

Tartu Ülikool
Tervishoiu instituut

Organisatsioonikultuur tervishoius
SA Tartu Ülikooli Kliinikumi näitel

Magistritöö rahvatervishoius

Iisi Saame

Juhendaja:

Maaja Vadi, PhD, Tartu Ülikooli majandusteaduskonna
ettevõttemajanduse instituudi juhataja, juhtimise professor

Tartu 2009

Magistritöö tehti Tartu Ülikooli tervishoiu instituudis.

Tartu Ülikooli rahvatervishoiu kraadinõukogu otsustas 15.05.2009.a lubada väitekirja teadusmagistrikraadi kaitsmisele.

Oponent: Milvi Tepp, PhD, Tallinna Tehnikaülikool, majandusteaduskonna ärikorralduse instituudi organisatsiooni ja juhtimise õppetooli juhataja, professor

Kaitsmine: 09.06.2009.a

© Tartu Ülikool, 2009

Tartumaa Trükikoda

Betooni 9 Tartu 51014

ISSN 1406-6017

ISBN 978-9985-4-0578-9 (trükis)

ISBN 978-9985-4-0579-6 (PDF)

Sisukord

MAGISTRITÖÖ MATERJALIDE AVALDAMINE	4
LÜHIKOKKUVÕTE	5
1. SISSEJUHATUS	7
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE.....	10
2.1. Organisatsioonikultuuri teoreetiline käsitus ja tähendus.....	10
2.1.1. Organisatsioonikultuuri käsitluste lähtekohad ja areng	10
2.1.2. Organisatsiooni ja organisatsioonikultuuri teoreetiline käsitus, organisatsioonikultuuri funktsioonid.....	11
2.1.3. Organisatsioonikultuuri kujunemine ja seda mõjutavad tegurid	13
2.1.4. Subkultuurid organisatsioonis.....	15
2.1.5. Organisatsioonikultuuri teoreetilised mudelid.....	16
2.1.6. Organisatsioonikultuuri seosed organisatsiooni sooritusega	20
2.1.7. Metoodilised lähtekohad ning soovitused organisatsioonikultuuri uurimiseks	24
3. TÖÖ EESMÄRGID.....	27
4. MATERJAL JA METOODIKA.....	27
4.1. Uuring.....	27
4.2. Andmeanalüüs	30
5. TULEMUSED	31
6. ARUTELU	34
7. JÄRELDUSED	42
8. KIRJANDUSE LOETELU.....	43
SUMMARY	48
TÄNU	49
PUBLIKATSIOON	50
CURRICULUM VITAE	73
LISAD	74

MAGISTRITÖÖ MATERJALIDE AVALDAMINE

Saame I, Reino A, Vadi M. A study on organizational culture in Tartu University Hospital, Estonia. *Journal of Health Organization and Management*.

Artikkel on esitatud ajakirjale avaldamiseks.

LÜHIKOKKUVÕTE

Käesoleva töö eesmärgiks on avada Eesti tervishoiuasutuse olemust uudest vaatenurgast, kirjeldades raviuasutust organisatsiooniteooriast lähtuva organisatsioonikultuuri (edaspidi OK) mõiste, teoreetilise käsitluse ning kvantitatiivse uurimisvahendi abil mõõdetud tulemuste kaudu. OK-i käsitlus on organisatsioonide uurimise meetod, mis aitab organisatsiooni töötajate poolt jagatud väärtuste, hoiakute ning uskumuste kaudu mõista organisatsiooni kui sotsiaalse keskkonna toimimise tagamaid. OK-i käsitlus on maailmas laialdast kasutust leidnud, sh tervishoiusüsteemide, tervishoiuteenuse osutajate gruppide ning üksikute raviuasutuste tegevuste analüüsimisel ja arendamisel. Eesti tervishoius on käesolev OK uuring üks esimestest.

Uuritavaks organisatsiooniks oli SA Tartu Ülikooli Kliinikumi (edaspidi kliinikum) kuus erialakliinikut. OK-i mõõtmiseks kasutatud uurimisvahend tugines konkureerivate väärtuste mudelil, mille põhjal välja töötatud uurimisvahendeid on kasutatud paljudes, sh ka tervishoiuasutuste OK-i uuringutes. Eestikeelset uurimisvahendit kasutati tervishoius esmakordselt. Uurimisvahend oli usaldusväärne ning võimaldas kirjeldada OK-i mudeleid uuritud kliinikutes. Faktoranalüüsi tulemuseks oli erinevalt neljatüübilisest teoreetilisest mudelist kolmetüübiline OK-i mudel.

Läbilõikelise küsitlusuuringu tulemused näitasid, et domineerivaks ning erinevaid gruppe ühendavateks organisatsiooni kultuurilisteks väärtusteks uuritavates asutustes oli *sisemiste protsesside* OK-i tüüp, millele järgnes *tulemuste* OK-i tüüp. Nende kahe OK-i tüübi kõrged hinnangud näitasid, et uuritud asutuses hinnati stabiilsust ning püüti kontrollida nii organisatsiooni sees kui väljas toimuvat. Sarnase OK-i mudeli esinemine eri kliinikutes näitas, et peale 1999–2000 aastatel kliinikumis toimunud ümberkorraldusi on organisatsioonis kujunenud ühtne, stabiilsust, efektiivsust ja tulemuste saavutamist toetav OK. Uurimuse tulemused lubavad väita, et Eesti haiglasüsteemis aastail 1999–2003 toimunud reformide ja kliinikumi reorganiseerimise majandusliku efektiivsuse eesmärkidel on olnud mõju töötajate hinnangute kujunemisele. Kuigi kõik OK-i tüübid olid uuritud kliinikutes suhteliselt võrdselt levinud, ei tohiks organisatsiooni senine orienteeritus kontrollile ja reglementeeritusele jätta varju avatusele ja inimsuhetele suunatud väärtuseid. Organisatsiooni paindlikkus toetab kliinikumi strateegiliste eesmärkide saavutamist, nt kaasaegse tehnoloogia rakendamist või avatust koostööle teiste raviuasutustega.

Erinevate uurimismeetodite ning interdistsiplinaarsete OK-i käsitluste kasutamine edaspidistes OK-i uuringutes võimaldaks senisest paremini mõista tervishoiusüsteemis

toimuvat ning prognoosida, milliseks kujunevad tervishoiuasutuste kui sotsiaalsete üksuste reaktsioonid organisatsioonis ja seda ümbritsevas keskkonnas toimuvatele muutustele. Huvipakkuvad valdkonnad järgnevates uuringutes võiks olla OK-i seosed tervishoiuorganisatsiooni juhtimise, patsientide ja töötajate rahuloluga. OK-i uurimismeetodid Eesti tervishoiu kontekstis vajavad arendamist ja valideerimist. .

1. SISSEJUHATUS

Riigi tervishoiusüsteemi olulise ja mõjuka osa moodustavad haiglad. Tulenevalt majanduslikest, õiguslikest jm haigla jaoks välistest tingimustest ning haigla juhtimistasandil seatud eesmärkidest, on haiglad kui organisatsioonid pidevas muutumises ja arengus. Muudatustega peavad kohanema nii haigla töötajad kui ka patsiendid. Tervishoiuorganisatsiooni keerukuse, kulukuse ning efektiivsusele suunatud tegevuste juures on oluline rõhutada, et kõik tulemused saavutatakse inimeste kaudu. Tervishoiusüsteemi suurimad väljakutsed võivad tulevikus olla seotud just meditsiinipersonaliga, mitte niivõrd keerulisemaks muutuvate diagnostika- või ravimeetoditega (1).

Sama moodi, nagu inimeste käitumise uurimine on vajalik haiguste tekke ja leviku tuvastamiseks, on ka raviasutustes töötavate inimeste käitumise ja seda mõjutavate väärtuste ning hoiakute uurimine vajalik raviasutuse kui organisatsiooni toimimise mõistmiseks ning organisatsiooni juhtimiseks. Organisatsioonina käsitletakse kindla inimrühma ühiste eesmärkide saavutamiseks moodustatud ja terviklikult korraldatud ühendust, mis taotleb oma eesmärkide saavutamiseks ja selleks vajalike ülesannete lahendamiseks sisemiste ressursside tervikuks koondamist ja jõupingutuste efektiivset suunamist ning kooskõlastamist. Seda tehes püüab organisatsioon kaasa minna muutuva ümbruskonnaga või vajadusel sellele vastu astuda (2).

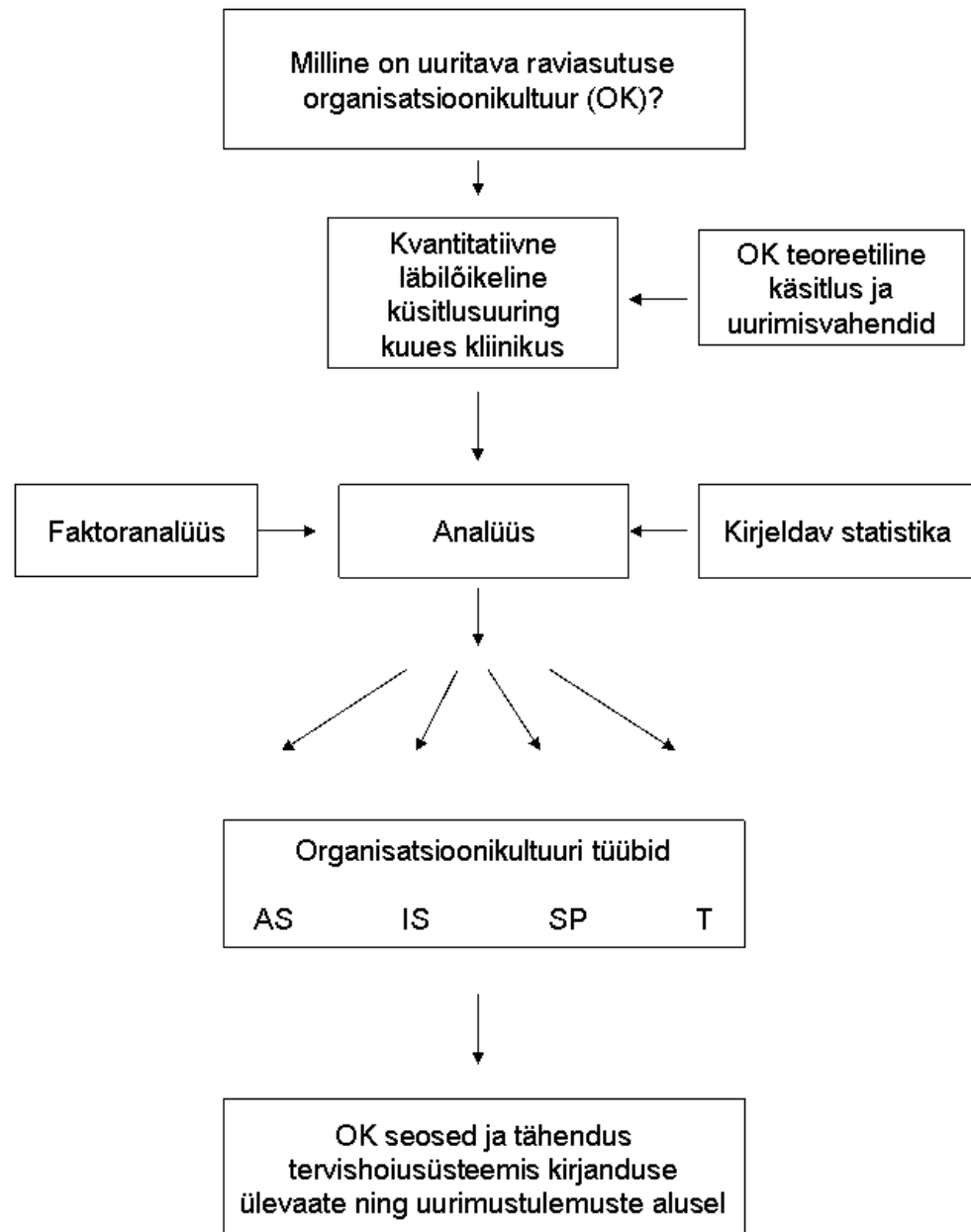
Vajadus senisest enam tegeleda tervishoiusüsteemis personali puudutavate küsimustega tingib vajaduse omada senisest enam teadmisi tervishoiusüsteemi kui sotsiaalse keskkonna kohta. Organisatsioonikultuuri (OK) tundmine aitab paremini mõista organisatsiooni liikmete poolt jagatud väärtusi ning aitab juhtida organisatsioone kiiresti muutuv keskkonnas. Schein'i järgi on OK põhiliste oletuste kogum, mis antud grupp on leiutanud, avastanud või arendanud, õppides lahendama väliskeskkonnaga kohanemise ja grupisisese ühtsuse saavutamise probleeme ning mis on toiminud piisavalt hästi, et näida tõesena, ning mida seetõttu tuleb õpetada uutele liikmetele kui ainsat õiget viisi nimetatud probleeme mõista, tajuda ja tunda (3).

OK-i olulisus seisneb muuhulgas ka selles, et ta aitab ühtlustada ning kohandada sama eesmärgi saavutamise nimel töötavate inimeste arusaamu, väärtuseid ja arvamusi nii protsessist kui tulemustest. Erinevate arvamuste ning hoiakutega inimeste koostegevuses ei pruugi sujuda protsess ning tulemused ei pruugi vastata esialgselt seatule. Lahenduseks on ühise arusaamise ning arvamuse kujundamine nii teest kui tulemusest (4).

Hinnates OK-i uuringute tähtsust eri tegevusvaldkondades on väidetud, et eeskätt praktilisest aspektist lähtuvalt on OK-i ja organisatsiooni kliima kui organisatsiooni tegevuse mõjurite käsitlemine maailmas tõusuteel (5). Mujal maailmas on OK-i käsitlemist rakendatud teadusuuringutes ja praktiliste juhtimisülesannete lahendamisel nii riikide tervishoiusüsteemide toimimise kui üksikute raviasutuste tegevuste analüüsimisel ja arendamisel. Vaatamata sellele, et mitmetes riikides tegeletakse aktiivselt tervishoiu OK-i küsimustega, vajab OK-i kui nähtuse olemuse ja selle tähenduse avamine tervishoiu kontekstis jätkuvalt uuringuid ning tervishoiule spetsiifilisi teoreetilisi käsitlusi.

Eesti tervishoiusüsteemis toimunud reformide üheks eesmärgiks on olnud tagada tervishoiusüsteemi efektiivsemaks muutmise kaudu ravivõimaluste avardamine patsientide jaoks ning tervishoidu finantseeriva ravikindlustussüsteemi jätkusuutlikkus (6). Reformide tulemusel on saavutatud haiglate majanduslik ning juhtimisalane iseseisvus ning haiglaravi on muutunud intensiivsemaks ja kaasaegsemaks. Meditsiinipersonali kui tervishoiusüsteemi jaoks oluliste teadmiste ja oskuste kandjate rahulolu töökeskkonna ja töökorralduse küsimustega on Eestis käsitlemist leidnud nii teadusuuringutes (7) kui raviasutuste ametkondlikes uurimustes. Eesti tervishoiusüsteemis ning raviasutustes on seni vähe tähelepanu pööratud OK-i küsimustele, mis oma sotsiaalsest olemusest ning pikaajalisest kujunemisest tingitult omavad olulist mõju kõigi organisatsiooni liikmete käitumise kujundamisel. Ühe tervishoiuasutustes läbi viidud uuringu näitena võib tuua Alase ja Vadi (8) töö OK-i mõjust organisatsioonilisele õppimisele.

Käesolevasse magistritöösse koondatud OK-i käsitleva kirjanduse ülevaade koos empiirilise uurimuse andmetega annab uudse vaatenurga haiglale kui tervishoiusüsteemi olulisele osale ning võimaldab analüüsida OK-i mõju sellistele tervishoiu toimuvatele protsessidele nagu meditsiinipersonali rollide muutumine, patsientide suurenevad ootused ja soov oma tervist puudutavates küsimustes kaasa rääkida, vajadus koostööks erinevate ravitasandite ja -asutuste vahel, infotehnoloogia võimaluste järjest suurenev kasutamine tervishoiuteenuse osutamisega seonduva dokumenteerimisel, diagnostikas ja ravis. Kliinikumi kui Eesti tervishoiutöötajate väljaõppes olulist rolli omava raviasutuse OK-i tundmine annab teavet ka selle kohta, milliste väärtuste, hoiakute ja arvamustega alustavad praktiseerimist Eesti arstid ning suur osa õdedest ja teistest tervishoiu spetsialistidest. Magistritöö eesmärk on välja selgitada OK-i tüübid SA TÜ Kliinikumi kliinikutes ja analüüsida OK-i seaduspärasusi tervishoiu kontekstis. Töö koosneb OK-i käsitlevast kirjanduse ülevaatest ja küsitlusuuringust (joonis 1).



Joonis 1. Uurimuse lähtekohad ja ülesehitus.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. Organisatsioonikultuuri teoreetiline käsitus ja tähendus

2.1.1. Organisatsioonikultuuri käsitluste lähtekohad ja areng

Organisatsiooni, kultuuri ja juhtimise vahelistele seostele hakati Ameerika juhtimisalases teoreetilises ja praktilises kirjanduses süstemaatiliselt tähelepanu pöörama 1970ndate lõpus, 80ndate alguses seoses Jaapani tõusmisega maailma juhtivaks tööstusriigiks ning senise liidri, Ameerika Ühendriikide, tõrjumisega sellelt positsioonilt. Teadlased olid ühel meelel selles, et nendes muutustes mängis olulist rolli Jaapani kultuur ja eluviis. Sellest ajendatuna hakati täpsemalt uurima kultuurilisi mõjureid, mis võimaldasid Jaapanil saavutada majandusedu (9). 1980ndaid aastaid võib pidada perioodiks, mil kujundati teoreetilised alused OK-i süsteemseks käsitlemiseks ning mil organisatsiooniteooria keskseks mõisteks oli OK (4). OK-i uuringud on paljuki ajendatud lootusest, et OK võib olla juhtidele vahend, mille kaudu mõjutada ja suunata organisatsioone strateegiliste eesmärkide saavutamisel (10). Ka Eestis juba 1980ndate aastate lõpus läbiviidud organisatsioonide juhtimist, majandamist ning edukust käsitletud uuringutes vaadeldi ühe organisatsiooni edukust mõjutava tegurina OK-i (4). Kuigi OK-i olulisust on kirjanduses rõhutatud juba enam kui 50 aastat, on teadlaste hulgas siiani erimeelsusi ning jätkuvat vaidlust OK-i olemuse, selle uurimise vajalikkuse ning mõistete paljususe osas. Enamus autoreid on nõus sellega, et OK on kõikehõlmav e holistiline, ajalooliselt mõjutatud, sotsiaalselt konstrueeritud ning seda on raske muuta (11). OK-i on laialdaselt käsitletud ning uuritud äri sektoris. Uuringuid on siiski läbi viidud ka avaliku sektori asutustes, näiteks haridusasutustes, raamatukogudes, ka tervishoiuasutustes.

Tervishoiusektoris on organisatsioonikultuuriga seonduvat käsitletud nii riigi tervishoiukorralduse kontekstis, näiteks Inglismaal (12) ja Ameerika Ühendriikides (13), kui haiglate (14), ravimeeskondade (15) ning esmatasandi tervishoiusüsteemi (16) kontekstis. Tervishoiusüsteemi OK uuringute ajendiks said 2000 aastate alguses Ameerikas ja Inglismaal kõlanud üleskutsed tervishoiusüsteemi kultuurilisele muutusele seoses vajadusega vähendada süsteemis avastatud ravivigade hulka ning suurendada teenuste ohutust ja kvaliteeti (12). OK-st tulenevaid võimalusi ja piiranguid on käsitletud ka teistes riikides. Näiteks Soome hambaraviteenuste süsteemi ümberkorraldusprotsessi raames (17), Austraalia haiglates uudse juhtimisviisi (*clinical directorate service*) rakendamisel (18) ning meditsiinitöötajate pühendumuse ning töömotivatsiooni mõjurite uurimisel (19).

2.1.2. Organisatsiooni ja organisatsioonikultuuri teoreetiline käsitus, organisatsioonikultuuri funktsioonid

OK-i käsitluste ja arusaamade paljus (4, 12) tuleneb sellest, et ka organisatsioone käsitletakse erinevalt. Scott kaasautoritega on välja toonud Selznicki ja Browni organisatsiooni käsitlused (20). Esimene eristab organisatsiooni kui ratsionaalset teenuste ja kaupade tootmise vahendit ning organisatsiooni kui institutsiooni ja sotsiaalseid väärtuseid kandvat keskkonda. Väärtustest lähtuv institutsioon on sageli vastu muutustele, ratsionaalne organisatsioon on aga igati muudetav. Samas annab ratsionaalne organisatsioon alles siis võimaluse sotsiaalse keskkonna tekkeks, kui töötajad asuvad loodud ametikohtadel oma ülesandeid täitma. Seega moodustavad organisatsiooni ratsionaalne ja sotsiaalne pool ühtse terviku. Teise käsitluse kohaselt eristatakse formaalset ja informaalset organisatsiooni. Formaalne organisatsioon on isikustamata, ideaalsetel suhetel ja ratsionaalsetel otsustel põhinev süsteem, milles personali juhtimine lähtub ainult tööülesannete täitmise vajadusest. Informaalne organisatsioon koosneb erinevat laadi suhetest gruppide ja indiviidide vahel. Ka selle käsitluse kohaselt tuleks vaadelda nii struktuuri kui inimsuhete ja gruppide käitumisega seotud küsimusi koos. Üheks huvitavaks ning hulgaliselt äratuntavaid seoseid pakkuvaks organisatsioonide käsitlusviisiks on metafooride kasutamine. Organisatsioonide kirjeldamiseks on kasutatud selliseid metafoore nagu organisatsioon kui masin, organism, aju, kultuur, poliitiline süsteem, psüühiline vangla, lakkamatute muutuste protsess, valitsemisvahend. Metafoor „Organisatsioon kui kultuur“ pakub ühe viisi organisatsioonide juhtimiseks ja kujundamiseks, keskendudes väärtustele, ideedele, veendumustele, normidele, rituaalidele ja muudele ühise tähendusruumi elementidele, millel on organisatsiooni elu suunav roll (9).

OK-i käsitletakse nii juhtimise-, organisatsioonikäitumise kui organisatsioonianalüüsi kontekstis. Mitmed autorid on kasutanud OK-i käsitlemise teoreetilise baasina kultuuri mõiste analoogiat (4). Allaire ja Firsirotu on andnud ülevaate kahe põhimõtteliselt erineva kultuuri käsitluse (*culture as an ideational system vs culture as a sociocultural system*) alla kuuluvatest koolkondadest, nende kasutatavatest kultuuri erinevatest mõistetest ning erinevate kultuuri käsitlustega seonduvatest OK-i käsitlustest (21). Ka Smircich (10) on andnud ülevaate organisatsiooni ja kultuuri ühendavatest erinevatest teoreetilistest käsitlustest ja jõudnud järeldusele, et kultuuri käsitletakse kas organisatsioonilise muutujana (näiteks *comparative management; corporate culture* käsitlused) või käsitletakse organisatsiooni ennast kui kultuuri (*organizational symbolism; organizational cognition; unconscious processes and organization* käsitlused). Teisiti sõnastades, kultuur kui muutuja tähendab, et organisatsioonil on kultuur, teisel juhul on organisatsioon ise kultuur. Korporatiivse kultuuri

käsitluse korral lähtutakse uurimistöodes kultuurist kui kohanemis- ja regulatsioonifunktsioone täitvast nähtusest, mis ühendab indiviidid sotsiaalsetesse struktuuridesse ning organisatsioonist, kui kohanemisvõimelisest organismist, mis on keskkonnaga vahetusprotsessis. Selle käsitluse korral nähakse organisatsioone sotsiaalsete instrumentidena, mille abil luuakse tooteid ja teenuseid, kuid kus nõ kõrvalproduktina tekib ka OK (*ibid*).

Schultz on välja toonud kolm OK-i käsitlemise teoreetilist perspektiivi: ratsionalism, funktsionalism ning sümbolism (3). Ratsionalistliku käsitluse kohaselt on kultuur üks vahenditest, mis aitab organisatsioonil saavutada vajalikke eesmärgke. Selle käsitluse puhul hinnatakse kultuuri suundumust (kas aitab eesmärgke saavutada), mõjusust (levikut liikmete seas) ja tugevust (liikmetele avaldatav surve). Funktsionalistliku käsitluse põhiküsimuseks on kultuuri funktsioneerimine, tekkimine ja muutumine, selle roll organisatsiooni liikmete kohenemise ja integreerumise toetamisel nii organisatsiooni kui väliskeskkonnaga. Hinnatakse kultuuri omandamise protsessi. Sümbolistliku käsitluse korral peetakse kõige olulisemaks seda, mida organisatsioon liikmetele tähendab. Selle käsitluse kohaselt hinnatakse sümboleid, mida organisatsiooni liikmed oma tegevuse käigus on loonud. Funktsionalismi jaoks on kultuur muutuja, mille funktsioone uuritakse, sümbolismi jaoks on kultuur metafoor, mille tähendust püütakse leida (*ibid*).

Kui OK on üks organisatsiooni iseloomustavatest tunnustest, siis võib olla võimalik seda luua, muuta ja juhtida, püüeldes organisatsiooni strateegiliste eesmärkide poole. Kui organisatsioon ise on kultuuriline üksus, siis selle uurimine võib aidata mõista tööga seotud sotsiaalseid protsesse, kuid pakub vähem võimalusi kultuuri juhtimisvõtetega muuta või kontrollida (12). Klassikaline juhtimisteooria käsitleb OK-i kui vahendit majanduslike näitajate saavutamisel, nagu efektiivsus, kvaliteet ning töötajate ja klientide rahulolu. Postmodernne käsitlus rõhutab OK-i sotsiaalset aspekti ning käsitleb OK-i kui sotsiaalset keskkonda töötajate vajaduste rahuldamisel (20). Vadi (22) on rõhutanud, et OK-i mõiste kasutamine on otstarbekaks juhtudel, kui vaatluse all on organisatsioonide tõhusus, muutused, liitumised ja ühinemised või kui käsitletakse paikkondlike erinevuste mõju organisatsiooni toimimisele.

