



Augusts, 2018

REZIDENTŪRA LATVIJĀ – IZAICINĀJUMI UN IZAUGSMES IESPĒJAS

Šo ziņojumu izstrādājis Igaunijas pētniecības centrs "Praxis" un pētniece Baiba Plakane. Ziņojums ir daļa no Nordplus administrēta pētījuma "Becoming a Doctor in Baltic Sea Region - empowering junior doctors in the Baltics", kura ietvaros tiek veikts rezidentūras novērtējums visās trīs Baltijas valstīs ar mērķi uzlabot rezidentūras kvalitāti reģionā. Pētījuma veikšanā iesaistītas visu triju Baltijas valstu Jauno Ārstu asociācijas. Pārējie pētījuma rezultāti būs pieejami 2018. gada pēdējā ceturksnī Igaunijas pētniecības centra "Praxis" mājaslapā: <http://www.praxis.ee/>

Šajā pētījumā par pamatu rezidentūras kvalitātes novērtēšanas metodoloģijai izmantoti Pasaules Medicīniskās izglītības federācijas (*World Federation for Medical Education*, turpmāk - PMIF) izstrādātie globālie standarti kvalitātes uzlabošanai rezidentūrā. Gan pētījums, gan šis ziņojums balstīts uz PMIF standartu prasībām, rezidentu un rezidentus apmācošo ārstu aptaujā iegūtajiem datiem, kā arī intervijām un diskusijām starp rezidentūras organizēšanā iesaistītajām pusēm. Rezidentu, 2016.-2018. gada rezidentūras absolventu un rezidentus apmācošo ārstu aptauja veikta 2018. gada marta - maija mēnešos. Aptauja izplatīta, universitātēm, ārstniecības iestādēm un Latvijas Jauno Ārstu asociācijai nosūtot to uz respondentu e-pasta adresēm. Aptauju aizpildījuši 138 no 1016 rezidentiem, 27 no 454 ārstiem, kas rezidentūru absolvējuši 2016.-2018. gadā (dati uz 2018. gada aprīli) un 46 rezidentus apmācošie ārsti (kopējais rezidentu apmācīšanā iesaistīto ārstu skaits nav zināms). Tā, kā pētījums norisinās visās trīs Baltijas valstīs, aptauja veikta angļu valodā, dodot iespēju respondentiem komentārus sniegt arī latviski. Lielākā daļa šajā dokumentā publicēto komentāru tulkoti no angļu valodas. Ņemot vērā respondentu skaitu, vienīgi rezidentu sniegtie aptaujas apgalvojumu vērtējumi analizējami kvantitatīvi (95% ticamības intervāls, 8% kļūdas robeža). Tomēr, aptaujas galvenais mērķis bija ievākt datus darbam ar kvalitatīvās pētniecības metodēm, lai ne tikai konstatētu problēmas, bet meklētu to cēloņus un iespējamus risinājumus. Tādēļ respondentiem tika dota iespēja pie katra novērtējuma pievienot komentārus par attiecīgo tēmu brīvā formā. Tālāks darbs ar kvalitatīvās pētniecības metodēm norisinājās no 2018. gada aprīļa līdz jūlijam, intervējot rezidentūras organizēšanā un īstenošanā iesaistītās puses, kā arī pusēm tiekoties diskusijā 2018. gada 12. jūnijā, lai pārspriestu aptaujā atklātās problēmas un meklētu risinājumus.

Rezidentūra medicīnā un zobārstniecībā ir 2. līmeņa augstākā profesionālā izglītība, ko diplomēts ārsts vai zobārsts iegūst darba vidē. Specialitātēs iegūstamo zināšanu un prasmju apjoms tiek regulēts valsts līmenī - Ministru kabineta noteikumos, bet pēc studiju programmas absolvēšanas un sertifikācijas eksāmena nokārtošanas tiek piešķirta ārsta speciālista kvalifikācija, kas nepieciešama patstāvīgam darbam specialitātē. Jaunā profesionāla prasmes un zināšanas ir atkarīgas no darba vietā iegūtās apmācības kvalitātes.

Latvijā rezidentūras īstenošana notiek, sadarbojoties vairākām institūcijām. Veselības ministrija nosaka no valsts budžeta finansējamo rezidentu vietu skaitu, veic finansējuma sadali, kā arī atbild par rezidentūru un veselības aprūpi regulējošo normatīvo aktu izstrādi. Divas universitātes - Latvijas

Universitāte un Rīgas Stradiņa universitāte nodrošina ārstu uzņemšanu rezidentūrā, tostarp, no personīgajiem līdzekļiem finansētās studiju vietās, organizē studiju programmu īstenošanu, slēdzot līgumus par rezidentu apmācību ar ārstniecības iestādēm, kā arī sniedz daļu teorētiskās apmācības. Ārstniecības iestādes - dažāda profila slimnīcas, ģimenes ārstu prakses un ambulatorās ārstniecības iestādes - veic rezidentu praktisko apmācību darba vietā un nodrošina daļu teorētiskās apmācības. Paši rezidenti specialitātes apgūšanas laikā ieņem vienlaicīgi divas lomas - ir darba attiecībās ar ārstniecības iestādi un pakļauti studiju līgumam ar kādu no abām universitātēm. Šādā modelī, kad rezidentūras organizēšana ir uzticēta universitātēm, bet īstenošanu nodrošina ārstniecības iestādes, pastāv zināmi izaicinājumi attiecībā uz sniegto apmācību kvalitātes kontroli, apmācošo ārstu motivēšanu un rezidentu pienākumiem pret divām institūcijām. Šī pētījuma un tā ietvaros notikušo interviju un diskusijas rezultātā netika nonākts pie cita, Latvijas situācijai piemērotāka rezidentūras organizēšanas modeļa, taču padziļināta izpēte šajā jomā noteikti var būt uzdevums tālākiem pētījumiem. Lai divu pušu – universitāšu un ārstniecības iestāžu - sadarbība rezidentūras īstenošanā varētu rezultēties sinerģijā, nepieciešama cieša komunikācija, gatavība strādāt pie vairāku rezidentūras aspektu sistematizācijas, normatīvo aktu aktualizēšanas valsts mērogā un spēja rezidentūras kvalitātes celšanu nostādīt pāri vienas institūcijas interesēm.

Galvenās konstatētās problēmas, uz kurām ziņojumā tiek meklēti risinājumi:

- Tā, kā rezidentūra ir topošā speciālista apmācīšana darba vietā, stāvoklis veselības nozarē to ietekmē ļoti tieši. Pašreizējie darba apstākļi - atalgojums, vietām piemērotas infrastruktūras un psiholoģiskā atbalsta trūkums - liek šķēršļus rezidentūras kvalitātes celšanai.

- Izglītībai rezidentūrā trūkst vienādības kvalitātes jomā. Starp specialitātēm, ārstniecības iestādēm, nodaļām un apmācošajiem ārstiem var pastāvēt būtiskas atšķirības attiecībā uz uzraudzības kvalitāti, apkalpojošo un apmācību funkciju, kā arī teorijas un prakses līdzsvaru. Rezultātā, pabeidzot vienu un to pašu rezidentūras programmu dažādās ārstniecības iestādēs vai pie dažādiem apmācošajiem ārstiem, absolventu prasmju un zināšanu līmenis var nozīmīgi atšķirties.

- Trūkst sistēmiska ietvara un vienlīdz augstu standartu studiju programmu izstrādei, aktualizēšanai un novērtēšanai specialitātēs. Līdz ar to, atsevišķās specialitātēs studiju programmu saturs nav konkurētspējīgs un/vai izpildāms.

- Pašreiz izmantotā atgriezeniskās saites sniegšanas forma praksē nedarbojas un ne visās darba vietās ir attīstīta rezidentu apmācīšanas kultūra, kurā apmācošais ārsts rezidentam ikdienas darbā sniegtu atgriezenisko saiti, konstruktīvu kritiku un ieteikumus snieguma uzlabošanai.

- Esošie rezidentu vērtēšanas veidi ne vienmēr nodrošina izglītības mērķu sasniegšanu un veicina rezidentu mācīšanos.

- Lielākā daļa studiju programmu patlaban rezidentus sagatavo darbam attiecīgajā specialitātē, taču ar to vien nav pietiekami. Rezidentūras programmām jaunie ārsti jā sagatavo visām nākotnē ieņemamajām lomām veselības aprūpes sektorā, sniedzot iespēju apgūt arī medicīnas menedžmentu un pedagoģisko darbu, kā arī pamatīgāk attīstīt komunikācijas prasmes.

Analīze sadalīta 5 nodaļās: apmācību resursi, apmācošie ārsti, studiju programmu saturs, rezidentu vērtēšana, zinātniskā izpēte. Lai ilustrētu pašreizējo situāciju, katrā nodaļā sniegti dati un rezidentu, apmācošo ārstu komentāri no aptaujas, rezidentūras organizēšanā un īstenošanā iesaistīto

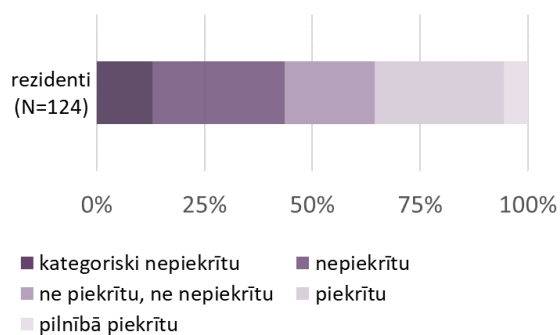
pušu ieteikumi, kā arī iespējamie risinājumi kvalitātes celšanai, kas apkopoti arī kopsavilkumā ziņojuma beigās.

Apmācībām veltāmie resursi

Rezidentu darba apstākļi

Otro zemāko vidējo svērto vērtējumu rezidentu aptaujā saņēmis apgalvojums "Apmācāmo darba apstākļi ir piemēroti, lai uzturētu viņu mentālo un fizisko veselību".

1. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Apmācāmo darba apstākļi ir piemēroti, lai uzturētu viņu mentālo un fizisko veselību."



Visbiežāk kā iemeslu darba apstākļu nepiemērotībai jaunie ārsti norāda darba samaksas apjomu.

"Alga ir tik maza, ka rezidentiem jāstrādā daudzos darbos, lai nopelnītu pietiekoši daudz izdzīvošanai būtiskākajam. Tā pietrūkst laika izpētei un zinātniskajam darbam, kā arī teorētisko pamatu apguvei."

"Vēl viena ļoti svarīga problēma ir fakts, ka rezidenti strādā vairākās slimnīcās/institūcijās, jo alga ir ļoti zema - tam ir kaitīga ietekme uz viņu fizisko un mentālo veselību, kā arī viņu darba kvalitāti."

"300+ stundas mēnesī. 36+ stundu darbadiena."

Rezidenti

"...viņiem nepieciešams strādāt paralēli dažādos darbos, lai uzturētu savu ģimeni vai sevi. Bieži viņi ir ļoti noguruši."

"Rezidenti ir pārāk pārslogoti ar vienlaicīgiem darbiem - rezidentūru, pienākumiem rezidentūrā,

akadēmisko darbu un papildu darbu ambulatorajās nodaļās, lai apmierinātu savas materiālās vajadzības."

Apmācošie ārsti

Papildu zemā atalgojuma izraisītajam finansiālajam spiedienam uz rezidentūrai veltāmo laiku, tiek izcelta arī slodze rezidentūras ietvaros - gan teorētisko apmācību, gan praktiskā darba daļā, piedaloties pedagoģiskajā darbā, veicot zinātnisko izpēti, kā arī aizpildot universitāšu pieprasīto dokumentāciju.

"Reizēm viņi ir pārslogoti ar darbu: sagatavošanos semināriem, gadījumu analīzi un darbu ar pacientiem."

Apmācošais ārsts

"Pārāk daudz uzsvēra uz dokumentāciju rezidentūrā."

Rezidentūras absolvents

"Dežūras bieži ir garākas nekā oficiāli noteikts un trūkst laika lasīt un meklēt dziļākas, pamatīgākas zināšanas."

"Vienā no manām rotācijām mums bija tik daudz darba, ka bieži nevarējām aiziet pusdienās un šī fakta dēļ man radās veselības problēmas. Lai arī tas vairs nav tik izteikti, joprojām ir nodaļas, kurās tiek prasīts tik daudz darba, ka darbiniekiem nav laika pusdienām."

Rezidenti

Kā vēl viens būtisks darba apstākļus pasliktinošs faktors tiek minēta infrastruktūra, kas dažādās ārstniecības iestādēs un ēkās atšķiras. Daļā nodaļu ir, bet citās nav nodrošinātas telpas rezidentu darbam ar datoru un dokumentiem, kā arī atpūtai vai drēbju nomaiņai.

"Visbiežāk nav telpas, kur rezidenti strādāt ar datoru vai dokumentiem nodaļās, nav telpas, kur mācīties vai atpūsties starp dežūrām."

"Ne visiem no mums ir vieta, kur palikt/atpūsties/paēst/pagulēt starp darbu un nakts maiņu vai nakts maiņu/semināriem/nodarbībām. Es bieži pusaizmidzis(-gusi) sēžu uz kāda krēsla kaut kur slimnīcas vidū, kaut arī būtu varējis(-usi) savas 3 brīvās stundas pirms nakts pavadīt paguļot. Citās - ne visās nodaļās ir rezidenti paredzētas telpas."

"Daudziem rezidenti pat nav vietas, kur pārgērbties darba drēbēs..."

