes erinevas hoones, tingituna osakonna ja ambulatoorse vastuvõtu eraldi asetsemisest. Tekiks vajadus ühe õe spirograafia alane koolitus ja ühe õe väljaõpe patsientide koolitusega tegelemiseks.
4. Võimalik transpordikulude tõus. Juhul, kui bronhoskoopia kabinet viiakse üle pulmonoloogia statsionaari juurde ja praegusesse hoonesse ei jää bronhoskoopia võimalust, siis võivad transpordikulud suureneda, seoses tuberkuloosi osakonna patsientide transpordiga bronhoskoopiasse. Lisaks võib arvestada ka transpordikulutuste suurenemisega seoses arst-õppejõudude, osakonnajuhataja ja administratsiooni liikumise tõttu erinevate hoonete vahel.

5.3. Alternatiiv 3

Pulmonoloogia statsionaar viiakse üle aadressil L. Puussepa 8. ambulatoorne vastuvõtt viiakse üle aadressil L. Puussepa 1a ja tuberkuloosi osakond jääb paiknema Riia 167 hoonesse.

Tabel 8. Alternatiiv 3. kokkuvõte

TUGEVUSED	NÕRKUSED
1. Klienditeeninduse olemasolu 2. Ruumikulude kokkuhoid	1. Klienditeeninduse aeglus 2. Aparatuuri dubleerimine ja ebaratsionaalne kasutamine 3. Ühine spirograafia- ja röntgenarhiiv muutub pulmonoloogia osakonnale kättesaamatuks 4. Osakonna juhataja vastutusalas olevad üksused on eraldiasetsevates hoonetes 5. Arst – õppejõudude tegevus toimub kahes eraldiasetsevas hoones
VÕIMALUSED	OHUD
1. Ambulatoorse vastuvõtu osas teiste erialaspetsialistide lähedus	1. Infektsioonikontrolli nõrgenemine 2. Praegu registratuuritööga seotud personali koondamine 3. Võimalik personali koolituse vajadus 4. Võimalik transpordikulude tõus 5. Uuringukeskuse arendamine peatub ruumipuuduse tõttu

Tugevused

1. Klienditeeninduse teenuste kasutamine võimaldab kokku hoida kulusid. Raamatupidamisteenistuse tehtud kalkulatsioonide alusel võimaldab klienditeenindusele üleminek kokkukõidu ~4000 krooni kuus.

2. Ruumikulude kokkukõid. Ambulatoorse vastuvõtu üleviimine tähendab ambulatoorse vastuvõtu osas vajaduse puudumist registratuuriruumi, EMO, bronhoskoopiaruumi ja EKG kabineti järele, mis tähendab kokkukõidu summas ~143 000 krooni aastas ja koos statsionaariga arvestatuna 208 600 krooni aastas (LISA 3 Tabel 1. ja Tabel 2.).

Nõrkused

1. Klienditeeninduse aeglus. Patsientide ooteaeg ambulatoorse kaardi ja raviarve saamiseks on vähemalt 30 minutit. Krooniliste haigete jaoks on see koormav ning patsientides tekitab esialgu kindlasti ka ebakindlust elektrooniline järjekorra süsteem.

2. Aparatuuri dubleerimine ja ebaratsionaalne kasutamine (Vt. Lk.60)

Bronhoskoopia uuringuks peaksid ambulatoorse vastuvõtu patsiendid minema protseduurile L. Puussepa 8. paiknevasse pulmonoloogia statsionaari. See tähendab bronhoskoopia kabineti asukohta osakonna alguses, et ära hoida ambulatoorsete patsientide liikumine osakonna sees.

3. Ühine spirograafia- ja röntgenarhiiv muutub pulmonoloogia osakonnale kättesaamatuks. Kopsukliinikul on spirograafia arhiiv alates 1992. aastast, mis sisaldab üle 60 000 spirogrammi. Andmebaas võimaldab tulemusi analüüsida ja dünaamikat hinnata.