Smircichi töödele tuginedes on välja toodud järgmised korporatiivse kultuuri funktsioonid (20):

- kultuur annab edasi organisatsiooni liikmetele identiteeditunde;
- aitab pühenduda millelegi suuremale kui vaid iseendale;
- täiustab sotsiaalse süsteemi stabiilsust;
- annab mõtestatud vahendid ja kujundid käitumiseks.

Vadi on sõnastanud OK-i funktsioonid järgmiselt (22):

- OK annab organisatsiooni liikmetele identiteeditunde, mis aitab ligi tõmmata, arendada ja hoida andekaid inimesi;
- soodustab kollektiivset panust ja toetab sotsiaalse süsteemi stabiilsust;
- aitab organisatsiooni liikmeil aru saada ümbruskonnast ning kujundab kohanemismehhanismid muutlikus keskkonnas toimetulekuks;
- loob baasi avalikkussuhetele, imagole ning toetab suhteid huvi- ja sidusgruppidega;
- ühtlustab töötajate käitumist, stabiliseerib ettevõtte talitlust ning vähendab vajadust formaalse juhtimise ja formaalse kontrolli järele.

On leitud, et juhtimisstiili mõju organisatsiooni toimimisele avaldub OK-i vahendusel (23). Seega võib ühe OK-i funktsioonina vaadelda ka juhtimisotsuste vahendamist organisatsiooni tegevustulemuste saavutamiseks. Ka Lim (24) leiab, et OK ei ole mitte organisatsiooni tegevust ennustav, vaid pigem kirjeldav ja selgitav vahend ning vahendaja ettevõtte juhtimise ja soorituse vahel. Kui organisatsioonis levinud väärtused, normid ja käitumisviisid takistavad organisatsiooni sise- ja väliskeskkonna muutustega toime tulemast, räägitakse düsfunktsionaalsest kultuurist. Balthazard kaasautoritega (25) on ulatuslikus uuringus käsitletud düsfunktsionaalse kultuuri mõju organisatsioonide tegevuse efektiivsusele ja kuluefektiivsusele.

2.1.3. Organisatsioonikultuuri kujunemine ja seda mõjutavad tegurid

Konkreetselt organisatsiooni kultuur kujuneb laiemate ühiskondlike, rahvuskultuuri, majanduslike ning seadusandlike regulatsioonide koosmõjus. Gerowitzi uuringust haiglate tippjuhtide seas ilmnes poliitiliste ja majanduslike tingimuste mõju OK-le: OK-i tüüp Inglismaa haigla juhtide hulgas oli sagedamini *klanni* ja *hierarhilist* tüüpi, Ameerikas sagedamini *tulemuste* ja *avatud süsteemi* tüüpi ning Kanadas sagedamini *klanni* ja *tulemuste* tüüpi (26). Konkureerivate väärtuste mudelile vastavad OK-i tüübid (*klann*, *hierarhia*, *tulemuste tüüp*, *avatud süsteem*) on selgitatud alalõigus 2.1.5. Eesti organisatsioonides läbiviidud uuringus leidis kinnitust rahvuskultuuri mõju organisatsiooniga seonduva tajumisele. Vene rahvusest töötajad väärtustasid eesti rahvusest töötajatega võrreldes oluliselt enam organisatsioonis esinevaid inimsuhteid kui organisatsiooni eesmärgid ja ülesandeid. Vene rahvusest inimesed olid ka enam kollektivistlikumad kui eestlased (27).

OK-i kujunemist mõjutavad organisatsiooni juhtimissüsteem ja -põhimõtted. Ühe näitena võib tuua ärivaldkonna põhimõtetel tugineva *new public management (NPM)* juhtimisideoloogia rakendamise avaliku sektori asutustes, sh tervishoius. NPM rakendamise eesmärgiks on olnud avaliku sektori tõhususe (efektiivsuse) ja tootlikkuse (kulu-efektiivsuse) suurendamine, tuues avaliku sektori juhtimisse sellised äri sektori juhtimispõhimõtted nagu kvaliteedijuhtimine, kliendi rahulolu-uuringud, juhtimise detsentraliseerimine, turu loomine ja kulude kontroll (28). Rootsi tervishoiusektoris läbiviidud uuringus leiti aga, et äri sektorile omaste põhimõtete rakendamine avalikus sektoris ei loonud mitte ootuspärast homogeenset ja stabiilset äriidentiteeti, vaid heterogeense, konfliktse ning ebakindla organisatsiooni identiteedi (*ibid*). Ka Austraalias avaliku sektori organisatsioonides tehtud uuringu tulemustele tuginedes jõuti järeldusele, et vaatamata süsteemsetele katsetele rakendada NPM põhimõtteid, toimivad avaliku sektori asutused jätkuvalt valdavalt avaliku halduse põhimõtete, mitte NPM juhtimispõhimõtete kohaselt (29). Seega võib väljakujunenud OK osutada raskelt muudetavaks ning uute põhimõtete rakendamine võib kaasa tuua ebakindluse organisatsiooni toimimises.

Eesti haiglavõrgus toimusid aastatel 1999-2003 ulatuslikud reformid, mille tulemusena avalikes huvides tegutsevate haiglate juhtimises ja haldamises rakendati seadusandluse muutmise kaudu süsteemi efektiivsuse suurendamiseks ärivaldkonna tegevuspõhimõtteid (30). Fidleri ja kaasautorite hinnangul tagab selline muudatus haigla juhtkonnale suurema paindlikkuse asutuse tegevuste juhtimisel ning sunnib pöörama suuremat tähelepanu asutuse finantsjuhtimisele. Tõenäoliselt on sellistel juhtimissüsteemi muudatustel mõju ka töötajate hoiakutele, väärtustele ning nende baasil kujunevale OK-le.

Maailmas 1990-ndatel aastatel alanud ja kümmekond aastat väldanud arutelude kokkuvõtte OK-i sihipärase muutmise ja juhitavuse kohta sõnastati järgnevalt: OK-i sihipärane juhtimine ei ole võimalik, ehkki teatud olukordades (nt suuremad kriisid või tippjuhtkonna vahetus) võib olla võimalik OK-i mõjutada (23). Alvesson (31) on seisukohal, et kuigi paljudes uurimustes on püütud leida OK-i ja organisatsiooni toimimise ning tegevustulemuste vahelist seost, on sellelaadsete uurimuste alusel tehtud järeldused sageli ennatlikud ja lihtsustatud. Lisaks leiab Alvesson, et OK-i tuleb käsitleda komplekselt, mitte pelgalt juhtimisinstrumendina efektiivsuse või konkurentsieelise saavutamisel, kuna OK-i keeruka olemuse ja hõlpsa muutmise vahel on vastuolu. Kultuurikontekstis mõtlemine aitab aga juhte rohkem kui kultuuri muutmisele või käitumismustrite painutamisele suunatud programmid (*ibid*).

Siiski võib ka tervishoiu sektorist leida näiteid süsteemsetest juhtimisprogrammidest, mille eesmärgiks on teatud määral OK-i muutmise ning mis peavad kindlasti arvestama juba

välja kujunenud OK-i mõjuga programmide rakendamisele. Sellisteks näideteks on WHO poolt algatatud tervist edendavate haiglate programm, UNICEF-i algatatud beebisõbraliku haigla programm ning sellised 1999-ndatel aastatel tervishoius rakendatud uudsed juhtimispõhimõtted nagu *patient-focused care*, *clinical governance*, *new public management* kontseptsioonid (32).

2.1.4. Subkultuurid organisatsioonis

Eri valdkondades tegutsevatel organisatsioonidel on erinev OK (11). Vaatamata valdkonnale omasele üldisele OK-ile võib sama organisatsiooni piires väiksemate gruppide hulgas eksisteerida teistsugune kultuur ehk subkultuur või allkultuur. Sageli kujunevad subkultuurid rahvusliku, keelelise, soolise, religioosse, sotsiaalmajandusliku või kutsealase kuuluvuse alusel. Seetõttu eksisteerib igas organisatsioonis hulk erinevaid ja võistlevaid väärtussüsteeme, millest moodustub pigem organisatsioonilise tegelikkuse mosaiik, kui ühtne organisatsioonikultuur (9). Allkultuur võib kujuneda ka struktuuriüksuste baasil. Meditsiiniõdesid hõlmanud uuringus leiti, et õed hindasid haigla ja osakonna OK-i erinevalt. Osakonna OK-i tajuti enam toetava kultuurina, haigla kui terviku OK-i aga bürokraatliku kultuurina (19). Selgesti tuvastatavad allkultuurid omavad tunnetatavat mõju organisatsiooni tegevusele (33). Inglismaa tervishoiusüsteemi kajastavas artiklis leitakse, et erinevad allkultuurid võivad omavahel liituda või vastupidi, püüda selgelt eristuda. Teatud juhtudel võib allkultuuride võimuvõitlus, rivaliteet ja konkurents ilmned ka kui OK-i põhijoon, millist nähtust on täheldatud Inglismaa tervishoiusüsteemis (12).

Elukutsest tulenevad allkultuurid on oma tegevuses rohkem suunatud professionaalsetest kui organisatsiooni huvidest. Arstide ja õdede seas erialapõhiselt välja kujunenud allkultuurid on üldiselt sisemiselt sidusad, jõulised ja muutustele resistentsed. Sama liim, mis hoiab arstide või õdede gruppi koos, samal ajal ka lahutab neid üksteisest. Seega võivad tervishoiusüsteemides eksisteerivad erialapõhised allkultuurid olla süsteemi suureks tugevuseks, kuid samal ajal ka potentsiaalseks nõrgaks kohaks just soodumuse tõttu ignoreerida organisatsiooni kui terviku eesmärgi (20). Samas ei saa subkultuure käsitleda ainult negatiivses ning eraldavas võtmes. Organisatsioonilises tegevuses kujunevad erinevate professionaalide gruppide vahel ja nende sees väärtused ja hoiakud, mis on nii ühendavad kui eristavad, omavahel sobimatud või mitmeti tõlgendatavad (34). On leitud, et tervishoiusüsteemi professionaalide – arstide, õdede, farmatseutide ja tervishoiujuhtide erialast lähtuvate allkultuuride kujunemine algab juba eriala valiku ajal. Seda mõjutavad isikuomadused, väljaõppele eelnevad arvamused ja hoiakud tervishoiusüsteemi toimimise

põhimõtete suhtes, erialane väljaõpe ning hilisem praktika (35–36). Enamasti ollakse teatud organisatsioonisiseste erinevuste suhtes tolerantne, samas on ka pinged allkultuuride vahel üsna tavalised (9). Inglismaa tervishoiusüsteemi reformi kultuurilisi aspekte käsitledes on välja toodud, et erinevad grupid võivad olla rohkem või vähem alid kultuurilistele muutustele ning gruppidest võivad kujuneda ka nõ vastukultuurid planeeritavatele muutustele. OK-i ja eriala(de) domineeriva kultuuri vaheliste ebakõladega tegelemine on keeruline ning on küsitav, kas üleüldse peaks organisatsioon püüdlema tervikliku, ühtsete organisatsiooniliste tunnustega komplekti poole (12). Rõhutatud on ka seda, et kui tippjuhtide tasemel on enamasti ühtne OK, mis on kujunenud ühiste tulevikuvisionide, sarnase mõttemaailma ja juhtimisstiili baasil, siis organisatsiooni keskastme juhtide ning töötajate hulgas eksisteerivad just tervishoiusektoris sageli koos vastuolulised, konfliktid ning konkureerivad OK-id (13).

2.1.5. Organisatsioonikultuuri teoreetilised mudelid

Originaalsetest OK-i tüüpide mudelitest on ülevaate andnud Roots (3). Roger Harrison'i ja Charles Handy kirjeldavad isikule, võimule, rollile ja ülesannetele orienteeritud OK-i mudelit, Geert Hofstede OK-i mudel hõlmab rahvuslikke kultuurierinevusi ning võimudistanti, kollektivismi ja individualismi, feminiinsust ja maskuliinsust ning määramatuse vältimist, Manfred Kets de Vries'i ja Danny Milleri patoloogiliste organisatsioonide mudel tugineb aga psühhoanalüütilisel käsitlusel. Leidub ka palju klassikaliste mudelite edasiarendusi (*ibid*). Käesolevas töös tuuakse välja OK-i mõisted ja mudelid, mida uurimustöö teoreetiliste lähtekohtade ning tulemuste selgitamisel kasutati. Peab rõhutama, et nõ puhtaid OK-i tüüpe ei eksisteeri, vaid ühele või teisele kultuurile vastavad omadused on suuremal või vähemal määral levinud kõigis organisatsioonides ning sageli on üks kultuuritüüp teistest suurema kaaluga (*dominant culture orientation*) (37). Samuti tuleb meele pidada, et erinevad OK-i mudelid ning käsitlused selgitavad organisatsioonilise tegevuse väga erinevaid tahke (4).

Edgar Schein on defineerinud OK-i kui põhiliste oletuste kogumit, mis antud grupp on leiutanud, avastanud või arendanud, õppides lahendama väliskeskkonnaga kohanemise ja grupisisese ühtsuse saavutamise probleeme, ja mis on toiminud piisavalt hästi, et näida tõesena, ning mida seetõttu tuleb õpetada uutele liikmetele kui ainsat õiget viisi probleeme mõista, tajuda ja tunda (3).

Shein on loonud OK-i kirjeldamiseks kolmetasandilise mudeli, milles sügavamad tasandid moodustavad baasi nähtavamatele tasanditele ning kus tasandid erinevad üksteisest teadvustamise määra poolest (3–4):

- artefaktid ehk nähtav kultuuritasand koosneb mitmesugustest tehiselementidest (sisekujundus, tehnoloogia, riietumisstiil jm), käitumuslikest ja verbaalsetest ilmingutest ning omab vahetut emotsionaalset mõju inimestele;
- omaksvõetud ja jagatud väärtused ning põhimõtted, mida organisatsioonis aktsepteeritakse, millega õigustatakse või millest lähtutakse igapäevategevuses ning mis moodustavad aluse nähtavale kultuuritasandile. Jagatud väärtusteks võivad kujuneda ainult need tegevused või arusaamad, mille tulemi kohta on antud grupil sotsiaalne või füüsiline kinnitav tagasiside ehk kogemused, mis on sotsiaalselt kehtivad;
- baasarusaamad ehk alateadlikud oletused, uskumused ja arvamused, mis on vähe teadvustatud ja võivad lähtuda juba organisatsiooni loomise ajast, mida seetõttu harva vaidlustatakse ning mille muutmine võib tunduda inimloomusele destruktiivse tegevusena. Ajas kinnitust saanutena moodustavad nad baasi nii jagatud väärtusele kui nähtavale kultuuritasandile.

Oluline on märkida, et selle mudeli puhul räägitakse kolme tasandi omavahelisest koostoimest, mistõttu muutused ühes tasandis põhjustavad muutusi teistes tasandites (22). Antud mudel rõhutab selgelt, et sageli kasutatav OK-i definitsioon, „viis, kuidas meil asju tehakse“, kajastab ainult kultuuri nähtavat pealiskihti (38). Scheini OK-i definitsioon (3) hõlmab endas nii organisatsiooni välis- kui sisekeskkonnale (struktuur, personal, vahendid jm) suunatud tegevusi ning samuti seda, kas organisatsioon on nendes tegevustes paindlik ja kiirelt muutuv või pigem stabiilne ja muutuseid vältiv. Organisatsiooni sisekeskkonnale suunatud sisemise ühtsuse loomisele aitavad Scheini käsitluses kaasa järgmised tegevused (4):

- ühise arusaama loomine tegevusega seotud mõistete ja nähtuste kohta;
- gruppi kuulumise ja mittekuulumise kriteeriumide ehk grupi piiride määratlemine;
- grupi liikmete mõju ja staatuse jaotamise kriteeriumid;
- normide kujundamine antud grupis tööalaste-, sõprus- ning lähedussuhetest arusaamiseks;
- tasude ja karistuste süsteemi väljatöötamine soovitava ja mittesoovitava käitumisviisi määratlemiseks;
- ühiste lugude ja müütide loomine negatiivsete ja positiivsete väärtuste paikapanemiseks.

Väliskeskkonnaga toimetulekuks vajalikud tegevused on järgmised (4):

- missiooni ja strateegia loomine;
- eelnevast lähtuvate eesmärkide loomine ja nende kohta ühise arusaamise kujundamine;
- eesmärkide saavutamiseks kasutatavatest vahenditest ühise arusaama kujundamine;

- eesmärkide saavutamise hindamine ja kontrollimine;
- eesmärkide saavutamist takistavate tegevuste korrigeerimine.

Schein on oma OK-i käsitlustes rõhutanud nähtuse analoogiat kultuuriga. Ehkki Scheini OK-i käsitlus on loogilise ülesehitusega, terviklik ning populaarne, leidub vähe empiirilisi uurimusi, mis seda teooriat kinnitaks või ümber lükkaks. Üheks põhjuseks on tõenäoliselt asjaolu, et sellise komplekse nähtuse samaaegne uurimine on keerukas (4).

Paindlikkusele ja stabiilsusele ning sise- ja väliskeskkonnale orienteeritud OK-i kirjeldava konkureerivate väärtuste mudeli (KVM), (*competing values framework, CVF*) on välja töötanud Robert E. Quinn ja Kim S. Cameron (3). Sellel mudelil põhinevaid uurimisvahendeid on välja töötanud ja kasutanud paljud uurijad. Konkureerivate väärtuste mudel tugineb Quinn ja Rohrbaugh (39) poolt avaldatud kolmemõõtmelisel teoreetilisel mudelil, milles erinevad dimensioonid kirjeldavad organisatsioonide efektiivsuse näitajaid. Quinn ja Rohrbaugh teoreetilise mudel alusel on Reino poolt välja töötatud eestikeelne organisatsiooni väärtuste küsimustik (OVK), (*organizational values questionnaire, OVQ*) (66). See kasutab algse kolme dimensiooni asemel kahte väärtuste telge. Üks neist kajastab seda, kas organisatsioon on oma tegevuses suunatud sissepoole, st oma organisatsiooni ja gruppide sisemise dünaamika arendamise ja hoidmise suunas, või väljapoole, st organisatsiooni ümbritseva väliskeskkonna ja -teguritega kohastumiseks. Teine väärtuste telg kajastab seda, kas organisatsiooni eelistuseks on olla oma toimimises paindlik või kontrolliv ja stabiilsust taotlev (40). Nimetatud kahe telje kombineerimisel tekkivatele neljale OK-i tüübile vastavad väärtused on vastandlikud ning omavahel konkureerivad. Konkureerivate väärtuste mudelile vastavad OK-i tüübid ning neile omased tunnused on Cameroni ja Freemani (20) ning Quinn ja Rohrbaugh (39) töödes avaldatud materjalide alusel koondatud tabelisse 1.

Tabel 1. Konkureerivate väärtuste mudeli OK-i tüüpide põhitunnused, juhtimisstiil, ühendavad väärtused ja strateegiline suund (20, 39)

<i>Inimsuhete tüüp (IS)</i>	<i>Avatud süsteemi tüüp (AS)</i>
<i>Põhitunnused:</i> sidusus, osalus, meeskonnatöö, perekonna tunne	<i>Põhitunnused:</i> loovus, ettevõtlikkus, kohanemine, dünaamilisus
<i>Juhtimisstiil:</i> õpetaja, abistaja, vanem	<i>Juhtimisstiil:</i> ettevõtja, innovaator, riskija
<i>Ühendavad väärtused:</i> lojaalsus, traditsioonid, inimestevaheline sidusus	<i>Ühendavad väärtused:</i> ettevõtlikkus, paindlikkus, risk
<i>Strateegiline suund:</i> inimressursside arengule, pühendumusele, moraalile	<i>Strateegiline suund:</i> innovatsioonile
<i>Sisemiste protsesside tüüp (SP)</i>	<i>Tulemuste tüüp (T)</i>
<i>Põhitunnused:</i> kord, reeglid, regulatsioonid, ühetaolisus, efektiivsus	<i>Põhitunnused:</i> võistluslikkus, tulemuslikkus, keskkonna muutlikkus
<i>Juhtimisstiil:</i> koordinaator, organisaator, administraator	<i>Juhtimisstiil:</i> otsustaja, tootele ja tulemusele orienteerija
<i>Ühendavad väärtused:</i> reeglid, poliitikad, protseduurid, selged ootused	<i>Ühendavad väärtused:</i> tulemusele orienteeritus, tooted, konkurents
<i>Strateegiline suund:</i> stabiilsusele, ennustatavusele, sujuvale korraldusele	<i>Strateegiline suund:</i> konkurentsieelisele, turu ülimuslikkusele

Inimsuhete tüübi (IS) eesmärgiks on organisatsiooni inimressursi arendamine, mis saavutatakse sidususe ning ühise moraali abil. *Avatud süsteemi tüübi (AS)* eesmärgiks on organisatsiooni kasvu ning suuremate kasutada olevate ressursside saavutamine paindlikkuse ning muudatusteks valmisoleku kaudu (39). *Sisemiste protsesside tüüpi (SP)* iseloomustab eesmärgina organisatsiooni stabiilsuse, kontrolli, konsolideerimise ning järjepidevuse saavutamine informatsiooni juhtimise, formaalse kommunikatsiooni ning tsentraliseeritud otsustusprotsessi abil (39, 41). *Tulemuste tüüpi (T)* organisatsiooni eesmärgiks on produktiivsus, efektiivsus, mis saavutatakse planeerimise ning eesmärkide seadmise kaudu (39). On leitud, et *sisemiste protsesside tüübi* puhul, mida mõned autorid on nimetanud ka hierarhia tüübiks, on organisatsiooni toimimise aluseks reeglid, spetsialiseerumine ja tsentraliseeritud juhtimine. Selline kultuur domineerib sageli suurtes organisatsioonides ja avaliku sektori asutustes, milliste ülesandeks on pakkuda stabiilselt usaldusväärset ning ettearvatavat väljundit. *Tulemuste tüüpi* (nimetatud ka „turg“) organisatsioonid on jõuliselt tulemusele ning kasumlikkusele orienteeritud. Kiiresti muutuv keskkonnas võib väga edukas olla meeskonnatööd ja otsustusprotsessides töötajate kaasatust väärtustav *inimsuhete*

tüüpi (nimetatud ka „klann“) organisatsioon. *Avatud süsteemi* tüüpi organisatsioon suunab oma innovaatilise tegevuse tulevikuks valmistumiseks, olles õigeaegselt valmis kiiresti muutuva keskkonna nõuetele vastama (3). Ka tervishoiusüsteemi uuringutes on leitud, et raviasutused on domineerivalt hierarhilist, sisemisele kontrollile ja stabiilsusele suunatud OK-i tüüpi (14, 19, 42).

Varasemates töödes on väidetud, et konkureerivate väärtuste mudelil põhinev uurimisvahend on hea valiidsuse ja usaldusväärsusega OK-i uurimisvahend (41, 43), mistõttu seda on käesolevas uurimuses kasutatud.

2.1.6. Organisatsioonikultuuri seosed organisatsiooni sooritusega

Seisukohad OK-i ja organisatsiooni tegevuse või soorituse (*performance*) vaheliste seoste osas on paljuski vasturääkivad, kuigi sellekohaseid uuringuid ning materjale on avaldatud hulgaliselt. Uurimused on suuresti ajendatud väidetest ja oletustest, et teatud OK-i tüüp on seotud organisatsiooni heade finantstulemustega (23). 2000 aastate alguses riiklikul tasandil alatatud Inglismaa tervishoiusüsteemi ümberkorralduste üks juhtmõtte tugines samuti arvamusele, et tervishoiuorganisatsioonide süsteemsete kultuuriliste muutuste kaudu suudetakse tervishoiusüsteemi kohandada patsientide ja riigi vajadustele senisest enam vastavaks (45). Inglismaa tervishoiuorganisatsioonide kultuuriliste muutuste ellukutsumisega kaasnenud aruteludes ning uurimustes jõuti siiski järeldustele, et senised uuringud on andnud vähe ning vastuolulisi tõendeid OK-i ja tervishoiuasutuse tegevustulemuste otsese seose olemasolu ning seose olemuse kohta. Samas peeti OK-i siiski asjakohaseks teguriks tervishoiuasutuse toimimise hindamise seisukohast ning OK-i uurimist vajalikuks (*ibid*). Hiljuti avaldatud uuringus juhtide väärtuste, OK-i ning organisatsiooni tulemuste vaheliste seoste kohta näidati aga muuhulgas ka negatiivset seost bürokraatliku OK-i ja töötajate rahulolu vahel (44).

Võrreldes äri sektoriga on valdkonnas, mille esmaseks funktsiooniks on inimeste heaolu kaitsmine, säilitamine ja suurendamine (*human service organizations*¹), OK-i uuringuid suhteliselt vähem avaldatud. Samuti puuduvad esinduslikud andmed organisatsioonilistest karakteristikutest, mis kirjeldaksid ühele või teisele sotsiaalsele valdkonnale iseloomulikku OK-i või organisatsiooni kliimat (46). Ka Scott-Findlay ja Estabrooks (47) väidavad, et kuigi õenduse valdkonnas avaldatud OK-i uuringute hulk on viimase 10 aastaga oluliselt suurenenud, võib oletada, et paljud OK-i teemalistest aruteludest ei põhine siiski uurimuste andmetel. Hemmelgarn jt. (46) on laste vaimse tervise valdkonnas

¹ Siia alla kuuluvad heaoluühiskonnas elanike poliitilise õigusega valitsuse poolt tagatava miinimumstandardi tasemel sissetuleku, toidu, tervise, eluaseme ja hariduse teenuseid vahendavad organisatsioonid (54)

töenduspõhiste praktikate rakendamist käsitletud artiklis rõhutanud asjaolu, et organisatsiooni sotsiaalne keskkond mõjutab seda, kas ja kuidas rakendatakse erinevaid diagnostika- ja ravivõtteid (*core technologies*) ning kas need võtted on püsiva iseloomuga ja efektiivsed. Hemmelgarn jt. pakuvad välja idee koguda ja analüüsida haiglates tavapärastele meditsiinilistele ning kliinilise praktikaga seotud andmetele lisaks ka teatud organisatsioonilist ja kultuurilisi laadi karakteristikuid, et saaks analüüsida nende seoseid ning arvestada saadud teadmistega uute uurimismeetodite arendamisel ja praktikate kujundamisel (*ibid*). See lubaks senisest paremini mõista seda, mis juhib ja mõjutab heaoluteenuseid osutavas sektoris tegutsevaid töögrupe, meeskondi ja organisatsioone erinevate tehnoloogiate ja sekkumiste rakendamisel.