Rezidenti

Fiziskos darba apstākļus pasliktināt var arī ciklu plānojums, gadījumā, ja kļūdas vai saskaņošanas trūkuma dēļ vienā nodaļā vienlaicīgi atrodas pārāk daudz rezidentu un rezultātā fiziski trūkst darba telpu. Vēl pie trūkumiem rezidenti piemin nespēju izrakstīt receptes pašiem, kā arī to, ka ne visur slimnīcas IT sistēma ir pieejama rezidentam.

Visbeidzot, mentālo stresu rada arī uzraudzības un psiholoģiskā atbalsta trūkums.

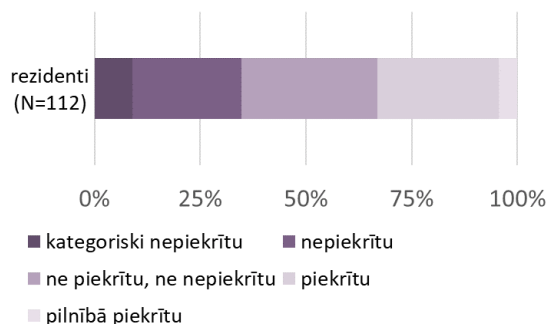
"Uzraudzības trūkums sākot no agrīnām rezidentūras stadijām palielina mentālo stresu. Nav apmācību komunikācijā un ētikā, īpaši strādājot ar pacientiem un sniedzot viņiem sliktas ziņas. Nav tradīciju attiecībā uz psiholoģiska atbalsta sniegšanu pēc "traumatiskiem" notikumiem, piemēram, pacienta zaudējuma, konfliktiem, medicīniskām kļūdām, ko izdarījis rezidents."

"Darba apstākļi slimnīcā parasti ir bez psiholoģiskā atbalsta un pastāv augsts izdegšanas risks starp apmācošajiem ārstiem un rezidenti; dažiem apmācošajiem ārstiem jau ir tādas izdegšanas iezīmes, kā intereses trūkums, laika trūkums sarunām ar radniekiem."

Rezidenti

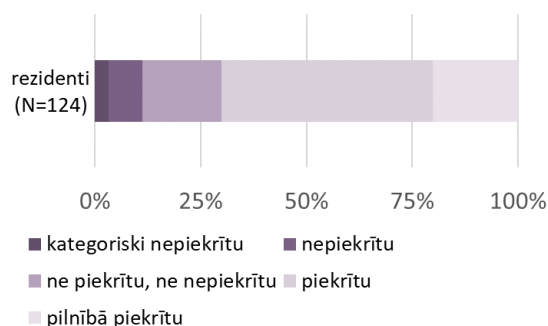
Bez tam, 35% rezidentu nepiekrīt vai kategoriski nepiekrīt, bet 32% nav informēti par to, vai viņiem ir pieejama kompetenta speciālista konsultācijas un atbalsts krīzes situācijā un karjeras plānošanai.

2. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Apmācāmajiem ir pieejama kompetenta speciālista konsultācijas un atbalsts attiecībā uz nepieciešamību pēc karjeras vadības un plānošanas, profesionālas krīzes gadījumā vai risinot rezidentam problemātiskas situācijas."



Apmācībām nepieciešamajos resursos ietilpst arī piekļuve mūsdienīgai profesionālajai literatūrai un to rezidenti novērtējuši atzinīgi.

3. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Apmācāmajiem ir piekļuve mūsdienīgai profesionālajai literatūrai."



Jaunie ārsti no abām universitātēm kopumā izsakās pozitīvi attiecībā uz universitāšu bibliotēkās pieejamām datubāzēm. Kā viena no risināmajām problēmām tiek minēta nespēja piekļūt konkrētām datubāzēm no dažu ārstniecības iestāžu tīkliem pat gadījumos, kad rezidentam ir personīgais konts šajās datubāzēs. Vairākkārt izskan arī vēlme pēc piekļuves kādām specifiskākām klīniskajām vadlīnijām, zinātniskiem rakstiem specialitātēs un grāmatām, ko rezidenti vēlētos iegūt caur universitāšu un ārstniecības iestāžu bibliotēkām un datortīkliem.

"Mūsu slimnīcā ir pieejama datu bāze "Uptodate" un datubāze "Clinical key" caur universitātes bibliotēku, bet joprojām ir daudz klīnisko vadlīniju, paziņojumu, zinātnisko ziņojumu, kas tiek publicēti zinātniskajā literatūrā un nav pieejami caur mūsu bibliotēkām. Un jaunākās zinātniskās grāmatas... tas ir cits stāsts."

Rezidents

Risinājumi

Rezidentu darba samaksas pieaugums 2018. gada sākumā vērtējams pozitīvi, taču gada otrajā ceturksnī sniegtie rezidentu komentāri norāda, ka pašreizējais atalgojums joprojām nav sasniedzis pietiekoši augstu līmeni, lai jaunie ārsti varētu koncentrēties tikai uz pienākumiem rezidentūrā. Turpmāka **atalgojuma celšana veselības nozarē kopumā, tostarp rezidentu atalgojumā**, ir pamatnepieciešamība, bez kuras apmierināšanas citas kvalitātes uzlabošanas iniciatīvas nespēs nest pienācīgus augļus. Uzlabojumi studiju programmās, uzraudzībā un vērtēšanas sistēmā nepaveiks cerēto, ja rezidents, kam jāgūst labums no izmaiņām, ir pārguris vai otra darba dēļ neapmeklē darba stundas rezidentūrā. Iepriekš aprakstītie aptaujas dati norāda, ka rezidentu noslodze rezidentūras pienākumu ietvaros vien ir pietiekami liela.

Attiecībā uz rezidentu darbam nepieciešamo telpu trūkumu, rezidentūras organizācijā iesaistītās puses min, ka dažkārt to varētu risināt universitātēm vienojoties ar ārstniecības iestādēm, lai **atļautu rezidentiem izmantot universitāšu medicīnas studentiem paredzētās studiju telpas**. Citos gadījumos ārstniecības iestādei vai nu būtu jādod rezidentiem iespēja izmantot telpu, kuru izmanto attiecīgās nodaļas ārsti, vai arī jācenšas atrast un, izmantojot šim mērķim paredzētos līdzekļus, atbilstoši **iekārtot atsevišķu telpu**. Lai identificētu nodaļas un ēkas, kurās infrastruktūra patlaban ir produktīvam darbam nepiemērota, būtiski, lai rezidenti, kas ar telpu trūkumu saskaras, par to informē vai nu attiecīgās nodaļas vadītāju, vai ārstniecības iestādes rezidentūras organizatoru.

Jau pastāvošā iespēja rezidentiem akadēmiskos un studiju procesa organizācijas jautājumus pārrunāt ar universitāšu un ārstniecības iestāžu rezidentūras studiju procesa organizatoriem, kā arī savas specialitātes studiju programmas vadītāju vērtējama pozitīvi. No rezidentūras organizatoriem un īstenotājiem izskan arī ieteikums, kas saskan ar PMIF standartiem - **visiem medicīnas studentiem piedāvāt psiholoģiskas konsultācijas par specialitātes izvēli**. Turpmāk studiju programmās vajadzētu iekļaut lekcijas un seminārus rezidentiem par komunikāciju ar pacientiem, kolēģiem un ārsta pašaprūpi, kā arī **psiholoģiskā atbalsta nodrošinājumu ārstniecības iestādēs**, īpaši koncentrējoties uz specialitātēm, kurās darba procesā relatīvi biežāk pastāv nepieciešamība saskarties ar pacienta zaudējumu. Psiholoģiskā atbalsta sniegšanā iespējams iesaistīt ārstniecības iestādē jau nodarbinātos profesionāļus - psihoterapeitus, psihologus, kapelānus, daļu viņu laika atvēlot konsultācijām rezidentiem, kā arī informēt ārstniecības iestādē strādājošos rezidentus kur, kad un kā šis atbalsts pieejams.

Ārstniecības iestādēs, kurās patlaban nav iespējams piekļūt konkrētām datubāzēm, šādu pieeju būtu jānodrošina, rezidentiem par konstatēto vajadzību informējot ārstniecības iestādes rezidentūras procesa organizatoru. Lai būtu iespējams apmierināt rezidentu izteikto lūgumu pēc kādas specifiskas nepieciešamās papildu literatūras, rezidentiem par to jāinformē studiju programmas vadītāju vai ārstniecības iestādes rezidentūras organizatoru.

Apmācošie ārsti

Uzraudzības kvalitāte

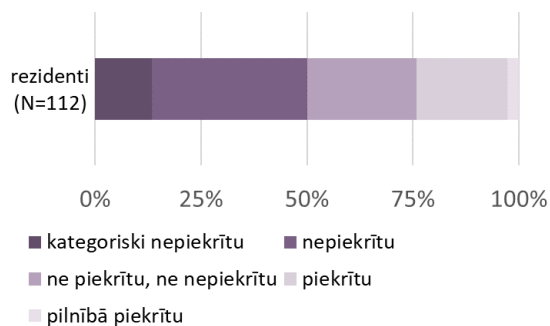
Saskaņā ar Pasaules Medicīniskās izglītības federācijas standartiem, rezidentu izglītošanai jānotiek kvalificēta ārsta uzraudzībā, topošajam speciālistam regulāri saņemot sava darba novērtējumu un atgriezenisko saiti.

Ministru kabineta noteikumi Nr. 268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu" apraksta tieši šādu izglītošanas veidu:

"11. Pirmajā un otrajā rezidentūras gadā rezidents, kas apgūst pamatspecialitāti, var strādāt attiecīgajā specialitātē sertificēta speciālista, kura darba stāžs attiecīgajā specialitātē pēc ārstniecības personas sertifikāta iegūšanas ir ne mazāks kā pieci gadi, tiešā uzraudzībā, dokumentējot iegūto klīnisko pieredzi un saņemot attiecīgā speciālista vērtējumu par veikto darbu. [...]"

Taču gan kvantitatīvie, gan kvalitatīvie dati no aptaujas norāda, ka izpratne par to, kā uzraudzībai jāizpaužas, būtiski atšķiras starp dažādiem apmācību centriem. Zemāk redzamajam apgalvojumam ir viszemākā vidējā svērtā vērtība rezidentu aptaujā.

4. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Uzraudzības kvalitāte ir viendabīga starp dažādiem apmācību centriem"



Rezidentūras organizēšanā iesaistītās puses un paši rezidenti apstiprina, ka rezultātā jauno ārstu zināšanas un prasmes pēc rezidentūras absolvēšanas var būtiski atšķirties, kaut arī izieta viena un tā pati rezidentūras programma.

Ar kvalitatīvajām pētniecības metodēm iegūtie dati norāda, ka viens no iemesliem vienādības trūkumam meklējams atšķirībās starp rezidentus apmācošo ārstu prasmēm vadīt rezidentu darbu un viņus apmācīt.

"Situācija ir ļoti nevienmērīga. Lai arī rezidentūra ir organizēta ļoti labi manā jomā manā slimnīcā, situācija var būt krasī atšķirīga citās specialitātēs un citās slimnīcās. Apmācību kvalitāte rezidentūras laikā pārsvarā ir atkarīga no specialitātes apmācošā ārsta, ne tik daudz no sistēmiskām strukturālām vadlīnijām."

"Ārsti pret rezidentiem izturas vienādi. Pie labiem ārstiem mēs augam; pie sliktiem - nē."

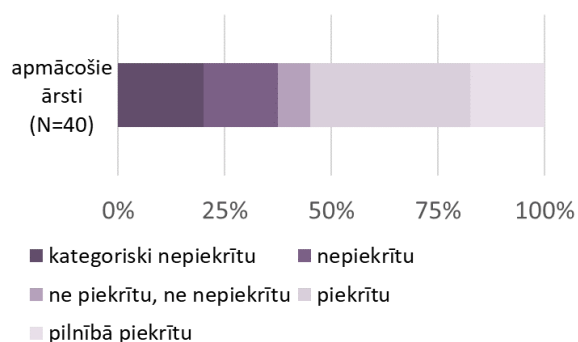
"Uzraudzības kvalitāte ir ļoti mainīga - ne visi darba vadītāji ir saņēmuši pedagoģisku apmācību."

"Bieži trūkst uzraudzības, bet tad, kad ir sertificēts darba vadītājs, viņš ne vienmēr ir ticis apmācīts kā mācīt rezidentus un tamdēļ izglītības kvalitāte ir ļoti dažāda - daži darba vadītāji labprātāk izvēlas ar rezidentu daudz nerunāt, citiem patīk pārrunāt dažus aspektus klīniskajiem gadījumiem, ar ko rezidents saskaras."

Rezidenti

Arī daļa apmācošo ārstu pauž, ka nav tikuši apmācīti, kā vadīt rezidentu darbu un mācības, kamēr citi norāda, ka pedagoģiskā izglītība ir viņu pašu iniciatīvas rezultāts.

5. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Esmu ticis apmācīts, kā būt par darba vadītāju manis izvēlētajā medicīnas jomā"



"Taču man pašam(-ai) ir maģistra grāds pedagoģijā."

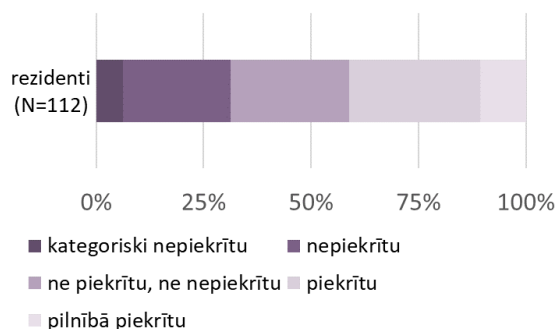
"Man ir vairāki Eiropas apmācību diplomu manā specialitātē."

