

## RESIDENTUUR EESTIS – KUIDAS EDASI?

Vootele Veldre

Selle poliitikaanalüüsi fookuses on residentuur – arstide tasemeharidusjärgne töökeskkonnas toimuv spetsialiseerumise vorm, millel on Eesti arstide ettevalmistamisel kriitiline roll. Kuigi andmed viitavad, et meie tervishoiu osapooled on residentuuri süsteemiga üldjoontes rahul, seonduv sellega ka mitmeid põhimõttelisi ja parandamist ootavaid kitsaskohti. Tervishoiusüsteemi

osapooltel on oluline neid puudujääke teadvustada, et leida lahendused residentuuriõppe kvaliteedi parandamiseks. Nagu peegeldavad järgnevad leheküljed, ei saa komplekssete probleemide lahendamist panna üksikute osapoolte õlule. Parimad lahendused peituvad sidusrühmade süsteemses ja hästi läbimõeldud koostöös.

### PÕHISÕNUMID:

- Residentuuriõppe on ebaühtlane. Õppe ja juhendamise kvaliteet, praktika ja teooria tasakaal, mitmekülgsus ning pädevuste hindamine erineb erialade, baasasutuste ja juhendajate lõikes. Seetõttu võivad põhjendamatult varieeruda tulevaste eriarstide ametialased oskused ja teadmised. Residentuuriõppe arendamisel tuleb keskenduda lõhede vähendamisele praktikabaaside ja erialade vahel.
- Õppekorraldus peab muutuma residentikesksemaks. Vajalik on vähendada administratiivset jäikust ning võimaldada residentuuri läbida osakoormusega – see loob senisest paindlikumad õppimistingimused lapsevanematele, doktorantidele ja teistele paindlikkust vajavatele gruppidele.
- Tuleb välja töötada residentuuri miinimumstandardid, mis määratlevad baas taseme, millele iga residentide kogemus igas baasasutuses ja igas tsükliis peaks vastama. Standard peab ühtlasi täpsustama juhendamise mõiste.
- Residentuuriõppe peab residentide ette valmistama kõikideks rollideks, mida arstikutse eeldab. Erialateadmiste kõrval tuleb süsteemselt tegeleda ka teiste arstikutseks vajalike pädevuste ja harjumustega nagu kommunikatsioonioskus, meeskonnatööoskus, harjumus elukestvalt õppida.
- Ühtlasemat lähenemist vajab teadustöö kogemuse pakkumine residentidele: uurimistöös peaks doktorantide kõrval olema motiveeritud osalema ka need, kes doktorikraadi ei soovi omandada.

See Praxise toimetis põhineb Eesti Nooremarside Ühenduse (ENÜ) tellitud uuringu „Arstide residentuuriõppe hindamine“ tulemustel, mille aruanne avaldatakse 2018. aasta I kvartalis. Uuringus hinnatakse Eesti residentuuri rahvusvahelise standardi World Federation for Medical Education (WFME) *Postgraduate Medical Education Global Standards for Quality Improvement. The 2015 Revision* (edaspidi *WFME standardi*) alusel. Hinnang antakse kõikides standardi valdkondade ja kriteeriumide lõikes.

Kui kõrgharidusõppes toimub õppekavade rahvusvaheline hindamine regulaarselt, siis residentuuri puhul niisugust süsteemset hindamist seni olnud pole. Rahvusvahelise erialapõhise hindamise on praeguseks läbinud vaid kolm programmi 43-st, sel õppeaastal lisandub veel kolm. Antud uuringu eesmärk on esmakordselt süsteemset ja erialade üleselt kaardistada Eesti residentuuri olukord, kitsaskohad ja arendusvajadused.

Käesolevas lühiformaadis on lugejasõbralikkuse huvides välditud uurimisaruande standardi keskset lähenemist. Toimetises keskendutakse residentuuri nendele aspektidele, mis vajavad edasiarendamist ja kokkuleppeid sidusrühmade vahel. Väljaandesse on integreeritud 2. detsembril 2016 toimunud arutelu „Arstiks kasvamine Eestis“ ja 25. septembril 2017 toimunud aruteluseminari „Residentuur Eestis – kuidas edasi?“ tulemused.

Töö on jaotatud neljaks osaks – õppe kvaliteet, pädevuste hindamine, residentuuri teadustööga ühendamise võimalused ning üldisemad korralduslikud aspektid. Igas peatükis antakse esmalt ülevaade olukorrast ja seejärel analüüsitakse sidusgruppide esindajate pakutud lahendusvõimalusi.

Analüüsi järeldusi illustreerivad uuringu raames 2017. aasta alguse veebiküsitluse tulemused: residentide, residentuuri värskest lõpetanute ja juhendajate hinnanguid kajastavad diagrammid ning küsitlusele vastates esitatud vabateksti täpsustused.

## ÕPPE KVALITEET

Residentuuriga selle erinevates arenguetappides kokku puutunud inimestete sõnul on õpe võrreldes residentuuri algusaastatega muutunud järjest põhjalikumaks, eesmärgipärasemaks ja kvaliteetsemaks. Teisalt on erialade vahel tekkinud käärid – eristuvad n-õ eesrindlikumad erialad, mille eestvedajad püüdleval järjekindlalt õppe kvaliteedi tõstmise poole ja on varmad katsetama uudseid õpi- ja tagasisidemeetodeid. Mitmete teiste erialade puhul on need tegevused juhuslikumad.

### Õppe sisukus ja eesmärgipärasus

WFME standardi kohaselt peab tasemeharidusjärgne arstide spetsialiseerumiskoolitus lähtuma kavandatud õpitulemustest ja õppurite omandatavast kvalifikatsioonist. Õppurid osalevad vahetult tervishoiuteenuste osutamises ning teooria sidumise praktikaga tagavad asjakohased juhendamise ja õpimeetodid.

Eestis on residentuuri eesmärk Tartu Ülikooli senati kinnitatud residentuuri eeskirja kohaselt viia arst-residendi (edaspidi resident) teadmised ja praktilised oskused iseseisva eriarstina töötamise tasemele. Koolitus toimub senati kinnitatud residentuuri programmi ja residentuuri eriala üldjuhendaja koostatud individuaalse õpingukava alusel.

Residentuurieeskirja järgi koosneb residentuur teoreetilisest koolitusest ülikoolis ja praktilisest koolitusest tervihoiuteenuste osutajast baasasutuse. Esimene moodustab vastavalt residentuuri programmile kuni 20 protsenti ja teine vähemalt 80 protsenti residentuuri üldmahust. Teoreetiline koolitus toimub nii kontaktõppe vormis loengute, seminaride ja praktikumidena kui ka iseseisva tööna. Praktiline koolitus leiab aset peamiselt eriarsti tööna kvalifitseeritud eriarsti juhendamisel ning seda täiendab osalemine seminaridel, koosolekutel ja kliiniliste konverentsidel. Praktiline õpe on korraldatud temaatiliste tsüklite põhised. Teiste erialade kohta teadmiste omandamisel varieeruvad tsüklite kestused ühest kuust mõne kuuni, oma eriala kesksed tsüklid võivad ulatuda üle aastate.