Tervishoiusektoris läbiviidud uuringutest võib leida viiteid OK-i mõjust ning seostest väga erinevatele tervishoiuasutuse tegevuse aspektidele. Scott kaasautoritega on avaldanud ülevaateartikli OK-i ja tervishoiuorganisatsiooni soorituse seoseid käsitletud uurimustest ning leidnud, et neljas uurimuses oli usaldusväärseid andmed OK-i ja organisatsiooni soorituse vaheliste seoste kohta (26). Ülevaateartiklis rõhutatakse Jacksoni uuringu olulisust, milles esmakordselt leiti võimalik OK-i ja patsientide käitumise (mitteilmumine kokkulepitud vastuvõtule, *did-not-attend*) omavaheline mõju. Samas ülevaates refereeritakse Argote jt. poolt USA 44 haigla erakorralise meditsiini osakonnas läbi viidud uuringut, kus leiti, et gruppidevahelised selged normid ja kokkulepped on oluliselt seotud tegevuse efektiivsusega erakorralises olukorras. Gerowitzi jt. poolt Kanada, Inglismaa ja USA haiglate tippjuhtide seas läbiviidud uuringus leiti, et juhtkonna hulgas domineeriv OK oli positiivselt ja oluliselt seotud nende organisatsiooni soorituse näitajatega, mida antud kultuur väärtustas (*ibid*).

Heaoluteenuste sektoris mõjutab organisatsiooniline kontekst osutatavate teenuste olemust ning on seotud nii teenuse osutajate hoiakute ja personali voolavusega kui teenuste kvaliteedi ning tulemustega (46). Hemmelgarn jt. leiavad, et nimetatud sektoris kasutatavad nõrked tehnoloogiad (näiteks erinevad suhtlemisviisid või vaimse tervise valdkonnas rakendatavad psühhoteraapiad jms) on organisatsiooni sotsiaalsest kontekstist enam mõjutatavad kui teistes sektorites kasutatavad nõrked tehnoloogiad (*ibid*).

OK-i mõjuga arvestamine on asjakohane siis, kui organisatsioonis planeeritakse ja viiakse ellu olulisi ja süsteemseid muutusi. Braithwaite jt. leidsid, et suuruse, struktuuri, patsientide hulga, tegevusprofiili ja -keskkonna poolest sarnased ülikoolihaiglad olid uute juhtimispõhimõtete (*clinical directorate service*) rakendamisel erineva eduga ning jõudsid organisatsiooni kultuurilistest iseärasustest tulenevalt erinevatele tulemustele (18). Lisaks sellele, et OK-i mõjuga tuleb arvestada uute juhtimisvõtete rakendamisel, on OK-il ka mõju sellele, mil määral on töötajad kaasatud ning soovivad osaleda tervishoiuasutuse arengu

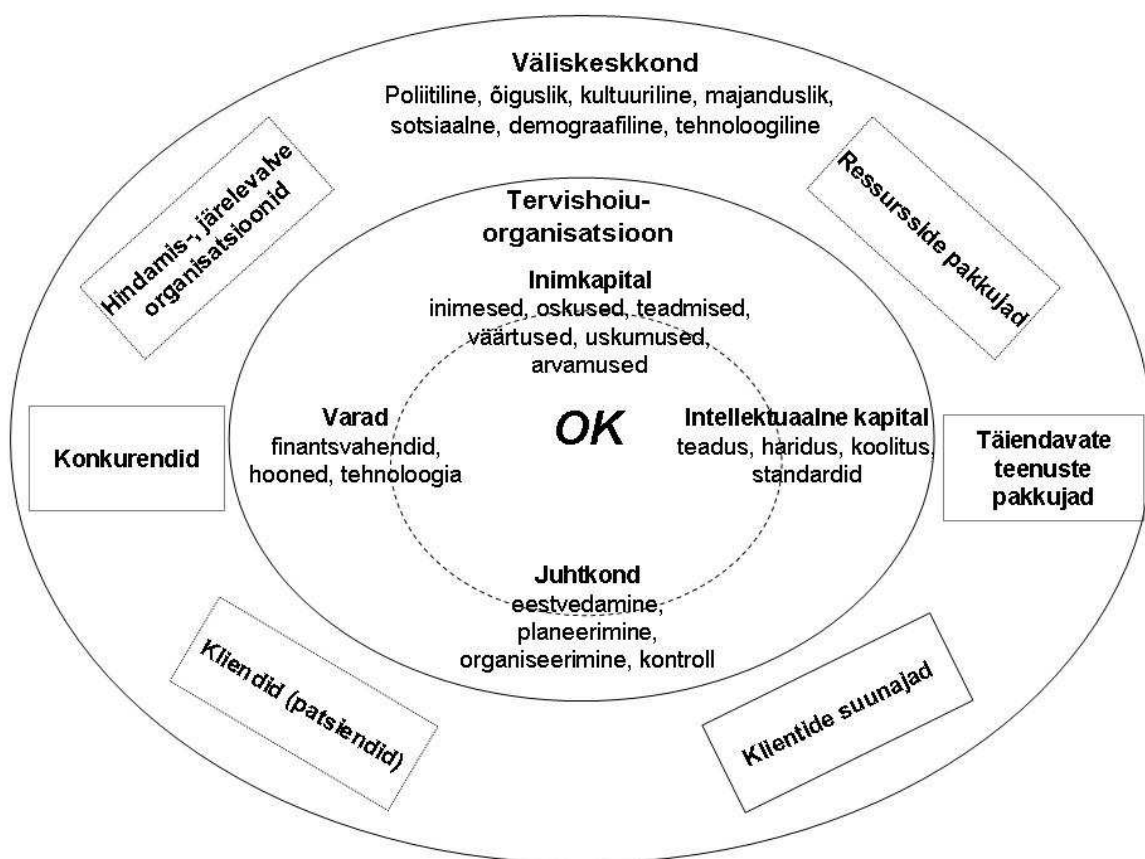
planeerimisel. Iirimaa haigla keskastme juhtide hulgas läbiviidud uuring kinnitas, et tugev OK on positiivselt ja oluliselt seotud meedikute ja mittemeedikute kaasatusega strateegilisse juhtimisse (48). OK mõjutab ka seda, kas töötajad soovivad oma tööga panustada organisatsiooni tegevustesse. Austraalia raviautuses läbiviidud uuringus leiti oluline positiivne seos töötajate pühendumuse ja innovaatilise ning toetava OK-i vahel, samal ajal kui bürokraatlik OK ja töötajate pühendumus olid vähese negatiivse seosega (19). Raviprotsessi ning ravitulemusi mõjutavad paljud töötajatepoolsed tegurid ja töökeskkonna psühhosotsiaalsed aspektid. Õenduspersonali hulgas on laialdaselt uuritud seoseid positiivse ning koostööalt kultuuri olemasolu ja personali voolavuse, läbipõlemise ja töötajate rahulolu vahel. Uuringud näitavad olulist seost koostööalt kultuuri ning meditsiiniõdede voolavuse ja läbipõlemise vahel (49).

Meditsiini areng ning ravivõimaluste avarumine on seotud pidevate tehnoloogiliste uuenduste rakendamisega. Järjest keerukamad informatsiooni haldamise ja analüüsisüsteemid muutuvad tervishoiusüsteemi lahutamatuks osaks ning pakuvad uusi võimalusi haiguste diagnoosimisel, patsientide konsulteerimisel, raviprotsessi juhtimisel. Uute tehnoloogiliste lahenduste rakendamise edukus võib aga mõjutatud olla OK-st. Austraalia ülikoolihaiglates läbiviidud uuringus leiti OK-i mõju meedikute hoiakutele laboratoorsete ja radioloogiliste analüüside tellimiseks ning tulemuste saamiseks mõeldud kliinilise informatsioonisüsteemi rakendamisel. Konstruktivse kultuuriga haiglas oli hoiak IT süsteemi rakendamiseks positiivsem kui agressiivse või tõrjuva OK-iga haiglas. Uurijad järeldasid, et selliseid hoiakuid on vaja arvestada meditsiiniliste informatsioonisüsteemide rakendamisel (50). Tugevad, avatud, arengulised ja tulemustele suunatud kultuurid ning nõrk hierarhiline OK on olulisel määral seotud organisatsiooni võimega rakendada uusi tehnoloogiaid (51). Autorite arvates avaldub OK-i mõju organisatsioonis õppimist ja uute teadmiste omandamist toetavate hoiakute kujundamise kaudu. OK-i ning organisatsioonilise õppimise seoseid käsitletud kuue Tallinna raviasutuse uuringus leiti, et OK ja organisatsioonilise õppimise näitajad erinesid eri vanuse, ametikoha ja haridusliku tasemega gruppides. Nii ülesandele kui suhetele suunatud OK toetasid organisatsioonilist õppimist, kuid alla 5.a tööstaažiga inimeste organisatsiooniline õppimine oli eeskätt mõjutatud ülesandele suunatud OK-st samal ajal kui suhetele orienteeritud OK hakkas mõjutama organisatsioonilist õppimist pikema kui 5.a tööstaažiga töötajate puhul (8).

Sloveenia tervishoiusüsteemis läbiviidud uurimuses leiti, et OK on üks tegureist, mis mõjutab töötajate kaasamist organisatsiooni arendustegevusse, seejuures *klanni* tüüpi OK soodustab ning *туру* tüüpi OK takistab seda (42).

OK-i võimalikku seost ning mõju tervishoiu ühele olulisemale aspektile, patsientide rahulolule, on seni vähe uuritud. Kreeka haiglates läbiviidud uurimus on üks esimestest, milles käsitletakse OK-i mõju patsientide rahulolu kujunemisele tervishoiutöötajate kliendiorientatsiooni väärtustamise kaudu (52). Teises uuringus leiti oluline positiivne seos meeskonnatööd väärtustava OK-i ja patsientide rahulolu vahel, kusjuures bürokraatliku OK-i ja patsientide rahulolu vahel leiti oluline negatiivne seos (53).

Eelnevale kirjandusülevaatele, Hasenfeldi (54) ja McKee ning Healy (32) materjalidele tuginedes on joonisel 2 kokkuvõtlikult kajastatud tervishoiuorganisatsiooni (sh inimkapital, intellektuaalne kapital, juhtkond, varad), temaga seotud organisatsioonide (ressursside ja täiendavate teenuste pakkujad, klientide suunajad, kliendid, konkurendid, hindamise- ja järelevalveorganisatsioonid) ja väliskeskkonna mõjude (poliitiline, õiguslik, majanduslik, sotsiaalne, demograafiline, tehnoloogiline) ning OK-i, kui väliskeskkonnaga kohanemist ja organisatsioonisisese ühtsuse saavutamist mõjutava nähtuse omavahelised seosed.



Joonis 2. Tervishoiuorganisatsiooni keskkond ja organisatsioonikultuur (autori joonis).

2.1.7. Metoodilised lähtekohad ning soovitusel organisatsioonikultuuri uurimiseks

Morgan (9) on väitnud, et kõik teooriad ja vaatenurgad, mida kasutatakse organisatsioonide ja nende juhtimise uurimiseks, loovad küll väärtuslikke tõlgendusvõimalusi, kuid on samas ebatäielikud, ühekülgsed ja potentsiaalselt eksitavad. Seetõttu ei saa OK-i, kui kompleksset sotsiaalset nähtust kajastavate uuringute alusel teha resolutsioone järeldusi. OK-i olemuse kirjeldamisel on rõhutatud erisuguste mõõtmisvahendite ja meetodite kasutamise olulisust. Ühe meetodi usaldamine OK-i uuringutes annab kallutatud tulemused (14). Mallak jt. (*ibid*) poolt avaldatud uuringus kasutati aktiivravihaiglates näiteks konkureerivate väärtuste mudelit koos kultuuri tugevuse hindamise skaala ja kriitiliste intsidentide tehnikaga. Morgan (9) hoiatab, et organisatsiooni käsitlemisel näiteks metafoori kasutades luuakse paratamatult ühekülgne pilt organisatsioonist, tuues esile ühed tõlgendusvõimalused ning jättes teised kõrvale. Sel põhjusel moonutab metafoori kasutamine OK-i käsitlemisel tegelikku pilti.

Graves on välja toonud kaks põhimõttelist teed organisatsioone võrdlevate uuringute jaoks OK-i mõõtmisvahendite loomisel: esimesel juhul tuletatakse mõõtmisvahend teoreetiliselt, teisel juhul kasutatakse mõõtmisvahendi loomiseks intervjuude, vaatluste jm uurimismeetodite teel konkreetse organisatsiooni jaoks olulisi OK-ga seotud näitajaid (3). Scott jt. on avaldanud ülevaateartikli tervishoiu valdkonnas kasutatud kvantitatiivsetest OK-i uurimisvahenditest, mille kohta on avaldatud andmed nende statistilise valiidsuse ja usaldusväärsuse kohta ning mis on sobilikud kajastama OK-i tervishoiu kontekstis (55). Uurimisvahendid jagunevad tüpoloogilisteks ja dimensionaalseteks instrumentideks. Osa vaadeldud vahendeist tuginevad teoreetilistele kontseptsioonidele, teised on välja töötatud praktiliseks rakendamiseks konkreetses raviasutuses. Kõikide uurimisvahenditega hinnatakse töötajate ettekujutust ja arvamusi nende töökeskkonna kohta, mõned (CVF, *organizational culture inventory*) hindavad ka väärtuseid ja uskumusi, mis on ajendiks neile arvamustele (*ibid*). Põhjalik ülevaade on avaldatud õenduse erialal publitseeritud OK-i uurimustöödest, nende teoreetilisest taustast ning kasutatud uurimisinstrumentidest (47).

Tervishoiuorganisatsiooni soorituse (*performance*) ja OK seoste uurimiseks on antud järgmised soovitusel (26):

- senisest selgemini on vaja defineerida nii kultuuri (*health service culture*) kui soorituse (*health service performance*) mõisted;
- keskendumaks pigem kultuuri tüüpidele kui üksikutele kultuuri väljendustele;
- OK-i tüüpide kaupa tuleks uurida nende tunnuste seoseid, mida konkreetne kultuur väärtustab;

- kombineerida tuleks erinevaid uurimismeetodeid (kvalitatiivseid, kvantitatiivseid, läbilõikelisi ning longituud-uuringuid) ja erinevaid käsitusi (sotsioloogiline, antropoloogiline, sotsiaalpsühholoogiline, majanduslik, kultuuriline käsitus);
- tähelepanu peaks pöörama kultuuri erinevatele kihtidele ja nendevahelistele seostele;
- arvestama peaks nii patsiendi- kui organisatsioonipoolsete tulemustega ning uuringuid kavandades tuleb olla teadlik, et patsiendi ja meediku kultuur on vastastikku mõjutatud.

OK on nähtus, mis on levinud kogu organisatsioonis. Paraku on paljudes uuringutes (sh tervishoiusüsteemis) küsitletud ainult organisatsiooni juhte, mitte töotajaid. Sellistesse uuringutesse tuleks suhtutakse kriitiliselt ning järelduste tegemisel on sellega vaja arvestada (56).

2.2. Uuritav organisatsioon SA TÜ Kliinikum

Uuritavaks organisatsiooniks olid kliinikumi meditsiinilised allüksused (edaspidi *kliinikud*). Sihtasutus Tartu Ülikooli Kliinikum asutati 22. detsembril 1998. Varem eraldi tegutsenud 15 iseseisva organisatsiooni baasil moodustati ühtne organisatsioon, mille aastakäive oli ligi 425 miljonit krooni ja kus töötas 3742 inimest (57). Kliinikumi põhitegevusaladeks on ravi- ning meditsiinialane õppe- ja teadustöö. Koostöös Tartu Ülikooli arstiteaduskonnaga on kliinikum arstidele ja muule meditsiinipersonalile diplomieelse ja diplomijärgse välja- ja täiendõppe baasiks. Eesti tervishoiumaastikul on kliinikum üks kolmest piirkondlikust haiglast ning ainuke arstide diplomieelse koolitusega seotud raviasutus.

2005.a lõpu seisuga kuulus kliinikumi koosseisu kuulus 16 erialakliinikut, 10 meditsiinilist ning 11 mittemeditsiinilist teenistust. Keskmise töötajate arv oli 3 432 isikut, täidetud oli 3 038 ametikohta, neist 473 arsti, 1059 õe, 723 hoolduspersonali ja 775 tugipersonali ametikohta. 2005.a. tehti kliinikumi arstide juurde kokku 486 073 ambulatoorset visiiti, statsionaarsel ravi viibis 42 077 patsienti, summaarne statsionaarse ravi voodipäevade arvuga 264 458. Keskmise ravikestus statsionaarsel ravil oli 6,3 päeva, aasta keskmine statsionaarse ravi voodite arv oli 944. Operatsioone tehti statsionaaris 30 139 ja päevakirurgias 6 681, opereeritud haigete arv statsionaaris oli 19 860 (58).

Kliinikumi reorganiseerimise käigus toimunud organisatsioonilised muutused olid esimesed nii ulatuslikud struktuurimuutused Eesti haiglate hulgas. Muutuste protsessi käigus käsitleti muuhulgas ka uue ühise organisatsioonilise identiteedi kujundamist, sõnastati kliinikumi visioon, missioon ja tegevuseesmärgid. Edukaks toimetulekuks kiirelt muutuv

keskkonnas on kliinikumi strateegilised eesmärgid aastateks 2006–2008 järgmised (59): ravitöö on patsiendikeskne, kvaliteetne ja efektiivne; diagnostika ja ravi põhinevad kaasaegsel tehnoloogial ja on seotud arendustegevusega; eriarstiabi antakse tihedas koostöös esmatasandi- ja teiste haiglatega; kliinikum on eriarstiabis Eesti liider ja avatud rahvusvahelisele koostööle; kliiniline teadustöö toimub tihedas koostöös biomeditsiini ja tehnoloogiliste teadustega; arsti- ja hambaarstiõppe läbiviimiseks tagatakse kaasaegsed tingimused; kliinikumi organisatsiooniline ülesehitus soodustab arenguid ravitöös ja kliinilises arstiteaduses.

Kliinikumis osutatava arstiabi kvaliteedi edendamiseks on alates 2001. aastast kogutud tagasisidet nii patsientidelt, koostööpartneritelt (perearstid ja teistes raviasutustes töötavad eriarstid) ning rahastajatelt (haigekassa). Kõige parem hinnang on saadud alati patsientidelt – 2004.a oli 74,3% patsientidest kliinikumiga väga rahul, 25,2% pigem rahul ja vaid 0,5% ei olnud rahul. 2004.a. küsitluse alusel tuleks 84,3% patsientidest kindlasti ka edaspidi ravile kliinikumi, 13,2% patsientidest pigem tuleks ravile ning vaid 2,4% eelistaks võimaluse korral mõnda muud raviasutust (60). Kuna uuringutest on selgunud, et patsiendid olid kriitilised neid puudutava ravitegevuse ja nende haiguse kohta jagatava info suhtes, siis võeti kliinikumis eesmärgiks oluliselt tõhustada patsientidega suhtlemist ja info jagamist. Nende probleemide lahendamisel peeti muuhulgas vajalikuks tõhustada ka koostööd pere- ja teiste eriarstidega (*ibid*). 2001–2007 läbiviidud uuringute kokkuvõte näitab, et kliinikumi raviteenusega väga rahul olevate patsientide osakaal on püsinud stabiilselt 73–74% piires. Samas on vähenenud patsientide osakaal, kes kindlalt tuleksid vajadusel uuesti kliinikumi ravile (87%–81%). Olulisemate muutustena on sel perioodil välja toodud suurenenud rahulolu personali poolt pühendatud aja piisavusega ning kasutatava varustuse ja aparatuuri kaasaegsusega. Kliinikumis antud abi põhjendatuse ja arusaadavusega rahulolu langev trend on viimasel aastal positiivse suunaga, kuid patsientide rahulolu haiguse ja sellega seotud ohtude kohta jagatud teabega on jätkuvalt negatiivse trendiga (61).

Kliinikumile kui tervishoiuasutusele, mis on juba olulised ümberkorraldused läbi teinud ning kavandab süsteemselt organisatsiooni arengut, annab OK-i uuring võimaluse asutust uudest küljest tundma õppida ning kasutada saadud teadmisi organisatsiooni arendamisel.

3. TÖÖ EESMÄRGID

Küsitlusuuringu eesmärkideks on:

1. Kvantitatiivse uurimisvahendi abil mõõta OK-i ning leida OK-i mudel uuritavates kliinikutes ja taustatunnuste alusel loodud gruppides;
2. Analüüsida gruppidevahelisi erinevusi OK-i mudelis, sh erinevusi kõrge ja madala patsientide rahuloluga kliinikutes;
3. Analüüsida OK-i seaduspärasusi tervishoiu kontekstis.

4. MATERJAL JA METOODIKA

4.1. Uuring

Käesoleva töö näol on tegemist iseseisva ja esimese OK-i tüüpe kaardistava uurimusega tervishoiuasutuses. Selle läbiviimiseks küsiti nõusolek kliinikumi juhtkonnalt ning uuritavate allüksuste (kliinikute) juhtidelt.

Uuritava valimi moodustamise esimeses etapis, kliinikute kaasamisel, lähtuti kliinikumis varem läbiviidud patsientide rahulolu küsitluste tulemustest, kaasates uuringusse keskmisest kõrgema (kardioloogiakliinik, kirurgiakliinik) ja keskmisest madalama (naistekliinik, lastekliinik, psühhiaatriakliinik, spordimeditsiini-taastusravikliinik) patsiendi rahuloluga kliinikute töötajad (62–63). Sarnast eelneva välise hindamise alusel moodustatud valimit on kasutatud varasemates uuringutes (64–65) ning seda on peetud OK-i iseloomulike joonte uurimiseks efektiivseks, kuna tõenäosus OK-i organisatsioonikultuuri erinevuste avastamiseks on suurem äärmuste alusel moodustatud valimis suurem kui juhusliku valiku abil moodustatud valimis.

Valimi moodustamise teises etapis, töötajate uuringusse kaasamisel, peeti silmas asjaolu, et uuringus saaks esindatud kõikide ametikohtade töötajate arvamused. Ametikohtade esindatuse kriteeriumi täitmisel lähtuti edasi mugavusuuringu põhimõttest, st vastasid need töötajad, kellele oli võimalik küsitlusleht edastada ja kes soovisid uuringus osaleda. Kuna tervishoiuasutuses on töö korraldatud vahetustega ning levinud on osalise tööajaga töötamine, ei hõlmatud uuringus osalemise pakkumisega tõenäoliselt kõiki töötajaid. Uuringus osalemine oli töötajatele vabatahtlik.

Valimi kirjeldus

Tabelid 2 ja 3 kirjeldavad valimi jaotust uuritud allüksuste ja töötajate ametikohtade, vanuse, tööstaaži ja soo kaupa.

Tabel 2. Töötajate arv (isikud) 2005.a lõpus uuritavates kliinikutes ja vastanud isikute arv (n, %) ametikohtade kaupa

Kliinik	Arstid		Õed		Hooldajad		Spetsialistid, tugipersonal		Kokku	
	Isikud	n (%)	Isikud	n (%)	Isikud	n (%)	Isikud	n (%)	Isikud	n (%)
Lastekliinik	48	28 (58,3)	74	51 (68,9)	45	16 (35,6)	31	26 (83,9)	198	121 (61,1)
Kardioloogiakliinik	28	7 (25,0)	58	30 (51,7)	51	12 (23,5)	6	1 (16,7)	143	50 (35,0)
Psühhiaatriakliinik	28	16 (57,1)	55	26 (47,3)	39	6 (15,4)	22	8 (36,4)	144	56 (38,9)
Naistekliinik	34	8 (23,5)	73	37 (50,7)	36	11 (30,6)	9	2 (22,2)	152	58 (38,2)
Kirurgiakliinik	39	15 (38,5)	74	46 (62,2)	90	27 (30,0)	11	3 (27,3)	214	91 (42,5)
Spordimeditiini- ja taastusravikliinik	17	12 (70,6)	43	33 (76,7)	48	24 (50,0)	25	8 (32,0)	133	77 (57,9)
Kokku	194	86 (44,3)	377	223 (59,2)	309	96 (31,1)	104	48 (46,2)	984	453 (46,0)

Tabel 3. Vastanute tööstaaži ja vanusegrupid ning sugu

Tööstaaž	n (%)	Vanus	n (%)	Sugu	n (%)
< 1 aasta	68 (14,9)	20–29 aastat	89 (19,5)	Naine	424 (93,0)
1–5 aastat	131 (28,7)	30–39 aastat	109 (23,9)	Mees	30 (6,6)
6–10 aastat	77 (16,9)	40–49 aastat	131 (28,7)		
11–20 aastat	111 (24,3)	50–59 aastat	95 (20,8)		
21–30 aastat	56 (12,3)	≥ 60 aastat	30 (6,6)		
>30 aastat	11 (2,4)				

Kvantitatiivse läbilõikelise küsitlusuuringu uurimisvahendiks oli Quinn ja Rohrbaugh (39) konkureerivate väärtuste mudelil põhinev Reino poolt väljatöötatud (66) eestikeelne 53 väitega organisatsiooni väärtuste küsimustik (lisa 1). Antud küsimustiku näol on tegemist universaalse OK-i tüpoloogilise uurimisvahendiga, mis ei lähtu ühegi konkreetse organisatsiooni spetsiifikast ning mille abil saadud tulemuste alusel on seetõttu võimalik võrrelda erinevate tegevusvaldkondade või sama sektori erinevate organisatsioonide tulemusi. Tervishoiusektoris kasutati uurimisvahendit esmakordselt, eeluuringut läbi ei viidud. Mõnel juhul on tõstatatud küsimus üksikisikutelt kogutud andmete asjakohasusest OK-i kajastamisel (47). Siiski võib individidelt kogutud andmeid pidada asjakohaseks OK-i nähtuse avamisel,

kuna OK-i mõiste peegeldab nähtuse sotsiaalset aspekti. Ka Ashkanasy (67) on leidnud, et kuigi OK-i uuringutes küsitletakse üksikisikuid, ei uurita siiski mitte üksikisikuid, vaid isikuid sotsiaalses kontekstis. Inimestevahelises suhtluses kujunevad arvamused ja hoiakud ühe või teise organisatsiooniga seotud küsimuse suhtes, jagatakse kogemusi ning ühe inimese tunnetus, kogemus mõjutab ka teisi. Seetõttu on üksikisikute poolt vastatud küsitlusuuringud samaaegselt vastatud ka kollektiivi poolt.