"Ik gadu saņemu šo apmācību ārzemēs. Tie ir īsi apmācību kursi."

Apmācošie ārsti

Vēl bez tam, viscauri kvalitatīvajiem datiem vijas liels daudzums liecību par Latvijā vispārzināmu problēmu - ārstu laika trūkumu, kā arī speciālistu trūkumu konkrētās medicīnas nozarēs, kā rezultātā neatliek laika rezidentu apmācībai.

6. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Maniem darba vadītājiem ir un ir bijis laiks mācīt un pārraudzīt manu darbu."



"Viņi ir pārstrādājušies, bet laiku kaut kā atrod. Es nezinu, kā."

"Lielākā daļa darba vadītāju strādā 2-4 darbos un viņiem nav laika rezidentiem, studentiem, pacientiem u.c."

"Ir grūti atrasties uzņemšanas nodaļā - no vienas puses, tā ir ideāla vieta, lai iegūtu zināšanas, bet arī tur ir augsts stresa līmenis, ja sākumā es nezinu kāds ir pareizais veids, kā ārstēt. Problēma ir tā, ka ne visus gadījumus mēs - rezidenti - varam pārspriest ar saviem pasniedzējiem - ārstiem, jo viņiem nav laika."

Rezidenti

Rezidentūras organizēšanā iesaistītās puses piemin, ka nereti ir grūti atrast ārstus, kas par piedāvāto samaksu strādātu nodaļā universitātes slimnīcās, tādēļ daļa ārstu slimnīcā strādā nepilnu slodzi un finansiālu iemeslu dēļ dienas vidū dodas uz otro darba vietu ambulatorā ārstniecības iestādē. Sekojoši, laiks, kurā fiziski ir iespējams atrasties blakus rezidentam, samazinās. Arī vairāki apmācošie ārsti, komentējot apgalvojumu "Mana klīniskā darba slodze ir organizēta veidā, kas

nodrošina laiku arī mācīšanai, rezidentu uzraudzībai un mācībām." norāda:

"Daudz lielāks uzsvars uz klīnisko darbu, ļoti maz iespēju veikt citas aktivitātes."

"Taču tas aizņem 13 stundas dienā, 5 dienas nedēļā."

Apmācošie ārsti

Papildu fiziskam sertificētu ārstu - speciālistu trūkumam ārstniecības iestādēs kā iemesls rezidentu atstāšanai bez uzraudzības tiek minēts arī iesakņojies uzskats, ka rezidentam jāspēj pašam slimnīcā tikt galā gan ar veicamajiem darbiem, gan izglītošanos.

"Vispārēja sertificētu ārstu/apmācošo ārstu trūkuma dēļ rezidenti bieži klīnikā tiek atstāti vieni, ne tikai pazeminot izglītības kvalitāti, bet arī apdraudot pacientu drošību. Pastāv spēcīga tradīcija, ka rezidentam būtu jāspēj tikt galā pašam un tikai jaunākā apmācošo ārstu paaudze klīniskajā apmācībā ienes vairāk mijiedarbības."

"Trūkst uzraudzības rezidentūras sākumā, jo manā jomā ir sertificētu speciālistu trūkums. Vairums klīnisko prasmju netiek sistemātiski mācītas, bet tiek sagaidīts, ka rezidents tās apgūs rezidentūras gaitā, pusi laika pavadot bez sertificēta personāla uzraudzības vai, labākajā gadījumā, vecāku rezidentu uzraudzībā. [...]"

"Man patiktu, ja komunikācija ar kādiem no apmācošajiem ārstiem būtu labāka. Daži no viņiem vienkārši saka: "ej un izdari to un to," un viņiem nerūp vai tu to vari, vai nevari pats izdarīt, īpaši rezidentūras sākumā. Tas ir ļoti riskanti, jo mēs runājam par cilvēka veselību un reizēm dzīvību. Ir daudz lietu, ko jauns rezidents mācās no vecākiem rezidentiem, nevis sertificētiem ārstiem un arī daudz lietu, ko viņš mācās pats. [...]"

Rezidenti

Risinājumi

Pozitīvi vērtējams veselības aprūpes profesionāļu atalgojuma pieaugums 2018. gada sākumā, taču valsts finansētā medicīnas personāla algas

nepieciešams palielināt līdz konkurētspējīgam līmenim, lai nodrošinātu pietiekamu apmācošo ārstu laika resursu rezidentu apmācībai.

Saskaņā ar atsevišķu rezidentūras organizēšanā iesaistīto pušu viedokli, gadījumā, ja apmācošā ārsta pamatalga ir adekvāta, piemaksa par rezidentu apmācību varētu palikt pašreizējā līmenī, jo no rezidentu apmācības iegūst gan apmācošais ārsts, gan rezidents - notiek rezidenta uzkrāto svaigo teorētisko zināšanu un kvalificētā ārsta pieredzes apmaiņa, nereti rezultējoties lieliskā kopdarbā, no kura ieguvējs ir pacients. PMIF standarti gan norāda, ka arī finansiālam atalgojumam par rezidenta apmācīšanu būtu jābūt. Lai izdarītu secinājumus par šī atalgojuma apjomu nepieciešama tālāka izpēte.

Kā redzams aptaujā iegūtajos datos, daļa ārstu nav saņēmuši apmācību, kā būt par rezidentus apmācošo ārstu savā specialitātē. Rezidentūras organizēšanā un īstenošanā iesaistītās puses ir vienprātis, ka risinājumu **sniegtu īsa (1-2 dienas gara) apmācība ārstiem ar mērķi attīstīt prasmes rezidentu apmācīšanā**. Dažās specialitātēs, līdzdarbojoties specialitātes asociācijai, šāda apmācība tiek sniegta jau patlaban. Piemēram, Latvijas Ģimenes Ārstu asociācija saviem biedriem nodrošina kursus, kuros tiek apgūtas prasmes medicīnas profesionāļu apmācīšanā. Apmācību programmas ideja balstās uz "*Training the trainers*" kursu konceptu - pāris dienas ilgi kursi ārstiem, kas apmāca citus ārstus, medicīnā specifisko apmācīšanas prasmju pilnveidošanai. Kursi parasti notiek mazās grupās, praktiski izspēlējot scenārijus un mācot vienam otru. Optimāli būtu Latvijā izveidot pāris dienas ilgu apmācību programmu visu specialitāšu ārstiem, kuras mērķis ir ārstiem specifisko apmācīšanas prasmju attīstīšana: atgriezeniskās saites sniegšana, pacienta demonstrēšana, iepazīstināšana ar dažādiem zināšanu, prasmju un attieksmes vērtēšanas veidiem, u.tml. Sagatavojot apmācību programmu, svarīgi izstrādāt tieši ārstiem būtisku apmācīšanas prasmju saturu, tā nodrošinot augstu pievienoto vērtību, lai tiktu sniegtas prasmes nākotnē efektīvāk mācīt rezidentus.

Lai motivētu visus rezidentus apmācošos ārstus iziet apmācību programmu, rezidentūras organizatori un īstenotāji iesaka to padarīt par obligātu priekšnosacījumu rezidentu apmācīšanas tiesību iegūšanai. Varbūt apmācību programmas izstrādei un īstenošanai ir iespējams piesaistīt ES finansējumu.

Jāpiebilst, ka universitātēm bieži nav iespējams kontrolēt un ietekmēt uzraudzības kvalitāti ārstniecības iestādēs un padarīt to dažādās slimnīcās un pie dažādiem ārstiem līdzīgāku, tādēļ ieteicams radīt vienotu izpratni par to, ko ietver koncepts "uzraudzība".

"Būtu vērtīgi ieviest kāda veida vadlīnijas apmācošajiem ārstiem, lai uzlabotu rezidentūras programmu kvalitāti. Mēs esam tik maza valsts. Tādēļ ir grūti runāt par mūsu specialitātē esošajām problēmām, pēc tam netiekot sodītam. [...]"

Rezidents

Rezidentūras organizēšanā un īstenošanā iesaistītās puses, kā arī rezidenti **iesaka izstrādāt dokumentu ar ieteikumiem par to, kas praksē tiek saprasts, lietojot terminu "uzraudzība" un kas tiek sagaidīts no ārstniecības iestādes rezidentu apmācības kvalitātē**. Tādējādi izpratne par rezidentu apmācīšanu dažādās ārstniecības iestādēs veidotos līdzīgāka.

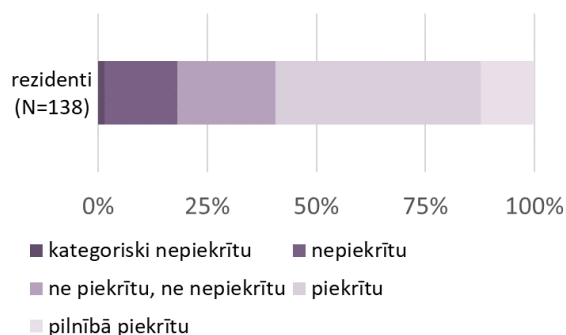
Studiju programmu saturs

Rīgas Stradiņa universitāte organizē apmācības 72 specialitāšu rezidentūras studiju programmās, bet Latvijas universitāte - 34. Vairākās specialitātēs apmācības piedāvā abas universitātes, citās – tikai viena no tām.

Pamatu rezidentūrā iegūstamajām zināšanām veido zināšanas un prasmes, kas iegūtas medicīnas pamatstudiju laikā, tādēļ rezidenti un viņus apmācošajiem ārstiem tika lūgts tās novērtēt.

7. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Prasmes un zināšanas, kas iegūtas ārstu pamatizglītības laikā, ir būtiskas un atbilst prasmēm un zināšanām, kas

nepieciešamas, lai turpinātu apmācības rezidentūrā manā specialitātē."



Vairums komentāru norāda uz nepieciešamību pamata medicīnas izglītībā iekļaut vairāk praktisko prasmju apmācību. Tiek minēti arī konkrēti specialitāšu studiju kursi, kas apmācošo ārstu vai rezidentu skatījumā ir par īsu un nesagatavo medicīnas studentus apmācību uzsākšanai specialitātē.

"Tos rezidentus, kuriem ir praktiskās prasmes, ir viegli apmācīt specifiskajā specialitātē."

Apmācošais ārsts

"Es uzskatu, ka saņēmu tikai teorētiskas zināšanas, bez tam, manas specialitātes cikls kā tāds bija ļoti īss."

"Teorētiskās zināšanas ir ļoti attālinātas no pašas klīniskās prakses, kur gadījumi ir sarežģīti un tos nav viegli diagnosticēt. Īpaši priekšmetos, kuros pasniedzēji nav ikdienā praktizējoši ārsti."

"Mans viedoklis ir, ka izglītība bija pārāk plaša spektra. Protams, ir svarīgi iegūt izpratni par visām specialitātēm, bet 6 gadi bija par daudz. Es dotu priekšroku 4-5 gadiem tādas izglītības, kāda tā bija, iekļaujot vienu izpētes darbu, bet arī 1-2 "pirms-rezidentūras" gadus ar vairāk praktisko prasmju apmācības, kā arī praktiskā darba ar pacientiem (piemēram, katetera ievietošana, injekcijas, u.c. māsazinību prasmes, lai izprastu visu procesu)."

Rezidenti

Risinājumi

Gan abu universitāšu rezidenti, gan vairāki apmācošie ārsti norāda, ka **medicīnas pamatstudiju**

laikā būtu nepieciešams iekļaut vairāk praktisko apmācību. Tas arī palīdzētu mazināt stresu, ko pirmajā rezidentūras gadā piedzīvo rezidenti bez vai ar nelielu darba pieredzi ārstniecības iestādē.

Daļa ieteikumu rosina celt praktisko prasmju apmācīšanas ilgumu medicīnas pamatstudiju laikā. Tostarp, rezidentūras organizatori iesaka medicīnas studentiem organizēt fakultatīvo praksi, dodot atļauju sākot ar 3. studiju gadu nodaļās palikt ilgāk un brīvprātīgi palīdzēt ārstniecības procesā, tādējādi apgūstot vairāk praktisko prasmju. Lai šo risinājumu īstenotu, nepieciešams **"fakultatīvo praksi" jeb "voluntēšanu" ietvert un paskaidrot nozari regulējošajos normatīvajos aktos**, lai nodrošinātu vienādas prasības un iespējas medicīnas studentiem strādāt visās ārstniecības iestādēs Latvijā.

"Mūsu universitāte sagatavo vispārīgās medicīnas ārstus; ja jūs plānojat specializēties, vienīgais veids, kā iemācīties vairāk, ir voluntēt vai strādāt kā māsas palīgam attiecīgajā specialitātē. Taču es domāju, ka tā ir pareizā lieta, ko darīt."