Analüüsides residentide ja nende juhendajate hinnanguid residentuuriõppele, ilmneb, et õppe kvaliteedis esineb Eestis probleemset varieerumist. Esile saab tõsta järgmist:

- mõnede erialade tsüklites, baasasutustes või nende allüksustes võib kaotsi minna residentuuri õppekeskus ning domineerima hakkab igapäevane teenuseosutamine ilma õppealase lisandväärtuseta;
- teoreetiline ja praktiline õpe pole alati tasakaalus ja/või on omavahel seostamata;
- mõned õppetsüklid on pealiskaudsed ja/või ebapraktilised;
- juhendamine on osas baasasutustes juhuslik, napp või puudulik.

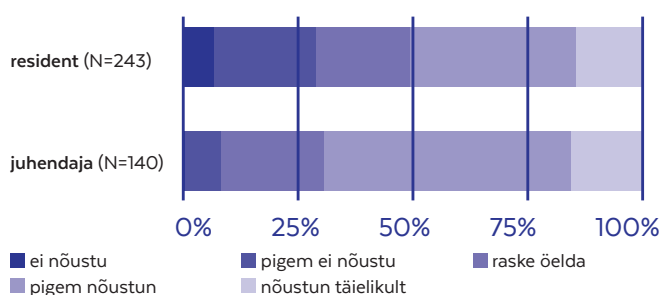
Wfme standardi kohaselt peaks residentuuri kui tasemeharidusjärgse spetsialiseerumise vormi keskmes olema õppimine. Seejuures peab õpe olema integreeritud teenuste osutamisega, st residentid osalevad ühelt poolt teenuste osutamises, kuid teisalt on piisavalt võimalusi selle kaudu õppida.

Mitmete erialade residentid on välja toonud, et nende erialal domineerib kliiniline töö ilma täiendava õpiväärtuseta. Kui residentuuri algse mõtte kohaselt peaksid residentid õpetamise eest osutama raviteenuseid, siis praktikas toimub raviteenuste osutamine mõnikord ilma õpetamiseta.

„Eesti residentuur ei ole hetkel üles ehitatud sellele, et välja õpetada häid spetsialiste, vaid sellele, et haigla saab tasuta tööjõudu. Residentid ei ole selleks, et epikriise kirjutada või analüüse määrata, vaid selleks, et ÕPPIDA. Aga kui resident tegeleb õppimisega, siis pole tast osakonnale mingit kasu.“

resident

JOONIS 1. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MINU ERIALA RESIDENTUURIPROGRAMM ON PRAKTLINE JA TEOREETILINE ÕPE OOTUSPÄRASES TASAKAALUS“



Standardi kohaselt peavad õpe ja teenuste osutamine olema üheskoos planeeritud, et nad teineteist täiendaks ja võimendaks. Tegelikuses pole teoreetiline ja praktiline õpe alati tasakaalus või on omavahel seostamata, st teoreetilised koolitused on eraldiseisvad ja praktilisest õppest lahutatud.

„Teoreetilised koolitused võiksid siiski rohkem praktilise suunitluse ja käsitlemisega olla. Ülikooli ajal üldisi teoorialoenguid on piisavalt olnud. Koolituste ettekannete ülesehitus võiks rohkem probleemikeskne ja praktilist käsitlust hõlmav olla.“

resident

Mitmete erialade esindajad leidsid, et teoreetiline õpe on residentuuris tagaplaanil ning vaikumise eeldus on, et teoreetiliste teadmiste omandamine toimub taustal, lisaks igapäevatoole.

„Organiseeritud teoreetilist õpet on liiga vähe, see on rohkem nagu igaühe oma asi, kui palju ja mida juurde loeb. Nelja aasta jooksul on olnud ainult üks residentide seminar.“

residentuuri lõpetanu

„Ma leian, et oluliselt rohkem peaks olema teoreetilist õpet, sh individuaalne teoreetiline koolitus. Praegu on igapäevaselt peaaegu ainult praktiline koolitus, teooriat (kui leiad aega ja jaksu) otsid ise juurde. Harva suunavad juhendajad sobiva materjali juurde või paluvad sellega tutvuda, võimaldavad aja teooriaga tegelemiseks. Programmi järgi peaks olema 20% teoreetiline koolitus. Reaalselt on see oluliselt väiksem!“

resident

On näiteid sellest, et õppeprogramm ei pruugi kõikides aspektides olla eriala vajadustest lähtuv või ei võta arvesse kitsamalt spetsialiseeruva residentide vajadusi.

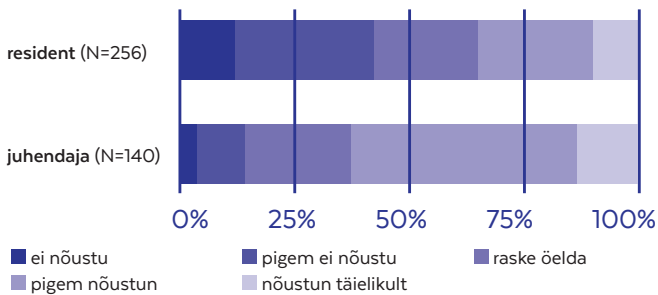
„KARDIOkirurg ei läbi tsüklis tundigi KARDIOLOOGIAT, mis ei ole ok.“

residentuuri lõpetanu

„Absoluutselt puudub arvestamine residentuuritsüklites vastava erialaga (näiteks mina, kes ma töötan peamiselt laste ja noortega, ei peaks veetma kardioloogia tsüklit +70 vanuses patsientide südamepuudulikkust ravides).“

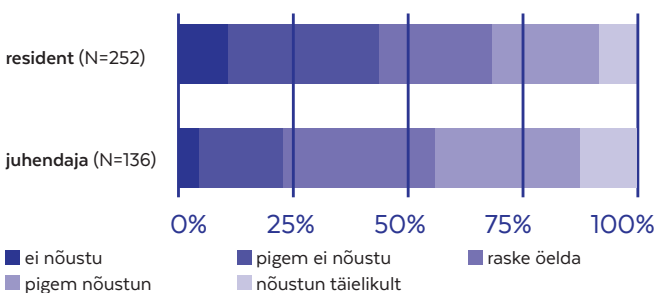
resident

JOONIS 2. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURIS PÕÖRATAKSE PIISAVALT TÄHELEPANU TEISTE ARSTIDEGA MEESKONNAS TÖÖTAMISE OSKUSTE ARENDAMISELE“



WFME standardi kohaselt tuleb resident valmistada õppe käigus ette kõikideks rollideks, mis teda tööelus ees ootavad, residendid peavad selleks saama muuhulgas suhtlemise ja meeskonnatöö oskuste alast õpet. Nagu näitavad küsitlustulemused, on niisuguste oskuste teadlik ja süsteemne arendamine Eestis pigem tagaplaanil.