Küsimustikuga (lisa 1) koguti töötajatelt järgmised andmed:

- 1) Töötajate hinnangud mitmesugustele organisatsiooni tegevust iseloomustavatele väidetele (53 väidet) 10 – punktilisel skaalal:
 - 1 – üldse ei nõustu väitega;
 - 10 – täiesti nõus väitega;
- 2) Taustatunnused vastajate kohta: töötajate vanus, tööstaaž, ametikoht, sugu, meditsiinilise allüksuse (kliiniku) nimetus.

Uurimisvahendi esmakordse kasutamise ning OK-i kontseptsiooni uudsuse tõttu käesolevas uuringus teisi vastajaid või uuritavat organisatsiooni kirjeldavaid andmeid ei kogutud.

Küsitlus viidi läbi 2005.a oktoobrist kuni 2006.a veebruarini. Kliinikute ülemõdedele jaotati töötajatele edasi andmiseks 916 ankeeti, millest tagastati täidetult 456 ankeeti (50%). Vastajate anonüümsuse tagamiseks koguti täidetud ankeedid kliinikutes kasutusel olevate ja kvaliteedisüsteemi raames kasutatavate avalduste ja ettepanekute kogumiskastide abil. Rahaliste vahendite puudumise tõttu ei olnud võimalik küsimustikke posti teel tagasi koguda. Küsitluslehtede täitmiseks anti aega ligikaudu 2 nädalat. Kogumiskastidest võtsid täidetud ankeedid välja kliinikute ülemõded ja edastasid need uurijale. Ülemõdedele anti enne küsimustike jagamist soovitus pöörata töötajate tähelepanu asjaolule, et küsimustele vastates hindaksid töötajad küsimustikus toodud väidete kehtivust enda kliiniku, mitte kliinikumi kui terviku olukorrast lähtuvalt.

4.2. Andmeanalüüs

Andmed sisestati MS Exceli töölehele. Statistiline analüüs tehti andmetöötlusprogrammiga SPSS vers. 13.0. Selleks, et käesoleva uuringu tulemused oleks võrreldavad teistes tegevusvaldkondades tehtud uuringutega, võeti OK-i tüüpide leidmiseks kogu küsimustikust kasutusele 25 varasemas uuringus (66) faktoranalüüsi abil leitud tunnust e väidet (edaspidi nimetatud *uurimisvahend*). Igale valimi objektile arvutati uurimisvahendisse kuuluvate tunnuste (66) alusel keskmise väärtuse leidmise teel neli uut OK-i tunnust (AS, IS, SP, T). OK tüüpe kirjeldati järjestustunnustele sobivate statistikute abil (mediaan, kvartiilid) (68) ning grupe võrreldi sõltumatute valimite võrdlemiseks kohaste mitteparameetriliste testide abil (Kruskall-Wallis, Mann-Whitney U). Gruppide vahelise statistilise olulisuse hindamisel kasutati kriteeriumit $p < 0,05$. Kahe grupi vahel erinevuste tuvastamisel kasutati Bonferroni parandust. OK tüübi ja taustatunnuste vaheliste seoste hindamiseks kasutati Spearmani korrelatsioonikoefitsienti. Uurimisvahendi (66) tunnustega tehti uuritava valimi andmetega faktoranalüüs (lisa 2), kasutades peakomponentide analüüsi *varimax* pööramist.

5. TULEMUSED

OK tüübid uuritud valimis ning taustatunnuste lõikes

Tabelid 4 ja 5 kajastavad OK-i tüüpide väärtusi valimis tervikuna, eri gruppides ning erinevuseid gruppide vahel. Analüüsil ilmnenu seaduspärasusena leiti, et domineerivaks OK-i tüübiks peaaegu kõigis gruppides oli SP tüüp, millele valdavalt järgnes T tüüp.

Tabel 4. OK tüübi tunnuste mediaanid ja kvartiilid (Q1;Q3) grupeerivate tunnuste lõikes

	Avatud süsteemi tüüp (AS)	Inimsuhete tüüp (IS)	Sisemiste protsesside tüüp (SP)	Tulemuste tüüp (T)
n	455	456	456	455
Valimi keskmine	6,25 (5,00;7,75)	6,30 (4,93;7,40)	7,83 (6,83;8,77)	6,6 (5,40;8,00)
Lastekliinik	6,50 (5,50;7,75)	6,30 (5,30;7,30)	7,67 (6,83;8,67)	6,80 (5,70;8,20)
Kardioloogiakliinik	5,75 (4,69;7,50)	5,95 (4,85;7,03)	7,25 (6,50;8,38)	6,20 (4,60;7,00)
Psühhiaatriakliinik	6,50 (5,00;7,75)	6,20 (5,10;7,28)	7,67 (6,54;8,50)	6,50 (5,25;7,75)
Naistekliinik	7,25 (5,69;8,31)	7,5 (6,30;8,30)	8,20 (7,33;9,17)	6,80 (5,20;8,21)
Kirurgiakliinik	6,50 (5,00;8,00)	6,50 (5,00;7,60)	8,17 (7,00;8,83)	6,80 (5,00;8,00)
Sportmeditsiini- ja taastusravikliinik	5,67 (4,25;7,00)	5,11 (4,00;6,90)	7,83 (6,83;8,67)	7,00 (5,60;8,00)
Keskmisest kõrgema patsiendi rahuloluga kliinikud	6,25 (5,00;7,75)	6,30 (5,00;7,48)	7,83 (6,82;8,73)	6,40 (5,00;7,80)
Keskmisest madalama patsiendi rahuloluga kliinikud	6,42 (5,00;7,75)	6,30 (4,90;7,40)	7,83 (6,83;8,83)	6,80 (5,60;8,00)
Hooldaja, põetaja	6,25 (5,25;8,50)	6,40 (4,92;7,95)	8,08 (6,71;9,00)	7,00 (5,80;8,40)
Õde	6,50 (5,25;7,75)	6,40 (5,10;7,50)	8,17 (7,17;8,83)	6,60 (5,20;7,80)
Arst	6,13 (4,75;7,56)	5,85 (4,88;7,10)	7,08 (6,00;8,21)	6,40 (5,40;7,60)
Spetsialist, tugipersonal	6,29 (5,25;7,50)	6,20 (4,60;7,18)	7,50 (6,54;8,29)	7,10 (5,53;8,15)
Tööstaaž < 1.a	6,25 (5,00;7,75)	6,45 (4,68;7,59)	8,33 (7,00;8,83)	6,30 (5,00;7,40)
Tööstaaž 1–5 a	6,25 (4,75;7,50)	5,90 (4,50;7,30)	7,50 (6,50;8,50)	6,40 (5,00;7,80)
Tööstaaž 6–10 a	6,25 (5,00;8,00)	5,80 (4,70;7,35)	7,67 (6,75;8,83)	7,00 (5,30;8,40)
Tööstaaž 11–20 a	6,75 (5,50;8,00)	6,50 (5,30;7,60)	8,17 (6,83;9,00)	7,00 (5,95;8,25)
Tööstaaž 21–30 a	6,38 (5,06;8,00)	6,40 (5,30;7,18)	7,75 (7,00;9,17)	6,80 (5,45;8,20)
Tööstaaž >30 a	7,75 (6,00;10,00)	7,80 (7,10;8,60)	8,17 (7,33;9,33)	7,40 (6,40;7,80)
Vanus 20–29 a	6,00 (4,75;7,50)	6,30 (4,50;7,45)	7,83 (7,00;8,67)	6,00 (5,00;7,20)
Vanus 30–39 a	6,33 (4,50;7,50)	5,90 (4,50;7,15)	8,00 (6,67;8,50)	6,40 (4,80;7,80)
Vanus 40–49 a	6,25 (5,50;7,75)	6,10 (5,10;7,30)	7,75 (6,67;8,67)	7,00 (5,60;8,20)

	Avatud süsteemi tüüp (AS)	Inimsuhete tüüp (IS)	Sisemiste protsesside tüüp (SP)	Tulemuste tüüp (T)
Vanus 50–59 a	6,88 (5,63;8,75)	6,70 (5,30;7,80)	8,00 (7,00;9,17)	7,20 (6,00;8,20)
Vanus $\geq$ 60 a	6,25 (4,75;8,75)	7,05 (5,36;8,40)	8,00 (7,00;9,21)	7,20 (6,60;8,50)
Naine	6,50 (5,00;7,75)	6,30 (4,90;7,50)	7,83 (7,00;8,83)	6,60 (5,40;8,00)
Mees	5,75 (4,75;7,75)	6,10 (5,08;7,13)	7,00 (5,46;8,38)	6,80 (5,30;7,25)

Tabel 5. OK-i tüüpide statistilised erinevused ($p < 0,05$) grupeerivate tunnuste lõikes (Kruskall Wallis test)

Grupeeriv tunnus	Avatud süsteemi tüüp (AS)	Inimsuhete tüüp (IS)	Sisemiste protsesside tüüp (SP)	Tulemuste tüüp (T)
Kliinik	0,000*	0,000*	0,045	0,048*
Patsiendi rahulolu	0,933	0,950	0,740	0,047
Ametikoht	0,306	0,168	0,000*	0,119
Tööstaaz	0,025	0,008*	0,055	0,021
Vanus	0,001*	0,019	0,435	0,000*
Sugu	0,229	0,248	0,024*	0,475

Kõigis kliinikutes oli domineerivaks OK tüübiks SP tüüp. Kliinikute hulgas erines teistest naistekliinik, kus hinnati kõrgelt inimsuhteid ja organisatsiooni avatust kajastavaid väiteid ning T tüüp sai kõige madalamad hinnangud. Kliinikud erinesid üksteisest oluliselt kolme OK tüübi osas. SP tüübi puhul ei selgunud olulisuse kriteeriumi $p < 0,003$ tasemel (Mann-Whitney U test, * tähistatud tabelis 5) erinevus eri kliinikute vahel. AS tüübi puhul erinesid oluliselt ($p < 0,003$) lastekliinik ja spordimeditasiini- ja taastusravikliinik ning spordimeditasiini- ja taastusravikliinik ja naistekliinik. IS tüübi puhul erinesid lastekliinik ja spordimeditasiini- ja taastusravi kliinik, lastekliinik ja naistekliinik, kardioloogiakliinik ja naistekliinik, spordimeditasiini- ja taastusravikliinik ja naistekliinik, spordimeditasiini- ja taastusravikliinik ja kirurgiakliinik, psühhiaatriakliinik ja naistekliinik. T tüübi puhul leiti oluline erinevus lastekliiniku ja kardioloogiakliiniku vahel.

Grupeerides kliinikud varasemate (62–63) patsientide rahuloluhinnangute alusel keskmisest kõrgema (kardioloogiakliinik, kirurgiakliinik, $n=141$) ja keskmisest madalama (naistekliinik, lastekliinik, psühhiaatriakliinik, spordimeditasiini- ja taastusravikliinik, $n=313$) patsientide rahuloluhinnanguga kliinikute gruppideks, selgus oluline erinevus ($p < 0,05$) T tüübi puhul. Madalama patsientide rahuloluga grupi kliinikutes oli tulemustele orienteeritus oluliselt kõrgem kui kõrgema patsientide rahuloluga kliinikutes.

Seaduspärasusena ilmneseid kahe OK-i tüübi, SP ja T tüübi kõrged hinnangud kõigi ametikohtade lõikes. Kõige kõrgema väärtusega oli SP tüüp õdede hulgas, kõige madalam arstide hulgas. IS tüüp on kolmandal kohal hooldajate, põetajate grupis, kõigi teiste ametikohtade puhul aga viimasel kohal. Ametikohtade hulgas leiti oluline erinevus ($p < 0,008$) ainult SP tüübi puhul, kus õed ja hooldajad andsid arstidest oluliselt kõrgemad hinnangud SP tüübi väidetele ning õed hindasid SP väiteid kõrgemalt kui spetsialistid ja tugipersonal.

Tööstaaži gruppides ilmnese seaduspärasus, et domineeriva SP tüübi järel oli kõige lühema ja kõige pikema staažiga töötajate grupis oluliselt OK tüübiks IS tüüp, samal ajal kui kõik muud staažigrupid hindasid endiselt kõrgelt T tüübi väiteid. Tööstaaži gruppides selgus oluline erinevus ($p < 0,003$) ainult IS tüübi puhul, kus üle 30. a. tööstaažiga töötajate grupp andis teistest oluliselt kõrgemad hinnangud IS tüübi väidetele.

Vanusegruppide lõikes oli domineerivaks OK tüübiks jällegi SP tüüp ning teisel kohal valdavalt T tüüp (v.a. kõige nooremas vanusegrupis, kus teisel kohal olevaks OK tüübiks oli IS tüüp). Gruppidevahelises võrdluses selgusid olulised erinevused ($p < 0,005$) kahe OK tüübi puhul. AS tüübi väiteid hindasid 20–39. a. vanused töötajad oluliselt madalamalt kui 50–59. a. töötajad, T tüübi väiteid hindasid kõige nooremad töötajad samuti oluliselt madalamalt kui vanemad kui 40. a. töötajad.

Naistel ja meestel oli esimesel kohal ühte moodi SP tüüp ning teisel kohal T tüüp, IS tüüp oli meestel kolmandal, naistel neljandal kohal. Oluliselt erinesid meeste ja naiste hinnanguid ainult SP tüübi väidete puhul.

OK tüübi alaskaalade omavahelised seosed ja seosed taustatunnustega

Alaskaalade omavahelisi seoseid ja taustatunnuste vahelisi seoseid uurides ilmnese mõõdukas seos vanuse ja AS, IS ja T OK tüüpide vahel ning tööstaaži ja AS ja T OK tüüpide vahel (tabel 6).

Tabel 6. OK alaskaalade omavahelised seosed ja seosed taustatunnustega, Spearmani korrelatsioonikoefitsient

	AS	IS	SP	T	Vanus	Tööstaaž
AS	1					
IS	0,709**	1				
SP	0,379**	0,342**	1			
T	0,408**	0,216**	0,392**	1		
Vanus	0,185**	0,136**	0,059	0,235**	1	
Tööstaaž	0,131**	0,099*	0,036	0,145**	0,451**	1

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Uurimisvahendi analüüs

Uurimisvahendi (66) 25 väite faktoranalüüsi tulemusel (lisa 2) ilmnes, et 5 faktori omaväärtused oli suuremad kui 1, kuid omaväärtuste graafikul oli selge vahe kolmanda ja neljanda faktori vahel (lisa 2, joonis 1). Kolm faktorit kirjeldasid seejuures ligikaudu 46% andmete hajuvusest (koguvariatiivsusest). Andes ette faktoranalüüsil kolm faktorit, tekkis selge kolmefaktoriline struktuur (lisa 2, tabel 1), kus 1 tunnus („Meie organisatsiooni liikmed armastavad katsetada uusi asju“) laadus kahte faktorisse, üks tunnus („Meie organisatsioonis rõhutatakse kulude kokkuhoidu“) langes teise faktorisse kui oodatud ning üks tunnus („Meie organisatsioonis on alluvussuhted täpselt paigas“) ei laadunud olulise seosega (≥ 0.40) ühegi faktori alla. Uuritava valimi andmetega laaduvad samasse faktorisse inimsuhete (IS) tüübi ja avatud süsteemi (AS) tüübi tunnused. Neid kahte alaskaalat iseloomustab ka kõrge omavaheline korrelatsioon (tabel 6.) Alaskaaladesse kuuluvate tunnuste kooskõla analüüs (Cronbach alfa test) näitas piisavalt kõrget alaskaalade usaldusväärsust, Cronbach alfa väärtused 0.69 kuni 0.87 (lisa 2, tabel 2).

6. ARUTELU

Järgnev arutelu on jagatud kaheks – esimeses osas antakse faktoranalüüsi tulemuste tõlgendus, teises osas OK-i tüüpe kirjeldavate tunnuste analüüsi arutelu.

Uurimisvahendi faktoranalüüsi tulemused

Antud uuringus kasutati esmakordselt tervishoiuasutuse töötajatest moodustatud valimi puhul eestikeelset konkureerivate väärtuste mudelil põhinevat uurimisvahendit. Enne käesoleva uurimuse läbiviimist avaldatud töödes ei leidu viiteid algse neljatüübilise OK mudeli kõrvalekalletest tervishoiutöötajatest moodustatud valimi puhul. Kliinikumi töötajatest moodustatud valimi andmetega tehtud faktoranalüüs näitas aga, et uuritud kliinikutes töötavate isikute jaoks olid kaks OK-i tüüpi – *inimsuhete tüüp* ja *avatud süsteemi tüüp*, olemuselt väga sarnased ja vastajate jaoks sisuliselt sama tähendusega. Seda näitab ka kõrge korrelatsioonikoefitsient IS ja AS alaskaalade vahel (tabel 6).

Sarnasele tulemusele jõuti ühes hiljutises uuringus, kus selgus, et tervishoiuasutusest mitte-juhipositsioonil olevatelt töötajatelt kogutud andmete puhul ei pruugi kehtida seni pakutud neljatüübiline OK-i mudel (69). Konkureerivate väärtuste mudeli faktoranalüüsi teostanud autorid leidsid, et tervishoiutöötajate valimis võiks OK-i paremini iseloomustada hoopis kahetüübiline mudel ning nimetasid need OK-i tüübid tinglikult humanistlikuks (*humanistic*) ja ettekirjutavaks (*prescriptive*) kultuuriks, kusjuures rõhutati

uurimisinstrumenti psühhomeetriliste omaduste (usaldusväärsus, valiidus) hindamise olulisust igas uues uurimuses ning uuel populatsioonil kasutamise korral (*ibid*). Käesoleva uurimuse andmed ei toeta kahe- ega neljatüübilist OK-i mudelit. OK-i skaaladesse kuuluvate tunnuste kooskõla piisavalt kõrgete väärtuste esinemise ning alaskaalade korrelatsioonide alusel võib väita, et uuritud asutuses esineb nelja OK-i tüübi asemel kolm OK-i tüüpi – sisemist ja välist stabiilsust taotlevad SP ja T tüüp ning paindlikkusele suunatud IS/AS tüüp. Selle tulemuse võib lugeda vaadeldud kliinikutele iseloomulikuks OK-i mudeliks. Kolmetüübilistele OK-i käsitlustele leidub viiteid ka kirjanduses. Tervishoiuasutustes kasutatud Cooke ja Lafferty poolt väljatöötatud *Organizational Culture Inventory (OCI)* kvantitatiivne uurimisvahend seostab 12 erinevat käitumisharjumist kolme OK-i stiiliga – konstruktiivne, passiivne/defensiivne ja agressiivne/defensiivne OK (20, 25).

Faktoranalüüs käesoleva uurimuse andmetega näitas, et mõned tunnused laadusid oodatust erinevalt faktorite vahel. Tunnus „Meie organisatsiooni liikmed armastavad katsetada uusi asju“ langes nii AS kui T tüübi alla. Seda võib selgitada sellega, et tervishoiutöötajate jaoks seostub uute töövõtete, tehnoloogiate jms rakendamine nii organisatsiooni avatusega kui ka organisatsiooni orienteeritusega tulemustele, sest tervishoiu on uute tehnoloogiate rakendamine enamasti seotud parema ravitulemusega, patsiendi kiirema tervises seisundi taastumisega, lühema haiglasviibimisega vms meditsiinilise tulemusega. Tunnuse „Meie organisatsioonis rõhutatakse kulude kokkuhoidu“ langemine oodatud T tüübi asemel hoopis SP tüüpi näitab, et töötajate jaoks ei seostunud kulude kokkuhoid mitte omaette tulemuse saavutamise või tegevuseesmärgina, vaid eelkõige organisatsioonis rakendatud töökorralduse sisemiste reeglitega. Tunnuse „Meie organisatsioonis on alluvussuhted täpselt paigas“ väljajäämine kõigist kolmest faktorist näitab tõenäoliselt, et alluvussuhted on tervishoius niivõrd tavapärased, et töötajad ei tunneta neid oluliste mõjuritena organisatsioonis. Tunnuste laadumine oodatust erinevalt kinnitab vajadust hinnata uue valimi puhul uurimisinstrumenti valiidust ja usaldusväärsust.

OK-i tüüpide analüüsi tulemuste tõlgendus

Domineerivaks OK-i tüübiks kõigis kliinikutes oli SP OK-i tüüp. See tulemus on kooskõlas kirjanduse andmetega, kus leidub viiteid avaliku sektori asutuste (29) ja tervishoiuorganisatsioonide (14, 19, 42) hierarhilisele ja reegleid väärtustavale OK-i tüübi esinemisele. Ühes uuringus on leitud ka haigla OK-i erinevused tulenevalt haigla omandivormist. Erasektori haiglas oli domineerivaks kultuuriks koostöökultuur, avaliku sektori haiglas aga jõukultuur (70). Kui tervishoiuasutuse töötajate hulgas läbiviidud uuringutes on leitud SP tüübi esinemist, siis juhtide hulgas läbiviidud OK-i uuringutes on

sageli leitud teiste OK-i tüüpide olemasolu (26). Sisemist reguleeritust väärtustava ning hierarhiliselt ülesehitatud bürokraatia eeliseks on reeglite abil loodud võimalikult täpsed ja tulemuslikud teed probleemide ja ülesannete lahendamiseks, mis annab töötajatele võimaluse sooritada oma ülesandeid võimalikult hästi ning suurendab organisatsiooni efektiivsust. Bürokraatlikus organisatsioonis valitakse töötajad lähtuvalt kvalifikatsioonist, korraldatakse nende tööd kindlaid funktsioone täitvates üksustes, tasustatakse palgaastmete ja alluvussuhetest lähtuvalt ning tagatakse karjääri ning edutamise võimalused (54). Vaatamata efektiivsele töökorraldusele leiab kirjandusest viiteid bürokraatliku organisatsiooni negatiivsetest seostest töötajate rahuloluga ja kliendi rahuloluga (44). Negatiivset seost kliendi rahuloluga põhjendatakse töötajate stressiga, mis avaldub madalamas kliendi rahulolus. Uuritud kliinikutes T OK-i tüübi paiknemine OK-i mudelis AS ja IS tüüpidest kõrgemal lubab oletada, et uuritaval perioodil ja sellele eelneval ajal oli uuritud organisatsiooni tegevus enam ajendatud majanduslikest eesmärkidest kui innovatsiooni ja arendustegevuse ning personali sotsiaalsetest ja arengulistest eesmärkidest lähtuv. T tüübi kõrget väärtust võib pidada ka uuritud ülikoolihaigla erisuseks, sest varasemast uuringust on teada, et haigla majanduslik olukord ning eelarvega seonduv on need valdkonnad, millega näiteks üldhaigla ja kohaliku haigla töötajad on kõige vähem kursis (7).

Kuigi domineerivaks kultuuritüübiks kõigis uuritud kliinikutes oli sissepoole suunatud fookusega ja vähese paindlikkusega SP tüüp, leiti teiste OK-i tüüpide puhul mitme kliiniku vahel olulisi erinevuseid. Nende erinevuste alusel võib öelda, et mitte kõik kliinikud ei hinnanud OK-i tüüpe ühtmoodi ning et mõnes kliinikus väärtustatakse paremate majandustulemuste saavutamisele suunatud kulude kokkuhoiust või suurema turuosa saavutamisest enam hoopis üksteise toetamist ning inimestevahelist suhtlust nii organisatsioonis kui sellest väljaspool. Antud uuringu iseärasuseks oli see, et küsimustikus olid toodud T OK-i tüübi all väited, mis kajastavad pigem ärivaldkonna tulemusi nagu kasumi saamine, turuosa suurendamine, konkurentide edestamine ja konkurentsi õhutamine. Kuigi uuritud organisatsiooni avalikes ja ametlikes dokumentides ei olnud need väärtused rõhutatud, olid majanduslikud eesmärgid uurimisperioodil siiski kõigil juhtimistasanditel päevakorral. Fidler jt. (30) on kirjeldanud juhtumiuuringus käesolevale uurimusele eelnenud aastatel Eesti haiglasüsteemis aset leidnud olulisi seadusandlikke ja strateegilisi arenguid ning nende mõju kogu süsteemi toimimise efektiivsusele. Käesolev uuring näitab, et riiklikul tasandil algatatud ning organisatsiooni tasandil läbiviidud reformide majanduslikud eesmärgid kajastusid ka uuritud asutuse töötajate arvamustes. See tulemus on kooskõlas ka kirjanduses avaldatud seisukohtadega ja uurimistulemustega organisatsiooni juhtimise, OK-i ja organisatsiooni tulemuste omavahelistest seostest (11, 23, 44). Hinnates OK-i mudeli tasakaalustatust uuritud

kliinikutes võib väita, et kõik OK-i tüübid olid suhteliselt võrdselt levinud, kuid siiski tuleks arvestada seisukohaga, et organisatsioonide tegevuses peetakse oluliseks erinevate OK tüüpide tasakaalustamist, mitte ühe OK-i tüübi ning sellega seotud väärtuste eelisarendamist (51, 69). Kliinikumi kui ülikoolihaigla jaoks on oluline teadvustada ka asjaolu, et inimsuhteid väärtustava ning nendele suunatud tervishoiu arendamist on peetud oluliseks mitte ainult organisatsioonides, kus arstid töötavad, vaid ka asutustes, kus nad oma väljaõppe saavad (49).