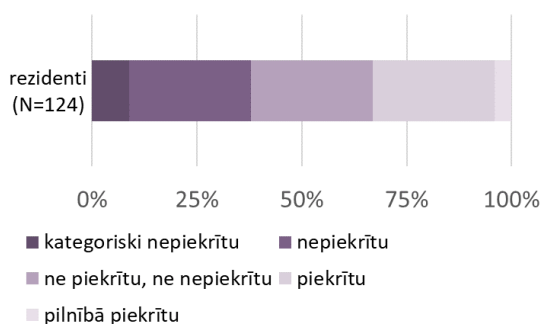
Rezidentūras absolvents

Izskan arī aicinājums nākotnē 6. medicīnas studiju gadu atvēlēt praksei ārstniecības iestādē. Paši rezidenti min, ka tas vairotu jauno ārstu pārliecību pēc absolvēšanas strādāt, gadījumā, ja konkrētajā gadā netiek iegūta kārotā rezidentūras vieta. Šādi medicīnas studijas tiek organizētas vairākās Eiropas valstīs, un no 2015. gada - arī Igaunijā. Tomēr jāņem vērā, ka 6. kursa medicīnas studentu prakse prasītu vēl lielāku ārstu laika resursu ārstniecības iestādēs, atņemot to rezidentu apmācībai. Līdz ar to, šādu pārmaiņu vietā vai līdz to veikšanai, būtu svarīgi izskatīt iespēju iekļaut vairāk praktiskas apmācības esošajos studijuursos, turpinot un paplašinot sadarbību studentu apmācībā ar reģionālajām ārstniecības iestādēm, cerībā arī nākotnē tām piesaistīt vairāk rezidentu, kā arī izveidot valstī vienotu medicīnas studentu voluntēšanas jeb brīvprātīgā darba regulējumu.

Līdzsvars starp teoriju un praktisko darbu

Saskaņā ar PMIF vadlīnijām rezidentūras programmai sevī jāapvieno izglītošanas un apkalpojošās funkcijas, kā arī jānodrošina, ka tās viena otru iekļauj un papildina. Aptaujas dati liecina, ka konkrētos studiju ciklos veicamās apkalpojošās funkcijas atstāj maz iespēju mācīties darba vietā.

8. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Pastāv labs līdzsvars starp izglītības, pētnieciskajām un apkalpojošajām funkcijām rezidentūrā manā izvēlētajā medicīnas jomā."



"Es varu runāt tikai par savu slimnīcu - darbaspēka trūkuma dēļ ārstiem nav laika mācīt rezidentus, pārrunāt pacientus un gadījumus (pat, ja viņi to vēlētos), - šī paša iemesla dēļ rezidenti tiek izmantoti kā sekretāri un drīzāk aizpilda dažādas veidlapas un dokumentus tā vietā, lai tiešām mācītos, kā ārstēt pacientus [...]"

"Ir pārāk daudz pacientu uz vienu rezidentu; ne visos apmācību ciklos, bet lielākajā skaitā gadījumu. Nav laika, lai pienācīgi izmeklētu katru pacientu..."

"Jaunie kolēģi nevar visu laiku pieņemt lēmumus, darīt melno darbu, rakstīt vēstures, bet ārstēšanas procesā piedalīties ļoti minimāli. Salīdzinot ar ārzemēs iegūto pieredzi, rezidentu apmācība krasi atšķiras."

"[...] Lielākā daļa rezidentu tiek ievilkti ikdienas rutīnā un aizmirst, ka galvenais uzdevums ir iemācīties ko jaunu un kļūt par labāku speciālistu."

Rezidenti

Saskaņā ar PMIF standartiem, rezidentūras programmām sevī jāapvieno gan teorija, gan prakse. Gan "LU rezidentūras nolikums", gan "RSU

rezidentūras studiju reglaments" rezidentūras saturā izšķir teorētisko un praktisko apmācību. Rīgas Stradiņa universitāte arī nosaka, ka teorētiskā apmācība studiju daļa gada mērogā aizņem 24%.

Bez tam, abas universitātes teorētisko izglītību sadala sīkāk: RSU rezidentūras studiju reglaments - problēmlekcijās, semināros un klīnisko gadījumu apspriešanās, bet LU studiju virziena "Veselības aprūpe" pārskats par 2016./2017. gadu - lekcijās un semināros. RSU rezidentūras studiju reglaments arī norāda, ka studiju gads ir sekmīgi pabeigts, ja "apmeklēti ne mazāk kā 80% teorētiskās izglītības pasākumu", bet LU studiju virziena "Veselības aprūpe" pārskats par 2016./2017. gadu pieprasa 100% semināru apmeklējumu, kavējuma gadījumā sagatavojot jaunākās literatūras apskatu par semināra tēmu.

Lekcijas parasti tiek sniegtas universitātē, bet vidēji 33 seminārus ik specialitātē gadā nodrošina ārstniecības iestāde, kurā rezidents strādā un mācās. Semināru skaits variē atkarībā no specialitātes specifikas - kādā iepļānoti vairāk kā 33 semināri, citā - mazāk.

Aptaujas datus novērojams, ka rezidenti no dažādām specialitātēm un abām universitātēm vērtē - teorijas rezidentūras realizācijā tomēr nav pietiekoši.

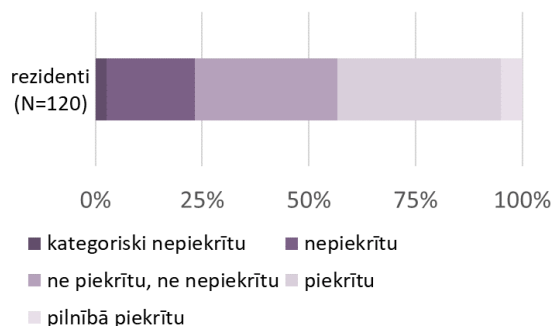
"Situācija mainās atkarībā no specialitātes un apmācību centra. Ir nepieciešams vairāk teorētiska pamata visās specialitātēs pirmajos gados. Ir vajadzīgs ievads klīniskajā darbā slimnīcā, jo patlaban pirmā gada rezidenti tiek vienkārši iemesti klīniskajā darbā nesagatavoti."

"Manā specialitātē diemžēl šķiet, ka mācos patstāvīgi; netiek sniegta palīdzība vai teorētiskas diskusiju grupas/sesijas. Rezidentūras programmas vadītājam trūkst intereses. Praktiskās prasmes apgūt ir vieglāk, bet arī tas balstās uz pašiniciatīvu."

"... nepietiekams laika daudzums tiek veltīts klīnisko gadījumu apspriešanai un teorijas iekļaušanai klīniskajā praksē."

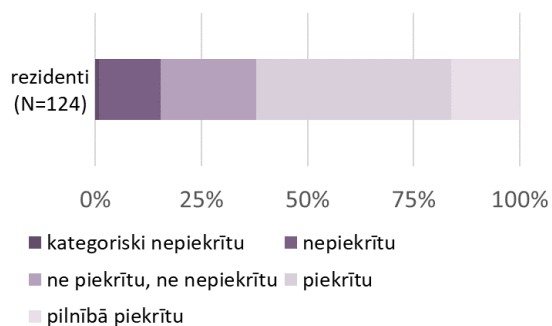
Rezidenti

9. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Darba vadītāji lieto apmācību metodes, kas ir piemērotas, un nodrošina praktisko un teorētisko komponentu savienošanu."



Aptaujā iegūtie kvantitatīvie un kvalitatīvie dati atklāj, ka pastāv nepieciešamība celt teorētisko apmācību kvalitāti, kā arī eksistē specialitātes un situācijas, kurās realitātē teorētisko apmācību ir mazāk vai stipri mazāk kā 33 formāli prasītie semināri.

10. Attēls: Piekrišana apgalvojumam: "Praktiskā apmācība manā specialitātē ietver dažādus seminārus un gadījumu izpēti analīzi"



"Teorētiski jā. Taču semināri bieži sastāv no teorētiskām prezentācijām, ko sagatavo paši rezidenti un "vadošais klīnicists" ieņem pasīvu klausītāja lomu un pievieno dažus komentārus. Es uzskatu, ka šis varētu notikt stipri efektīvāk, ja klīnicists ieņemtu vadošo lomu. Klīnisko gadījumu izpēti analīze ir labs veids kā veikt seminārus. Vēl mums pēc katras rotācijas ir jāiesniedz klīniskie gadījumi, taču par tiem mēs patiesībā nesaņemam nekādu atgriezenisko saiti. Tas patiešām nešķiet ļoti efektīvi, ne arī motivējoši. Vairāk šķiet kā traucējošs

"mājasdarbs", kas nozog laiku, ko es labāk pavadītu lasot kaut ko, kas būtu noderīgs manam pacientam vai ko pats(i) uzskatu, ka būtu svarīgi atkārtot/izpētīt."

"Ir semināru plāns, bet tie notiek daļēji un apmācošie ārsti nav sagatavojušies vai arī viņiem pat nav laika iesaistīties semināros. Tātad, apmēram 10% semināru notiek."

"[...] Man ir pietiekami veicies - pazīstu jaunāku sertificētu kolēģi, ar ko pārrunāt savus uzskatus un gadījumus, taču tā ir tikai mana iniciatīva. Formāli man ir semināri, realitātē neviens tos nesniedz."

Rezidenti

Risinājumi

Reaģējot uz rezidentu norādīto apkalpojošo funkciju dominēšanu pār apmācību funkcijām, nepieciešams konstatēt, kuros apmācību ciklos un pie kuriem ārstiem disbalanss starp rezidentūras funkcijām pastāv un, kā jau iepriekš minēts, apmācošajiem ārstiem nodrošināt apmācības, kā arī ārstniecības iestādēs izplatīt ieteikumus attiecībā uz rezidentu apmācības kvalitāti.

Specialitātēs, kurās apmācība reģionos sniegtu pozitīvu ietekmi uz rezidentūras programmas apgūšanu, piemēram, ģimenes medicīnā, **turpināt un paplašināt sadarbību ar stacionārajām un ambulatorajām ārstniecības iestādēm, kas atrodas ārpus Rīgas**, tādējādi atslogojot rezidentu apmācībā visvairāk iesaistītās Rīgas slimnīcas.

Jādomā par veidiem, kā **rezidentu ikdienā integrēt vairāk teorijas apgūšanas, uzlabojot esošo semināru un klīnisko gadījumu apspriešanas kvalitāti**. Rezidentūras organizatori iesaka semināru sniegšanā iesaistīt arī attiecīgā semināra tēmu pārzinošus ārstus-teorētiķus no universitāšu mācībspēkiem, lai rezidenti saņemtu papildu teorētisko zināšanu bāzi. Bez tam, jāatrod iemesli, kādēļ vairākās studiju programmās semināri realitātē nenotiek, kaut arī tie ir iekļauti un par tiem tiek sniegtas atskaites. Turpmāk vai nu semināru skaits šajās specialitātēs jāmazina, vai jānodrošina to jēgpilna norise. Paši rezidenti kā

labās prakses piemēru, kam varētu sekot arī citas specialitātes, min tikšanos starp Pediatrijas studiju programmas vadītāju un rezidentiem, izvērtējot visas semināru tēmas un nevajadzīgās nomainot ar jaunām.

Bez tam rezidenti arī norāda, ka būtu svarīgi **ik cikla sākumā uzzināt tajā apgūstamos teorētiskos un praktiskos jautājumus**. Vislabāk tas būtu sasniedzams apmācošajam ārstam cikla pirmajās dienās izskaidrojot ciklā sasniedzamos rezultātus, īstenojamās prasības un rezidenta pienākumus.

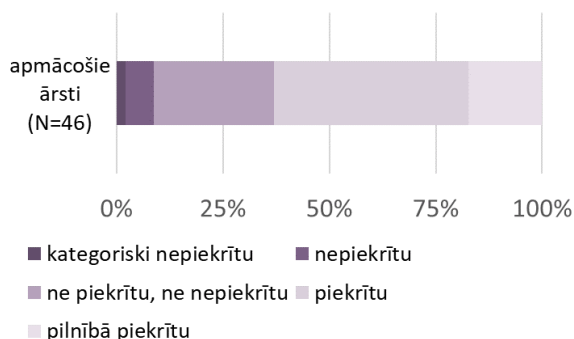
Rezidentūras ciklu organizācija

Rezidentūras ciklu plānojumu ik rezidentam individuāli izstrādā attiecīgās studiju programmas vadītājs, ņemot vērā ārstniecības iestāžu noslodzi un rezidentu skaitu specialitātē; plānojums rezidentam ir zināms par visu nākamo gadu.

Diskusijā par rezidentūras plānojumu paši rezidenti min, ka viņuprāt kopumā situācija ir pozitīva - kontrastā ar citām Eiropas valstīm rezidentūras ciklu plānojums ir iepriekš zināms, paredzams.

Arī vairums apmācošo ārstu piekrīt, ka rezidentūra ir organizēta sistemātiski, studiju cikli ir loģiskā secībā.

11. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Rezidentūra ir organizēta sistemātiski; studiju cikli ir loģiskā secībā."



Kvalitatīvie dati ietilpst robežās no pilnīgas piekrišanas apgalvojumam līdz nepilnību norādīšanai, minot studiju kursus un apmācību konkrētās apakšspecialitātēs, kas ir par īsu, kā arī

norādot, ka pastāv iespējas attīstībai specialitāšu programmās.

2016.-2018. gada rezidentūras absolventi kā ieteicamās izmaiņas min nepieciešamību konkrētās specialitātēs mainīt ciklus vietām, īpaši uzsverot, ka pirmajos rezidentūras gados, pirms vēl iegūts pietiekams daudzums zināšanu, nevajadzētu būt sarežģītām rotācijām, kā arī norāda, ka daži pašreizējie cikli ir nelietderīgi. Tiek izteikta arī atzinība par iespēju izvēlēties daļu ciklu atbilstoši personīgajām interesēm.