4. Osakonna juhataja vastutusalas olevad üksused on eraldiasetsevates hoonetes. Ei moodustu funktsionaalne tervik ning suureneb osakonna juhtimisega seotud ajakulu. Ülevaade ambulatoorsest tegevusest võib jääda puudulikuks. Lahendusena tuleb arvesse osakonnajuhataja ja ambulatoorset vastuvõttu teostavate arstide vahel koostöö intensiivsuse suurendamine, eeldab head kahe-suunalist informatsiooni liikumist ja enesekontrolli töö kvaliteedi osas.

5. Arst-õppejõudude tegevus toimub kahes eraldiasetsevas hoones. Sellest tingituna suureneb ajakulu, sest osa pulmonoloogia osakonnas töötavatest arst-õppejõududest teostavad ka ambulatoorset vastuvõttu. Osakonnas töötavate arst-õppejõudude loobumine ambulatoorsest vastuvõtust ei oleks hea lahendus ei arsti ega ka patsiendi seisukohast. Patsient, kes on olnud statsionaarsel ravil tuleb järelkontrolli sama arsti juurde, samuti on arst patsiendi probleemidega tuttav.

Võimalused

Ambulatoorse vastuvõtu osas teiste erialaspetsialistide lähedus. Paraneb konsulteerimisvõimalus siduserialade spetsialistidega. Patsiendil on võimalus ühe hoone piires külastada mitut spetsialisti.

Ohud

1. Infektsioonikontrolli nõrgenemine. Aastas võib sattuda ~75 tuberkulooshaiget pulmonoloogia ambulatoorsesse vastuvõttu, kes tähendavad potentsiaalset ohtu teistele patsientidele. Seejuures tuleb arvestada Puussepa 1a hoonet külastavate patsientide rohkust. (vt. Tuberkulooshaigete sattumine lk. 56). Eeldab koostööd infektsioonikontrolli komiteega, tuleb teostada riskianalüüs.

2. Praegu registratuuritööga seotud personali koondamine. Seoses klienditeenindusele üleminekuga tuleks seni registratuuris töötanud personalile pakkuda teist tööd Kliinikumis või nad koondada, sest puudub vajadus kopsukliinikus ei ole võimalust ja vajadust neile alternatiivset töökohta pakkuda.

3. Võimalik personali koolituse vajadus (vt. lk 61).

4. Võimalik transpordikulude tõus (vt. lk 61).

5. Uuringukeskuse arendamine on raskendatud ruumipuuduse tõttu. Perspektiivis on soov rohkem läbi viia uneuuringuid. Üksnes ambulatoorse vastuvõtu jaoks on vaja 7 kabinetti (3 vastuvõtuks, 2 spirograafiaks, 1 protseduurideks ja 1 epidemioloogiliste ja metakoliin-testide jaoks). Uuringukeskuse jaoks oleks vaja lisaks veel 6 kabinetti (1 arstile, 2 uuringuruumi, 2 palatit uneuuringuteks, 1 olmeruum personalile ja monitorile).

6. Erinevate alternatiivide analüüs ja järeldused

Antud alternatiivide näol on tegemist ülemineku tüüpi muutusega, mille tulemus on teataval määral etteproгноositav. (Üleminek – mille käigus saavutatakse uus seisund, näiteks organisatsiooni ühinemine, uute teenuste juurutamine, muutused tehnoloogias). Kõikide vaadeldud alternatiivide puhul on tegemist eeskätt struktuuri muudatusega kuid see muudatus on tihedalt seotud ka teiste organisatsiooni muutuvate suurustega s.o. tehnoloogia, personali arv ja ülesanded. Meeskonnatööna mõeldi ka teistele alternatiividele, et leida parim lahendus, seda nii organisatsiooni edasise toimimiseefektiivsuse, töötajate ja patsientide seisukohast.

Alternatiiv 1, kus nii pulmonoloogia statsionaar, kui ka ambulatoorne vastuvõtt viiakse üle L. Puussepa 8. paiknevasse hoonesse, peamised prioriteedid mida see muudatus võimaldab saavutada on olmetingimuste paranemine ning kulude kokkuhoid. Võimalustest olulisemad on siduserialade ja EMO lähedus. Ohtudest väga tähtis on infektsioonikontrolli nõrgenemise oht ja nõrkustest võib nimetada krooniliste haigete liikumisega seotud ebameeldivusi.