JOONIS 3. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURIS PÕÖRATAKSE PIISAVALT TÄHELEPANU TEISTE KUTSEALADE ESINDAJATEGA (ÕED, ÄMMAEMANDAD, TEHNIKUD, PSÜHHOLOOGID) MEESKONNAS TÖÖTAMISE OSKUSTELE“



„Meeskonnatöö harjutused-koolitused puuduvad. Anestesioloogia kui ülimalt meeskonnatööle orienteeritud eriala puhul võiks neid kindlasti olla.“

„/---/ juhtimisoskuste sihipärane õpetamine puudub, suhtlemisteemaline õpetus puudub.“

residendid

„[Arsti professionaalsusega seonduvad aspektid nagu oskused elukestvaks õppeks ja kompetentsuse hoidmiseks, eetiline käitumine, altruism, empaatia, kaasinimeste teenimise oskus, eetikakoodeksite järgimine ja patsiendihutus] vajaks residentuuri lõpu(!)-aastatel lisakoolitust. Just seetõttu, et siis on endal tekkinud kogemus, mida jagada ja analüüsida. Arstiteaduse põhiõppes on eetikaõpe ka väga vajalik, aga ei kõneta veel inimest, kellel endal kogemus puudub.“

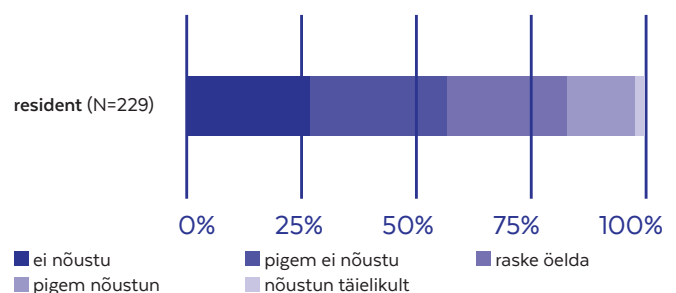
residentide juhendaja

Töökohapõhises õppes sõltub õppe kvaliteet otseselt töökeskkonnas toimuva juhendamise kvaliteedist. WFME standardile tuginedes peab residentuuri koostade arv olema proportsioonis järelevalve (juhendamise) võimekusega. Formuleerida ja rakendada tuleb juhendajate ja õppejõudude värbamis- ja valikukriteeriumeid, mis sätestavad nii vajalikud pädevused kui ka vastutuse.

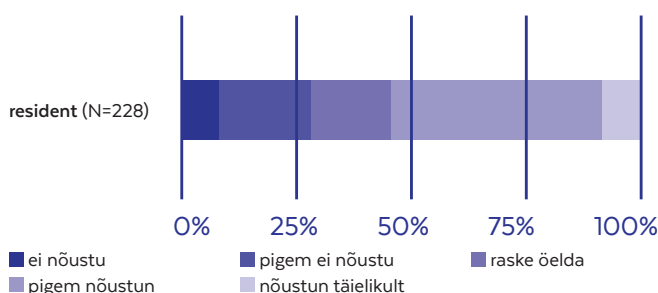
Eestis on residentuuri eeskirja järgi delegeeritud juhendamine tervishoiuteenuste pakkujatele – viimastega sõlmitavais lepinguis nähakse ette, et residendi juhendamise korraldab baasasutus. Asutus peab ise määrama praktilise koolituse tsüklilis juhendaja, kes vastutab residendi tegutsemise eest eriarstina. Residentuuri eeskiri sätestab juhendaja ainsa kvalifikatsiooninõudena töökogemuse alam-määra – juhendajaks võib olla vähemalt viieaastase erialase töökogemusega arst. Regulatsioonid ei sisusta juhendamist täpsemalt kui et „juhendaja ülesanne baasasutuses on residendi juhendamine ja tema tegevuse järelevalve ning juhendaja kindlustab residendile võimaluse konsulteerida igapäevaselt residendi praktilise arstitööga seonduvates küsimustes“.

Kvalitatiivsed tõendid viitavad, et juhendamise võimekus kõigis baasasutustes ei ole alati kooskõlas ei standardiga ega eeskirjades viidatud tingimustega. Probleeme on esinenud nii juhendaja olemasolu, tema kättesaadavuse kui ka juhendamise sisukusega. Esineb olukordi, kus nn ametliku juhendaja ja residendi graafikud ei kattu.

JOONIS 4. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURI BAASASUTUSED ON JUHENDAMISE KVALITEEDI TASEME POOLEST ÜHTLASED“



JOONIS 5. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURIJUHENDAJATEL ON/OLI MINU JAOKS ALATI PIISAVALT AEGA“



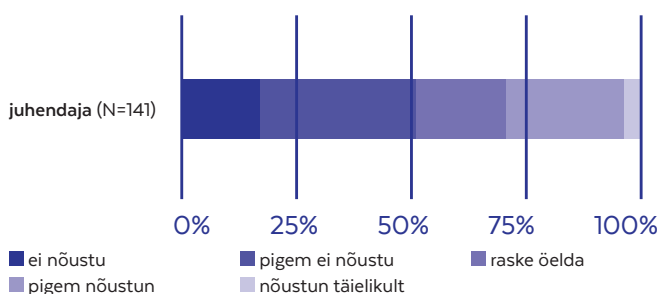
„Olen läbinud tsükleid, kus mulle määratud juhendajat nägin kuu aja jooksul kahel korral, seda ei saa ju juhendamiseks nimetada.“

„Liiga palju juhuslikkust. Väga palju sõltub sellest, kes satub juhendama. Väga palju sõltub ka iseendast, kui palju „nõuda“ ja ise ennast peale pressida. Põhimõtteliselt on võimalik tsükleid läbida minimaalse pingutusega ja suuremat midagi õppimata.“

residentid

Diskussioonides on viidatud, et residentide kogemus võib oluliselt erineda sõltuvalt sellest, kas nad teevad oma eriala tsükli või on nn külalisresidentid. Kvalitatiivsed tõendid viitavad, et praktilise kogemuse omandamisel ja juhendaja tähelepanu saamisel on juhendajaga sama eriala residentid vahel eeliseisundis.

JOONIS 6. NÕUSTUMINE VÄITEGA „OLEN SAANUD PIISAVALT MÄÄRAL ÕPETAMISALAST TÄIENDÕPET, MIS VÕIMALDAB MUL OLLA JUHENDAJANA TASEMEL“



„Minu enda eriala juhendajal on alati aega. Teiste tsükli kohta varieerub.“

„Paar korda puutusin kokku sellega, et residentidele öeldi: „Istu siin, ära sega!“. Tegemist oli mitte-erialase tsükliga polikliinikus. Juhendaja ei olnud huvitatud oma kogemust jagama.“

residentid

Etteheiteid on seoses juhendajate juhendamiskustega. Ka paljud juhendajad ise tunnetavad, et nende ettevalmistus juhendaja rolliks on puudulik. Oma hinnangutes töid juhendajad välja, et kuigi nad peavad täiendõpet vajalikuks, takistab neil koolitustel osalemist töökoormus ja -korraldus.