"3.-4. gadā mums bija iespēja izvēlēties daļu rotāciju ciklu, lai iegūtu dziļāku ieskatu/izglītību par šaurāku jomu, tajā pašā laikā papildinot to ar pamata apmācību."

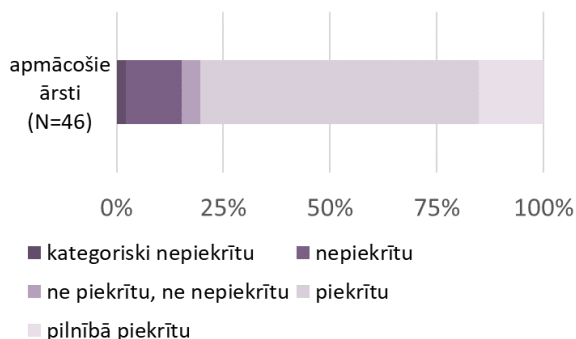
Rezidentūras absolvents

Attiecībā uz rezidentūras plānojumu vairāki rezidenti norāda, ka nākamajā dienā pēc dežūras rezidentam jāstrādā specialitātes nodaļā, tādējādi darba laikam bez pārtraukuma ievērojami pārsniedzot 24 stundas.

"...ja rezidents strādā uzņemšanas nodaļā 24 stundas, nākamajā dienā viņam nav atļauts doties mājās un atpūsties. Nākamajā dienā viņam jāstrādā specialitātes nodaļā. Tas nozīmē, ka rezidentam vismaz 2 reizes mēnesī jāstrādā 36 stundas nepārtraukti."

Rezidents

12. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Vispārīgā programmas struktūra, sastāvs un ilgums manā specialitātē ir pietiekama, lai sagatavotu kompetentus speciālistus."



Apmēram puse apmācošo ārstu komentāru apliecina, ka programma ir adekvāta, norādot, ka tā atbilst Eiropas specialitātes asociācijas noteiktajiem standartiem, vai arī, ka tās ilgums ir atbilstošs. Pārējie ziņo vai nu, ka konkrētas programmas pagarināšana par gadu sniegtu pozitīvu ietekmi, vai arī noderīgas būtu izmaiņas programmas saturā vai kāda cikla garumā.

Risinājumi

Lai palīdzētu pirmā gada rezidentiem iejusties slimnīcā, tiek ierosināts ar Latvijas Jauno Ārstu asociācijas un slimnīcu rezidentu padomju līdzdalību **ieviest un kādās slimnīcās - atjaunot mentoru programmas**, kuru ietvarā vecāks rezidents iepazīstina pirmā gada rezidentu ar slimnīcas organizāciju, vispārīgajiem procesiem. Rezidentūras organizatori iesaka arī nodrošināt, ka visās ārstniecības iestādēs rezidenti tiek iesaistīti darbā uzņemšanas nodaļā pāris mēnešus pēc rezidentūras uzsākšanas, lai izpratne par darba organizāciju slimnīcā būtu jau augusi.

Visbeidzot, ārstniecības iestādēm jāpārlicinās, ka rezidentu faktiskais darba laiks nepārsniedz likumdošanas aktos atļauto darba laiku. Dežūras, kā arī rezidentūras pienākumu izpildei atvēlamās darba stundas jāplāno attiecīgi.

Darbs komandā

PMIF standarti nosaka, ka rezidentūras studiju programmās jānodrošina darbs komandā ar kolēģiem un citiem veselības jomas profesionāļiem, kā arī jāveicina mācīšanās multidisciplinārās, multiprofesionālās komandās.

Universitāšu rezidentūras programmu aprakstošie dokumenti starp programmā plānotajiem iegūstamajiem studiju rezultātiem norāda spēju iesaistīties komandas darbā un spēju atbilstoši komunicēt ar sabiedrību, pacientiem un kolēģiem. Arī aptaujas dati liecina, ka daļā specialitāšu programmu teorētiska apmācība attiecībā uz komandas darbu ir iekļauta.

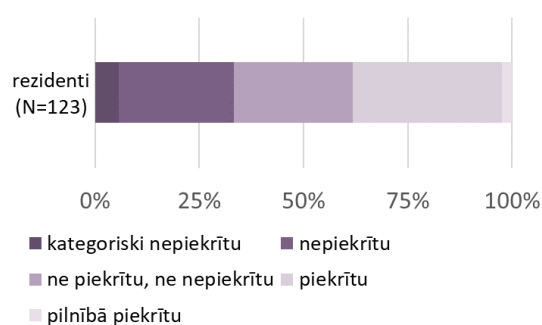
"Šīs lietas tiek atspoguļotas lekcijās un semināros, ko organizē universitāte."

"Rezidenti ir aktīvi iesaistīti klīniskajā darbā universitāšu slimnīcās ik dienu."

Apmācošie ārsti

Tomēr rezidentu skatījumā sistemātiskāks fokuss uz komunikācijas prasmju attīstīšanu saskarsmē gan ar kolēģiem, gan pacientiem būtu noderīgs.

13. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Rezidentūras laikā sistemātiska uzmanība tiek veltīta tam, lai attīstītu komunikācijas prasmes ar kolēģiem, citiem veselības aprūpes profesionāļiem, pacientiem un viņu radniekiem."



"Tiek sagaidīts, ka rezidents šīs spējas attīstīs pats."

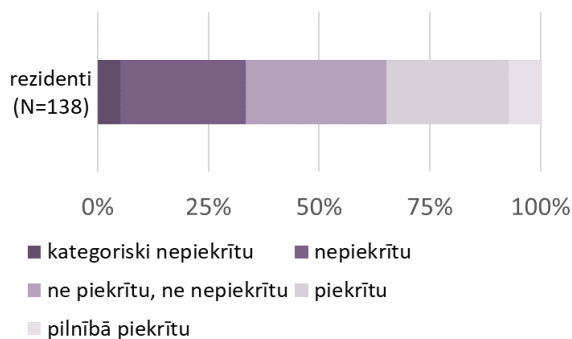
"Ja tu pieļausi kļūdu komunikācijā, tu tiks par to informēts. Es to nesauktu par "sistemātisku" vai "attīstīšanu"."

"Nav apmācību attiecībā uz komunikācijas prasmēm - ne ar pacientiem, ne citu veselības aprūpes personālu. Manā specialitātē mums ir nedaudz simulāciju treniņu un šajās situācijās mēs īsi pārrunājam lomas komandā un komunikāciju starp tām, bet tikai attiecībā uz specifisko medicīnas situāciju un ne komunikāciju plašākā aspektā."

Rezidenti

Arī novērtējot tieši prasmju attīstīšanu darbam komandā ar citiem veselības jomas profesionāļiem, rezidenti norāda, ka tam studiju programmās būtu jāpievēršas pamatīgāk.

14. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Rezidentūras laikā pietiekami daudz uzmanības tiek veltīts prasmju attīstīšanai, kas palīdz strādāt komandā ar citiem veselības jomas profesionāļiem (māsām, vecmātēm, tehniķiem, psihologiem)."



"Universitātē šajā jomā netiek mācīts nekas. Atkarīgs no slimnīcas, bet kopumā runājot, ja tu esi ieinteresēts strādāt un mācīties, tu tiks pieņemts komandā un tev procesā iemācīs sociālās prasmes/ētiku."

"Netiek veltīts gandrīz nemaz uzmanības, kas ir ļoti bēdīgi. Māsas mūsu valstī ir nogurušas un jūtas tā, it kā viņām nekā nebūtu, ko teikt. Varbūt tāpēc šķiet, ka viņas neizjūt nekādu atbildību par pacientu kā patiens klīnicists, kas viņas praksē ir."

Rezidenti

"Ļoti maz starpdisciplināra komandas darba eksistē praksē, līdz ar to rezidenti nesaņem pietiekami daudz pieredzes šajā prakses jomā."

Apmācošais ārsts

Risinājumi

Attiecībā uz komunikācijas prasmēm būtu noderīgi **pārskatīt komunikācijas prasmju attīstīšanai veltīto lekciju saturu universitātē** un pārliecināties, ka tiek apskatīta gan komunikācija ar kolēģiem, gan citiem profesionāļiem, pacientiem un viņu radniekiem. Iespējams, būtu noderīgi specialitāšu programmās ieviest papildu lekcijas un seminārus par šo tēmu.

Saskaņā ar PMIF standartiem, rezidentūrai ir jāsaņem jaunais speciālists visām lomām, ko viņš varētu ieņemt nākotnē, tostarp, pedagoģiskajam darbam un ārstniecības iestādes vadīšanai. Sarunas ar rezidentūras organizēšanā iesaistītajām pusēm atklāja, ka lielākajā daļā specialitāšu programmu (izņemot atsevišķas specialitātes, piemēram, ģimenes medicīnu) līdz šim **medicīnas**

menedžments nav iekļauts bet nākotnē tiek plānots to mainīt. Gan dažādos apjomos, taču rezidentu iesaiste pedagoģiskajā darbā patlaban jau notiek abās universitātēs.

Specialitāšu programmu atjaunošanas process

Intervijās ar rezidentūras organizēšanā iesaistītajām pusēm atklājusies nepieciešamība standartizēt prasības rezidentūras studiju programmu saturam.

2009. gada 24. marta Ministru Kabineta noteikumi Nr. 268. "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu" ir nevienlīdzīgi specialitātēs iegūstamo zināšanu un prasmju aprakstos. Piemēram, sadaļa, kas veltīta ģimenes ārstam ir vairāk kā 6000 vārdus gara, no kuriem apmēram 5900 vārdi veltīti rezidentūras laikā iegūstamajām zināšanām un iekļauj detalizētu diagnožu, simptomu, manipulāciju, diagnostisko metožu sarakstus, ko ģimenes ārsts apgūst rezidentūras laikā. Salīdzinājumam, ķirurgu kompetences iekļauj tikai apmēram 190 vārdus, no kuriem ap 70 veltīti plānoto izglītības mērķu aprakstam rezidentūrā, nosaucot tikai plašas medicīnas sfēras, kurās ķirurgs iegūst teorētiskās un praktiskās zināšanas.

Tā, kā minētie noteikumi ir pamats specialitāšu studiju programmu izstrādei, dažās studiju programmās pastāv iespējas plašām variācijām programmas saturā un, līdz ar to, studiju programmas kvalitātē, kamēr citās iegūstamās kompetences ir skaidri un sīki definētas.

Bez tam, studiju programmu izstrāde un pārskatīšana patlaban atstāta studiju programmu vadītāju ziņā, neprasot šajā procesā iesaistīties citām personām vai organizācijām. Līdz ar to, pastāv priekšnoteikumi plašām atšķirībām studiju programmu kvalitātē.

Risinājumi

Lai mazinātu rezidentu un rezidentūras organizēšanā iesaistīto pušu minētās atšķirības rezidentūras programmu kvalitātē, rezidentūras

organizatori iesaka **iesaistīt Latvijas Ārstu biedrību, lai pārskatītu un pārstrādātu esošo ietvaru specialitāšu programmu saturam, ieviešanai Ministru Kabineta noteikumos Nr. 268.** Tālāk, tiek ieteikts **katrā specialitātē izveidot darba grupas, kuru sastāvā iekļaut vismaz trīs specialitātes pārstāvjus: specialitātē praktizējošu ārstu, ārstu-teorētiķi, kā arī rezidentu,** kuriem sadarbojoties, izveidot jaunu rezidentūras laikā iegūstamo kompetenču sarakstu, tādējādi atjaunojot Ministru Kabineta noteikumu Nr. 268 saturu. Šo procesu tiek ieteikts veikt pirms nākamās studiju programmu rezidentūrā akreditācijas, lai augstskolām būtu iespējams līdz akreditācijai minētās izmaiņas ieviest studiju programmās. Turpmāk **studiju programmu atjaunošanā tiek rekomendēts vadīties pēc līdzīga principa, veidojot darba grupas no ārstiem - teorētiķiem, praktiķiem un rezidentiem** konkrētajā specialitātē, un regulāri pārskatīt un atjaunot studiju programmas, neatstājot šo darbu uz viena cilvēka - studiju programmas vadītāja pleciem.

Vēl, attiecībā uz Ministru kabineta noteikumiem Nr. 268., PMIF standarti rekomendē **papildu specialitātei specifiskajām prasībām visām rezidentūras programmām noteikt vienotu izglītības mērķu daļu,** kurā iekļaut tādu kompetenču iegūšanu, kā spēju strādāt multidisciplinārā komandā, medicīnas ētiku, spēju ieņemt amatus veselības vadībā, zinātnisko darbu.

Rezidentu vērtēšana

Rezidentu uzņemšanas process

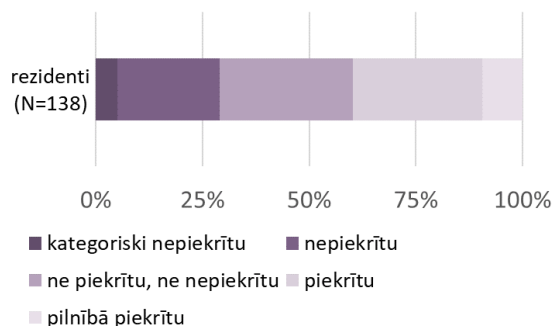
Rezidentu uzņemšanas process atrodas izmaiņu priekšā. Līdz 2018./2019. akadēmiskajam gadam universitātes rezidentus uzņēma katra pēc saviem, atšķirīgiem uzņemšanas noteikumiem un kritērijiem. Arī uzņemšanas process savā ziņā bija atkarīgs no veiksmes - reflektants nedrīkstēja kā pirmo prioritāti abās augstskolās norādīt vienu un to pašu specialitāti un piesakoties bija jāapsver, kurā universitātē pastāv lielākas iespējas iegūt studiju vietu izvēlētajā specialitātē.