Alternatiiv 2, kus pulmonoloogia statsionaar viiakse üle L. Puussepa 8. paiknevasse hoonesse ja ambulatoorne vastuvõtt jääb endisesse asukohta, peamine prioriteet, mida see muudatus võimaldab et, ambulatoorne vastuvõtt saab endiselt kasutada röntgenit, mille usaldusväärsuses ollakse veendunud ning toimub ambulatoorse tegevuse koondamine ühele korrusele mis võimaldab ruumikulude kokkuhoidu ja ratsionaalsemat kasutamist. Väga oluline on ka kolimisega seotud segaduste vältimine patsiendi seisukohast. Peamiste nõrkustena saab välja tuua aparatuuri dubleerimise ning röntgen- ja spirograafia- arhiivi kättesaamatuse pulmonoloogia osakonnale.

Alternatiiv 3, kus pulmonoloogia statsionaar viiakse üle L. Puussepa 8. paiknevasse hoonesse, ambulatoorne vastuvõtt viiakse üle L. Puussepa 1a paiknevasse hoonesse ja tuberkuloosi osakond jääb paiknema Riia 167 paiknevasse hoonesse. Selle alternatiivi peamine prioriteet mida see muudatus võimaldab, on klienditeeninduse kasutuselevõtt ja ruumikulude kokkuhoid. Peamiste nõrkustena saab välja tuua klienditeeninduse

aegluse, aparatuuri dubleerimise ning röntgen- ja spirograafia arhiivi halva kättesaadavuse pulmonoloogia osakonnale. Ohtudest olulisemad on infektsioonikontrolli nõrgenemine ja tõenäoline personali koondamise vajadus.

Eelnevad järeldused on kokkuvõtvalt esitatud tabelina.

Tabelis kasutatavad sümbolid parameetrite/efektide iseloomustamiseks:

*** – hea

** - mõõdukas

* – tagasihoidlik

Tabel 9. Alternatiivide võrdlus

	Alternatiiv 1	Alternatiiv 2	Alternatiiv 3
Majanduslik efekt (halduskulud, valvekulud, investeeringute vajadus)	***	*	**
Tervishoiuteenuse kvaliteet (siduserialad, Röntgenpiltide kvaliteet, arhiivide kättesaadavus)	***	**	**
Patsiendid (klienditeenindus, hoone ehitusest tulenevad raskused)	**	**	*
Olmetingimused (patsiendid, personal)	***	**	**
Infektsioonikontroll	**	**	*
Võimalused (turg, Röntgenpilt CD-l)	***	**	*
Administratiivne tegevus	***	**	*
Õppetöö korraldamine	**	**	*
Üldine skoor (maksimum 27)	21	15	11

Alternatiivseid võimalusi hinnates on eelnevatest SWOT-analüüsides ning kokkuvõtvalt alternatiivide võrdlustabelist näha, kui oluline on statsionaari ja ambulatoorse vastuvõtu koosseksisteerimine. Kõiki alternatiivseid võimalusi arvestades oleks parimaks

lahenduseks, kui pulmonoloogia osakond ja ambulatoorne vastuvõtt paikneksid lähestikku, seda nii tööjõu rakendamise kui ka aparatuuri koormamise tõttu.

Majandusliku hindamise aspektist on tegemist kulude ja majandusliku efekti hindamisega erinevate alternatiivide korral. Arvestades kulude kokkuhoidu on samuti esimene alternatiiv kõige parem, kuna see võimaldab hoida kokku valvekulusid ja ruumiprogramm on kõige säästlikum (LISA 3 Tabel 2.).

Eelnevat analüüsisid ja kõiki asjaolusid arvestades on otstarbekas säilitada hästi toimiv süsteem pulmonoloogia osakond – ambulatoorne vastuvõtt – uuringukeskus. Reaalselt rakendub alternatiiv 2, kus pulmonoloogia statsionaar viiakse üle L. Puussepa 8. paiknevasse hoonesse ja ambulatoorne vastuvõtt jääb endisesse asukohta. Kuna ühemomentselt ei ole võimalik üle viia statsionaarset osakonda ja ambulatoorset vastuvõttu koos uuringukeskusega, siis parimaks ajutiseks lahenduseks oleks ambulatoorse vastuvõtu ja uuringukeskuse jäämine endisele pinnale, asukohaga Riia 167, kuni tekib võimalus ka nende struktuuride üleviimiseks.