## LAHENDUSVÕIMALUSED ÕPPE KVALITEEDI TÕSTMISEKS

Kirjeldataud kitsaskohtadest johtuvalt on põhjendatud seada residentuuri arendamisel muuhulgas järgmised sihid:

- maksimeerida residentuuri õpiväärtust;
- siduda teoreetiline ja praktiline õpe tervikliku(ma)ks;
- tõsta juhendamise kvaliteeti.

Sidusrühmade esindajatega toimunud aruteludele toetudes saab järeldada, et soovitu saavutamisel puuduvad kiired ja lihtsad, vaid ühe osapoole otsustusruumist leitavad lahendused. Sihtide saavutamine eeldab mitmete lahenduste samaaegset rakendamist.

Residentuuriõpe peab valmistama residentide ette kõikideks rollideks, mida arstikutse eeldab. Kliiniliste teadmiste omandamise kõrval peab õpe süsteemselt pakkuma teistegi pädevuste omandamist, olgu selleks oskus teha meeskonnatööd, kommunikatsioonioskused (sh nt patsiendile tervisevajaduste või ka ravi perspektiivuse selgitamiseks, kriisijuhtimiseks) või teadmised juhtimisest ja ettevõtlusest. Enamik praegustest residentuuriprogrammidest neid aspekte ei puuduta, mistõttu on kohane WFME standardi toel õppe sisu ülevaatamine ja täiendamine kõikides programmides.

Et residentuur pakuks võimalikult väärtuslikku õpikogemust, tuleb residentide kaasamine teenusootajate igapäevatoösse süsteemsemalt läbi mõelda ning protsess paremini häälestada. Kaalutluskohaks on, millises mahus on täiendavate regulatsioonide või juhiste toel võimalik motiveerida praktikabaase kohanduma residentide õpivajadusega.



sele ning kuivõrd on vajalik ja võimalik suurendada Tartu Ülikooli rolli vahetu õppetöö korraldamisel.

Aruteludes on tugevalt kõlama jäänud mõte **luua praktikabaasidele** residentuuriõppe **miinimum-standardid**, mis sätestavad residentide töökoha ja juhendamise baastingimused. Isegi kui standardite kogum oleks teenusepakujatele pelgalt soovituslik, aitaks see ühtlustada arusaamu, millise õpikogemuse resident igas baasasutuses ja igas residentuuri tsükli peaks saama. See aitaks ka kahandada subjektiivsust olukordades, kus praktika residentide ootustele ega standardites sätestatule ei vasta.

Residentuuri korraldaval Tartu Ülikoolil oleks standardite toel võimalik märgata neid baasasutusi või üksuseid, kus igapäevane teenuseosutamine jätab uute oskuste ja teadmiste järjepideva omandamise tagaplaanile. Samuti joonistuksid välja need asutused, kus juhendajast erineva eriala, juhtumite keerukuse ning oskuste ja teadmiste vähesuse koostmõjul istub residentid jõe.

Samaaegselt oleks mõistlik **töötada välja tagasiside mehhanism**, mis residentide hinnangutele tuginedes annaks infot baasasutuse vastavusest residentuuri standarditele. Praktikas tähendab see vajadust tõsta ülikooli võimekust tagasisidet analüüsida ja otsustajatele edastada. Töödeldud ja süstematiseeritud info aitaks kõigil osapooltel valutumalt juhtida praktikabaaside ja erialaühenduste tähelepanu residentuuri kitsaskohtadele ning astuda samme olukorra parandamiseks, sh residentuuriõppe kvaliteedi huvides viimase võimalusena baasasutust või selle üksust ajutiselt õppeprotsessist kõrvale jättes.

Küsitav on, kas teoreetilise ja praktilise õppe parem sidumine on võimalik residentuuri praeguse korralduse juures, kus teoreetilised koolitused toimuvad ülikooli seatud graafiku alusel ning haakuvad juhuslikult vaid piiratud hulga samaaegsete praktiliste tsüklitega. Mõnede välisriikide eeskujul on soovitud, et teoreetilise õppe komponent toodaks vähemalt mõnes residentuuri perioodis igasse töönädalasse kui mitte igasse tööpäeva. See aga tähendaks senise tsükli põhise õppe aluste põhimõttelist muutmist.

Radikaalsete muutuste asemel või eel võib selle kitsaskoha leevendamisel abi olla paremast kom-

munikatsioonist. Väljendatud on arvamust, et kui individuaalse õpiplaani raames **formuleeritaks** iga praktilise tsükli eel residentide, üldjuhendaja ja/või ülikooli esindaja koostöös **konkreetsemad ootused tsükli**le, oleks baasasutusel ja sealsel juhendajal võimalik neid arvestada ning soovitada asjakohast teoreetilist õpet (artiklid, raamatupeatükid, videoõpetused), mille läbitöötamine paralleelselt tsükli läbimisega suurendaks oluliselt õpiväärtust. Praegu ei ole tsüklite õpiväljundid alati ka üheselt sedastatud, mistõttu võivad juhendatava ootused ja juhendaja nägemus erineda. Kriitiline võib see olla just külalisresidentide puhul, kelle erialaprogrammi pole juhendaja läbi töötanud.

Ootuste kommunikeerimist tsüklite eel mitmetel erialadel (oma eriala tsüklites) ühel või teisel moel juba rakendatakse – siinkohal on võtmeks püüda seda positiivset praktikat laiendada standardiseeritumalt üle kogu residentuuri. Optimaalseim viis selleks võib olla mõne juba olemasoleva infotehnoloogilise rakenduse juurutamine. Arengu soodustamisel on suur potentsiaal edumeelsematel erialadel või praktikabaasidel, kus on võimalik erinevaid lahendusi iseseisvalt katsetada.

Mõnesid praktikabaase iseloomustava **juhendamise juhuslikkuse, nappuse** või **süsteemituse** juured peituvad nii juhendavate arstide töökoormuses, puudulikes juhendamisoskustes kui ka asutuste töökorralduses. Süsteemsem probleem on seotud juhendajate piiratud ajaga. Juhendajatel on tööandjate ees lepinguline kohustus osutada tööajal kvaliteetseid tervishoiuteenuseid. Seevastu juhendamise sisu ja mahte õigusaktid ega teadaolevalt ka lepingud üheselt ei defineeri. Seetõttu on võimalik juhendamise kohustust ja sisu tõlgendada laiades piirides. Teenuseosutamise kõrval on juhendamine enamasti madalama prioriteediga.

On väljendatud arvamusi, et juhendamisega seotud probleemid on kohati süvenenud sellepärast, et residentide hulk on viimastel aastatel oluliselt kasvanud. 2015. aastast nõuavad samades praktikabaasides täiendavat tähelepanu poolteistsada kuuenda kursuse üliõpilast, kes on läbimas nn praktika-aastat. Juhendamist vajavate inimeste arvu kasv võib olla tingitud sellest, et juhendamisega on tegelema sattunud üha enam puuduliku motivatsiooni ja oskustega arste.