Sākot ar 2019./2020. akadēmisko gadu stāsies spēkā vienotie uzņemšanas noteikumi rezidentūrā. Starp augstskolām vienotas uzņemšanas komisijas izveide vērtējama pozitīvi. Abu augstskolu docētāju iesaiste intervijās arī visticamāk tālāk mazinās subjektivitāti.

PMIF standarti rekomendē rezidentu atlases procesā ņemt vērā programmas mērķus, nodrošināt uzņemšanas caurspīdīgumu un godīgumu, kā arī praksē vadīties pēc izstrādātā uzņemšanas procesa un kritērijiem.

Vienotajos uzņemšanas kritērijos joprojām saglabājies zinātnisko publikāciju un zinātniskās darbības pārsvars kopējā iegūstamajā punktu skaitā. Kā piemin vairāki rezidenti, tas pagātnē ir novedis pie dažādu mazizplatītu starptautiski citējamu žurnālu atrašanas. Šādā situācijā ārsta zinātniskā darbība tiek nostādīta pāri profesionālajai, jo iepriekšēja voluntēšanas un praktiskā darba pieredze ārstniecības iestādē vērtējama tikai kā intervijas daļa un par to maksimāli var iegūt 3 punktus, kamēr tikpat tiek piešķirts par katru zinātnisko publikāciju. Tomēr kā piemin rezidentūras organizatori, vienoto kritēriju izstrādē piedalījušies abu universitāšu studentu pašpārvalžu pārstāvji, līdz ar to, pieļaujams, ka tie pašus medicīnas studentus apmierina.

15. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Rezidentu atlases process ir caurspīdīgs un godīgs."



"Process ir saprātīgi caurspīdīgs, bet tā godīgumu traucē pilnīgs konkurences trūkums no vienas puses un ļoti formāla pieeja vērtēšanai no otras puses."

Apmācošais ārsts

Risinājumi

Iespējams, ir vērts apsvērt, vai noformulētie vienotie uzņemšanas kritēriji atspoguļo programmas mērķus un rezidentūras pretendentu spējas sasniegt kompetences izvēlētās medicīnas jomas iespēju spektrā. Izskan ieteikums samazināt zinātniskā darba un palielināt praktiskās pieredzes īpatsvaru vērtēšanā, taču, gadījumā, ja medicīnas studenti apstiprina, ka tas ir viņu interesēs, šādām izmaiņām būtu jānotiek vismaz 2 gadus pirms izmaiņu spēkā stāšanās, lai studenti uzņemšanai varētu sagatavoties.

Kaut arī no rezidentiem dzirdami ieteikumi diferencēt uzņemšanas kritērijus dažādām specialitātēm, konkrētu piedāvājumu, kā to darīt, nav, un rezidentūras organizatori un īstenotāji uzskata, ka kritēriju modificēšana dažādām specialitātēm nesniegtu ieguvumus attiecībā uz uzņemšanas procesa godīgumu. Taču vairāki rezidentūras organizatori izsaka viedokli, ka pašreizējā pieeja vērtēšanai ir pārāk formāla un neļauj uzņemšanas komisijai vērtēt konkrētu sasniegumu pēc būtības, teiksim, sniedzot iespēju iesniegumu par 2 mēnešus ilgu voluntēšanu slimnīcā novērtēt ar zemāku punktu skaitu kā iesniegumu par 5 gadus ilgu voluntēšanu. Par piemēru, Lietuvā voluntēšanas pieredze intervijas vērtēšanas kritērijos sastāda 25-30% no intervijā piešķirtā "motivācijas vērtējuma". Lēmums, vai precīzi pieturēties pie vērtējuma struktūras gan paliek attiecīgās specialitātes uzņemšanas komisijas ziņā, atļaujot vērtējumā ietvert kvalitatīvu informāciju par attiecīgo voluntēšanu - tās garumu, īstenošanas vietu, gūto pieredzi un citas komisijas skatījumā svarīgas detaļas. Iespējams, būtu noderīgi **pārskatīt uzņemšanas kritērijus un sniegt iespēju uzņemšanas komisijai, tos vērtējot, ņemt vērā kvalitatīvu informāciju par konkrētā kritērija izpildi.**

PMIF standarti arī nosaka, ka uzņemšanas kritēriju izstrādē un procesā nepieciešams iekļaut rezidentu pārstāvjus, līdz ar to būtu būtiski **turpmāk uzņemšanas kritēriju izstrādē kopā ar medicīnas**

studentiem iesaistīt arī Latvijas Jauno Ārstu asociāciju kā rezidentu interešu pārstāvi.

Atgriezeniskā saite par rezidentu darbu

Ministru Kabineta noteikumi Nr. 685. "Rezidentu uzņemšanas, sadales un rezidentūras finansēšanas kārtība" nosaka, ka rezidenti un ārsti, kas apmāca rezidentus, ik mēnesi universitātei viens par otru iesniedz aizpildītas novērtēšanas anketas. Šo anketu aizpildīšanas kārtība un paraugi ir noteikti universitāšu līgumos ar ārstniecības iestādēm. Teorētiski pēc katra cikla pabeigšanas gan rezidents, gan apmācošais ārsts aizpilda anketu un iesniedz to universitātei. Kad par vienu ārstu ir iesniegtas vairāk kā četras novērtēšanas anketas, ārsts tiek informēts par iegūto novērtējumu. Rezidents tiek informēts par ārsta sniegto novērtējumu tad, kad pats iesniedzis novērtēšanas anketu par ārstu.

Formāli šī sistēma apmierina gan rezidenta nepieciešamību pēc atgriezeniskās saites un konstruktīvas kritikas, gan nepieciešamību ārstam uzzināt, kā rezidenti vērtē viņa darbu un mācīšanas stilu. Diemžēl, praksē anketas nepilda iepriekšminētās funkcijas. Saskaņā gan ar rezidentu, gan rezidentūras organizatoru izteiktajiem viedokļiem, rezidenti un ārsti aizpildāmās anketas redz kā formalitāti un rezultātā to aizpildīšana lielākajā daļā gadījumu nenotiek, un tad, kad notiek, ir formāla. Rezidentūras organizatori arī min, ka daļai ārstu trūkst intereses uzzināt, kā rezidenti viņus novērtējuši. Vēl bez tam arī ciklu garums dažādās specialitātēs un rezidentūras periodos atšķiras. Ģimenes vai sporta medicīnā, kur pirmajos gados cikls var ilgt pāris nedēļas, pēc cikla beigām ne ārsts, ne rezidents var nespēt sniegt otram pusei vērtīgu atgriezenisko saiti. Turpretī specialitātes ciklos, kas ilgst gadu un vairāk, gan rezidentam, gan ārstam ir nepieciešama atgriezeniskā saite vēl cikla gaitā.

Rezidentūras organizēšanā un īstenošanā iesaistītās puses anketas praksē pielieto brīžos, kad ir saņemti vairāki kritiski zemi vērtējumi par kādu rezidentu vai apmācošo ārstu. Apmācošā ārsta zems novērtējums attiecībā uz rezidentu var būt par iemeslu ārstniecības iestādes ziņojumam universitātei par

problēmām ar konkrēto jauno ārstu, savukārt universitātē saņemti vairāki negatīvi vērtējumi attiecībā uz apmācošo ārstu var likt universitātei sākt situāciju risināt sadarbībā ar ārstniecības iestādi.

Papildu anketām, 2011. gada 31. augusta Ministru kabineta noteikumi Nr. 685. nosaka arī, ka "katras specialitātes rezidentūras studiju programmas vadītājs ne retāk kā vienu reizi sešos mēnešos kopā ar rezidentu izvērtē rezidentūras studiju programmas izpildes gaitu, nosaka problēmas un iespējamās izmaiņas rezidentūras studiju programmas procesā. Šādu izvērtējumu rezidentūras studiju programmas vadītājs dokumentē protokolā." Atbilstoši Ministru kabineta noteikumiem, RSU šādas tikšanās reglamentē veikt ik pa sešiem mēnešiem, bet LU studiju virziena Veselības aprūpe pārskatā par 2016./2017. gadu paredzēts, ka studiju programmas vadītājs ar visiem programmas rezidentiem tiek reizi 3 mēnešos. Par šo praksi dzirdams vairāk pozitīvu vērtējumu - tiek sniegti piemēri, kad saruna ar studiju programmas vadītāju ir konstruktīva, rezidents saņem savas profesionālās darbības izvērtējumu, kopīgi tiek nosprausti izglītības un profesionālie mērķi turpmākajam periodam, uzklusītas rezidenta atsauksmes par studiju programmu un tās realizāciju. Taču ir arī situācijas, kad rezidentūras studiju programmas vadītājs rezidentu redz reti, jo ikdienā strādā citā apmācību bāzē, līdz ar to, specifiskus komentārus par rezidenta sniegumu nespēj sniegt un saruna kļūst formāla.

"Nav regulāras atgriezeniskās saites, tikai ļoti formāla atzīme "rezidenta grāmatā"."

Rezidents

Reizēm darba procesā ārsts sniedz vērtējumu attiecībā uz rezidenta darbu un šāda veida atgriezeniskā saite arī jauno ārstu vidū tiek uztverta kā visnoderīgākā.

"Nav īsti tradīciju attiecībā uz novērtējuma sniegšanu, tas atkarīgs no apmācošā ārsta personības. Reizēm atgriezeniskā saite tiek sniegta, bet atkal - atkarīgs no apmācošā ārsta.

Atgriezeniskā saite netiek sniegta oficiāli izglītības procesā (lai arī ir vairākas veidlapas, kas jāaizpilda, un tās tiek aizpildītas automātiski); ja atgriezeniskā saite tiek sniegta, tad tas parasti ir no kolēģiem ikdienas darbā."

"Es zinu tikai vienu ārstu, kas ik rezidentam mēneša beigās izsaka konstruktīvu kritiku un pastāsta ko varētu izdarīt labāk."

"Arī atkarīgs no apmācošā ārsta, bet visbiežāk tas ir padoms attiecībā uz konkrēto gadījumu, bet ne par rezidenta darbu."

"Tas atkarīgs no ārsta, kas atbildīgs par rezidentu - daži sniedz diezgan daudz atgriezeniskās saites, bet citi tikai knapi pārbauda tavu darbu."

Rezidenti

Kopumā, spriežot no aptaujā izteiktajiem rezidentu komentāriem, kvalitatīva un regulāra atgriezeniskās saites saņemšana rezidentūras procesā ir viena no visvairāk gaidītajām pārmaiņām rezidentu vidū. Komentāros atkārtojas vēlme pēc novērtējuma un konstruktīvas kritikas no apmācošā ārsta darba procesā.

Risinājumi

Ilgtermiņa mērķis noteikti ir **veidot rezidentu apmācīšanas kultūru, kurā apmācošais ārsts rezidentam ikdienas darbā sniedz atgriezenisko saiti par topošā speciālista darbu, konstruktīvu kritiku un ieteikumus** snieguma uzlabošanai. Protams, tas prasīs vairāk laika, bet jārada priekšnoteikumi tradīciju maiņai; pāris no tiem būtu jau iepriekš minētās apmācības apmācošajiem ārstiem un ieteikumi ārstniecības iestādēm rezidentūras īstenošanā.

Gan visas rezidentūras organizēšanā iesaistītās puses, gan rezidenti piekrīt, ka esošās novērtēšanas formas nepilda savu funkciju, tādēļ ierosina to aizpildīšanu atcelt, vismaz īsajos ciklos. Vairākkārt izskan ieteikums esošās novērtējuma formas modificēt un noteikt tām retāku aizpildīšanas soli, teiksim, reizi 6 mēnešos (lai pielāgotu specialitātēm, kurās šajā laikā notikuši vairāki cikli).

Taču, iespējams, piemērotākais risinājums ir atcelt esošās novērtējumu formas un to vietā ieviest divus risinājumus. Pirmkārt, **ievieš elektroniski aizpildāmas formas, kurās ārsti un rezidenti varētu informēt universitāti par problēmsituācijām un sūdzībām** attiecībā uz konkrētu apmācošo ārstu vai rezidentu. Šis risinājums apmierinātu vajadzību, ko patlaban formas pilda - konstatēt problēmas un uz tām reaģēt. Otrkārt, **organizēt īsas, regulāras, strukturētas tikšanās starp rezidentu un apmācošo ārstu (reizi nedēļā, 5-10 minūtes būtu pietiekami)**. Šajās tikšanās jābūt izstrādātai atgriezeniskās saites sniegšanas instrukcijai vai vadlīnijām.

Teorētisko un praktisko zināšanu vērtēšanas metodes

PMIF standarti nosaka, ka rezidentu novērtēšanas metodēm jāaptver zināšanas, prasmes un attieksme, jāizmanto vairākas, savstarpēji papildinošas novērtējuma metodes, kā arī novērtēšanas metodēm un principiem jābūt skaidri definētiem un publicētiem.