Käesoleva uuringuga püüti leida viidet selle kohta, kas on mingisuguseid OK-i erinevusi kliinikutes, mille tegevust patsiendid on hinnanud keskmisest kõrgemalt või keskmisest madalamalt. OK-i mõju patsientide rahulolule võib olla vahendatud töötajate rahulolu kaudu. Kuna on leitud, et toetav OK on positiivselt seotud töötajate rahuloluga (44) ja kõrgema rahuloluga arstide patsientide hulgas on leitud kõrgem rahulolu osutatud tervishoiuteenusega (71), siis eeldati, et keskmisest kõrgema patsientide rahuloluga kliinikutes väärtustatakse inimsuhetele suunatud OK-i tüüpi enam kui kliinikutes, kus patsientide rahulolu oli madalam. Analüüs näitas siiski, et keskmisest kõrgema patsientide rahuloluga kliinikutes ei hinnatud oluliselt kõrgemalt inimsuhteid väärtustavat IS tüüpi. Oluline erinevus ilmnis hoopis majanduslikele tulemustele orienteerituses. Kliinikud, millele patsiendid olid andnud varasemate uuringute alusel keskmisest kõrgema hinnangu, olid oluliselt vähem majanduslike tulemuste saavutamisele orienteeritud kui need kliinikud, kus patsientide rahulolu oli keskmisest madalam. Kõrgem hinnang *tulemuste* OK-le võis tuleneda sellest, et madala patsientide rahuloluga kliinikud olid samal ajal ka negatiivse eelarvega kliinikud ning seal rõhutati nii töötajate heaolu kui ravitingimuste parandamise eesmärgi nimel efektiivsema tegevuse ja paremate majandustulemuste saavutamise vajadust. Samas ei pruugi patsientide rahulolu olla mõjutatud ainult töötajate rahulolust. Kirjandusest on leida viiteid selle kohta, et erinevate arstlike erialade hulgas valitsevad eristumist taotlevad professionaalsed subkultuurid, milles sageli kirurgilised erialad on arstide endi hulgas kõrgemalt väärtustatud kui mittekirurgilised erialad (34). Kolleegide poolt väärtustatud ning sisemiselt tugev erialasisene kultuur võib samuti olla põhjuseks, mis kujundab muuhulgas ka patsientide arvamusi ja hoiakuid, sh rahulolu. Seda oletust toetab ka Vadi (22) poolt välja toodud OK-i kui organisatsiooni maine kujundaja funktsioon. Alvesson on samuti väitnud, et OK täidab organisatsioonis sisekommunikatsiooni rolli ning loob sellega aluse ka edukaks väliseks turundustegevuseks (31).

Kirjanduse põhjal võis eeldada, et haiglates eksisteerivad elukutsest (arstid, õed) tulenevad subkultuurid, milles arstid väärtustavad enam tulemusi ning õed meeskonnatööd ja inimestevahelisi suhteid. Domineerivaks OK-i tüübiks kõigi elukutsete hulgas oli käesolevas uuringus siiski SP tüüp, ehkki küll arstide ja õdede ning hooldajate hinnangud erinesid SP

tüübi puhul oluliselt. Kõige kõrgemalt hindasid SP tüüpi õed ja hooldajad, kõige madalamalt arstid. Arstide hinnangud SP OK-i tüübi väidetele (näiteks „Meie organisatsioonis nõutakse reeglite tundmist ja täitmist“, „Meie organisatsioonis on palju kirjalikke reegleid“, „Meie organisatsioonis rakendatakse ranget aruandlussüsteemi“ jt) olid statistiliselt oluliselt madalamad õdede ja hooldajate hinnangutest. See näitab, et eelkõige õed ja hooldajad tunnetasid, et reeglite järgimine ja aruandlus moodustasid olulise osa nende ametikoha tegevustest. Uurimus ei käsitlenud seda, kas see arvamus oli positiivne ning tingitud reeglitest tulenevast toest õdede ülesannete täitmisele või negatiivne, sest reeglite paljusus võib ka häirida igapäevaste ülesannete täitmist ning seetõttu tunnetatakse reeglite olemasolu teravamalt.

Üllatuslikult tunnetasid kõige vähem organisatsiooni avatust uuendustele arstid, kõige enam aga õed. Võimalik, et selle põhjuseks on asjaolu, et uuringule eelnenud aastate jooksul toimunud organisatsioonilised muudatused puudutasid eeskätt keskastme meditsiinitöötajate tegevust ja vähem arstide tööd. Õdedele ja hooldajatele olid ilmselt organisatsioonilised muutused pakkunud arenguvõimalusi ja uut informatsiooni, mistõttu tunnetati organisatsiooni avatust enam ning ootused uuendustele olid väiksemad. Teine võimalik selgitus on see, et rahvusvahelistest erialastest väljaannetest ning välisriikidest saadud teadmiste ja kogemuste najal olid arstide ootused uute ravi- ja tehnoloogiavõimaluste rakendamiseks raviuasutustes oluliselt suuremad, kui organisatsioon oma majanduslike võimaluste juures suutis pakkuda. See võis kujundada arstide hulgas arvamuse, et organisatsiooni uuendusmeelsus on väike.

Inimsuhteid väärtustasid kõige enam hooldajad ja õed, seejärel spetsialistid ning kõige vähem arstid. Kuigi olulisi erinevusi nende gruppide vahel ei olnud, on need tulemused kooskõlas tervishoiu erinevate professionaalsete gruppide käitumist ning seda mõjutavaid faktoreid käsitlenud uuringu tulemustega (35), mille kohaselt isikuomadustest, eriala iseärasustest ning erialasest väljaõppest tulenevalt on õdede hulgas enam levinud sotsiaalsete suhete orientatsioon, arstide hulgas aga uuriv ja tulemusi väärtustav realistlik orientatsioon. Viimatimainitud orientatsioon väärtustab vähem inimestevaheliste suhete olulisust töökeskkonnas. On leitud ka, et juba enne erialasele väljaõppele asumist lahknevad tulevaste arstide ja õdede hoiakud ja arvamused sellest, kas töö tervishoiusüsteemis tähendab pigem üksikisiku vastutust või meeskondlikku panust (36). Vaadeldes neid tulemusi aga töötajate rahulolu kontekstis, tuleb siiski mõnda, et inimsuhted organisatsioonis on kõigi ametikohtade töötajate jaoks olulised. Norra haiglates läbiviidud uuringust selgus, et ühiseks teguriks, mis oluliselt mõjutas nii arstide, õdede kui hooldajate tööga rahulolu, oli vahetu juhi poolt saadud positiivne tagasiside. Lisaks sellele oli arstide ja hooldajate jaoks oluline erialane areng, õdede jaoks aga vahetu juhi toetus (72). Arstid on raviuasutuses juhtival positsioonil,

suunates läbi oma eriala arengu ka organisatsiooni üldist arengut ja tegevust ning on seetõttu pigem tulemustele ja arengule orienteeritud. Seetõttu on ootuspärane, et arstid hindavad organisatsioonis olevaid inimsuhteid võrreldes teiste ametikohtade töötajatega vähem. Samas võivad sellest, kui piisavalt ei väärtustata inimlikke, suhtlemisega seotud vajadusi ja iseärasusi nii kaastöötajate kui patsientide puhul, kerkida ka teatud probleemid. Lastekliinikus varem läbiviidud uuringust selgus, et valdav osa teguritest, mis mõjutas patsientide rahulolu, oli seotud patsiendi ja personali suhtlemisega ning personali hoiakute ning käitumisega (73). Ka kliinikumi patsientide rahulolu-uuringute kokkuvõttest nähtub, et just haiguse ja sellega seotud ohtude kohta saadud informatsiooniga on patsientide rahulolu vähenenud (61). Inimestevaheliste suhete väiksem väärtustamine arstide poolt võib olla üheks põhjuseks, miks patsiendid ei saa alati neid rahuldavat informatsiooni oma tervise kohta.

Mõnevõrra üllatuslikult tunnetasid ja hindasid T tüübi majanduslikke eesmärgi kõige kõrgemalt hooldajad ja spetsialistid. See ei pruukinud aga tuleneda mitte sellest, et neil ametikohtadel töötavatel inimestel oleks oma tegevusega olnud palju võimalik kaasa aidata organisatsiooni majanduslike tulemuste saavutamisele. Oletatavasti võis üheks põhjuseks olla asjaolu, et nendel ametikohtadel töötavate spetsialistide endi majanduslik kindlustatus ja palgatase oli uurimisperioodil tagasihoidlik, haiglasüsteemi efektiivsuse küsimused olid riigi tasandil päevakorral ning seetõttu tunnetati eriti teravalt ka organisatsioonis levinud üleskutseid kulude kokkuhoiule, kasumi ja turuosa suurendamisele või konkurentide edestamisele kui kliiniku negatiivsest eelarvest pääsemise ja töötingimuste paranemise eeltingimusele.

Antud uurimus ei kinnitanud ametikohtadest ja elukutsest lähtuvate allkultuuride olemasolu uuritud asutustes. See aga ei tähenda, et teisi uurimisvahendeid kasutades või kultuuri teisi tasandeid uurides ei leita edaspidi selgemaid erialase subkultuuri ilminguid.

Olenemata sellest, kui kaua olid inimesed organisatsioonis töötanud, andsid kõik töötajad kõrgeima hinnangu SP tüübi väidetele. Oluline erinevus ilmnes IS tüübi puhul. Põhjus, miks lühema tööstaažiga töötajad (1–5.a) andsid madalad ning pikima tööstaažiga töötajad (>30.a) kõrgeimad hinnangud IS tüübi väidetele, võib seisneda selles, et esimestel tööaastatel kulub töötajate tähelepanu eeskätt erialaste oskuste, teadmiste ja kogemuste omandamisele ning selle saavutamisele on võimalik senisest rohkem märgata ja väärtustada ka organisatsioonis olevaid inimsuhteid. Samas organisatsioonis töötatud 30 ja enama aasta jooksul kujunenud suhteid ja sotsiaalset võrgustikku tunnetatakse väga selgelt. Tööstaaž oli ka üheks teguriks, mis oli positiivselt seotud AS ning T tüübi hinnangutega (tabel 6). Mõnevõrra üllatuslikult hindasid pikima tööstaažiga inimesed lühema staažiga töötajatest kõrgemalt T ja AS tüüpide väiteid. Tulemus on siiski kooskõlas uuringuga, kus leiti positiivne seos

tervishoiuspetsialistide tööstaaži ja OK-i innovaatilise dimensiooni vahel ning järel dati, et pikema staažiga töötajad püüavad teistest enam rakendada uusi võimalusi patsientide paremaks teenindamiseks (52). Tööstaaži mõju on varem uuritud ka Eesti tervishoiuasutustes, kus leiti, et suhetele orienteeritud OK mõjutas nii töötajate individuaalset kui kollektiivset õppimist just pikema (>5.a) tööstaažiga töötajate puhul (8). Autorite hinnangul andsid need tulemused põhjuse ümber hinnata levinud seisukoht, mille kohaselt peetakse pikema staažiga töötajaid muudatustega vähem kohanevateks, ning näitasid, et just pikem töökogemus samas asutuses loob eeldused töötajate individuaalseks ja ühtlasi ka organisatsiooni arenguks.

Olenemata vanusest hindasid kõik töötajad SP tüüpi teistest OK tüüpidest kõrgemalt. Olulisi erinevusi leiti AS ja T OK-i tüüpide puhul. Üllatava tulemusena ilmn es nooremate töötajate (<40.a) madal hinnang organisatsiooni avatuse kohta. Võimalikuks põhjuseks on see, et noorte ootused muudatustele ja uuendustele on kõrgemad kui vanematel töötajatel, mistõttu tunnetatakse arenguid organisatsioonis oodatust aeglasematena. Ootamatuks võib pidada ka tulemust, kus T tüübi väiteid hindasid kõrgelt vanemad (>40.a) töötajad, madalalt aga kõige nooremad töötajad. Kuna T tüübi väited koosnesid majanduslikest tulemustest, võib põhjuseks olla majandusliku dimensiooni uudsus, ehk ka vastuvõetamatus vanemate töötajate jaoks. Majanduslikke eesmärke võidakse hinnata kui tervishoidu sobimatuid väärtusi ning seetõttu tunnetatakse neid teravamalt ja hinnatakse skaalal kõrgemalt. Nooremad töötajad ilmselt võtavad turumajanduse põhimõtetega harjunutena majandusliku efektiivsuse saavutamisele suunatud eesmärke ka tervishoiu puhul süsteemi loomuliku osana. Inimsuhteid väärtustavad vanemad töötajad noorematest töötajatest oodatult pisut enam, olulisi erinevusi siin aga siiski ei ilmn enud. Edasistes uuringutes tuleb arvestada sellega, et töötajate hinnangud AS, IS ja T tüüpidele on mõõdukalt seotud töötajate vanusega (tabel 6).

Mehed ja naised hindasid erinevalt organisatsiooni reguleeritust. *Sisemiste protsesside* OK-i tüübi väärtused olid naiste puhul oluliselt kõrgemad kui meeste puhul. Teistes OK tüüpides ehk organisatsiooni avatuses, tulemustele ja inimsuhetele orienteerituses naiste ja meest hinnangud oluliselt ei erinenud. Üldiselt oli naiste hinnang kõikidele OK tüüpidele kõrgem kui meestel.

Piirangud

Tulenevalt antud uurimuse uudsusest Eesti tervishoiu kontekstis peab tulemuste tõlgendamisel arvestama mitmete piirangutega. Kuna valimi moodustamisel ei kasutatud juhusliku valiku põhimõtet, siis võib sellest tuleneda tulemuste teatud kallutatus. Sellisel moodustatud valimilt saadud tulemusi ei ole ka korrektne üldistada kliinikumile tervikuna. Osalusprotsent 50% võib samuti viidata teatud kallutatusele, sest töötajad, kes ei soovinud

täita küsimustikku, võisid omada oluliselt teistsugust arvamust kui vastanud töötajad. Ka asjaolu, et küsimustikud jaotati töötajatele vanemõdede kaudu, mitte ei edastatud posti teel koos tagastusümbrikuga, võib vastuseid kallutada kliiniku juhtkonnale soovitavas suunas. Terviklikuma pildi saamiseks tervishoiuasutuse OK-st, selle seostest ja mõjudest peaks edaspidistes uurimustes järgima erinevate uurimismeetodite ja mitme distsipliini (sotsiaalteadus, psühholoogia, majandusteadus jt) vaatenurkade kombineerimise soovitusi (9, 14, 26, 55).

7. JÄRELDUSED

Uurimustöö olulisemad tulemused olid järgmised:

- OK-i mõõtmisel konkureerivate väärtuste mudeli alusel loodud uurimisvahendiga selgus, et uuritud asutustes esineb kolm OK-i tüüpi – organisatsiooni sisemist ja välist stabiilsust taotlevad *sisemiste protsesside* tüüp ja *tulemuste tüüp* ning paindlikkusele suunatud *inimsuhete / avatud süsteemi* tüüp.
- Uurimisinstrumenti alaskaaladesse kuuluvate tunnuste kooskõla analüüsi (Cronbach alfa test) piisavalt kõrged väärtused kinnitasid, et uurimisinstrument on usaldusväärne OK-i mõõtmiseks tervishoiuasutuses.
- Domineerivaks OK-i tüübiks kõigis uuritud gruppides oli *sisemiste protsesside* OK tüüp, millele valdavalt järgnes *tulemuste* tüüp. See näitab, et uuritud kliinikutes väärtustatakse esmajoonel stabiilsust ja püütakse kontrollida nii organisatsiooni sees kui väljas toimuvat. Organisatsiooniliste muudatuste järgses perioodis on välja kujunenud ühtne organisatsioonikultuur.
- Töötajate kõrged hinnangud *tulemuste tüübi* OK-i väidetele näitavad, et muudatused tervishoiusüsteemis ning organisatsioonis avaldavad mõju töötajate hoiakute ja arvamuste kujunemisele.
- OK-i tüüpide olulisi erinevusi leiti nii kliinikute kui ametikohtade vahel. See näitab, et vaatamata ühesugusele domineerivale kultuuritüübile eksisteerivad kliinikutes ka erinevad väärtused ja hoiakud.
- Kõrge ja madala patsiendi rahuloluga kliinikud ei erinenud avatusele, inimsuhetele ja koostööle orienteeritud OK-i tüüpide poolest.
- Kliinikumi OK-i mudeli tasakaalustamiseks ning jätkuvalt muutuvast tervishoiusüsteemis edukaks toimetulekuks peaks edaspidi enam tähelepanu pöörama organisatsiooni paindlikkusele ja inimsuhteid ning organisatsiooni avatust väärtustada aitavatele tegevustele. See looks paremad eeldused kliinikumi strateegiliste eesmärkide, nagu kaasaegse tehnoloogia rakendamine ja koostöö teiste raviasutustega, saavutamiseks.

8. KIRJANDUSE LOETELU

1. Edwards N, Wyatt S, McKee M. Configuring the hospital in the 21st century. Policy brief. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe; 2004.
2. Üksvärav R. Organisatsioon ja juhtimine. Teine, parandatud ja täiendatud trükk. Tallinn: Tallinna Tehnikaülikooli Kirjastus; 2003.
3. Roots H. Organisatsioonikultuuri tüübid. Tallinn: Sisekaitseakadeemia kirjastus; 2002.
4. Vadi M. Organisatsioonikultuur ja väärtused ning nende vahelised seosed (Eesti näitel) [dissertatsioon]. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus; 2000.
5. Schein EH. Sense and nonsense about culture and climate. In: Ashkanasy NM, Wilderom CPM, Peterson MF, editors. Handbook of Organizational Culture and Climate. Sage Publications; 2004.
6. Jesse M, Habicht J, Aaviksoo A, Koppel A, Irs A, Thomson S. Tervisesüsteemid muutustes: Eesti. Tallinn: Euroopa Tervisesüsteemide ja -poliitika Vaatluskeskuse nimel WHO Euroopa Regionaalbüroo; 2005.
7. Põlluste K, Merisalu E. Haiglatöötajate rahulolu töökorralduse ja töötingimustega. Eesti Arst 2007; 86 (3): 173–182.
8. Alas R, Vadi M. The impact of organizational culture on organizational learning at six Estonian hospitals. Trames 2003; 7(57/52): 2, 83–98.
9. Morgan G. Organisatsiooni metafoorid. Tallinn: Kirjastus Eesti Päevaleht; 2008.
10. Smircich L. Concepts of culture and organizational analysis. Admin Sci Quart 1983; 28: 339–358.
11. Hofstede G, Neuijen B, Ohavy D, Sanders G. Measuring organizational cultures: a qualitative and quantitative study across twenty cases. Admin Sci Quart 1990; 35: 286–316.
12. Davies HTO, Nutley MN, Mannion R. Organisational culture and quality of health care. Quality in Health Care 2000; 9: 111–119.
13. Waldmann JD, Smith HL, Hood JN. (2003). Corporate culture: the missing piece in health care puzzle. Hospital Topics 2003; 81(1): 5–14.
14. Mallak LA, Lyth DM, Olson SD, Ulshafer SM, Sardone FJ. Diagnosing culture in health-care organizations using critical incidence. Int J Health Care Qual Assur 2003; 16(4): 180–190.
15. Shortell SM, Scmittiel J, Wang MC, Li R, Gilles RR, Casalino LP. An empirical assessment of high-performing medical groups: results from a national study. Med Care Res Rev 2005; 62(4): 407–434.
16. Marshall MN, Mannion R, Nelson E, Davies HTO. Managing change in the culture of general practice: Qualitative case studies in primary care trusts. BMJ 2003; 327: 599–602.
17. Kasila K, Poskiparta M. Organizational culture: pursuing a theoretical foundation within the Finnish public oral health-care context. Int J Health Care Qual Assur 2004; 17(5): 258–267.
18. Braithwaite J, Westbrook MT, Iedema R, Mallock NA, Forsyth R, Zhang K. A tale of two hospitals: assessing cultural landscapes and compositions. Soc Sci Med 2005; 60: 1149–1162.

19. Lok P, Crawford J. The relationship between commitment and organizational culture, subculture, leadership style and job satisfaction in organizational change and development. *Leadership & Organization Development Journal* 1999; 20(7): 365–373.
20. Scott JT, Mannion R, Davies H, Marshall MI. *Organizational culture and health care performance: a review of the theory, instruments and evidence*. Oxford: Radcliff Medical Press Ltd; 2003.
21. Allaire Y, Firsirotu ME. Theories of organizational culture. *Organ Stud* 1984; 5/3: 193–226.
22. Siimon A, Vadi M. *Organisatsioon ja organisatsioonikultuur*. Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus; 1999.
23. Ogbonna E, Harris LC. Leadership style, organizational culture and performance: empirical evidence from UK companies. *Int J Hum Resour Man* 2000; 11(4): 766–788.
24. Lim B. Examining the organizational culture and organizational performance link. *Leadership & Organization Development Journal* 1995; 16(5): 16–21.
25. Balthazard PA, Robert CA, Potter RE. Dysfunctional culture, dysfunctional organization: Capturing the behavioral norms that form organizational culture and drive performance. *J Managerial Psychol* 2006; 21(8): 709–732.
26. Scott T, Mannion R, Marshall M, Davies H. Does organizational culture influence care performance? A review of the evidence. *J Health Serv Res & Pol* 2003; 8(2): 105–117.
27. Vadi M, Allik J, Realo A. Collectivism and its consequences for organizational culture. University of Tartu, Faculty of Economics and Business Administration, Working Paper Series. Tartu: Tartu University Press; 2002.
28. Skålén P. New Public Management reform and the construction of organizational identities. *Int J Public Sector Manag* 2004; 17(3): 251–263.
29. Parker R, Bradley L. Organizational culture in the public sector: evidence from six organizations. *Int J Public Sector Manag* 2000; 13(2): 125–141.
30. Fidler AH, Haslinger RR, Hofmarcher RR, Jesse M, Palu T. Incorporation of public hospitals: a „silver bullet“ against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case study from Austria and Estonia. *Health Policy* 2007; 81: 328–338.
31. Alvesson M. *Understanding organizational culture*. London: Sage Publications; 2002.
32. Healy J, McKee M. Improving performance within the hospital. In: McKee M, Healy J, editors. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press; 2002.
33. Hofstede G. Identifying organizational subcultures: an empirical approach. *J Manage Stud* 1998; 35(1): 1–12.
34. Morgan PI, Ogbonna E. Subcultural dynamics in transformation: a multi-perspective study of healthcare professionals. *Hum Relat* 2008; 61(1): 39–65.
35. Garman AN, Leach DC, Spector N. Worldviews in collision: conflict and collaboration across professional lines. *J Organiz Behav* 2006; 27: 829–849.
36. Horsburgh M, Perkins R, Coyle B, Degeling P. The professional subcultures of students entering medicine, nursing and pharmacy programmes. *J Interprof Care* 2006; 20(4): 425–431.

37. Davies HTO, Mannion R, Jacobs R, Powell AE, Marshall MN. Exploring the relationship between senior management team culture and hospital performance. *Med Care Res Rev* 2007; 64(1): 46–65.
38. Brooks I. Organisatsioonikäitumine. Äripäeva raamat. Tallinn: Tänapäev; 2008.
39. Quinn RE, Rohrbaugh J. A spatial model of effectiveness criteria: towards a competing values approach to organizational analysis. *Manage Sci* 1983; 29(3): 363–377.
40. Zammuto RF, Gifford B, Goodman EA. Managerial ideologies, organization culture, and the outcomes of innovation. In: Ashkanasy NM, Wilderom CPM, Peterson MF, editors. *Handbook of Organizational Culture and Climate*. Sage Publications; 2004.
41. Lamond D. The Value of Quinn's competing values model in an Australian context. *J Managerial Psychol* 2003; 18(1): 46–59.
42. Savic BS, Pagon M. Individual involvement in healthcare organizations: differences between professional groups, leaders and employees. *Stress Health* 2008; 24: 71–84.
43. Kalliath TJ, Bluedorn AC, Gillespie DF. A confirmatory factor analysis of the competing values instrument. *Educ Psychol Meas* 1999; 59(1): 143–158.
44. Berson Y, Oreg S, Dvir T. CEO values, organizational culture and firm outcomes. *J Organiz Behav* 2008; 29: 615–633.
45. Scott T, Mannion R, Davies HTO, Marshall M. Implementing culture change in health care: theory and practice. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(2): 111–116.
46. Hemmelgarn AL, Glisson C, James LR. Organizational culture and climate: implications for services and interventions research. *Clin Psychol-Sci Pr* 2006; 13(1): 73–89.
47. Scott-Findlay S, Estabrooks CA. Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review. *J Adv Nurs* 2006; 56(5): 498–513.
48. Carney M. Understanding organizational culture: the key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery? *J Nurs Manag* 2006; 14: 23–33.
49. Safran DG, Miller W, Beckman H. Organizational dimensions of relationship-centered care: theory evidence and practice. *J Gen Intern Med* 2006; 21: S9–S15.
50. Callen JL, Braithwaite J, Westbrook JI. Cultures in hospitals and their influence on attitudes to, and satisfaction with, the use of clinical information systems. *Soc Sci Med* 2007; 65: 635–639.
51. Caccia-Brava MC, Guimaraes T, Harrington SJ. Hospital organizational culture, capacity to innovate and success in technology adoption. *J Health Organ Manag* 2006; 20(3): 194–217.
52. Bellou A. Achieving long-term customer satisfaction through organizational culture. Evidence from the health care sector. *Managing Service Quality* 2007; 17(5): 510–522.
53. Meterko M, Mohr DC, Young GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Med Care* 2004; 42(5): 492–498.
54. Hasenfeld Y. *Human service organizations*. New Jersey: Prentice-Hall; 1983.