Hinnangut muutuse elluviimisele anda on veel vara. Osakond kolis 2003. aasta jaanuaris, seetõttu muudatuse hindamise etapp võiks toimuda 2003 aasta sügisel. Praegu saab hinnata:

- planeerimist;
- juhtimist, mis juhatuse poolt on olnud planeerimisetaapis pigem autokraatne, hiljem demokraatlik ja kopsukliiniku juhtide poolt on kasutatud osalusjuhtimist (meeskonnatööd);
- toetust – on juhatuse ja keskastmejuhtide poolt kindlustatud;
- protsessi dünaamikat – otsest vastuseisu kopsukliiniku juhtkonna ja meeskonna poolt ei esinenud, muudatuse elluviimise planeerimisel osaleti aktiivselt; kulunud ressursse – nii aja- kui rahalised ressursid on hinnanguliselt suuremad kui esialgselt planeeriti. Ressursid on suuremad seetõttu, et esialgselt ei planeeritud ventilatsiooni väljaehitamist, mistõttu lükkus kolimine edasi ~ 4 kuud samuti lükkub kliinikumi jaoks edasi ruumikulude optimeerimisest saadav efekt.

7. Arutelu

Käesoleva töö lõppeesmärgiks on lisaks parima võimaluse valikule kopsukliiniku seisukohast ka probleemide ennetamine seoses antud ja ka tulevaste muudatusega.

Tulenevalt SWOT-analüüsis käsitletud teemadest ning kogu muudatusprotsessi näitest, saab mõnele probleemile pakkuda välja ka võimalikke lahendusi.

1. Arstkonna vähene kaasamine otsustusprotsessi. Organisatsioonikultuuri aspektist on kopsukliinikus arstkonda otsuste tegemisse vähe kaasatud. See võiks edaspidi suureneda, eeskätt selles osas, mis puudutab konkreetseid isikuid ja nende igapäevast töökorraldust. Arstide vähene kaasamine võib põhjustada distantseerumist administratsioonist ja initsiatiivi puudumise edaspidi üldse ettepanekuid teha.

2. Erinevates hoonetes paiknemine tingib efektiivsema ajakasutuse. Näiteks administratsiooni seisukohast tuleb koosolekuteks ettenähtud ajaressursside paremaks planeerimiseks läbi mõelda teema – “Miks koosolekud võivad ebaõnnestuda?”

Peamiste põhjustena võib nimetada järgmist:

- Puudulik ettevalmistus;
- Käsitletakse valet informatsiooni, eelneva informatsiooni puudulikkus;
- Koosolekut ei juhatata (jututuba) või vastupidi on monoloogi vormis, ei teki arutelu ja seega on ka jagatud info ühesuunaline;
- Probleem on halvasti sõnastatud;
- Koosolek on liiga pikk – fikseeritud algus- ja lõppkellaaeg aitavad ära hoida koosoleku venimise.

Kopsukliiniku nõukogu koosolekud kestavad reeglina 1 tund, sellest ajalisest printsiibist lähtudes võiks edaspidi jaotus olla selline:

- 1 tund ja 20 minutit – ettevalmistus;
- 1 tund – koosolek;
- 1 tund - järeltöö.

Koosolekute teemad, arutelu materjalid, võiksid olla teada päev varem, et oleks aega teha põhjalikum ettevalmistus kas konkreetsete küsimuste või ettepanekute näol. See

metoodika võimaldaks aega intensiivsemalt kasutada ja koosolekul teha konkreetseid otsuseid ja ettepanekuid. Järeltöö periood tähendaks kas otsuste rakendamist või vastuste leidmist koosolekul üleskerkinud küsimustele, millele ei saa koheselt vastata. Lisaks võiks iga kord juhatada koosolekut erinev kliiniku nõukogu liige. See võimaldaks näha erinevaid koosolekute juhatamise stiile, võimaldaks kõigil selles osas areneda. See toimiks ka teatava tunnustusena osakonnajuhatajatele ja ülemõele.