Rīgas Stradiņa universitātes "Rezidentūras studiju reglamenta" 4.4. punkts nosaka: "Rezidentu zināšanu, prasmju un kompetenču pārbaudi organizē ārstniecības iestāde. Pārbaudes principi un pamatjautājumi tieši un precīzi izriet no katras specialitātes programmas prasībām un noteiktā studiju kursa aprakstā paredzētā apjoma. Katrā studiju kursā vērtē rezidenta praktiskās iemaņas un teorētiskās zināšanas. Vērtējumu ieraksta Rezidenta grāmatā un ar parakstu apstiprina ārstniecības iestādes atbildīgais par specialitāti." Latvijas universitāte nav publicējusi līdzīgu informāciju par rezidentu vērtēšanu.

Abās universitātēs vērtējums tiek piešķirts 10 ballu skalā vai ar ieskaitīts/neieskaitīts katra studiju cikla beigās, parasti rezidenta zināšanas un prasmes pārbaudot teorētiskā ieskaitē vai eksāmenā un apmācošajam ārstam novērtējot praktiskās prasmes cikla laikā. Faktiski cikla gaitā rezidentu prasmju vērtēšana ir atkarīga no apmācošā ārsta - ārsts ar prasmju novērošanas un atgriezeniskās saites palīdzību var palīdzēt rezidentam ieraudzīt savas stiprās un vājas puses, kā arī jomas, kurās

nepieciešams papildu darbs. Bez tam, abās universitātēs rezidentam ir iespējams aizpildīt rezidenta dienasgrāmatu, pierakstot veiktās un apgūtās manipulācijas un operācijas.

Visbeidzot, lai iegūtu speciālista kvalifikāciju, rezidentiem ir jānokārto rezidentūras valsts pārbaudījums, kurš daudzās specialitātēs ir vienots ar sertifikācijas eksāmenu. Gan no rezidentūras organizatoriem, gan rezidentiem izskan kritika, ka vairākās specialitātēs sertifikācijas eksāmens vai vienotais pārbaudījums ietver tikai daudzatzbilžu vai biješu jautājumus, kas ir iepriekš zināmi un nesniedz iespēju patiesi novērtēt rezidentūras laikā iegūtās zināšanas un prasmes.

Risinājumi

Saskaņā ar PMIF standartiem ir nozīmīgi, ka novērtēšanas metodes saskan ar plānotajiem izglītības rezultātiem un apmācību metodēm un nodrošina izglītības mērķu sasniegšanu, kā arī veicina rezidentu mācīšanos.

Gadījumā, ja apmācošais ārsts ir ieinteresēts rezidenta izglītošanā, ir iespējams, ka jau cikla gaitā tiek pielietotas dažādas rezidenta zināšanu un prasmju novērtēšanas metodes, kas veicina topošo speciālistu mācīšanos līdz cikla beigu pārbaudījumam un ciklā plānoto rezultātu sasniegšanu. Tomēr, lai novērstu atšķirības starp studiju programmām un dažādiem apmācošajiem ārstiem, **studiju programmās kopumā jāveicina gan formatīvo vērtēšanas metožu izmantošana cikla gaitā, gan summātīvo metožu izmantošana ciklam nosēdžoties.**

Tā, kā studiju programmas un to mērķi atšķiras, studiju programmas vadītāji ir vislabākajā pozīcijā, lai noteiktu piemērotākās mācīšanos veicinošās novērtēšanas metodes. Piemēram, RSU Rehabilitācijas katedrā mācībspēku un rezidentu diskusiju rezultātā jau ir uzsākts darbs pie tādas vērtēšanas sistēmas, kas izstrādāta, lai palīdzētu sasniegt augstākus studiju rezultātus, piemēram, pie "Darbavietās balstītu novērtējumu" sistēmas ieviešanas, "Tiešās procesuālo prasmju novērošanas (DOPS)", "Mini-kliniskās novērtēšanas vingrinājumiem (mini-CEX)", "Gadījumos balstītas

diskusijas" (CbD) un "Atgriezeniskās saites jeb 360 grādu novērtējuma".

Vērtēšanas sistēmu dažādošana un pielāgošana sasniedzamajiem studiju rezultātiem var notikt pakāpeniski un dažādās specialitātēs dažādos laikos - pēc specialitāšu iespējām, taču universitātēm būtu jāuzņemas iniciatīva informēt specialitāšu programmu vadītājus par uzņemamo virzienu un veicinot novērtējumu veidu dažādošanu un pielāgošanu izglītības mērķu sasniegšanai.

Iedvesmojoties no PMIF standartiem, vērtēšanas metodēm būtu jāpapildina vienai otru, meklējot balansu starp formatīvu un summatīvu vērtēšanu, rakstiskiem un mutiskiem pārbaudījumiem, personīgā portfolio un dienasgrāmatas sastādīšanu, kā arī īpašiem pārbaudījumu veidiem, piemēram, objektīvi strukturētiem klīniskajiem eksāmeniem (OSCE), kā arī mini-klīniskās novērtēšanas vingrinājumiem (MiniCEX).

Lai pārbaudītu rezidentu zināšanas un prasmes pirms specializācijas iegūšanas, tiek ieteikts **Latvijas Ārstu biedrībai noteikt vienlīdz augstas prasības visu specialitāšu sertifikācijas eksāmeniem**, teiksim, pārbaudījumos iekļaut gan teorētiskos jautājumus, gan klīniskos uzdevumus un praktisko sadaļu, kā arī nodrošināt, ka abu universitāšu vienādu programmu absolventi kārto vienu un to pašu valsts pārbaudījumu - sertifikācijas eksāmenu, kas sagatavots līdzīgi Eiropas sertifikācijas eksāmeniem specialitātēs. Taču jāpārlicinās, ka atsevišķās specialitātēs valsts pārbaudījumu un sertifikācijas eksāmenu apvienojot, specialitātes programmas vadītāja un specialitātes asociācijas viedoklis par eksāmena grūtības pakāpi saskan, lai neizveidotos situācija, kad eksāmena prasības ir pārāk zemas.

Rezidentu patstāvīgās atbildības līmenis starp dažādiem rezidentūras gadiem

Ministru kabineta noteikumi Nr. 268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu" nosaka, ka:

"11. Pirmajā un otrajā rezidentūras gadā rezidents, kas apgūst pamatspecialitāti, var strādāt attiecīgajā specialitātē sertificēta speciālista, kura darba stāžs attiecīgajā specialitātē pēc ārstniecības personas sertifikāta iegūšanas ir ne mazāks kā pieci gadi, tiešā uzraudzībā, dokumentējot iegūto klīnisko pieredzi un saņemot attiecīgā speciālista vērtējumu par veikto darbu. [...]

12. Attiecīgajā specialitātē sertificēta speciālista, kura darba stāžs attiecīgajā specialitātē pēc ārstniecības personas sertifikāta iegūšanas ir ne mazāks kā pieci gadi, vadībā, dokumentējot iegūto klīnisko pieredzi un saņemot attiecīgā speciālista vērtējumu par veikto darbu, var strādāt:

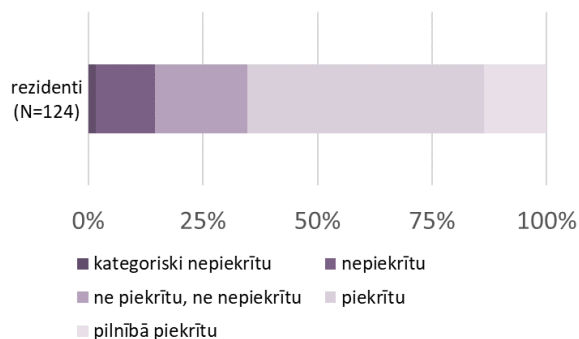
12.1. sākot ar trešo studiju gadu, – rezidents, kurš apgūst pamatspecialitāti;

12.2. rezidents, kurš apgūst apakšspecialitāti vai papildspecialitāti."

Kā redzams, Ministru kabineta noteikumi paredz atšķirību rezidenta patstāvīgās atbildības līmenī sākot ar trešo studiju gadu. Taču noteikumos minētā "tiešā uzraudzība" un "vadība" nav definētas, līdz ar to, nav skaidrs cik kādā attālumā no rezidenta sertificētajam speciālistam jāatrodas, cik ilgs laiks jāpavada, strādājot kopā un kas mainās, rezidentam pārejot strādāt minētā speciālista "vadībā".

Lai arī aptaujā tiek minēti arī lieliski uzraudzības piemēri, galvenā sūdzība no rezidentiēm attiecas uz uzraudzības trūkumu un pārāk augstu atbildības līmeni rezidentūru uzsākot, taču reizēm patstāvīgās atbildības līmenis, kas piešķirts, rezidentiēm šķiet pārāk zems.

16. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Apmācāmo patstāvīgās atbildības līmenis tiek celts pakāpeniski, augot prasmēm, zināšanām un pieredzei."



"Es nevaru pilnīgi komentēt, jo esmu pirmā gada rezidents(e), taču es būtu priecīgāks(a), ja mūs MĀCĪTU vairāk. Tā, kā mums universitātē trūkst pēdējā praktiskā gada, tad pirmajam rezidentūras gadam būtu jābūt pilnībā uzraudzītam, pilnībā. Un pirms darba uzsākšanas medicīnas iestādē būtu brīnišķīgi saņemt instrukcijas KĀ slimnīca strādā, ko un kā darīt."

"... dažos departamentos arī pirmā gada rezidenti ir diezgan savā vaļā. Citos - tu vienmēr būsi "sekretārs(e)"."

Rezidenti

Risinājumi

Uzraudzības trūkums rezidentūras sākumā, ļoti iespējams, skaidrojams ar apmācošo ārstu noslodzi un dažādo izpratni par uzraudzību. Kā jau minēts iepriekš, vadlīniju izstrādāšana un apmācošo ārstu apmācības varētu palīdzēt izpratni par uzraudzību vienādot.

Lai definētu Ministru kabineta noteikumos minēto "uzraudzību" un "vadību", kā arī likumiski sakārtotu rezidenta un ārsta atbildību ārstniecības procesā, dažas rezidentūras organizēšanā iesaistītās puses iesaka noteikt un valsts līmenī definēt zināšanas un prasmes, kas rezidentam jāspēj patstāvīgi pielietot sākot ar 3. rezidentūras gadu. Paula Stradiņa Klīniskā universitātes slimnīca ir uzsākusi darbu pie vienotu kritēriju izstrādes, kas būtu vienādi interpretējami un pielietojami visās ārstniecības iestādēs, lai rezidents, saskaņā ar Ministru kabineta noteikumiem no 3. gada varētu pāriet strādāt no sertificēta speciālista uzraudzības minētā speciālista vadībā.

Rezidenta apgūto un individuāli pielietojamo zināšanu un prasmju apstiprināšana notiktu sanāktu kopā rezidentam, attiecīgās rezidentūras specialitātes vadītājam, klīniskas vadītājam un visiem parakstoties apliecinot, ka rezidents spēj minētās lietas izpildīt. Ja kādu no minētajiem punktiem rezidents izpildīt nespēj, viņš par tā izpildi neparakstās.

Šis solis diferencētu starp vecāku un jaunāku studiju gadu rezidentiem. Citas rezidentūras organizēšanā iesaistītās puses gan piebilst, ka prasmju saraksta, ko jaunais ārsts varētu patstāvīgi veikt no 3. gada, izstrādāšanā nepieciešams ieguldīt daudz darba, lai nodrošinātu, ka minētās prasmes atbilst reālajai situācijai un nepieciešamībai, citādi ierosinātā vērtēšana ierobežotu rezidentu iespējas patstāvīgi veikt konkrētas manipulācijas jau pirms 3. studiju gada. Lai izvērtētu projekta stipros un vājos aspektus un ideju attīstītu tālāk, **minēto ieteikumu valsts mērogā ieviest rezidentu zināšanu un prasmju vērtēšanu pēc 2. rezidentūras gada vēl nepieciešams izdiskutēt starp rezidentūras organizēšanā un īstenošanā iesaistītajām pusēm.**

Bez tam, rezidentūras organizēšanā iesaistītās puses iesaka **izveidot darba grupu darbam pie normatīvo aktu pārskatīšanas un aktualizēšanas**, ieviešot lielāku kārtību un caurspīdīgumu rezidentūras organizēšanas un īstenošanas kārtībā. Darba grupas sastāvā tiek ieteikts iekļaut rezidentūras organizatorus no universitātēm un ārstniecības iestādēm, kuri ikdienā nodrošina rezidentūras organizēšanu un īstenošanu, kā arī rezidentu pārstāvjus.

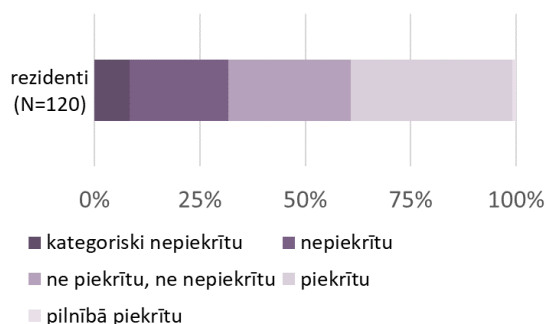
Zinātniskā pētniecība

Stiprā puse Latvijas rezidentūras studiju programmās ir visu rezidentu saskare ar zinātniski pētniecisko darbu. Patlaban, lai absolvētu rezidentūras studiju programmu, zinātniski pētnieciskā darba izstrādāšana ir obligāta abās universitātēs, to veicot pēdējos divos rezidentūras gados, parasti paralēli darbam ārstniecības iestādē, taču sniedzot arī iespēju doties mācību

atvaļinājumā. Tomēr aptaujā vairāki rezidenti sniedz komentārus, ka rezidentūras ietvaros trūkst laika zinātniski pētnieciskā darba veikšanai un rezultātā pētījumu nākas veikt ārpus rezidentūrai atvēlēta laika.