55. Scott T, Mannion R, Davies H, Marshall M. The quantitative measurements of organizational culture in health care: a review of the available instruments. *Health Serv Res* 2003; 38(3): 923–945.
56. Wilderom CPM, Glunk U, Maslowski R. Organizational culture as a predictor of organizational performance. In: Ashkanasy NM, Wilderom CPM, Peterson MF, editors. *Handbook of Organizational Culture and Climate*. Sage Publications; 2004.
57. Kliinikumi ajalugu. <http://www.kliinikum.ee/index.php?menu=104&mod=page&id=62&lang=est>
58. Sihtasutuse Tartu Ülikooli Kliinikum 2005. a tegevusaruanne.
<http://www.kliinikum.ee/index.php?menu=154&mod=page&id=105&lang=est>
59. Kliinikumi tegevuskava aastateks 2006–2008.
<http://www.kliinikum.ee/index.php?menu=136&mod=page&id=92&lang=est#1>
60. Patsientide ja koostööpartnerite rahulolust kliinikumiga 2004. aastal.
<http://www.kliinikum.ee/index.php?menu=170&mod=page&id=76&lang=est>
61. Patsientide ja koostööpartnerite rahulolust kliinikumiga 2007. aastal.
<http://www.kliinikum.ee/index.php?menu=171&mod=page&id=125&lang=est>
62. Kliinikumi Leht nr 76; 2005.
63. Kliinikumi Leht nr 41; 2002.
64. Mannion R, Davies HTO, Marshall MN. Cultural characteristics of „high” and „low” performing hospitals. *J Health Organ Manag* 2005; 19(6): 431–439.
65. Gillet E, Stenfert-Kroese B. Investigating organizational culture: a comparison of a „high” and „low-performing” residential unit for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research* 2003; 16: 279–284.
66. Tolmats E, Reino A. Interconnections of emotional intelligence and organizational culture: based on the example of two business sectors in Estonia. In: Vadi M, editor. *National and International Aspects of Organizational Culture*. Tartu: Tartu University Press; 2006.
67. Ashkanasy NM, Broadfoot LE, Falkus S. Questionnaire measures of organizational culture. In: Ashkanasy NM, Wilderom CPM, Peterson MF, editors. *Handbook of Organizational Culture and Climate*. Sage Publications; 2004.
68. Babbie E, Halley F, Zaino J. *Adventures in social research. Data analysis using SPSS 14.0 and 15.0 for Windows*. 6th Edition. Thousand Oaks: Pine Forge Press; 2007.
69. Helfrich CD, Li JF, Mohr DC, Meterko M, Sales AE. Assessing organizational culture instrument based on the competing values framework: exploratory and confirmatory factor analyses. *Implement Sci* 2007; 2(13).
70. Seren S, Baykal U. Relationship between change and organizational culture in hospitals. *Journal of Nursing Scholarship* 2007; 39(2): 191–197.
71. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med* 2000; 15(2): 122–8.

72. Krogstad U, Hofoss D, Veenstra M, Hjortdahl P. Predictors of job satisfaction among doctors, nurses and auxiliaries in Norwegian hospitals: relevance for micro unit culture. *Hum Resour Health* 2006; 4:3.
73. Põlluste K. Developing a client-oriented health care service in the Children's Hospital of the University of Tartu [master thesis]. Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan; 2000.

SUMMARY

Organizational culture based on the example of Tartu University Hospital

The current work is one of the first studies in Estonian healthcare system, aiming to give the new insight into the health care organization from the organizational culture (further OC) perspective. OC approach is widely utilized method in organizational research. It explores the values, opinions and beliefs, shared by the employees of the organization. OC approach has been used to analyze and develop the health care system, health care provider groups and hospitals in other countries.

The study setting was Tartu University Hospital (further TUH), where 6 specialized clinical units (further clinics) were participating in the cross-sectional survey. The quantitative study instrument, Organizational Values Questionnaire (OVQ), was based on the competing values framework. It was earlier developed and used in other sectors and was first applied in health care organization in the current study.

The factor analyses of the OVQ revealed that three factor solution corresponded to OC model in TUH. The results of the study showed that the dominating culture type in participating clinics was *internal processes* type, followed by the *rational goal* type. High estimates for these two culture types confirm that the stability was valued in TUH and the organization tried to control the internal as well as the external environment. There were some features of the subcultures in different clinics in non-dominating culture types. However, the doctors, nurses, auxiliaries and non-medical specialists differed significantly within the same dominating culture type. The fact that similar culture patterns were found in all investigated clinics demonstrate, that the restructuring process in TUH during 1999–2000 was successful in developing uniform, stable and effective OC. The *rational goal* type with the second highest estimates almost in all studied groups show that the economic goals, which formed important part of the reforms in hospital sector in Estonia in 1999–2003, and the restructuring process in TUH, have influenced the perceptions and opinions of the employees. Although the OC pattern was quite balanced in the clinics, more attention should be paid on the OC dimensions, valuing flexibility and interpersonal relations. Emphasising the openness and teamwork could support the achievement of the strategic goals of TUH, like further implementation of high technology and co-operation with other health care providers.

Combining different research methods and applying multidisciplinary approach in the future OC research in health care in Estonia, could give more information about the behaviour of health care organizations in the changing environment. Further development and validation of the OC research methods in Estonian health care system is needed.

TÄNU

Olen tänulik kõigile, kes käesoleva töö valmimisele kaasa aitasid:

- Maaja Vadile inspiratsiooni eest teema leidmisel ning iseseisvat lahendusteni jõudmist ergutanud juhendamise eest;
- Kliinikumi juhtkonnale, kliinikute juhatajatele positiivse hoiaku ja nõusoleku eest uuring läbi viia ning ülemõdedele küsitluslehtede jagamise eest;
- Anne Reinole ühiste arutelude eest andmete analüüsi ja artikli kirjutamise perioodil;
- Heti Pisarevile statistilise andmetöötuse nõuannete eest;
- Anu Realole selguse toomise eest andmeanalüüsi tulemustesse;
- Anneli Uuskülale ning Mart Einastole usku ja kindlustunnet suurendanud kommentaaride ja nõuannete eest;
- Minu mehele Mait Kriipsalule teadusliku materjali loomise põhitõdede juurde juhatamise ja töö toimetamise eest ning toetuse eest kõigil kõhklusehetkil;
- Oma lastele Liisale ja Katariinale, kellele vajalikust ajast suur osa kulus töö kirjutamisele.

PUBLIKATSIOON

Organizational culture based on the example of an Estonian hospital

Iisi Saame, Anne Reino, Maaja Vadi

University of Tartu

Abstract

Purpose: The concept of organizational culture (OC) is used as one of the approaches in modern organizational analysis exploring the values, attitudes and beliefs behind human behaviour in work places. OC as a social phenomenon is considered to be important for the sustainability of every organization. In the service sector, OC may affect the nature and quality of the services provided. Several performance indicators in health care have been found to be related to OC, while the relationships between OC and patient satisfaction and subcultures in health care have received little attention. This paper has original value by creating an insight into an organization in the Estonian health care sector from the perspective of organizational analysis. The aim of the paper is to investigate the types of organisational culture in Tartu University Hospital and to discuss the consequences of OC with a focus on subcultures and patient satisfaction.

Design: The OC instrument applied in a quantitative cross-sectional study was earlier developed according to the Competing Values Framework. Data from 456 medical and non-medical professionals were analyzed using nonparametric tests of descriptive statistics. A factor analysis was performed to assess the instrument's compatibility with the health care sector.

Findings: The results of the study show that the dominant culture type in all the groups investigated was the *internal processes type* usually followed by the *rational goal type*. Clinics with high patient satisfaction did not scored more than clinics with low patient satisfaction in terms of the *human relations type*. The factor analysis yielded a three-subscale instead of a four-subscale solution, which is commonly described in the literature.

Limitations: In the future, the random sample design and multidisciplinary approach to OC research should be followed in studies in the Estonian health care sector.

Keywords: competing values framework, organizational values questionnaire, clinic, subculture, patient satisfaction, Estonia

1. Introduction

The lack of research into systems and organizations in health care stands in stark contrast to the enormous volume of research on clinical interventions (McKee and Healy, 2002). Research into the organizations and organizational culture (OC) is well documented in management literature; however, the same is scarce for health care organizations. The importance of the social context of organizations from the human services sector, such as health care, is emphasized by Hemmelgarn et al. (2006), who have pointed that OC and the organizational climate in these organizations affect the nature and quality of the services provided. On reviewing the literature about OC studies in the field of nursing in health care, Scott-Findlay and Estabrooks (2006) have conceded that even though there is a growing number of studies, most of the arguments and discussions about the role of OC in nursing do not seem to be based on the results of empirical studies. Organizational studies in the Estonian health care system are relatively rare. The potential that the concept of OC could have in managing health care organizations could be undervalued because of the little empirical research in this field. As professionals working in hospitals provide the professional leadership in the health care sector and the policies and practices implemented by hospitals influence other health care providers (McKee and Healy, 2002), it is reasonable to start by looking at organizational studies from the hospital sector. Tartu University Hospital (TUH) is the only university hospital and one of the three regional hospitals in the Estonian health care system. Hospitals consist of different professional groups, such as doctors, nurses and non-medical professionals, and include a large number of medical and non-medical departments. Morgan and Ogbonna (2008) have referred to the works of Freidson (1970), Degeling et al. (1998) and Van Maanen and Barley (1984) arguing that the protection of the independence and autonomy of the professional group leads to the professional group's tendency to embody different values, attitudes and orientations. This forms the basis for different OCs. Cultural aspects of the professional group or medical department may affect the patient's perceptions and opinions about the care process and patient satisfaction.

Studies that analyse Estonian hospitals and identify aspects that influence them are of value in order to redress the lack of information about health care organizations in Estonia. The aim of the current study is to investigate the cultural patterns at Tartu University Hospital and to analyze the OC consequences for that particular organization. The existence of subcultures in the hospital was a particular focus as were cultural aspects related to patient satisfaction.

1.1. Organizational culture

The concept of OC is utilized extensively in modern organizational analysis, exploring the values, attitudes and beliefs behind the human behaviour in work places. OC has attracted the attention of many researchers, and therefore, there is a plethora of definitions for OC. Probably one of the most influential conceptual frameworks for OC has been developed by Schein (1983), who defined OC as the “pattern of shared basic assumptions that a given group has invented, discovered or developed in learning to cope with its problems of external adaptation and internal integration – a pattern of assumptions that has worked well enough to be considered valid and, therefore, to be taught to new members as the correct way to perceive, think and feel in relation to those problems”. Thus, OC is a social phenomenon considered to be important for the survival and sustainability of every organization. Regardless of the different schools in the theory of OC, there are several postures that different authors are agreed upon. Firstly, OC is considered a multilevel concept – there are some levels of OC that are more accessible and visible for external spectators (e.g. cultural forms (Trice and Beyer, 1993), practices (Hofstede *et al.*, 1990) or artefacts (Schein, 1997)), but also a profound layer of OC exists that includes the elements which are difficult to understand because they are manifested indirectly. For example, in Schein’s (1997) approach values mediate the deepest level of OC – basic assumptions, which are solutions to problems that are taken for granted, and therefore, often held unconsciously. Secondly, OC is pervasive, which means that besides being deep, it is broad as well. OC refers to the relationships between people, but also to their views about the products and services provided by the organization, and the organization’s mission and purpose. It has been argued that OC is imprinted and has its roots in the history of the organization. A large part of any culture is taken for granted, and it implicitly influences people’s understanding of their organization and their behaviour in the work-place setting. To add here that every organization has subcultures, and they are unlikely to be willing to discard their own beliefs and assumptions (Pettigrew 1990), then it becomes clear that OC is a rather rigid phenomenon. However, to some extent OC is also dynamic and changes over time, although rapid changes are rare.

Christensen and Gordon (1999) have demonstrated that some traits of OC are related to higher organizational performance, but those linkages are not universal, but rather industry-specific. In the service industry the emphasis on people and their development was found to be positively correlated to growth in performance, while in utilities (gas, electricity and telephone companies) and manufacturing, the correlation was negative (Ibid 1999). Organizations operating in different sectors shape different OC patterns in order to be

effective in that particular area. Gordon (1991) explains that industry-based assumptions about the stakeholders' interests (customers, competitors and society as a whole) indicate the origins of the organizational values, which then redound in strategies, structures and processes that are developed in the organization. In fact, industry determinants are believed to be one of the most influential factors in the formation of OC (Ogbonna and Harris, 2002; Padaki, 2000; Chatman and Jehn, 1994; Gordon, 1991, O'Reilly *et al.*, 1991). A certain pattern of OC could also be expected in health care organizations. It is known that health care organizations tend to be internally oriented, valuing rules and stability (Mallak *et al.*, 2003d; Lok and Crawford, 1999; Savic and Pagon, 2008), although its OC may also differ according to the ownership of the hospital. Findings by Seren and Baykal (2007) indicate that a cooperation culture was prevalent in private hospitals, whereas a power culture was dominant in public hospitals.

1.2. Competing Values Framework

There are several quantitative instruments that have been used to measure and describe the OC in health care (Scott *et al.*, 2003). The Competing Values Framework (CVF), a typological approach worked out by Quinn and Rohrbaugh (1981, 1983), is one of them, and it has been considered a reliable and valid instrument for measuring OC (Lamond, 2003; Kalliath *et al.*, 1999). The CVF originates from the search for effectiveness criteria for different types of organizations. The term "competing" refers to the belief that each OC model has a polar opposite, and criteria included in the framework carry conflicting messages (Quinn, 1988). The contradiction between cultural types is not absolute and in the real system this opposition can exist mutually. The framework is set up by two dimensions: firstly, the internal versus external focus and secondly, flexibility versus stability. The dimension of *internal-external* is related to organizational focus, which may vary from the well-being and development of organizational members to an emphasis on the well-being and development of organization itself (Quinn and Rohrbaugh, 1981). Another dimension of the framework is *flexibility-control*, which is related to organizational structure. It has been argued that for the organization to be efficient, flexibility, adaptability, innovation and individual initiative is required. At the same time there are other theorists who believe that efficiency can be attained through structure, control and authority (Quinn and Rohrbaugh, 1983).

These dimensions form the framework, which enables us to map OC in terms of four different types. The *Human Relations (HR)* type of OC is characterized by flexibility and internal focus, and is where high levels of cohesion, morale, trust and belongingness serve as the means for achieving human resource development (Quinn and Rohrbaugh, 1983; Kalliath *et*

al., 1999). The *Open System (OS)* is a type of OC that is most responsive to the “hyper-turbulent, hyper-accelerating conditions that increasingly typify the organizational world of the twenty-first century (Cameron and Quinn, 1999). This type of OC values adaptability, changing capacity and an orientation towards customers (Brown and Dodd, 1998) in trying to be flexible in meeting their needs. The *Rational Goal (RG)* type favours planning and goal setting to achieve productivity and efficiency as ends (Quinn and Rohrbaugh, 1983). This is an organization where the emphasis has been put on external positioning and control, and success is defined in terms of market share and penetration. The glue that holds the organization together is its emphasis on winning (Cameron and Quinn, 1999). The last type – the *Internal Processes (IP)* type – aims to achieve stability and control, consolidation and continuity (Lamond, 2003) that could be attained via formalized communication and a centralized decision-making process (Howard, 1998). Organizations where the *IP* type prevails could be characterized as formalized and structured – formal rules and policies hold the organization together (Cameron and Quinn, 1999).

Using the CVF approach, it is possible to reveal the types of culture in the entire organization and in smaller groups in the hospital.

1.3. Organizational culture and its manifestations in the hospital

While the discussion of the essence and characteristics of OC often remains the interest of researchers, practitioners are more concerned about the consequences of OC in the organization. Although it has been concluded by Lim (1995) that OC is a descriptive and explanatory tool rather than a predictive one for organizational analyses, and the clear link between OC and performance has often remained undiscovered and rhetorical, there are numerous studies in management literature that attempt to confirm a link between OC and different aspects of an organization’s performance. For example, there have been studies that have shown a connection between OC and organizational performance in terms of economic indicators such as efficiency (Denison, 1984), asset growth (Gordon and DiTomaso, 1992) and service quality (Voon, 2006). Due to the fact that the essence of the concept of OC is rather sophisticated and because of the complex nature of organizations operating in the health care sector, it is also difficult to find convincing evidence about the impact of OC on the performance and processes of health care organizations. However, there are several works that help us understand the relationship between OC and organizational practice in the health care sector. For example, OC has been found to be related to quality and safety issues in regard to health care (Gillet and Stenfert-Kroese, 2003; Stock *et al.*, 2007), job satisfaction among medical personnel (Zazzali *et al.*, 2007), employee commitment to the organization

(Lok and Crawford, 1999) and involvement in organizational development (Carney, 2006; Savic and Pagon, 2008). OC has also been found an important factor in the processes of organizational innovation and during the implementation of new technology (Caccia-Brava *et al.*, 2006; Callen *et al.*, 2007). In hospitals, the culture of the middle and senior management team has found to be related to aspects of hospital performance like accountability, information systems and human resource policies (Mannion *et al.*, 2005), and also related to the number of patient complaints, staff morale and the data collection system (Davies *et al.*, 2007). Braithwaite *et al.* (2005) have shown the importance of OC during change in the management system in health care organizations.

1.3.1. Subcultures in hospitals

As organizations in different sectors differ in terms of cultural traits, so also are groups in health care organizations often distinguished from each other. Subcultures may emerge on the basis of profession, but different departments in organizations could also have their own OC. There is evidence that the subcultures in health care that are distinguished by profession may already originate from when students start their training. Horsburgh *et al.* (2006) have found that students entering medical, pharmacy and nursing programs already had different attitudes, beliefs and values towards clinical organizations prior to entering hospitals. The results of the latter study could be broadened via the work by Garman *et al.* (2006). They argue that physicians, nurses, allied health providers and health administrators represent qualitatively distinct sets of goals and professional values influencing career decisions and professional behaviour. Once a career is selected, the educational process further fortifies these differences, such that new professionals enter the workplace with fundamentally divergent perspectives on how care should be provided (*ibid*). Morgan and Ogbonna (2008) provided insight into hospital subcultures and uncovered a wide variation in subcultural norms, values and assumptions within and across subcultures in hospitals. The artefacts, values and beliefs of different subcultures may be more or less malleable or may even be overtly resistant to a change developing, for example, the status of “counter cultures” (Davies *et al.*, 2000). Hospital subcultures also interpret and respond differently to changes in organizational practices (Morgan and Ogbonna, 2008). Therefore, the cultural values and norms in organizations may integrate the groups, but competing cultural aspects may also create dysfunctional work patterns that may appear confusing to outsiders. In the hospital, the cultural aspects of the medical department or different professional groups are also certainly perceptible to the patients.

1.3.2. Patient satisfaction

Patient satisfaction could be considered one of the most important indicators of hospital performance. Hudak et al. (2003) have pointed out that when assessing patient satisfaction, it is reasonable to distinguish the patient's opinions about the care process and about the outcome of the care. Opinions about the care process could be treated in much the same way as the ratings given to services received from other sectors outside health care. In that case, patient satisfaction is a relevant indicator for measuring how care teams in hospital provide health care services. OC could be considered the phenomenon that affects the nature and quality of the services provided in hospital. Therefore, it could be expected that medical departments with different patient satisfaction ratings differ in terms of OC. Although patient satisfaction and customer orientation in health care organizations have received great attention in recent decades, there is little research about the relationship between OC and patient satisfaction. One study carried out in inpatient care found a significant positive relationship between patient satisfaction and an OC that values teamwork, and a significant negative relationship between patient satisfaction and an OC that values internal hierarchies and rules (Meterko *et al.*, 2004). Davies et al. (2007) have found that clan cultures are associated with fewer patient complaints. Bellou (2007) examined the impact of OC on the customer service orientation of the doctors, nurses and front-line administrative staff in Greek hospitals. The results of this study show that the link between outcome orientation and customer service orientation is negative. Thus, serving as many customers as possible may lead to a reduction in service quality and a failure to meet the individual needs of patients. Voon (2006) has argued that an orientation on results is only one aspect of OC that is related to service quality. For attaining excellent service quality the whole combination of values is needed, and a focus on competitors, employees and good coordination are as important as results orientation.

2. A survey of organizational culture in Tartu University Hospital (TUH)

2.1. Study site

The study was conducted at TUH. As a result of the major hospital reforms in Estonia (Fidler *et al.*, 2007), TUH went through serious restructuring processes in 1999–2000, where 15 independent institutions were integrated into one organization. The employees from the various merging institutions were themselves involved in developing the vision, mission statement and action plan for establishing the new unified organization. Ensuring a high quality of health care and teaching services, increasing economic effectiveness and

establishing comprehensive management processes for the organization were the main driving forces behind the merger. By the end of 2005, TUH consisted of 16 specialized medical units (hereinafter *clinics*), 10 medical and 11 administrative services with a total of 3432 employees – including 473 doctors, 1059 nurses, 723 auxiliaries and 775 administrative (non-medical) specialists. In 2005, 42 077 in patients were treated at the hospital, there were 486 073 outpatient visits and 30 139 surgical operations performed at TUH.

In order to enhance the care process provided by TUH, patient satisfaction surveys have been carried out since 2001. In 2005, 76 per cent of the patients were very satisfied with the health care service received at TUH and 83 per cent of the patients said if necessary they would come back to TUH (TUH 2008). Summarizing the survey results from 2001–2007, the proportion of very satisfied patients has been stable during this period, but the proportion of patients saying they would come back to TUH has declined (from 87% to 81%). The major reasons for the increase in patient satisfaction were related to the physical and technical aspects of the care (e.g. separate rooms, modern equipment and supply) and with the time medical personnel devoted to the patients. Satisfaction with the information received during the care process about the patient's health problem and related consequences has constantly decreased during the observed period (*ibid*).

3. Methodology

3.1. Survey instrument

The Organizational Values Questionnaire (OVQ), developed by Reino (Reino et al., 2007), is a quantitative OC survey instrument based on the Competing Values Framework (CVF). The items forming the content of the OVQ used in the current study are given in appendix 1. The OVQ was applied to explore the pattern of OC at TUH. This was the first study using OVQ to explore cultural characteristics of a health care organization in Estonia. The respondents were asked to rate their opinions about the organizational aspects described by the OVQ items. A 10-point Likert type scale was used where “1” means that the item is not distinctive for the organization and “10” means that the item is very characteristic for the organization. Data about gender, age, tenure group, position and clinic were also collected.

3.2. Data collection procedure and sample

An agreement to perform the study was received from the management board of TUH and from the heads of the clinics participating in the study. For the employees, participation in the study was voluntary and the questionnaires were anonymous.

In the first stage of the sampling procedure the idea of gathering data from clinics with high and low patient satisfaction was followed. From earlier studies carried out at TUH it was known that there are great variations in the volume of satisfied patients in different clinics (Einasto and Pall, 2006). The aim for this kind of sample design was to discover possible cultural differences between clinics with high and low patient satisfaction. A similar sample design principle can be found in earlier studies (Mannion *et al.*, 2005; Gillet and Stenfert-Kroese, 2003), where the purposeful sampling of “low” and “high” performing organizations was considered a more efficient sample strategy than random sampling for exploring the interplay between OC and organizational performance. In the current study, two clinics with high (cardiology and general surgery clinics) and four clinics with lower patient satisfaction (gynaecology and obstetrics, paediatrics, psychiatry and rehabilitation & long-term care clinics) agreed to participate in the study. The second stage of the sampling procedure guaranteed that all medical and non-medical positions in the clinics were included.

The survey was performed from October 2005 until February 2006. In total 916 questionnaires were distributed by the head nurses of the clinics to medical and non-medical specialists. The head nurses were instructed to explain that in the survey professionals were expected to offer opinions about their own clinic rather than TUH in general.

3.3. Data analysis

Statistical analysis was performed using SPSS ver. 13.0. According to the items describing four OC types in the survey instrument (OVQ) for each sample object, the mean value was calculated for the variables of each type of OC. For descriptive statistics median and quartiles were used, and for comparing the OC values in different groups the nonparametric statistics Kruskal Wallis and Mann Whitney U tests were applied as appropriate for the ordinal variables and independent samples. The significance criteria of $p < 0,05$ was used by the Kruskal Wallis test, and Bonferon's correction was applied for significant pair-wise comparisons by the Mann Whitney U test. Spearman's rho coefficient was calculated for the correlations between OC type variables and relevant grouping variables. To assess the OVQ compatibility with health care sector cultural patterns, an explorative factor analysis with varimax rotation was performed with the OVQ items.

4. Results

Questionnaires were completed by 456 respondents (response rate 50%), and were returned via anonymous the internal post for proposals and patient complaints. The respondent's position, age, gender and tenure are described in Tables 1 and 2.

Table 1. Response rate according to the respondents' positions in the clinics studied

Clinic	Doctors		Nurses		Auxiliaries		Non-medical specialists		Total	
	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)	N	n (%)
Paediatrics	48	28 (58,3)	74	51 (68,9)	45	16 (35,6)	31	26 (83,9)	198	121 (61,1)
Cardiology	28	7 (25,0)	58	30 (51,7)	51	12 (23,5)	6	1 (16,7)	143	50 (35,0)
Psychiatry	28	16 (57,1)	55	26 (47,3)	39	6 (15,4)	22	8 (36,4)	144	56 (38,9)
Gynaecology and Obstetrics	34	8 (23,5)	73	37 (50,7)	36	11 (30,6)	9	2 (22,2)	152	58 (38,2)
General Surgery	39	15 (38,5)	74	46 (62,2)	90	27 (30,0)	11	3 (27,3)	214	91 (42,5)
Rehabilitation & Long-term care	17	12 (70,6)	43	33 (76,7)	48	24 (50,0)	25	8 (32,0)	133	77 (57,9)
Total	194	86 (44,3)	377	223 (59,2)	309	96 (31,1)	104	48 (46,2)	984	456 (46,0)

N – number of employees n – number of respondents

Table 2. Characteristics of the sample

Tenure	n (%)	Age group	n (%)	Gender	n (%)
< 1 year	68 (14,9)	20–29 years	89 (19,5)	Women	424 (93,0)
1–5 years	131 (28,7)	30–39 years	109 (23,9)	Men	30 (6,6)
6–10 years	77 (16,9)	40–49 years	131 (28,7)		
11–20 years	111 (24,3)	50–59 years	95 (20,8)		
21–30 years	56 (12,3)	≥ 60 years	30 (6,6)		
>30 years	11 (2,4)				

A principal-components factor analysis of the 25 items followed by varimax rotation was used to determine the factor structure of the OVQ in the health care context. The examination of the scree plot revealed that eigenvalues started to level off after three factors (accounting for 46% of the total variance), but five factors had eigenvalues above 1. The three-factor solution yielded in a relatively simple factor structure (Appendix 1) with only one item cross-loading above 0.40 on more than one factor, one item having its highest loading on a factor other than intended and one item not loading significantly on any of the three factors. The internal consistency (Cronbach alpha test) of the items of the four OC subscales (Table 3) was moderate to strong.

Table 3. Means and Cronbach alphas of the OVQ subscales

	N	Mean	Minimum	Maximum	Std.Dev.	Cronbach α
Open System (OS)	444	6.34	1.0	10.0	1.89	0.77
Human Relations (HR)	434	6.13	1.8	10.0	1.71	0.87
Internal Processes (IP)	435	7.71	3.3	10.0	1.38	0.69
Rational Goal (RG)	434	6.61	1.0	10.0	1.73	0.70

The results from factor analyses, suggesting the presence of three OC types in the organization studied, instead of four types as proposed by the CVF, was an unexpected finding that needs additional control in further studies. Therefore, the following statistical analysis is based on the original four type OC pattern.