3. Infoliikumise probleemid osakondade paiknemisel erinevates hoonetes. Infoliikumise ja inimeste kättesaadavuse huvides on kavas sisse seada infotahvel, kust on näha inimeste päevaks planeeritud tegevus või majast äraolek.

Lisaks tuleks töökorralduslikust aspektist lähtuvalt ning infopuuduse vältimiseks kirjutada adekvaatse informatsiooni edastamise nõue sisse ka tulemustasu kriteeriumitesse.

4. Personali koolituse vajadus osakonna ambulatoorse vastuvõtu ja statsionaari eri hoonetes paiknemisel. Ühe võimaliku lahendusena võib ambulatoorse vastuvõtu patsientide koolitus toimuda hommikuti ja statsionaarsete patsientide koolitus õhtupoole.

5. Spirograafia uuringute korraldamiseks nii statsionaaris kui ambulatoorses vastuvõtus on võimalik üks spirograaf viia statsionaari ning korraldada ühe spirograafia õe uuringute tegemine statsionaaris kaks korda nädalas. Seega dubleerida aparatuuri kuid mitte personali. Teise võimalusena saab vastavat teenust osta kardioloogia kliinikult kuid sel juhul ei kajastu uuringu tulemused spirograafia andmebaasis.

KASUTATUD KIRJANDUS

1. Vadi M, Organisatsioonikäitumine. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 2001; 302.
2. Siimon A, Vadi M. Organisatsioon ja organisatsioonikultuur. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus, 1999; 213, 269.
3. Quinn, Robert E.; Spreitzer, Gretchen M. Changing others through changing ourselves. Journal of Management Inquiry, Jun 2000, Vol. 9; 3.
4. Thompson Jr, A., Strickland, A.J. Strategy formulation and implementation. Tasks of the general manager. Homewood: Irwin, 1992, 3rd ed; 86-90
5. Toivanen T., Satu Lahti, Helena Leino-Kilpi. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1999; 27; 390.
6. Pärjamäe M. Strateegilised muutused viib ettevõttes ellu liider. Äripäev, 26.02.2001.
7. Eisenbach R., Watson K., Pillai R. Transformational leadership in the context of organizational change. Journal of Organizational Change Management, 1999, Vol. 12 Issue 2; 85.
8. Abrahamson E. Change without pain. Harvard Business Review, Jul/Aug2000, Vol. 78 Issue 4; 75 – 77.
9. Goes, James B., Meyer, Alan D. Patterns of strategic change and performance: a longitudinal study of California hospitals. Academy of Management Proceedings, 1990; 86.
10. Schermerhorn Jr., John R. Managerial ingredients of successful planned change in hospitals. Academy of Management Proceedings, 1980; 32.
11. Alas R, Strateegiline juhtimine, 2001; 66, 133-134.

12. Sinclair J. Reacting to what? Journal of Organizational Change Management, 1994, Vol. 7 Issue 5; 35-38.
13. Whelan-Berry, Karen S.; Gordon, Judith R. Effective organizational change new insights from multilevel analysis of the organizational change process. Academy of Management Proceedings, 2000.
14. Caruth D., Middlebrook B., Rachel F. Overcoming resistance to change. S.A.M. Advanced Management Journal (1969), Summer 85, Vol. 50 Issue 3; 23 – 27.
15. St-Amour D. Successful Organizational Change. Canadian Manager, Summer 2001, Vol. 26 Issue 2; 21.
16. Veski E. Konfliktide lahendamine eeldab olukorra selget teadvustamist. Äripäev, 06.09.1999.
17. Ford J., Ford L. The role of conversations in producing intentional change in organizations. Academy of Management Review, Jul 95, Vol. 20 Issue 3, 12.
18. Raava M. Meeskond loob firma efektiivsuse. Äripäev, 25.10.1999.
19. Ruul M. Meeskond tegutseb üksteist usaldades. Äripäev, 4 (10), 2002; 18
20. Tamm J., Murutar V. Grupp areneb kindlate reeglite järgi. Äripäev, 4 (10), 2002; 10-11.
21. Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskus, projekt HOPE materjalid Moodul IV "Rühmad ja meeskonnad tervishoiuorganisatsioonides"; 2002; 23-37.
22. <http://www.kliinikum.ee>
23. Nakkushaiguste tõrje seaduse eelnõu ja seletuskiri (2002)
<http://www.sm.ee/gopro30/Web/gpweb.nsf/pages/Sotsiaalministeerium8>