Sidusrühmade nägemuses oleks ideaalseks juhendamiseks vaja esmalt luua olukord, kus kõikidel erialadel, haiglates ja tervisekeskustes on arstide hulk jõudnud tasemele, kus elanikkonna ravivajadusele oleks võimalik vastata nominaalse tööaja sees ning teenuste rahastamise tingimused võimaldavad töölepingutes ette näha juhendaja rolli täitmiseks kuluva aja. Arvestades Eesti arstide demograafilist jaotust ja lisanduvate residentide arvu lähiaastatel, küündivad selle ideaalini lähikümneks vaid üksikud asutused üksikute erialadel.

Ideaali suunas liikumiseks on vältimatult vajalik **defi- neerida** eespool nimetatud **miinimumstandardeis juhendamise sisu**, et sidusrühmad saaksid üheselt aru, mida tähendab juhendamine juhendavale arstile ning millistele kriteeriumitele peab juhendaja tegevus vastama. Lisaks on kitsaskohti võimalik leevendada mitmete täiendavate meetmete samaaegse rakendamisega. Sidusrühmad on välja pakkunud võimalikud variandid:

- arsti kui kolleegide juhendaja rolli laiem teadvustamine ja vastava õppe pakkumine nii arsti põhiõppes kui ka residentuuris;
- kogenumate residentide rakendamine nooremate residentide juhendamisel;
- mentorluse süsteemi juurutamine;
- juhendajatele anonüümse tagasiside pakkumine;
- juhendajatele süsteemse ja järjepideva koolituse pakkumine.

Eriarsti rollis on paratamatult sees nooremate kolleegide õpetamine, sellest rollist jäävad oma tööelu vältel kõrvale vähesed arstid. Seetõttu on loomulik, et ka **arstide ettevalmistusprotsessis pöörataks õpetamise oskustele süsteemset tähelepanu** ning aidataks varakult teadvustada, et arsti üks enesemõistetav rollidest on kolleegide juhendamine.

Residentide ja juhendajate tagasiside viitab, et õpetamise õppimine leiab enamasti aset residentuuri järgselt juhendajatele suunatud koolitustel või pärast

põhiõpet doktorantuuris. Erialakeskne õpetamise õpe niisiis eksisteerib, kuid see tuleb tuua varasemaks. On kaalutluskoht, kuivõrd peaks ja saaks juba põhiõppesse sisseastumisel arvestada, et kõik arstid peaksid olema suutelised õpetama vähemalt residentide juhendaja tasemel. Minimaalselt oleks kohane seda sisseastujatele kommunikeerida.

Õpetamise õppimine võib pakkuda soodsa aluse ka arsti enda teadmiste ja oskuste järjepidevaks arendamiseks – seegi on WFME standardis selgelt markeeritud kui oskus, mida peab tasemeharidusjärgses spetsialiseerumises arendama. Pakkudes nii põhiõppes kui ka residentuuris õpetamise õpet, on vajaliku ettevalmistusega inimesi võimalik juba residentuuri vältel juhendamises rakendada. Koos residentide pädevuspõhise eristamise ootustega on toetust kogunud idee hakata residentide seas **eristama vanemresidente**. Vanemresidentidel oleks võimalik osaleda nooremate juhendamises, nt lihtsamate diagnostiliste ja raviprotseduuride tegemisel, asutuse/osakonna töökorralduse tutvustamisel, aga ka sissejuhatavates tsüklites kaasjuhendaja rolli täites. Vanemresidentide kaasamine juhendamisse aitab ka neil endil koguda juhendamiskogemust ja testida oma erialaseid pädevuspiire osalise vastutuse tingimustes ning täiendada enda teadmisi puhkudel, kus vastused nooremresidentide küsimustele on jäänud ebatäielikuks. Teisalt peab arvestama, et ka vanemresidentide peamine ülesanne residentuuris on õppimine, mistõttu on juhendamise koormuse asetamine nende õlgadele aktsepteeritav üksnes ulatuses, mis aitab kinnistada uusi teadmisi või õpetab õpetama.

Nii mõneski praktikabaasis on vanemate aastate residentide sellisel kujul juba rakendatud – ratsionaalne oleks seda ka reguleerida. Muudatuste kavandamisel peab siiski arvestama, et hoolimata kasvavast pädevusest vajavad ka vanemresidentid ise nooremresidentidega samas mahus juhendamist. Kui residentuuri algusaastatel on iseloomulik, et resident vajab juhendamist sageli, ent lühiajaliselt, siis viimastel aastatel muutub vajadus enamasti harvemaks, kuid arutlemine keerukate ravijuhtude ja ravivalikute üle võib nõuda juhendajalt korraga oluliselt rohkem aega ja tähelepanu.

Residentide eristamisel tuleb vastata hulgale täiendavatele küsimustele, mida käsitletakse siin põhjalikumalt pädevuste hindamise alaosas.

Mitmetelt osapoolelt on kõlanud ka idee juurutada tavapärase, praktikabaasis toimuva juhendamise kõrval **mentoripõhine lähenemine**, kus igal konkreetset erialal alustav resident saab endale sama eriala mentori. Mentor võib olla põhijuhendaja konkreetsetes baasasutustes, kuid temaga säilib regulaarne kontakt ka siis, kui baasasutus muutub. Samuti on temaga võimalik konsulteerida lisaks erialastele küsimustele teistegi arstiks kasvamiseks vajalike eelduste osas kogu residentuuri perioodil.

Lahendus on residendile väärtuslik mitmest aspektist. Ühelt poolt on mentori näol olemas keegi, kes saab anda residendile konstruktiivset tagasisidet viimase kasvamisest erialaspetsialistiks. Teisalt saab mentor pakkuda juhendavat tuge juhtudel, kus baasasutuse juhendamine ei ole tasemel. Samuti võib mentor toetada residendi kursis hoidmist eriala teadusarenguga.

Arvestama peab, et mentorluse rakendamine ei suuda siiski pakkuda lahendust arstide süsteemsele ajapuudusele ning võib seda hoopis võimendada. Sellegi lahenduse näol on tegemist ideega, mida uuendusmeelsemad erialad saavad sõltumata üldisest korraldusest pilootida ning esmaste kogemuste järel saab hinnata plusside ja miinuste valguses võimalusi lähenemist laiendada.