In general, the *internal processes* and *rational goal* types were most perceived by all studied groups, however, each OC type had significant differences between clinics and different positions. The results of the analysis of the OC types are presented in Tables 4 and 5.

Table 4. Descriptive statistics (median (Q1;Q3)) of OC types by grouping variables

Grouping variables		<i>Open system (OS)</i>	<i>Human relations (HR)</i>	<i>Internal processes (IP)</i>	<i>Rational goal (RG)</i>
n		455	456	456	455
Total sample		6,25 (5,00;7,75)	6,30 (4,93;7,40)	7,83 (6,83;8,77)	6,6 (5,40;8,00)
Clinic	Paediatrics	6,50 (5,50;7,75)	6,30 (5,30;7,30)	7,67 (6,83;8,67)	6,80 (5,70;8,20)
	Cardiology	5,75 (4,69;7,50)	5,95 (4,85;7,03)	7,25 (6,50;8,38)	6,20 (4,60;7,00)
	Psychiatry	6,50 (5,00;7,75)	6,20 (5,10;7,28)	7,67 (6,54;8,50)	6,50 (5,25;7,75)
	Gynaecology and Obstetrics	and 7,25 (5,69;8,31)	7,5 (6,30;8,30)	8,20 (7,33;9,17)	6,80 (5,20;8,21)
	General Surgery	6,50 (5,00;8,00)	6,50 (5,00;7,60)	8,17 (7,00;8,83)	6,80 (5,00;8,00)
	Rehabilitation and Long-term care	5,67 (4,25;7,00)	5,11 (4,00;6,90)	7,83 (6,83;8,67)	7,00 (5,60;8,00)
Clinics grouped by patient satisfaction ratings	High	6,25 (5,00;7,75)	6,30 (5,00;7,48)	7,83 (6,82;8,73)	6,40 (5,00;7,80)
	Low	6,42 (5,00;7,75)	6,30 (4,90;7,40)	7,83 (6,83;8,83)	6,80 (5,60;8,00)
Employee's position	Doctors	6,13 (4,75;7,56)	5,85 (4,88;7,10)	7,08 (6,00;8,21)	6,40 (5,40;7,60)
	Nurses	6,50 (5,25;7,75)	6,40 (5,10;7,50)	8,17 (7,17;8,83)	6,60 (5,20;7,80)
	Auxiliaries	6,25 (5,25;8,50)	6,40 (4,92;7,95)	8,08 (6,71;9,00)	7,00 (5,80;8,40)
	Non-medical specialists	6,29 (5,25;7,50)	6,20 (4,60;7,18)	7,50 (6,54;8,29)	7,10 (5,53;8,15)

Table 5. Differences in OC types by grouping variables, Kruskal Wallis test, $p < 0,05$

Grouping variable	<i>Open</i> <i>System (OS)</i>	<i>Human Relations</i> <i>(HR)</i>	<i>Internal</i> <i>Processes (IP)</i>	<i>Rational Goal</i> <i>(RG)</i>
Clinics	0,000*	0,000*	0,045	0,048*
Clinics grouped by patient satisfaction ratings (high; low)	0,933	0,950	0,740	0,047*
Employee's position	0,306	0,168	0,000*	0,119

Employees in all clinics gave the highest estimates to the *internal processes (IP)* type followed mainly by the *rational goal (RG)* type with one exception in the gynaecology and obstetrics clinic, where the *human relations (HR)* type scored as the second highest OC type (Table 4). Although the Kruskal Wallis test indicated significant differences ($p < 0,05$) in clinics in all OC types (Table 5), in the *IP* type, the pair-wise comparison (Mann Whitney test) did not reveal the clinics that differ at a significance level of $p < 0,003$. Using the pair-wise comparison in the *open system (OS)* and *HR* types, a large number of different clinics were found. In the *RG* type, only two clinics – paediatric and cardiology – differed significantly ($p < 0,003$), whereas more emphasis on *RG* values was found in the paediatric than in the cardiology clinic.

To discover the possible differences in OC patterns in clinics with high and low patient satisfaction, the clinics were grouped according to patient satisfaction into two groups, and the differences between these groups were tested. The *IP* type had the highest value in both groups, followed by the *RG* type (Table 4). The clinics with low patient satisfaction were significantly more oriented towards the values distinctive to the *RG* type than clinics with high patient satisfaction. No significant differences in the other OC types (Table 5) were found.

All employees in different positions gave the highest estimates to the *IP* type assertions followed by the *RG* type (Table 4). The *HR* type was in third place in the auxiliary's group, all other groups rated the *HR* OC type less. Significant differences were found only in the *IP* type (Table 5). Pair-wise comparisons revealed that nurses and auxiliaries valued the *IP* type significantly ($p < 0,008$) more than doctors.

Correlation between OC subscales, age and tenure groups are presented in Table 6.

Table 6. Correlation between OC types and grouping variables – Spearman rho

	Open System (OS)	Human Relations (HR)	Internal Processes (IP)	Rational Goal (RG)	Age group	Tenure
Open System (OS)	1					
Human Relations (HR)	0,709**	1				
Internal Processes (IP)	0,379**	0,342**	1			
Rational Goal (RG)	0,408**	0,216**	0,392**	1		
Age group	0,185**	0,136**	0,059	0,235**	1	
Tenure	0,131**	0,099*	0,036	0,145**	0,451**	1

* p< 0,05; ** p< 0,01

5. Discussion

5.1. Organizational culture types and their consequences in TUH

It is known from the literature that public sector organizations (Parker and Bradley, 2000) and health care organizations (Mallak et al., 2003; Lok and Crawford, 1999; Savic and Pagon, 2008) tend to be hierarchical organizations. The results from the current study, which show the dominant type of culture as an internally oriented and controlled culture, confirm the findings of earlier studies. Organizations that value order, internal rules and procedures could also be considered bureaucratic organizations. The advantage of the bureaucracy is the organizational efficiency, which is created by the rules and descriptions of the activities, and offers a basis for the employees to fulfil their tasks as well as possible (Berson *et al.*, 2008). The restructuring process at TUH was supported with extensive elaboration of unified procedures for the controlled management of the merged organization. In such a large and complex organization like a hospital, which is expected to provide health care services at the best possible level, organizing the work with the help of internal procedures and explicit rules is probably the only way to meet the high expectations of the patients and the needs of the national health care system.

In the applied instrument within the RG types, all items described economic goals (e.g. gain in profit or in market share, competition with other organizations) rather than goals distinct to a health care organization. As argued by Cameron and Quinn (1999), to manage using an RG type, external positioning and success in the market is important. The RG type with economic values in second place in the cultural model for TUH suggests that before or during the study period the emphasis within the organization was very much put on economic objectives. The economic incentives at TUH were driven by hospital reforms at the national level (Fidler *et al.*, 2007), but also from the aims of the restructuring process at the organizational level.

Based on this finding, it could be argued that the restructuring processes at an organizational or national level are not merely technical processes, but influence the front-line employee's perception of the organization.

While the prevalent culture type in all clinics was the *IP* type without any significant differences between the clinics, the clinics differed from each other in the *OS* and *HR* types. Considering the results of the factor analyses, it could be summarized that the cultural patterns in the clinics studied differ to some extent; nevertheless, the restructuring at TUH succeeded in creating a relatively balanced and consistent cultural pattern in the merged institutions.

In the current study, subculture was defined as the dominant culture of a group that is different from the dominant culture of the sample. The presence of the same dominating type of culture (*IP*) in all groups studied and in the sample could be explained by the absence of subcultures in the studied sample. Although subcultures may emerge on the basis of profession (Garman *et al.*, 2006; Horsburgh *et al.*, 2006), the results from the current study do not support this suggestion entirely. Conformity with earlier studies could be found in the result that compared to other professions the doctors gave significantly lower estimates to the dominant *IP* type assertions. While the personnel resources in health care form the most important part of the system, the authors of this paper consider it also worth discussing the findings from the comparison of positions, which did not meet the significance criteria. Surprisingly, the *OS* type was least valued by doctors and most valued by nurses. One explanation could be that the doctors were well informed about modern diagnostic, pharmaceutical and therapeutic technologies and their expectations of the use of modern technology in clinical work were much higher than the actual potential that TUH allowed at that time. It could also be suggested that the doctors will retain their high expectations while they are the professional leaders in the hospital, providing the driving force behind enhancing the services provided by the entire organization. By contextualizing the high estimates from nurses for the *IP* and *OS* type assertions, it could be suggested that during the restructuring process, the organizational changes to a great extent touched the nursing professionals in the hospital. Fulop *et al.* (2005) found that after the merger process, in addition to negative responses, the employees of merged hospitals reported increased autonomy in their roles and having gained a voice in plans for innovation and change in the organization. So the restructuring process contributed to the development of the employees and favours the flexibility and changes in the organization.

The *HR* type was least valued by doctors and most valued by nurses and auxiliaries. This finding is consistent with works by Garman *et al.* (2006) and Horsburgh *et al.* (2006), where

they argue that the nurses share the opinion about collective responsibility in the care process and tend to be more socially and relationship oriented compared to the doctors, who rather have an investigative and realistic profile and who value individual responsibility. Both, investigative and realistic orientations are considered by these authors as de-emphasizing the interpersonal aspects of work. Although Garman *et al.* (2006) argue that deductive reasoning is a key element in diagnosing, and a cornerstone of the medical services provided by physicians, some difficulties may emerge in the care process when communication with the patients remains modest. The study carried out in the paediatric clinic at TUH revealed that most of the factors influencing patient satisfaction were related to communication between medical staff and the patient as well as with the attitudes and behaviour of the medical specialists (Pölluste, 2000). The reason why the patients at TUH tend to be less satisfied with the information they receive about their health may also emerge from the doctor's smaller emphasis on interpersonal relationships.

The current study expected to provide a provisional insight into potential differences in OC patterns in clinics with low and high patient satisfaction. While a supportive culture is found to be positively associated with estimates of employee satisfaction (Berson *et al.*, 2008), and the patients of those physicians who are very much or extremely satisfied with their work are more satisfied with their health care as such (Haas *et al.*, 2000), it was expected that the clinics with high patient satisfaction would be more oriented towards the *HR* type of OC. Berson *et al.* (2008) have also pointed to the works of Meterko *et al.* (2004) and King and Garey (1997), where a negative correlation between bureaucratic culture and client satisfaction was found – the more bureaucratic the organization's culture, the lower client satisfaction. The results from the current study did not reveal any significant differences in *HR* or *IP* types between clinics with high and low patient satisfaction. Surprisingly, a significant difference was found in the *RG* type where clinics with high patient satisfaction were less oriented towards *RG* type values than clinics with low patient satisfaction. This finding could be explained by the fact that the clinics with high patient satisfaction were mainly operating with a budget surplus, whereas other clinics were operating with budget deficit and with an emphasis on economic goals as the primary requirement for achieving better working conditions. Based on the study from Bellou (2007), where an outcome oriented OC type was found to be negatively correlated to customer orientation, the reason for lower patient satisfaction in clinics with higher *RG* type could also be the centrality of economic values and an underestimation of interpersonal cohesion and relationships. The reason for high patient satisfaction could also emerge from the medical profession itself. The hierarchy

of medical professions is described by Morgan and Ogbonna (2008). They found that the surgical professions are considered an elite among other professions, whereas mental health care and geriatric services are at the lower end of the rating created by the medical professionals themselves. At TUH, the general surgery and cardiology clinics were enjoying high patient satisfaction ratings as well as sufficient funding whereas psychiatry and rehabilitation & long-term care clinics had low patient satisfaction scores and less funding. Therefore, it could be argued that highly valued medical professions create a professional culture and organizational image that functions as the internal as well external marketing tool, and in this way, influences the patient's perception and their satisfaction with the health care services received.

5.2. OVQ factor structure with data from TUH

The factor analysis using data collected in the current study showed that the variables originally distinctive to the *HR* and *OS* OC types loaded into the same factor (Appendix 1). The fact that these two dimensions are similar to the health care professionals is also supported by the fact that the *HR* and *OS* subscales had high correlations (Table 6). The recent study from Helfrich et al. (2007) found that medical personnel in non-supervisory positions did not appear to distinguish between the entrepreneurial, team and rational OC types. A confirmatory factor analysis carried out in that study suggested that instead of the original four-subscale OC model the two-subscale solution would fit better with the data collected from health care staff in non-supervisory positions. The results from the current study are somewhat different from the results from Helfrich et al. (2007), because both OC types relevant to the organization's tension toward internal and external stability (*IP*, *RG*) were clearly perceived by the respondents, whereas the OC dimensions related to flexibility (*OS*, *HR*) were not distinguished by the employees. Some suggestions could also be set forth to explain the item loading for the three-subscale factor solution in the current study. The reason why the item "The members of our organization love to try new things" loaded into the *OS* and *RG* types could be related to the fact that in health care new technologies and innovation in work processes are mainly related to treatment outcomes, which is considered by health care professionals probably as the real goal in the care process, and in this way, reflects the openness as well as the goal orientation of the health care organization. The fact that the item "Cost saving is emphasized in our organization" loaded into the *IP* type clearly indicates that cost containment is not a goal in itself for health care personnel, but rather is related to the organization's management processes. The reason why the item "Relationship of subordination is clearly fixed in our organization" did not load into any factor could be that

subordination in the hospital is so obvious that personnel did not perceive this at all. Although the factor analysis yielded in the three-factor solution had a different finding than expected, the authors of this paper argue that the instrument used in the current study was reliable enough to reveal the OC types in the organization investigated.

5.3. Limitations and recommendations for further research

The current study has several limitations. First, with a response rate of 50%, the non-response bias should be considered as a possible constraint: those who decided not to participate in the study may have significantly different attitudes toward the organization and OC manifestations in the studied clinics. Some bias could also be considered in that the questionnaires were not posted personally to the employees, but divided by the head nurses of the clinics. Therefore, it is possible that the employees perceived some influence from the management side. The results of this study are not representative for TUH because of the non-random sample design applied.

It has been argued that the combining of different research methods could give a more appropriate picture of the OC in an organization (Mallak *et al.*, 2003; Scott *et al.*, 2003). In the future studies using a random sample comprising more health care organizations in Estonia as well as a multidisciplinary approach in OC research should be followed.

5.4. Managerial implications for TUH

It is difficult to construct a picture of an OC that ideally suits the health care context. Helfrich *et al.* (2007) have referenced the work of Denison and Spreizer (1991), who suggested that the "best" OC may be an equilibrium of all different OC types available in the organization. Hemmelgarn *et al.* (2006) have pointed to the works of Cooke and Lafferty (1994), where innovation, autonomy, skill development, trust, open lines for communication and flexibility are described as the features of an "ideal" type of OC. Based on the finding of the current study and considering the opinions from theorists, it could be suggested that more emphasis on the values of interpersonal relationships and communication could help the studied clinics respond better to the needs of patients and create a well-balanced OC. This kind of suggestion for the university hospital is also supported by the work by Safran *et al.* (2006), who consider it necessary to develop relationships oriented health care not only in the organizations where doctors work but also in organizations where they are trained.

6. Conclusions

The study revealed that the dominant type of culture in the organization studied was the *internal processes* type followed mainly by the *rational goal* type. The orientation of a health care organization toward internal stability could be considered the means to obtaining the most effective way to organize a complex range of human, intellectual and technological resources in order to deliver health care services of high quality. An emphasis on economic values underscores the social context of the hospital reforms. In the current study the presence of subcultures was not found. Clinics with high and low patient satisfaction differed only in terms of economic values. The cultural pattern of the clinics studied could be considered relatively balanced, but more emphasis on interpersonal relationships could facilitate the further development of the organization. The findings from factor analyses demonstrated a different cultural pattern to that expected by the competing values framework.

7. References:

1. Bellou, A. (2007), "Achieving long-term customer satisfaction through organizational culture. Evidence from the health care sector", *Managing Service Quality*, Vol. 17, No. 5, pp. 510-522.
2. Berson, Y., Oreg, S. and Dvir, T. (2008), "CEO values, organizational culture and firm outcomes", *Journal of Organizational Behavior*, 29, pp. 615-633.
3. Braithwaite, J., Westbrook, M.T., Iedema, R., Mallock, N.A., Forsyth, R. and Zhang, K. (2005), "A tale of two hospitals: assessing cultural landscapes and compositions", *Social Science and Medicine*, 60, pp. 1149-1162.
4. Brown, F. W., Dodd, N.G. (1998), "Utilizing organizational culture gap analysis to determine human resource development needs", *Leadership & Organizational Development Journal*, Vol. 19, No. 7, pp.374-385.
5. Caccia-Brava, M.C., Guimaraes, T. and Harrington, S.J. (2006), "Hospital organizational culture, capacity to innovate and success in technology adoption", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 20, No. 3, pp. 194-217.
6. Callen, J.L., Braithwaite, J. and Westbrook J.I. (2007), "Cultures in hospitals and their influence on attitudes to, and satisfaction with, the use of clinical information systems", *Social Science & Medicine*, 65, pp. 635-639.
7. Cameron, K.S., Quinn, R.E. (1999), *Diagnosing and Changing Organizational Culture. Based on the Competing Values Framework*, Addison-Wesley Longman, Inc., Massachusetts, pp. 221.
8. Carney, M. (2006), "Understanding organizational culture: the key to successful middle manager strategic involvement in health care delivery?", *Journal of Nursing Management*, 14, pp. 23-33.

9. Chatman, J.A., Jehn, K.A. (1994), "Assessing the Relationship between Industry Characteristics and Organizational Culture: How different Can You Be? ", *Academy of Management Journal*, Vol. 37, No.3, pp. 522-553.
10. Christensen, E.W., Gordon, G.G. (1999), "An Exploration of Industry, Culture and Revenue Growth", *Organization Studies*, Vol. 20, No. 3, pp. 397-422.
11. Davies, H.T.O., Mannion, R., Jacobs, R., Powell, A.E. and Marshall, M.N. (2007), "Exploring the Relationship between Senior Management Team Culture and Hospital Performance", *Medical Care Research and Review*, Vol. 64, No.1, pp. 46-65.
12. Davies, H.T.O., Nutley, M.N. and Mannion, R. (2000), "Organizational culture and quality of health care", *Quality in Health Care*, 9, pp. 111-119.
13. Denison, D.R. (1984), "Bringing corporate culture to the bottom line", *Organizational Dynamics*, Vol. 13, No. 2, pp. 5-22.
14. Einasto, M. and Pall, V. (2006), "Possibilities to enhance patient loyalty and satisfaction with special care", abstract, ISQua's 23rd International Conference: London.
15. Fidler, A.H., Haslinger, R.R., Hofmarcher, R.R., Jesse, M. and Palu, T. (2007), "Incorporation of public hospitals: a „silver bullet“ against overcapacity, managerial bottlenecks and resource constraints? Case study from Austria and Estonia", *Health Policy*, 81, pp. 328-338.
16. Fulop, N., Protopsaltis, G., King, A., Allen, P., Hutchings, A. and Normand, C. (2005), "Changing organizations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England", *Social Science & Medicine*, 60, pp. 119-130.
17. Garman, A.N., Leach, D.C. and Spector, N. (2006), "Worldviews in collision: conflict and collaboration across professional lines", *Journal of Organizational Behaviour*, 27, pp. 829-849.
18. Gillet, E. and Stenfert-Kroese, B. (2003), "Investigating organizational culture: a comparison of a „high“ and „low-performing“ residential unit for people with intellectual disabilities", *Journal of Applied Research*, 16, pp. 279-284.
19. Gordon, G. G., DiTomaso (1992), "Predicting corporate performance from organizational culture", *Journal of Management Studies*, Vol. 29, No. 6, pp. 783-98.
20. Gordon, G.G. (1991), "Industry determinants of Organizational Culture", *Academy of Management Review*, Vol 16, No. 2, 396-415.
21. Haas, J.S., Cook, E.F., Puopolo, A.L., Burstin, H.R., Cleary, P.D. and Brennan, T.A. (2000), "Is the Professional Satisfaction of General Internists Associated with Patient Satisfaction? ", *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 15, No. 2, pp. 122-128.
22. Helfrich, C.D., Li, J.F., Mohr, D.C., Meterko, M. and Sales, A.E. (2007), "Assessing organizational culture instrument based on the Competing Values Framework: exploratory and confirmatory factor analyses", *Implementation Science*, Vol. 2, No. 13.
23. Hemmelgarn, A.L., Glisson, C. and James, L.R. (2006), "Organizational culture and climate: implications for services and interventions research", *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 13, No. 1, pp. 73-89.

24. Hofstede, G., Neuijen, B., Ohayv, D. and Sanders, G. (1990), "Measuring organizational cultures: a qualitative and quantitative study across 20 cases", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 35, pp. 286-316.
25. Horsburgh, M., Perkins, R., Coyle, B. and Degeling, P. (2006), "The professional subcultures of students entering medicine, nursing and pharmacy programmes", *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 20, No. 4, pp. 425-431.
26. Howard, L. (1998), "Validating the Competing Values Model as a Representation of Organizational Cultures", *The International Journal of Organizational Analyses*, Vol. 6, Issue 3, pp. 231-250.
27. Hudak, P. L., McKeever, P. and Wright, J. G. (2003), "The metaphor of patient as customers: Implications for measuring satisfaction", *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, pp. 103-108.
28. Kalliath, T.J., Bluedorn, A.C. and Gillespie, D.F. (1999), "A Confirmatory Factor Analysis of the Competing Values Instrument", *Educational and Psychological Measurement*, Vol. 59, Issue 1, pp. 143-158.
29. Lamond, D. (2003), "The Value of Quinn's competing values model in an Australian context", *Journal of Managerial Psychology*, Vol. 18, Issue 1, pp. 46-59.
30. Lim, B. (1995), "Examining the organizational culture and organizational performance link", *Leadership & Organization Development Journal*, Vol. 16, No. 5, pp. 16-21.
31. Lok, P. and Crawford, J. (1999), "The relationship between commitment and organizational culture, subculture, leadership style and job satisfaction in organizational change and development", *Leadership & Organization Development Journal*, Vol. 20, No. 7, pp. 365-373.
32. Mallak, L.A., Lyth, D.M., Olson, S.D., Ulshafer, S.M. and Sardone, F.J. (2003), "Diagnosing culture in health-care organizations using critical incidents", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 16, No. 4, pp. 180-190.
33. Mannion, R., Davies, H.T.O. and Marshall, M.N. (2005), "Cultural characteristics of „high” and „low” performing hospitals", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 19, No. 6, pp. 431-439.
34. McKee, M. and Healy, J. (2002), "The significance of hospitals: an introduction", in McKee, M. and Healy, J. (Ed), *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham, Philadelphia, Open University Press, pp. 3-13.
35. Meterko, M., Mohr, D.C. and Young, G.J. (2004), "Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals", *Med Care*, Vol. 42, No. 5, pp. 492-498.
36. Morgan, P.I. and Ogbonna, E. (2008), "Subcultural dynamics in transformation: A multi-perspective study of healthcare professionals", *Human Relations*, Vol. 61, No. 1, pp. 39-65.
37. O'Reilly, C.A. III., Chatman, J., Caldwell, D.F. (1991), "People and Organizational Culture: A Profile Comparison Approach to Assessing Person-Organization Fit", *Academy of Management Journal*, Vol. 34, No. 3, pp. 487-516.

38. Ogbonna, E., Harris, L.C. (2002), "Organizational Culture: A Ten Year, Two-Phase Study Of Change In The UK Food Retailing Sector", *Journal Of Management Studies*, Vol. 39, No. 5, pp. 673-706.
39. Padaki, V. (2000), "Coming to Grips With Organizational Values", *Development in Practice*, Vol. 10, No. 3 / 4, pp. 420-435.
40. Pettigrew, A.M. (1990), "Is corporate culture manageable? ", in Wilson, D.C., Rosenfeld, R.H. (Eds) *Managing organizations. Text, Readings and Cases*. McGraw-Hill Book Company, London (UK), pp. 266-272.
41. Pölluste, K. (2000), "Developing a client-oriented health care service in the Children's Hospital of the University of Tartu", master thesis, Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan.
42. Quinn, R.E. (1988), *Beyond Rational Management. Mastering the Paradoxes and Competing Demands of High Performance*. The Jossey-Bass Management Series. Jossey-Bass Inc. Publishers. San Francisco, California, U.S. 199 pp.
43. Quinn, R.E. and Rohrbaugh, J. (1983), "A Spatial Model of Effectiveness Criteria: Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis", *Management Science*, Vol. 29, No. 3, pp. 363-377.
44. Quinn, R.E., Rohrbaugh, J. (1981), "A Competing Values Approach to Organizational Effectiveness", *Public Productivity Review*, Vol. 5, No. 2, pp. 122-140
45. Reino, A., Kask, T. and Vadi, M. (2007), "Organizational culture and environment: dynamics in dynamics. Case of Ordi", *Trames*, Vol. 11, No. 2, pp. 124-138.
46. Safran, D.G., Miller, W. and Beckman, H. (2006), "Organizational Dimensions of Relationship centered Care: Theory, evidence and practice", *Journal of General Internal Medicine*, 21, pp. S9-15.
47. Savic, B.S. and Pagon, M. (2008), "Individual involvement in healthcare organizations: differences between professional groups, leaders and employees", *Stress and Health*, 24, pp. 71-84.
48. Schein, E.H. (1983), "The Role of Founder in Creating Organizational Culture", *Organizational Dynamics*, 12, Summer, pp.13-28
49. Schein, E.H. (1997), *Organizational Culture and Leadership*, (2nd ed.), Jossey Bass Publishers, San Francisco.
50. Scott, T., Mannion, R., Davies, H. And Marshall, M. (2003), "The Quantitative Measurements of Organizational Culture in Health Care: A Review of the Available Instruments", *Health Services Research*, Vol. 38, No. 3, pp. 923-945.
51. Scott-Findlay, S. and Estabrooks, C.A. (2006), "Mapping the organizational culture research in nursing: a literature review", *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 56, No. 5, pp. 498-513.
52. Seren, S. and Baykal, U. (2007), "Relationship between Change and Organizational Culture in Hospitals", *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 39, No. 2, pp. 191-197.