24. Tuberkuloos <http://www.kliinikum.ee/kopsukliinik/opilane/tuberkuloos.htm>
25. Töötervishoiu ja tööohutuse seadus (1999). RT I 1999, 60, 616
26. Bioloogilistest ohuteguritest mõjutatud töökeskkonna töötervishoiu ja tööohutuse nõuded (2000). RT I 2000, 38, 234
27. Planeerimis- ja ehitusseadus (1995). RT I 1995, 59, 1006.
28. Ehitusseadus (2002). RT I 2002, 47, 297.
jõustumiskuupäev 01.01.2003
29. Krüüner A., Danilovits M., Pehme L., Laisaar T., Hoffner S.E., Katila M.L.
Tuberculosis as an occupational hazard for health care workers in Estonia. The
International Journal of Tuberculosis and Lung Disease 2001; 170-176
30. Klein, Stuart M. A management communication strategy for change. Journal of
Organizational Change Management, 1996, Vol. 9 Issue 2; 34 – 37.
31. Stanislao, Joseph; Stanislao, Bettie C. Dealing with resistance to change. Business
Horizons, Jul/Aug 83, Vol. 26 Issue 4; 74 - 78.

LISAD

Tuberkuloosi haigestumise prognoos aastatel 1995 – 2010 (24)

Aasta	Uued TB juhud (miljon)	Sureb (miljon)	HIV&TB (%)
1995	8,5	3	7,8
2000	10,8	3,4	14
2005	11,9	4,2	Raske prognoosida
2010	15,6	6,0	Raske prognoosida

Tuberkuloosi haigestumine Kopsukliinikus aastate lõikes

	1990	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Kokku	1	1	1	3	6	3	2	2
sh. arstid	1		1		2	1		2
sh. õed				2	3	2		
sh. laborante		1		1				
sh. muud					1		2	

Ruumiprogramm

Tabel. 1. Ruumikulud praegu ja prognoositavad kulud erinevate alternatiivide korral

	Ambulatoorne vastuvõtt	Statsionaar	Kokku
Praegu	436 690	548 496	979 186
Alternatiiv 1	~263 100	~477 500	~740 600
Alternativ 2	~299 600	~477 500	~777 100
Alternatiiv 3	~293 100	~477 500	~770 600

Tabel. 2. Prognoositav kokkuvõtte erinevate alternatiivide korral

	Ambulatoorne vastuvõtt	Statsionaar	Kokku
Alternatiiv 1	~173 600	~71 000	~240 000
Alternativ 2	~137 100	~71 000	~202 000
Alternatiiv 3	~143 600	~71 000	~208 600

* kulude arvutustes kajastuvad ruutmetraaž ja ruutmeetrimaksumused, mis on hooneti erinevad (Allikas: TKL – 83 Mittermeditsiiniliste teenistuste sisehinnad ja kulujaotus 2002.a.)

Ülevaade kopsukliiniku ajaloost ja lähimineviku sündmustest

Eesti Punase Risti Seltsi Tartu komitee peakoosolekul 1.märtsil 1922.a. otsustati asutada Tartu Tiisikuse Nõuandla, mille juhatajaks valiti dr. Klaudia Bezhanitskaja. Nõuandla alustas tööd 1.mail 1922. a. Seda päeva võib pidada Tartu Ülikooli Kopsukliiniku asutamispäevaks.