On alust eeldada, et kui **juhendajad saaksid juhendatavalt regulaarselt konstruktiivset tagasisidet**, oleks neil võimalik oma juhendamisoskustele teadlikumalt tähelepanu pöörata ning vajadusel neid lihvida. Kuigi ka praegu on residentidel võimalik tsükli lõppedes anda juhendajale tagasisidet, ei pruugi see alati jääda anonüümseks, mistõttu võib pragmaatilistel põhjustel olla mõistlik ausat tagasisidet mitte anda või siis kasutada enesetsensuurimist. Seega on põhjendatud välja töötada tagasisidestamise süsteem, mis pakub juhendajale anonümiseeritud tagasisidet, kui on kogunenud piisaval hulgal juhendatavaid. Sel moel antavad hinnangud aitavad kahandada tajutavat tagasiside subjektiivsust – kui mitu juhendatavat tõstavad positiivses või negatiivses võtmes esile sarnaseid teemasid, võib see anda usaldusväärse signaali, et juhendamisoskused on kas tasemel või vajavad lihvimist. Regulaarne positiivne tagasiside võib olla juhendajale professionaalselt oluliseks tunnustuseks, mis tõstab tema tööga rahulolu ja motiveerib edaspidigi juhendamist vastutust kandma. Funkt-

sionaalse tagasisidesüsteemi disainimine saaks toimuda ENÜ ja ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna dekanadi koostöös.

Juhendajatele on juba mitme aasta vältel pakutud juhendamist koolitust. Samas on mitmed juhendajad leidnud, et kuigi sissejuhatuseks see sobib, peaks **juhendajate koolitamine toimuma süsteemsemalt ning esmasele koolitusele võiks järgneda regulaarsed täiendkoolitused**. Oluline on seejuures, et koolitused ei toimuks üksnes Tartus, vaid piisava etteatamisega ka ülikoolilinnast kaugel asuvates asutustes. Rolli mängib ka asutusesisene tugi – et juhendajad saaksid regulaarselt koolitustel osaleda, peaks asutus seda ka võimaldama ja tunnustama.

Aruteludes on kõlanud ka ettepanek lisada juhendavate arstide töötasusse arvestatav juhendamise komponent. Samas on leitud, et kuigi juhendamise kajastamine palgalehel oleks juhendavate arstide vaatevinklist õiglane ja võiks vähemalt ajutiseltki tõsta juhendamise prestiižsust, ei lahenda ka juhendamistasude mitmekordistamine ajanappuse probleemi. Seal, kus on juhendatavad, ei ole vähem patsiente – pigem vastupidi. Seega on juhendamistasu tõstmise eraldi küsimus – selle toimetise fookuses olevate probleemkohtadele see poliitika-muudatus ilmselt leevendust ei paku.

Sõltumata arengust residentuurisüsteemis tuleb jätkata arstide tööaja vabastamist ülesannete arvelt, mida saavad teha teised tervishoiuspetsialistid ja muud töötajad. Mitmetes residentide toodud näidetes on neid rakendatud assisteerivates tööülesannetes, mis ei eelda arsti kvalifikatsiooni, kuid mis muu personali puudumisel on jäänud arsti õlule. Residendi liitumisel meeskonnaga on need ülesanded vahel temale delegeeritud. Kuigi ka residendi ajutine sattumine õe või sekretäri rolli võib sisaldada olulist õpiväärtust, ei tohiks need rollid residentuuriõppe tsükklites prevaleerida.

Nagu eelnevast nähtub, on õppe sisukuse parandamisega seotud lahenduste spekter lai ning vaid üksikute asutuste sammudest muutuste tekitamiseks ei piisa. Oluline on teadvustada muutuste vajalikkust, mis on esmaseks eelduseks ühiste sammude astumisel.



Kahandamiseks erialade vahel tekkinud kääre õppe arendamisel, on väljendatud ka vajadust **tuua residentuuri üldjuhendajaid omavahel regulaarselt kokku**, et luua eeldused koostöö parandamiseks ning positiivse praktika ja arendusideede levimiseks. Tasub kaaluda, kas siingi võib silmast silma kohtumiste kõrval või asemel kasutada asünkroonseid infovahetuskanaleid.

## PÄDEVUSTE HINDAMINE JA TAGASISIDE

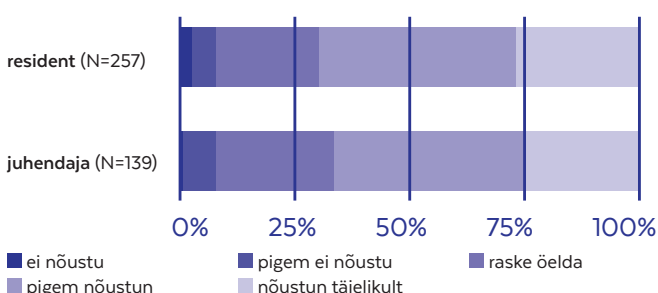
Residenti pädevuste hindamisel on eristatavad kolm etappi: hindamine residentuuri vastuvõtmisel, hindamine õppe käigus ning hindamine residentuuri lõpus eriarsti kvalifikatsiooni omistamisel.

WFME standardi kohaselt peab residentide valik konkreetsesse õppeprogrammi olema seotud programmi eesmärkidega, valikuprotsess ja selle kriteeriumid peavad olema formuleeritud ja rakendatud ühtse poliitikana. Arvestada võib põhiõppe tulemusi, teisi akadeemilisi või hariduslikke kogemusi, sisseastumiskatseid ja intervjuusid, sh motiivatsiooni spetsialiseeruda valitud erialale.

Residentuuri vastuvõtmist reguleerib Eestis residentuuri eeskiri. Selle kohaselt toimuvad residentuuri vastuvõtuksamid üks kord aastas, koosnedes kirjalikust ja suulisest osast. Residentuuri võetakse vastu erialati moodustatud paremusjärjestuse alusel, viimane kujuneb põhiõppe lõpueksami hinde ja vastuvõtuksami tulemuse alusel. Residente hindavad vastuvõtuksamil eriala üldjuhendaja ettepanekul moodustatud kolme- kuni viieliikmelised vastuvõtuksami komisjonid, mille liikmetest vähemalt üks peab olema väljastpoolt ülikooli.

Valdav enamus residentidest ja nende juhendajatest leiavad, et residentide vastuvõtmise protsess on läbipaistev ja õiglane.

JOONIS 7. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTIDE VALIKUPROTSESS ON LÄBIPAISTEV JA ÕIGLANE“



Samas on mõned veebiküsitlusele vastajad heitnud kvalitatiivsetes täpsustustes ette hindamise läbipaistmatust erialadel, kuhu residente võetakse vastu harva ja korraga vähe, konkurss on tihe ning kõrvalejääjaid seega mitmeid. Järeldusi erapoolikute valikute leviku kohta on olemasoleva info põhjal samas raske teha – on võimalik, et mitmete inimeste etteheitevate hinnangute aluseks on üksikud juhtumid.