Rezidentu aptaujā sniegtie komentāri liecina, ka vairākās programmās apmācība literatūras un zinātnisko datu kritiskā novērtēšanā ir iekļauta kā 4 nedēļas garš, citās - 4 lekcijas garš obligātais kurss, bet citās - nav iekļauta. Arī zemāk redzamais apgalvojums attēlo minēto situāciju.

17. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Programma manis izvēlētajā medicīnas jomā iekļauj oficiālu apmācību par literatūras un zinātnisko datu kritisku novērtēšanu."



Vēl bez tam, PMIF standarti nosaka, ka rezidentūras izglītības līmenī jauniem ārstiem jāiegūst zināšanas un spējas pielietot zinātniskās metodes tieši izvēlētajā medicīnas jomā. Aptaujas dati liecina, ka konkrētu specialitāšu programmās iekļautais kurss zinātniskajās izpētes metodēs ir vispārīgs, tāpēc, ir vērts apsvērt iespējas mācīt izvēlētajai jomai pielāgotu informāciju.

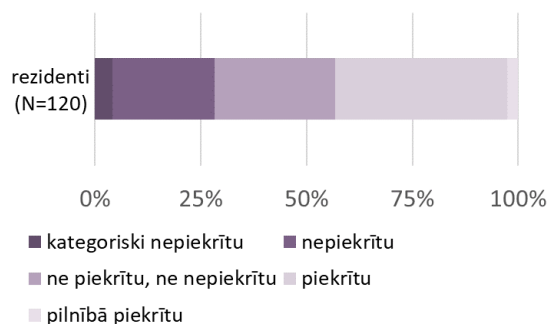
"Tas drīzāk notiek "mācoties darot", jo rezidentu pētnieciskais darbs ir obligāts, lai pabeigtu apmācības. Taču daži semināri/konsultācijas ar šo mērķi būtu ļoti noderīgi."

"Ir īss kurss statistiskajā datu analizē, bet tas nav specifisks izvēlētajai jomai."

Rezidenti

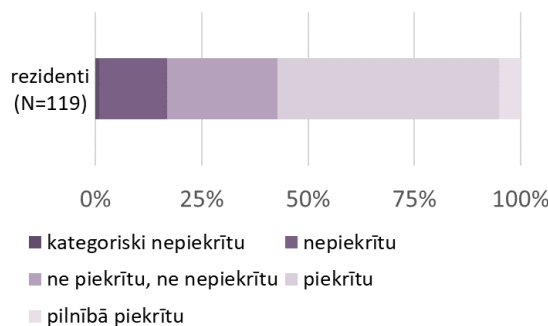
18. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Visā rezidentūras laikā apmācāmie iegūst zināšanas par

un spējas pielietot zinātniskos pamatus un metodes izvēlētajā medicīnas jomā, medicīniskās izpētes pamatus un metodoloģiju izvēlētajā medicīnas jomā, tai skaitā tiek iepazīstināti ar klīnisko izpēti un klīnisko epidemioloģiju."



Attiecībā uz iespējām veikt izpēti interesējošā jomā, ir gan lieliski, gan ne tik lieliski piemēri. Rezidentu zinātniskais darbs tiek veicināts universitātēs un ārstniecības iestādēs, finansiāli atbalstot dalību starptautiskās konferencēs, ko gan rezidenti, gan rezidentūras organizatori vērtē pozitīvi. Kā negatīvos piemērus rezidenti komentāros min gadījumus, kad dažādu apstākļu rezultātā rezidenta pētnieciskās intereses tiek nostādītas otrajā plānā.

19. Attēls: Piekrišana apgalvojumam "Apmācāmie tiek atbalstīti iesaistīties medicīniskajā izpētē par viņu izvēlētu tematu."



"Mums nav daudz iespēju un dažādības. Tēmas ir vienas un tās pašas ik gadu."

"Darba vadītājs pārsvarā spiež uz tēmām, kas vairāk interesē viņu."

"Profesori vēlas, lai mēs rakstītu rakstus un viņi varētu izpildīt savu kvotu. Ja tev ir interese - dari to brīvajā laikā."

Rezidenti

Runājot par pētnieciskā darba kvalitāti, rezidentūras organizēšanā iesaistītās puses uzsver, ka tā lielā mērā atkarīga no darba vadītāja - ja rezidenta pētnieciskā darba vadītājam pašam ir doktora grāds, izstrādātais darbs ir stipri vērtīgāks, kā gadījumā, ja vadītājam šādas pieredzes pētniecībā nav. Tāpat, atsevišķas specialitātes ļoti aktīvi iesaistās zinātniskajā pētniecībā, bet citu sasaiste ar pētniecību ir vāja, un rezidentam, lai piedalītos pētījumos būtu jāpiesaistās citai specialitātei.

"...tikai pavisam mazs skaits darba vadītāju paši veic pētniecību, kas tiek publicēta reprezentablos medicīnas žurnālos."

Rezidents

Rezidenti arī min, ka atsevišķās specialitātēs zinātniski pētnieciskā darba izstrāde tiek ļoti sīki regulēta, tādējādi ierobežojot tos jaunos ārstus, kuru primārā interese ir praktiskais darbs. Citās specialitātēs, savukārt trūkst pētnieciskā darba vadītāju.

Risinājumi

Lai attīstītu spējas pielietot zinātniskās metodes izvēlētajā medicīnas jomā, rezidenti iesaka pirms laika posma, kas paredzēts zinātniskajai pētniecībai, **visās specialitātēs paredzēt seminārus vai konsultācijas par pētniecības metodēm** pie izvēlētajās jomas speciālista.

Bez tam, gan rezidentūras organizatori, gan paši rezidenti ierosina arī Latvijas Universitātē, līdzīgi kā Rīgas Stradiņa universitātē **zinātniskās pētniecības veikšanas nosacījumus veidot elastīgākus**, ļaujot pēc izvēles vai nu rakstīt rezidenta zinātniski pētniecisko darbu, vai veikt pētījumu un tā rezultātus izklāstīt starptautiski publicējamā žurnālā vai prezentēt tos starptautiskā konferencē. Prasmes pētniecībā izvēlētajā sfērā tiktu gūtas visos iepriekš minētajos veidos.

Viens ieteikums rosina zinātnisko pētniecību padarīt brīvprātīgu, balstoties uz viedokli, ka daļa rezidentu pētniecisko darbu šobrīd ir ar mazu pievienoto vērtību un šī nodarbe nereti paliek brīvajam laikam. Taču pretī tiek likts viedoklis, ka ikvienam ārstam jāprot zinātniski apkopot un analizēt savā nodaļā veiktā darba rezultātus. Arī PMIF standarti nosaka, ka katram rezidentam jāiemācās pielietot zinātniskās metodes savā specialitātē.

Kopsavilkums

Lai uzlabotu kvalitāti apmācībām rezidentūrā, vispirms nepieciešams uzlabot rezidentu darba apstākļus. Tas izdarāms, ceļot atalgojumu, ārstniecības iestādēs nodrošinot un atbilstoši aprīkojot rezidentūras pienākumu izpildei nepieciešamās telpas, kā arī sniedzot psiholoģisko atbalstu krīzes situāciju, konfliktu un medicīnisku kļūdu risināšanai.

Tā kā starp dažādām ārstniecības iestādēm, nodaļām un apmācošajiem ārstiem pastāv nozīmīgas atšķirības uzraudzības kvalitātē, nepieciešams vienādot izpratni par "uzraudzību". Tas izdarāms, pirmkārt, izveidojot pāris dienu apmācību rezidentus apmācošajiem ārstiem ar mērķi attīstīt ārstu pedagoģiskās prasmes darba vidē un tādējādi paaugstināt rezidentu apmācības kvalitāti un efektivitāti. Tiek ieteikts šo apmācību padarīt par obligātu nosacījumu rezidentus apmācošā ārsta statusa iegūšanai. Otrkārt, lai ārstniecības iestādēs vienādotu izpratni par rezidentu apmācību, izstrādāt skaidri formulētus standartus, kas no ārstniecības iestādes tiek sagaidīts rezidentu apmācību kvalitātes ziņā.

Lai medicīnas studentus labāk sagatavotu rezidentūrai, tiek ieteikts medicīnas pamatstudijās iekļaut vairāk praktiskas apmācības, kā arī valsts līmenī izstrādāt procedūru, sekojot kurai medicīnas studenti varētu voluntēt ikvienā ārstniecības iestādē Latvijā. Savukārt, lai aktualizētu rezidentūru regulējošos normatīvos aktus voluntēšanas, par fizisko un juridisko personu līdzekļiem finansētās rezidentūras un citās jomās, izveidot darba grupu no rezidentūras organizatoru un īstenotāju, kā arī rezidentu pārstāvjiem. Lai likumiski sakārtotu rezidentu atbildību ārstniecības iestādē, rezidentūras organizēšanā un īstenošanā iesaistītajām pusēm būtu būtiski turpināt diskusiju par izstrādes stadijā esošo valsts mēroga 3. studiju gada rezidentu vērtēšanas sistēmas projektu.

Rezidentu uzņemšanas procesā būtu nozīmīgi uzņemšanas komisijai dot iespēju vērtēt kritērijus pēc to būtības, padarot uzņemšanas procesu mazāk formālu.

Tā kā pašlaik apkalpojošās funkcijas rezidentūrā nereti dominē pār apmācību darba vidē, jārada iespējas rezidentu ikdienā integrēt vairāk teorijas apmācību. Tas izdarāms, ceļot esošo semināru kvalitāti, kā arī nodrošinot ielānoto teorētisko izglītības pasākumu īstenošanu. Specialitāšu studiju programmās nepieciešams iekļaut komandas darbu, apmācības par komunikāciju un veselības aprūpes menedžmentu, lai sagatavotu jaunos speciālistus visām ārsta lomām veselības aprūpes sistēmā. Lai nodrošinātu kvalitatīvāku rezidentu zinātnisko darbu, rezidentūras programmās iekļaut seminārus vai konsultācijas par pētniecības metodēm.

Ilgtermiņa mērķis ir veidot rezidentu apmācīšanas kultūru, kurā apmācošais ārsts rezidentam ikdienas darbā sniedz atgriezenisko saiti par topošā speciālista darbu, konstruktīvu kritiku un ieteikumus snieguma uzlabošanai. Tuvākajā laikā šim mērķim tuvoties palīdzētu atteikšanās no līdzšinējām praksē neefektīvajām novērtējuma anketām un strukturētu tikšanos organizēšana starp rezidentiem un apmācošajiem ārstiem, kā arī studiju programmu vadītājiem.

Visas rezidentūras organizēšanā un īstenošanā iesaistītās puses piekrīt, ka, lai samazinātu atšķirības starp specialitātēm studiju programmu satura kvalitātē, nepieciešams pārskatīt gan Ministru kabineta noteikumus Nr. 268., gan specialitāšu studiju programmas, pielāgojot to saturu Eiropas specialitāšu asociāciju rekomendācijām un iespējām nodrošināt satura apguvi Latvijā. Specialitāšu programmu un Ministru kabineta noteikumu Nr. 268. satura pārskatīšanai un aktualizēšanai tiek ieteikts izveidot darba grupas no specialitātes praktizējošiem ārstiem, ārstiem – akadēmiķiem un rezidentiem. Šīs darba grupas būtu arī piemērots instruments specialitāšu programmu regulārai aktualizēšanai nākotnē. Studiju programmu saturu pārskatot, būtiski ir pārskatīt arī rezidentu zināšanu, prasmju un attieksmes vērtēšanas metodes un ieviest gan formatīvas, gan summatīvas novērtēšanas metodes, kas orientētas uz plānoto studiju rezultātu sasniegšanu.

Izmantotie dokumenti:

- [WFME Postgraduate Medical Education Global Standards for Quality Improvement – The 2015 Revision](#)
- 2009.gada 24.marta Ministru kabineta noteikumi Nr.268 "Noteikumi par ārstniecības personu un studējošo, kuri apgūst pirmā vai otrā līmeņa profesionālās augstākās medicīniskās izglītības programmas, kompetenci ārstniecībā un šo personu teorētisko un praktisko zināšanu apjomu", no 29.06.2018. spēkā esošā redakcijā.
- 2011.gada 30.augusta Ministru Kabineta noteikumi Nr. 685. "Rezidentu uzņemšanas, sadales un

rezidentūras finansēšanas kārtība" no 20.04.2018. spēkā esošā redakcijā.

- Rīgas Stradiņa universitātes Studiju reglaments II, Rezidentūras studiju reglaments, apstiprināts RSU Senātā 15.05.2018.
- Latvijas Universitātēs rezidentūras nolikums, apstiprināts LU Senātā 28.11.2005.
- Latvijas Universitātes studiju virziena "Veselības aprūpe" pārskats par 2016./2017. gadu, apstiprināts LU Senātā 08.01.2018.

Autors: neatkarīga pētniece **Baiba Plakane**

Praxis Centre for Policy Studies

Tartu mnt 50, V floor

10115 Tallinn

tel 640 8000

www.praxis.ee

praxis@praxis.ee

Autortiesības pieder Praxis. Ja izmantojat šajā ziņojumā iekļauto informāciju, lūdzu pievienojiet atsauci: Plakane, Baiba. 2018. Rezidentūra Latvijā – izaicinājumi un izaugsmes iespējas. Tallinn: Praxis Centre for Policy Studies.

ISBN 978-9949-662-06-7 (pdf)