Tartu Tiisikuse Vastu Võitlemise Selts ostis 7.aprillil 1927.a. dr Aleksander Eisensmidti pärijatelt maja ühes 6,77 tiinu suuruse krundiga Riia maantee ääres. Peale remonti avati 11.märtsil 1928.a. Tartu Tiisikuse Ravila 25 voodiga, mille juurdeehitus valmis 1939.a.. 1978.a. veebruaris valmis teine juurdeehitus, mis ehitati vabariigi ülelaekuvate summade arvelt, kompensatsioonina Veski tänaval paikneva ravikorpuse üleandmisel Põllumajandusülikoolile. 1986.aastani kandis haigla Tartu Linna Tuberkuloosidisperseri nime, seejärel Tartu Kliiniline Pulmonoloogia haigla. Eesti Vabariigi Ülemnõukogu otsusega 2.juulist 1992.a. lülitati haigla Tartu Ülikooli Kliinikumi koosseisu. Alates 01.jaanuarist 2000.a.eraldusid Kopsukliiniku koosseisust sellised üksused nagu kirurgia- ja intensiivravi osakond, patoloogia- biokeemia- ja bakterioloogia laborid, apteek ja röntgen. Nimetatud ajast kuuluvad Kopsukliiniku struktuuri: vastuvõtu- ja diagnostika osakond, pulmonoloogia osakond ja tuberkuloosi osakond.

SA TÜK juhatuse otsusega 21.06.2001 likvideeriti torakaalkirurgia osakond ning vastav tegevusvaldkond viidi üle Riia tänava hoonest L. Puussepa 8. asuvasse hoonesse. See tähendas pulmonoloogia ühe peamise siduseriala kaugenemist.

SA TÜK juhatuse otsusega 19.03.2002 liideti alates 01.05.2002 vastuvõtu- ja diagnostika osakond pulmonoloogia osakonnaga.

SA TÜK juhatuse otsusega 02.04.2002 koondati seoses kahe osakonna liitmisega 0,5 osakonnajuhataja ja 0,5 vanemõe ametkohta, 3,0 õe ametkohta ja 2,75 hooldus - personali ametkohta.

SA TÜK juhatuse otsusega 23.04.2002 viiakse ruumikasutuse optimeerimiseks üle kopsukliiniku pulmonoloogia osakond L. Puussepa 8. hoonesse. Sama otsusega on reguleeritud ka kardioloogia kliiniku, spordimeditiini ja taastusravi kliiniku, anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku ruumikasutuse optimeerimine. Otsus tuleneb Kliinikumi struktuuriüksuste tegevuste optimeerimisest ja üksuste koondamisest Maarjamõisa piirkonna hoonetesse. Kardioloogia kliiniku tegevuse optimeerimine ja ümberkorraldamine võimaldab tihendada L. Puussepa F korpuse V, VI, II korruse ravi ja diagnostika tegevuse ruumilist paiknemist, mille tulemusena tekib võimalus praegu Riia 167 hoones asuvate kopsukliiniku pulmonoloogia ning anestesioloogia ja intensiivravi kliiniku pulmonoloogilise anestesioloogia osakondade üleviimiseks L. Puussepa 8. hoone F korpuse VI korrusele, mis omakorda võimaldab praegu Lina 6 amortiseerunud hoones asuva spordimeditiini ja taastusravi kliiniku järelravi osakonna üle viimise Riia 167 hoonesse ja statsionaarse taastusravi osakonna avamise nimetatud hoones. Lina tänava kinnistu võõrandatakse.

SUMMARY

It is a general human weakness not to think about unclear problems of the future. It is not easy to make a change if there is no clear reason, motive or a goal to support it.

The leading of changes presupposes staging different future scenarios. The initiation of changes, which have not been thought through, gives a good pretext for opposition, the surpassing of which is both energy- and time consuming. The Master's project analyses different alternatives. The analysis of different alternatives is important, first of all, in order to evaluate the need for investment and to plan everyday work. In planning a change, the general goal of the organisation – to ensure high quality medical treatment of patients – must not be forgotten.

Making propositions enables to be involved in further decision processes. In reality, it means the co-operation of the strategists and the executors of changes with recipients, which could have been more active in the present decision process, especially from the point of view of the evaluation of different risks.