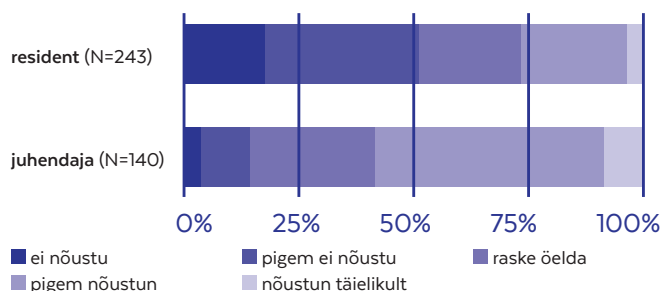
WFME standardi järgi peab residentuuri korraldaja formuleerima ja juurutama residentide hindamispoliitika ja tagama, et hinnatakse õppurite teadmisi, oskusi ja hoiakuid. Hindamisel tuleb rakendada üksteist täiendavaid hindamismeetodeid ja formaate (sh nt mitu hindajat). Hindamine peab olema praktiline ja tagama, et hinnatav saab hindamise tulemuste baasilt õigeaegse, tema vaatevinklist asjakohase, konstruktiivse ja ausa tagasiside. Seejuures tuleb hindamisel rakendada põhimõtteid, meetodeid ja praktikat, mis on selgelt kooskõlas kavandatud õpitulemustega ja juhendamise meetoditega ning tagavad, et hindamine annab vastuse, kas resident on jõudnud kavandatud õpitulemusteni. Õppuri vastutust tuleks tõsta järk-järgult kooskõlas tema oskuste, teadmiste ja kogemuste kasvuga.

Eestis hindab residentuurieeskirja kohaselt kõigi oma eriala residentide edasijõudmist eriala üldjuhendaja vastavalt individuaalsetele õpingukavadele ja residentuuri programmile. Edasijõudmisele positiivse hinnangu andmise eeldus on, et resident on osalenud ettenähtud teoreetilistel koolitustel, läbinud praktilise koolituse tsükli ning sooritatud positiivsele tulemusele eksamid ja arvestused. Hinnangu andmisel võtab eriala üldjuhendaja arvesse residentide aruande ning juhendajate arvamused residentide praktiliste oskuste ja teoreetiliste teadmiste praktikas rakendamise kohta. Residentil on kohustus pidada residentuuripäevikut, milles kajastub tema teoreetilise koolituse läbimine ja praktiliste oskuste omandamine vastavalt individuaalsele õpingukavale ja residentuuri programmile. Kaks korda õppeaastas peab ta koostama kirjaliku aruande praktilise koolituse läbimise kohta baasasutustes ja esitama selle eriala üldjuhendajale. Residenti juhendaja baasasutuses annab tsükli lõppemisel kirjaliku arvamuse, kuidas residentil praktilised oskused vastavad individuaalsele õpingukavale ja residentuuri programmile ning kuidas resident rakendab teoreetilisi teadmisi praktikas.

Residendid, kes on täitnud individuaalse õpinguka-va täies mahus ja sooritanud ettenähtud eksamid ja arvestused positiivsele tulemusele, viiakse residentuuri prodekaani korraldusega üle järgmisele õppeaastale.

Residentidelt ja juhendajatelt laekunud info viitab, et kirjeldatud formaalses protsessis on mitmeid probleemkohti ning pädevuste hindamine ja tagasisidestamine residentuuri vältel varieerub erialati ja baasasutusesti oluliselt. On erialasid, kus raken- datakse vahehindamisi ja on neid, kus edasijõud- mise esimene hindamine on residentuuri lõpuek- sam.

**JOONIS 8.** NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENDID SAAVAD RESIDENTUURI VÄLTTEL PIISAVAT TAGASISIDET KUJUL, MIS TOETAB NENDE ARENEMIST PROFESSIONAAL- SEKS ARSTIKS“



„Residendi arengut ei hinnata ega toetata minu erialal süsteemselt, kellelgi ei ole enne lõpueksamit aimu, mida ma tean või oskan. Residentuuri tulemus sõltub ainult residentidest endast – oled tubli, saad heaks arstiks, ei ole veel piisavalt tubli, et ennast ise motiveerida ja õpetada, ei saa heaks arstiks.“

resident

„Minu erialal on esimene teadmiste kontroll residentuuri lõpueksam. Euroopa soovib vaheeksamit [ehk] nn progressiooni-testi.“

residentide juhendaja

Tagasiside süsteem formaalselt eksisteerib, kuid praktikas puudub sel sisukus. Residentide sõnul on tagasiside sageli napp ja mittemidagiütlev, mistõttu ei pruugi neil sellest abi olla oma arenguvajaduste üle otsustamisel.

Tagasiside vorm juhendajalt on väga kesine ja mitte mingit tagasisidet andev. Tagasiside võiks olla konstruktiivne – sooviksin väga, et juhendaja pööraks tähelepanu punktidele,

mida võiksin kindlasti veel arendada (seda on vähe olnud), kindlasti on tore kuulda ka positiivsete asjade väljatoomist. Antud ristikestega tagasiside vorm ei anna praktiliselt mingit tagasisidet.

resident

Minu jaoks jääb hinnangu andmine liiga pinnapealseks ja sisutuks. Kuna puudub mentor, siis puudub inimene, kellel on reaalne ülevaade üldisest arengust ja selline tagasiside puudub sisuliselt, sest see toimub ainult paberite alusel, aga paber kannatab kõike.

residentuuri lõpetanu

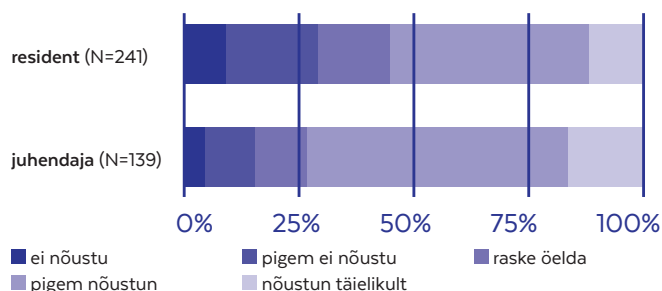
Eestis kehtiva õiguse kohaselt on ka viieaastase kestusega residentuuris 1. aasta ja 5. aasta residentide õiguslik staatus sisuliselt samaväärne, üksnes residentuuri 3. aastast lisandub residentile retsepti väljakirjutamise õigus võrdselt vastava eriarstiabi eriala omandanud arstiga. Samas on teada, et realsuses kasvab residentide vastutus ühes kogemuste kasvuga. Siiski leiab ka oluline hulk residentte, et nende puhul on vastutuse tõstmine olnud järsk ning see pole olnud vastavuses residentide ettevalmistuse ja suutlikkusega. Tavapäraselt on see etteheide olnud seotud just erialase valvetööga, millesse kaasatakse juba ka 1. aasta residentte.