53. Stock, G.N., McFadden, K.L. and Gowen, C.R. (2007), "Organizational culture, critical success factors and the reduction of hospital errors", *International Journal of Production Economics*, 106, pp. 368-392.
54. Zazzali, J.L., Alexander, J.A., Shortell, S.M. and Burns, L.R. (2007), "Organizational Culture and Physician Satisfaction with Dimensions of Group Practice", *Health Services Research*, Vol. 42, No. 3, Part I, pp. 1150-1176.
55. Tartu University Hospital, (2008), "Patients and stakeholders satisfaction with services provided by TUH", <http://www.kliinikum.ee/index.php?menu=171&mod=page&id=125&lang=est>
56. Trice, H.M., Beyer, J.M. (1993), "The Cultures of Work Organizations", Prentice Hall, Englewood Cliffs, New Jersey, pp.510.
57. Voon, B.H. (2006), "Linking a service-driven market orientation to service quality", *Managing Service Quality*, Vol. 16, No. 6, pp. 595-619.

Appendix 1

Table 1. Three-factor solution (*varimax normalized*) for the OVQ

Items	Factors		
	1	2	3
<i>Human relations type (HR)</i>			
Continuous training of employees takes place in our organization	0.510	-0.051	0.283
The members of our organization are helpful to one another	0.576	-0.034	0.207
The members of our organizations are proud of belonging to the organization	0.696	0.071	0.104
The most important asset of our organization is committed organizational members	0.557	0.202	0.056
The members of our organization take part in joint events with pleasure	0.650	0.052	0.113
The members of our organization also communicate after working hours	0.628	-0.116	0.112
The management has trusting and confidential relationships with organizational members	0.813	0.077	0.041
Our organization is like a big family	0.832	0.050	0.065
The members of our organizations talk with pleasure about their private issues	0.653	-0.144	0.012
Common (collective) results are taken into account in compensation in our organization	0.558	0.125	-0.030
<i>Open systems type (OS)</i>			
The management of our organization has a positive attitude towards the initiatives of organizational members	0.714	0.085	0.155
Our organization is open to experiments	0.512	0.358	0.033
The management of our organization always attempts to find innovative solutions	0.695	0.281	0.184
The members of our organization love to try new things	0.491	0.460	-0.029
<i>Rational goal type (RG)</i>			
The aim of our organization is to be substantially better than its competitors	0.359	0.583	0.099
Cost saving is emphasized in our organization	-0.034	0.377	0.405
The aim of our organization is to gain a possibly bigger market share	0.004	0.780	0.078
Our organization always tries to outpace its competitors	0.113	0.732	0.149
The aim of our organization is profit maximization	-0.093	0.650	0.059
<i>Internal processes type (IP)</i>			
Relationships with subordinates are clearly fixed in our organization	0.327	0.129	0.344
There are lots of written rules in our organization	0.079	-0.015	0.676
The organization insists (requires) that the employees should know and follow the rules	0.192	0.049	0.776
In our organization job descriptions are detailed	0.198	0.152	0.712
The compensation system of our organization is based on the position	0.045	0.004	0.454
In our organization a strict reporting system is applied	-0.005	0.367	0.536

CURRICULUM VITAE

Nimi: Iisi Saame

Sünniaeg: 04.juuni 1968

Elukoht: Väike-Kaar 3-4 Tartu 50403

e-mail: iisisaame@hotmail.com

Telefon: 56254194

Vabaabielus, 2 last (15.a, 12.a)

Haridus:

2004–2008 Tartu Ülikool arstiteaduskond, rahvatervishoiu magistriõpe

2000 Tartu Ülikool arstiteaduskond, administratiivarsti kutse

1997 Tartu Ülikool arstiteaduskond, üldarsti kutse

1993 Tartu Ülikool arstiteaduskond, ravi eriala

1986 Nõo Keskkool, keskharidus

Erialased töökogemused:

2005–käesoleva ajani EV Sotsiaalministeerium, rahvatervise osakond, peaspetsialist

2000–2005 SA TÜ Kliinikum, lastekliiniku direktor

1998–2000 resident (tervishoiukorraldus)

1993–1994, 1996–1997 arst-intern

Teadustegevus:

2004–2008 SA TÜ Kliinikumi organisatsioonikultuuri uuring

LISAD

Lisa 1. Uuringu küsimustik

Kliinikumis on kavas läbi viia uurimus kliinikute organisatsioonikultuuri kohta. Selleks, et kaasa aidata uurimuse valmimisele, palun Teil anda oma hinnang antud küsitluslehel olevatele väidetele.

Vastamine on anonüümne ning saadud tulemusi kasutatakse ainult uurimustöös.

Palun hinnake 10-pallisel skaalal, kuivõrd hästi iseloomustab iga väide ...kliinikut - organisatsiooni, kus Te töötate.

Kui Te olete esitatud väitega täiesti nõus, siis **tõmmake ring ümber** numbrile 10. Kui Te pole väitega üldse nõus, siis numbrile 1.

Kuigi mõne väite puhul võib hinnangu andmine osutuda raskeks, püüdke seda siiski teha. Antud küsimustikus olevatele küsimustele ei saa vastata õigesti ega valesti – vajalik on just Teie arvamus.

Tänan!

Iisi Saame

Tervishoiu Instituudi magistrant

tel. 56 254 194

1.	Meie organisatsioonis toimub järjepidev töötajate koolitamine	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	Meie organisatsioon on uuendusmeelne	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	Meie organisatsiooni liikmed on üksteise suhtes abivalmid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	Meie organisatsioonis vastutab iga inimene oma kitsa tööloigu eest	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	Meie organisatsioonis on tasustamise aluseks iga inimese konkreetne töötulemus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	Meile on kõige tähtsam maksimaalne kliendi rahulolu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Loovad ja värskete ideedega inimesed on meie organisatsioonis väga hinnatud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Meie organisatsioon pingutab kõvasti kvaliteedi nimel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	Meie organisatsioonis pole alluvate ja ülemuste vahe märgatav	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	Meie organisatsiooni liikmed on uhked selle üle, et nad sellesse organisatsiooni kuuluvad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.	Meie organisatsioonis võetakse tasustamisel arvesse organisatsiooni liikmete initsiatiivikut ja pühendumist	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	Meie organisatsiooni suurimaks varaks on pühendunud organisatsiooni liikmed	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.	Meie organisatsiooni eesmärgid on mõõdetavad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.	Meie organisatsiooni juhtkond suhtub positiivselt organisatsiooni liikmete poolsetesse algatustesse	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Meie organisatsioonis on vähe allüksusi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.	Vajadusel asetavad organisatsiooni liikmed organisatsiooni huvid isiklikest huvidest ettepoole	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.	Meie organisatsiooni liikmed ei hooli organisatsiooni eesmärkidest	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.	Meie organisatsioonis on traditsioonidel suur tähtsus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	Meie organisatsioonis on alluvussuhted täpselt paigas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.	Meie organisatsioonis valitseb seisukoht et eksimine on inimlik ja keegi pole vigade eest kaitstud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21.	Meie organisatsiooni eemärgiks on olla konkurentidest oluliselt parem	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22.	Meie organisatsioonis antakse igapähele palju otsustamisvabadust	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23.	Meie organisatsiooni liikmed osalevad meelsasti organisatsiooni ühisüritustel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24.	Meie organisatsiooni liikmed suhtlevad omavahel ka väljaspool tööaega	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25.	Meie organisatsioonis arendatakse pidevalt tooteid ja teenuseid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26.	Meie juhtkonnal on organisatsiooni liikmetega usalduslikud suhted	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27.	Meie organisatsioon on nagu suur perekond	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28.	Meie organisatsioonis räägivad inimesed meelsasti isiklikest asjadest	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29.	Meie organisatsioonis arvestatakse tasustamisel liikmete ühistulemusega	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30.	Meie jaoks on klient koostööpartneriks	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31.	Meie organisatsioonis on palju kirjalikke reegleid	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32.	Meie organisatsioonis nõutakse reeglite tundmist ja täitmist	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33.	Meie organisatsiooni eesmärgiks on areneda ja kasvada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34.	Laitmatu maine on meie organisatsiooni jaoks väga oluline	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35.	Meie organisatsioon on avatud eksperimentidele	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36.	Meie organisatsioonis on täpsed ametikirjeldused	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37.	Meie organisatsioonis rõhutatakse kulude kokkuhoidu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38.	Meie organisatsiooni juhtkond püüab alati leida uudseid lahendusi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39.	Meie organisatsioon rõhutab oma eripära	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40.	Meie organisatsioonis pole võimalik rakendada kiireid muutusi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41.	Meie organisatsioonis toimub tasustamine vastavalt ametikohale	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42.	Meie organisatsiooni liikmetele pole selgitatud organisatsiooni eesmäärke	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43.	Meie organisatsioonis õhutatakse inimeste vahel konkurentsi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44.	Meie organisatsiooni liikmed ei karda riskeerida	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45.	Meie juhtkond on organisatsiooni liikmete suhtes väga nõudlik	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46.	Meie organisatsiooni eesmärgiks on saavutada võimalikult suur turuosa	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47.	Meie organisatsioon on tööandjana turvaline	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48.	Ootamatud sündmusi peetakse meie organisatsioonis negatiivseteks, sest need toovad kaasa muutusi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49.	Meie organisatsioonis rakendatakse ranget aruandesüsteemi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50.	Meie organisatsioon püüab konkurente alati edestada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51.	Meie juhtkonna jaoks on kõige olulisem tulemus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52.	Meie organisatsiooni liikmed armastavad katsetada uusi asju	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53.	Meie organisatsiooni eesmärgiks on saada suurt kasumit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Teie vanus (märkige ristiga)

1. 19 või noorem	2. 20 – 29	3. 30 – 39	4. 40 – 49	5. 50 – 59	6. 60 ja vanem

55. Teie sugu (märkige ristiga)

1. Naine	2. Mees

56. Kellena Te ...kliinikus töötate? (märkige ristiga)

1. Hooldaja, põetaja	2. Õde	3. Arst	4. Spetsialist, tugipersonal

57. Kui kaua Te olete ...kliinikus töötanud? (märkige ristiga)

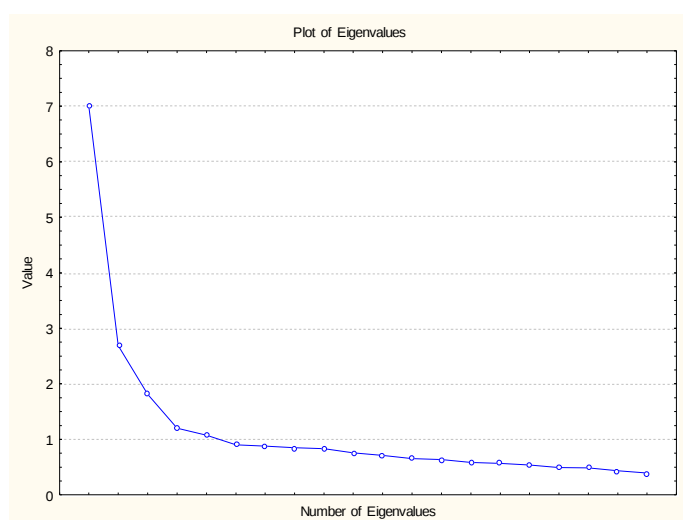
1. Vähem kui 1 aasta	2. 1-5 aastat	3. 6-10 aastat	4. 11-20 aastat	5. 21-30 aastat	6. üle 30 aasta

Lisa 2. Uurimisvahendi faktoranalüüsi tulemused.

Tabel 1. Varimaks meetodil pööratud peakomponentide laadungid

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
<i>Inimsuhete tüüp</i>			
Meie organisatsioonis toimub töötajate järjepidev koolitamine	0.510	-0.051	0.283
Meie organisatsiooni liikmed on üksteise suhtes abivalmid	0.576	-0.034	0.207
Meie organisatsiooni liikmed on uhked, et kuuluvad sellesse organisatsiooni	0.696	0.071	0.104
Meie organisatsiooni suurimaks varaks on pühendunud organisatsiooni liikmed	0.557	0.202	0.056
Meie organisatsiooni liikmed osalevad meelsasti organisatsiooni ühisüritustel	0.650	0.052	0.113
Meie organisatsiooni liikmed suhtlevad omavahel ka väljaspool tööaega	0.628	-0.116	0.112
Meie organisatsiooni juhtkonnal on organisatsiooni liikmetega usalduslikud suhted	0.813	0.077	0.041
Meie organisatsioon on nagu suur perekond	0.832	0.050	0.065
Meie organisatsioonis räägivad inimesed meelsasti isiklikest asjadest	0.653	-0.144	0.012
Meie organisatsioonis arvestatakse tasustamisel liikmete ühistulemusega	0.558	0.125	-0.030
<i>Avatud süsteemi tüüp</i>			
Meie organisatsiooni juhtkond suhtub positiivselt organisatsiooni liikmete poolsetesse algatustesse	0.714	0.085	0.155
Meie organisatsioon on avatud eksperimentidele	0.512	0.358	0.033
Meie organisatsiooni juhtkond püüab alati leida uudseid lahendusi	0.695	0.281	0.184
Meie organisatsiooni liikmed armastavad katsetada uusi asju	0.491	0.460	-0.029
<i>Tulemuste tüüp</i>			
Meie organisatsiooni eemärgiks on olla konkurentidest oluliselt parem	0.359	0.583	0.099
Meie organisatsioonis rõhutatakse kulude kokkuhoidu	-0.034	0.377	0.405
Meie organisatsiooni eesmärgiks on saavutada võimalikult suur turuosa	0.004	0.780	0.078
Meie organisatsioon püüab konkurente alati edestada	0.113	0.732	0.149
Meie organisatsiooni eesmärgiks on saada suurt kasumit	-0.093	0.650	0.059

Sisemiste protsesside tüüp			
Meie organisatsioonis on alluvussuhted täpselt paigas	0.327	0.129	0.344
Meie organisatsioonis on palju kirjalikke reegleid	0.079	-0.015	0.676
Meie organisatsioonis nõutakse reeglite tundmist ja täitmist	0.192	0.049	0.776
Meie organisatsioonis on täpsed ametikirjeldused	0.198	0.152	0.712
Meie organisatsioonis toimub tasustamine vastavalt ametikohale	0.045	0.004	0.454
Meie organisatsioonis rakendatakse ranget aruandesüsteemi	-0.005	0.367	0.536



Joonis 1. Omaväärtuste graafik faktorite arvu määramiseks.

Tabel 2. Uurimisinstrumendi (OVK) alaskaalade keskmised väärtused, Cronbach alfa

OK tüüp	n	Keskvärtus	Miimum	Maksimum	SD	Cronbach α
Inimsuhete tüüp	434	6.13	1.8	10.0	1.71	0.87
Avatud süsteemi tüüp	444	6.34	1.0	10.0	1.89	0.77
Tulemuste tüüp	434	6.61	1.0	10.0	1.73	0.70
Sisemiste protsesside tüüp	435	7.71	3.3	10.0	1.38	0.69

TARTU ÜLIKOOLI MAGISTRITÖÖD RAHVATERVISHOIUS

1. **Diva Eensoo.** Kehalise aktiivsuse seosed vaimse tervise ja isiksuse omadustega. Tartu, 2000.
2. **Karin Lilienberg.** Antropomeetrilised näitajad ja nende seosed vereplasma lipiidide ning arteriaalse vererõhuga Tallinna kooliõpilaste uuringute alusel aastatel 1984–86 ja 1998–99. Tartu, 2002.
3. **Liis Merenäkk.** Koolilaste alkoholi ja narkootikumide tarbimise seos isiksuseomaduste ning vereliistakute monoamiinoksüdaasi aktiivsusega. Tartu, 2002.
4. **Anneli Zirkel.** Ravimite ja rahvameditsiini meetodite kasutamine Eesti elanike poolt. Tartu, 2002.
5. **Valentina Orav.** Tartu linna siseujulate tervisekaitseline olukord ja vee kvaliteet. Tartu, 2002.
6. **Katrin Kiisk.** Muutuste käsitlemisorganisatsioonikultuuri, juhtide rolli, meeskonnatöö ja alternatiivide hindamise aspektist SA TÜK Kopsukliiniku asukoha muutuse näitel. Tartu, 2003.
7. **Mare Remm.** Helmintiaaside esinemine Tartu piirkonna lastepäevakodude lastel ja seda mõjutavad tegurid. Tartu, 2003.
8. **Liis Rooväli.** Haiglaravi kasutamine ja kättesaadavus Eestis: demograafilised erinevused ja kauguse mõju. Tartu, 2003.
9. **Krystiine Liiv.** Suitsetamise seotus isiksuseomadustega teismeliseel. Tartu, 2003.
10. **Svetlana Lissitsina.** B- ja C-viirushepatiitide haigestumuse epidemioloogiline uurimine Ida-Virumaal. Tartu, 2003.
11. **Tiiu Rudov.** Immuniseerimise järelevalves esinevad probleemid. Tartu, 2003.
12. **Natalja Zubina.** Solaariumiteenuse tervisekaitsealased aspektid. Tartu, 2003.
13. **Mihhail Muzotsin.** Fluoriidide sisaldus Pärnu alamvesikonna elanike joogivees, nende toksilisusest tulenevate terviseriskide analüüs ja võimalik juhtimine. Tartu, 2003.
14. **Mai Vaht.** Looduslik ultraviolettkiirgus Pärnu rannas ja selle mõju päevitajate lümfotsüütide alaklassidele. Tartu, 2004.
15. **Irina Filippova.** Patient dose survey in x-ray radiography. Tartu, 2004.
16. **Urve Eek.** Marutõve oht Eestis aastatel 1999-2003. Tartu, 2004.
17. **Natalia Kerbo.** Immunoprofülakтика mõju punetiste epideemiaprotsessile Eestis. Tartu, 2004.
18. **Leena Albreht.** Viru-Peipsi alamvesikonna joogivee tervisekaitseline hinnang. Tartu, 2004.
19. **Marina Karro.** Tallinna välisõhu saastumuse võimalik mõju tervisele. Tartu, 2004.
20. **Sigrid Vorobjov.** Ravijärgimus juhuslikustatud hormoonasendusravi uuringus. Tartu, 2005.
21. **Oleg Novikov.** Kaitsevæeteenistuse mõju ajateenijate tervisele. Tartu, 2005.
22. **Eleri Lapsaniit.** Väikelaste infektsioonhaiguste ambulatoorne ravi antibootikumidega. Tartu, 2005.

23. **Svetlana Rudenko.** Antibiootikumresistentsus Eestist isoleeritud haigustekitajatel. Tartu, 2005.
24. **Merike Sisask.** Suitsidaalsus ühiskonnas ning suitsiidikitse sotsiaal-demograafilised, meditsiinilised ja psüühilised mõjurid. Tartu, 2005.
25. **Kaire Vals.** Haiguskoormuse tõttu kaotatud eluaastad Eestis. Tartu, 2005.
26. **Monika Jürgenson.** Plii toime käitumisele ja aju neurogeneesile. Tartu, 2005.
27. **Külliki Siilak.** Muutused Eesti tervisekaitse korralduses viimase kahe aastakümne jooksul. Tartu, 2005.
28. **Katrin Vijar.** Astmahaigete laste ja nende vanemate hinnangud astmaalastele teadmiste ja infoallikatele. Tartu, 2005.
29. **Hans Orru.** Kütteturba kaevandamise ja kasutamisega seotud terviseriskid. Tartu, 2005.
30. **Katri Abel.** HIV-positiivsete riskikäitumine süstivate narkomaanide hulgas. Tartu, 2006.
31. **Kaja Rahu.** Tšernobõli veteranide Eesti kohortuuring: vähihaigestumuse ja suremuse uusanalüüs. Tartu, 2006.
32. **Sirje Sammul.** Hüpertooniatõve diagnoosiga patsientide tervisekäitumine ning perearsti ja pereõe osa selle kujundamisel. Tartu, 2006.
33. **Kristiina Kahur.** Tervishoiuteenuste kasutamine ravikindlustuseta isikute poolt. Tartu, 2006.
34. **Merilin Nurme.** Tartu linna kohviku- ja baaritöötajate terviseriskid seoses müra ja tubakasuitsuga. Tartu, 2006.
35. **Tiina Samm.** Proviisorite ja farmatseutide hoiakud käsimüügiravimite valikul ja nõustamisel apteegikülastajale Tartu näitel. Tartu, 2006.
36. **Jane Alop.** Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamine Eesti haiglates. Tartu, 2006.
37. **Rein Käsk.** Arstiabi kvaliteet ägeda müokardiinfarkti ravimisel Põlva Haiglas vastavalt ST-segmendi elevatsiooniga ägeda müokardiinfarkti Eesti ravijuhendile. Tartu, 2006.
38. **Merit Maala.** Patsientide ootused, ettevalmistus ja rahulolu rutiinsel kompuutertomograafia ja magnetresonantstomograafia uuringul sõltuvalt eelnevast informeeritusest. Tartu, 2006.
39. **Irma Nool.** Tööga seotud kutseriskid, töötajate tervisekaebused ja ohutusvõtted operatsiooniosakondades. Tartu, 2006.
40. **Lya Mägi.** Rinnavähi sõeluuringul mitteosalenud naiste teadlikkus rinnavähist ja rinnavähi sõeluuringust. Tartu, 2006.
41. **Triin Kurrikoff.** Peresuhete seosed alkoholi tarbimise, riskeeriva liikluskäitumise, impulsiivsuse ja elamustejanuga. Tartu, 2006.
42. **Šeila Mündi.** Põhikoolist väljalangenud ja lõpetanud õpilaste riskikäitumine, haigestumine, sotsiaalmajanduslik taust ja toimetulek koolis. Tartu, 2006.
43. **Kristi Vahur.** Tartu ja Tallinna Meditsiinikooli töötajate töökeskkond. Tartu, 2006.
44. **Airi Unt.** Koolitervishoiuteenus Eestis. Tartu, 2006.

45. **Ene Palo.** Suicide among external causes of death in the Baltic States 1970-2004. Tartu, 2006.
46. **Helika Hermlin Özekinci.** Haiglate töökeskkonna, töö iseloomu ja töökorralduse mõju õendus- ja hoolduspersonali tervisele. Tartu, 2006.
47. **Janelle Käärt.** Kutsekiiritusele eksponeeritud töötajate kiiritusdooside ja tervisekäitumise hindamine ning kiirguskaitsealane seadusandlus. Tartu, 2006.
48. **Kadi Raju** Surrogaatide ja illegaalse alkoholi tarvitamine Tallinnas: kiirhinnangu meetod. Tartu, 2007.
49. **Külli Uiho.** Taastusravi kättesaadavus Tartu Ülikooli Kliinikumis ravitud insuldihaigete hinnangul. Tartu, 2007.
50. **Marika Järveots.** Koksartroosiga patsientide elukvaliteedi ja toimetuleku hindamine enne ning kuus kuud pärast liigese endoproteesimist. Tartu, 2007.
51. **Sirje Bunder.** Laste väärkohtlemise esinemine Tartu koolides hariduslike erivajadustega lastele. Tartu, 2007.
52. **Helen Alavere.** Kiirtoidu ja gaseeritud jookide tarbimine ning seos insuliinresistentsusega Eesti koolilastel. Tartu, 2007.
53. **Kristel Ojala.** Laste väärkohtlemine esimesel eluaastal: probleemi kirjeldus ja riskitegurite uuring Tallinna Lastehaigla andmete näitel. Tartu, 2007.
54. **Katrin Kuusemäe.** Väikelaste väärkohtlemine Ida-Virumaal: millised on meditsiinilised andmeallikad probleemi tuvastamiseks? Tartu, 2007.
55. **Ülle Sildever.** Tervise enesehinnangu sotsiaalmajanduslikud erinevused Eestis: Euroopa Sotsiaaluuring 2004. Tartu, 2007.
56. **Hille Rätsep.** Teismeliste reproduktiiv- ja seksuaaltervis – teadmised ja käitumine. Tartu, 2007.
57. **Monika Haava.** Eesti patoloogialaborite töökeskkonna riskide ja töötajate tervises seisundi hindamine. Tartu, 2007.
58. **Gerli Paat.** B-hepatiidi levik sugulisel teel: juhtkontrolluuring. Tartu, 2007.
59. **Georgi Hrenov.** Kontoritöötajate terviseriskid seoses töökeskkonna ja töötingimustega. Tartu, 2007.
60. **Ewa Roots.** Stressijuhtimisprogrammi tõhusus töökohal. Tartu, 2007.
61. **Ave Talu.** Illegaalsete uimastite tarvitamine ja kättesaadavus Eestis: tähendus HIVi levimuse ja preventsiiooni seisukohalt. Tartu, 2008.
62. **Helen Valk.** Operatsioonijärgse valuravi juhendi mõju hindamine: sekkumisuuring. Tartu, 2008.
63. **Helena Virt.** Sotsiaalse kapitali ja tervise enesehinnangu seosed: Eesti täiskasvanud elanikkonna sotsiaalsete tervise mõjurite uuring 2004. Tartu 2008.
64. **Liisa Lehtmäe.** Meeste riskeeriv seksuaalkäitumine: Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2006. Tartu, 2008.
65. **Evelin Gross.** Raseduseaegselt ja sünnijärgselt toimivate tegurite seos lapse üsasisese ja esimese elupoolaasta kasvuga. Tartu, 2008.

66. **Margrid Kaasik.** Autonoomia ja informeeritud nõusolek arsti-patsiendi suhetes. Tartu, 2008.
67. **Janika Usin.** Eesti kooliõpilaste suitsetamine 1993/1994 – 2005/2006: WHO kooliõpilaste tervisekäitumise uuringu analüüs. Tartu, 2008.
68. **Piret Simm.** Antropomeetriliste parameetrite ja lipiidiprofiili soolised iseärasused ning omavahelised seosed eesti kooliõpilastel. Tartu, 2008.
69. **Ülle Lumi.** Rahuloleva patsiendini läbi hästitoimiva organisatsiooni. Tartu, 2008.
70. **Siiri Põllumaa.** Ämmaemandusabi mudelid ja nende kulutõhusus. Tartu, 2008.
71. **Iisi Saame.** Organisatsioonikultuur tervishoius SA Tartu Ülikooli Kliinikumi näitel. Tartu, 2009.
72. **Mari Amos.** Rahvastiku vaimse tervise edendamine Eestis läbi seadusandlike vahendite. Tartu, 2009.
73. **Liina Animägi.** Eesti täiskasvanud rahvastiku alkoholi tarvitamine: Terviseuuring 2006. Tartu, 2009.
74. **Koidula Saun.** Alkoholi mõju elukäigule: Tapa supiköögi klientide kvalitatiivne uuring. Tartu, 2009.