An organisation that is oriented to changes takes every subsequent change as a development of the organisation and his/her contribution is given to that end. Strategic changes began in the lungs' clinic in 2001, when one of the main related areas of pulmonology was transferred to another building. The spring of 2002 saw numerous changes: during a short period of time, there were three major changes – the merger of two departments, the reduction of personnel and deciding the transfer of pulmonology department. Therefore, until the spring of this year, we cannot speak of "orientation to changes".

In teamwork, in order to achieve goals, it is important that conflicts are avoided, but difference in opinions is a precondition that the solution of a problem would be objective. In the case analysed in the present work, the diverse team ensured different propositions. Conflict situations were practically non-existent and as a result of teamwork, the best choice was made from among the analysed possibilities, taking into account present situation as well as future perspectives.

In executing a change, the role of the leader does not end by devising a strategic plan. The less the leader pays attention to the wishes and propositions of the members of the organisation, the less he/she is able to lead the organisation towards the direction he/she wishes. The interest groups need attention and involvement. The involvement of interest groups practically succeeded.

As a rule, people search for greater certainty in life. A change is connected with uncertainty, since, generally, the final outcome is not known. The uncertainty stems mainly from the fear of losing a work place and of changes in regard to further work arrangements. The solution to that is informing and involving the personnel in planning.

Direct relations with employees and the participation of the leader in the work process acquire more and more importance. In regard to the present change, the management of the lungs' clinic participated in the work process as team members and good propositions from the members of the team were recognised.

Pursuant to both, the theoretical part as well as the practical example, it can be said that there is not one "right" working rule in carrying out changes, by following which we can hope that the change occurs and that the change can be considered a success. For each concrete change, a matching strategy must be found. Which one of the many, depends from the leader.

One of the most important basic rules that could determine the occurrence / non-occurrence and success of the process of change is that the leader of the company must take into account the fact that the normal reaction of a normal person in regard to change is negative.

Taking into account above, the change, where the inpatient treatment of pulmonology is transferred to another building, situated at 8 L.Puusepp Street and the outpatient consultation remains in its current place, can, in conclusion, be considered important from the point of view of all interested parties. The management achieves the goal to optimise room use with the change. Not by the time planned and with planned costs but, in perspective, certainly. The employees of the pulmonology department get better

working and non-working rooms, comparing to the present ones and better chances of co-operation with specialists in other areas of practice. Better conditions have also been created for patients and, if needed, also good connection with specialist of other practice areas.

TÄNUAVALDUS

Minu siiras tänu:

Juhendaja prof. Raul–Allan Kiivetile kommentaaride ja soovitude eest magistriprojekti kirjutamisel;

TÜ Tervishoiu instituudi kollektiivile mõistva suhtumise ja abivalmiduse eest magistriõpingute ajal;

SA TÜK kopsukliiniku meeskonnale hea koostöö eest;

Minu perele ja sõpradele moraalse toe eest magistriõpingute ja magistritöö kirjutamise ajal.

CURRICULUM VITAE

Katrin Kiisk
Sünniaeg: 14.09.1973 Tartu Eesti
Kodakondsus: Eesti
Perekonna seis: Abielus, peres 2 last
Aadress: Tartumaa, Puhja vald, Mõisanurme küla
e-mail: katrin.kiisk@kliinikum.ee
katrin.kiisk@sam.ee

Haridus:
2000-2003 TÜ arstiteaduskonna rahvatervise magistriõpe
1997-1998 TÜ arstiteaduskond, internatuur ravi erialal
1991-1997 TÜ arstiteaduskond ravi eriala
1980-1991 Puhja Keskkool

Töökogemus:
01.07.2002- Ravimiamet
01.02.2002- Kliiniliste uuringute büroo juhataja (0,5 ametikohta)
SA TÜK Kopsukliinik
01.01.2002-31.01.2002 Direktor (0,5 ametikohta)
SA TÜK Kopsukliinik
10.07.2001-31.12.2001 Direktori kohusetäitja
"Eesti tervishoiuprojekt 2015"
tegevuslubade projektijuht
Tegevusala: kõigile 33-le arsti erialale tegevusloa
kriteeriumite koostamine koostöös eriala komisjonidega
04.01.1999-31.05.2001 Schering AG
ravimesindaja