„Esimesel päeval anti koheselt esimesed patsiendid. Mõistlik oleks näiteks esimene nädal tutvustada osakonda, kus miski asub, missugused on osakonna ravivõimalused ning missuguste haiguste puhul neid kõige enam kasutatakse. Samuti võiks tutvustada baaspreparaate, mida kasutatakse, ning residentuuri üldjuhendaja võiks olla tunduvalt kättesaadavam.“

„1. päevast saame oma patsiente, kellega tegeleme iseseisvalt. 1. aastast iseseisvad valved 3x kuus. Arvan, et residentide vastutus on liiga suur.“

residentid

**JOONIS 9.** NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENDI VASTUTUSE MÄÄRA TERVISHOIUTEENUSTE OSUTAMISEL TÕSTETAKSE JÄRK-JÄRGULT KOOSKÖLAS TEMA OSKUSTE JA TEADMISTE SUURENEMISEGA“



Residentuuri lõpueksamile pääsemise eeldused, lõpueksami sisulised nõuded ja sooritamise kord on sätestatud residentuuriprogrammides. Residentuurieeskirja kohaselt annab eriala üldjuhendaja viimasel edasijõudmise hindamisel enne lõpueksamit hinnangu, kas resident läbib residentuuri programmis ettenähtud teoreetilise ja praktilise koolituse nominaalkestuse lõpuks. Eriala üldjuhendaja positiivne hinnang on residentide lõpueksamile lubamise eelduseks.

*„Residentuuri lõpueksam peaks olema Euroopa eriala seltsi eksam või läbi viidama Eesti erialaseltsi poolt. Hetkel olukord, kus õpetajad = eksamineerijad. Seega läbikukutamise korral tunnustad oma õpetamise nõrkust.“*

residentide juhendaja

Toimetise aluseks oleva veebiküsitluse raames spetsiifilisi lõpueksamile keskendunud küsimusi ei esitatud, mistõttu on ka seda kirjeldav kvalitatiivne materjal katkendlik. Põgusad peegeldused sel teemal lubavad aga siingi järeldada, et erialade üleselt vajab kvalifikatsioonile vastamise hindamine ühtlustamist.

## LAHENDUSVÕIMALUSED PÄDEVUSTE HINDAMISE PARANDAMISEI

Veebiküsitlusel kogutud kvalitatiivne info lubab järeldada, et pädevuste hindamise juures on residentide vaatevinklist kõige oodatavam muutus sellise mehhanismi loomine, mis võimaldab pakkuda residentidele õpingute vältel regulaarset tagasisidet tema oskuste ja teadmiste edenemise kohta. Kuigi selline süsteem on formaalselt olemas, see praktikas ei toimi.

Üheks kõlanud lahendustepanekuks on **sisse viia kohustuslik silmast silma tagasiside andmine** (nt minimaalselt 1 akadeemiline tund) iga tsükli lõpus. Kriitiline eeltingimus sellise muudatuse rakendamiseks ja toimimiseks on see, et valdav osa juhendajatest läbib eelnevalt juhendamise koolituse, mille üheks osaks on konstruktiivse tagasisidesutamise õpe. Omaette küsimus on, kui valutult ja edukalt saab ajanappuses juhendajatele täiendavate aega nõudvate kohustuste lisamine toimuda. Samas ei vaja sellegi lahenduse edukas rakendamine tingimata kohe keskset kõiki osapooli kaasavat otsust ning see saab jätkuda erialaseltside ja/või baasasutuste eestvedamisel üksikute tsüklite ja erialade kaupa.

Idealistlik ootus on, et pikas perspektiivis võiks tagasiside andmine ja saamine muutuda töökultuuris normiks ning formaalselt eristatavate nn tagasisidesündmuste järele kaob vajadus. Kolleegide tunnustamine ja konstruktiivne tähelepanu juhtimine arendusvajadustele võiks saada osaks igast tööpäevast. Sarnaselt muude valdkondadega vajab selline filosoofiline muutus juurdumiseks tõenäoliselt mitut põlvkonna vahetust.

Mõneti keerukamat ja tsentraliseeritumat lähene mist vajab aga residentide vastutuse õiguslik käsitus. Nagu eespool öeldud, oleks ootuspärane, et kehtiv õigus ja praktika oleksid kooskõlas ehk residentide oskuste kasv kajastuks ka nende vastutuse kasvus. Seetõttu võib olla mõistlik **residentide pädevuse järgi diferentseerimine, eristades suurema kogemusega vanemresidente**, kellel tekiks õigus teatud tingimustel iseseisvalt tegutseda, sh nt iseseisvalt valvata ning juhendada kokkulepitavates aspektides nooremresidente. Kui residentide valved üldarsti pädevust nõudvatel positsioonidel on aktsepteeritavad ka residentuuri alguses, siis valved erialakonsultandina eeldavad juba olulist kogemuste pagasit.

Kogenumate residentide eristamisel tekib rakeduslik küsimus, kas selline eristus peaks olema sisuline, konkreetsetel oskustel ja vahehindamisel baseeruv, või saab staatus muutuda automaatselt residentuuriaasta muutumisega (nagu tekib kõikidele 3. aasta residentidele retseptiõiguse). Kui eristus peaks olema sisuline, on küsimus, millised variatsioonid on lubatavad või vajalikud erialade lõikes. Kui aga diferentseerimine toimub automaatselt ning see ei võta arvesse motivatsiooni ega kogemusi, võib see sootuks kaotada sisulise mõtte. Lähtudes põhimõttest, et residentidele tuleks anda rohkem kohustusi siis, kui ta on nendeks valmis, tuleks esmalt veenduda, kas resident on soovitud taseme ka saavutanud. Sel juhul on möödapääsmatu formaalne hindamine (nt vaheeksamina).

Alternatiivne poliitika võib olla see, et vanemresidentide staatus koos suurema vastutusega antakse piisava kogemuse omandamise järel residentide, praktikabaasi ja üldjuhendaja konsensusliku kokkuleppega ning praktikabaasi muutudes see staatus edasi ei kandu.

Eri staatuste jõustamise kavandamisel kerkib ka küsimus tasu diferentseerimisest. Loomulik on, et kohustuste laienemist tasustatakse õiglaselt.

Pädevuste hindamisega seotult on välja käidud idee **hakata detailsemalt ja digitaalselt salvestama kõikide residentide residentuuris omandatavat kogemust**, et saada jooksvalt parem ülevaade nende oskustest. Diagnostilised ja kirurgilised erialad suuresti juba järgivad kogemuse salvestamise põhimõtet ning nende programmid ongi täielikult või olulises osas üles ehitatud juhupõhiselt. Näiteks patoloogias on vajalik, et resident puutub kokku teatud hulga juhtumitega, et tal tekiks suutlikkus haigusi või muid patoloogilisi seisundeid ära tunda. Teisalt toimub see protsess praegu veel mõneti kohmakalt ehk paberikandjal praktikapäeviku põhiselt, mistõttu on jooksvalt ülevaate saamine raske. Potentsiaali nähakse kogemuste kaardistuse digitaalses ülevaates, mis võib juhendajale anda hea arusaama, mida juhendatav juba oskab, ning lubab keskenduda teemadele, kus kogemus puudulik või napp. Kuni esineb tsükleid, kus eesmärgid ei täitu (seda ka näiteks residentide haigestumise tõttu), võib kogemuse sihipärane kaardistamine aidata märgata ja kõrvaldada lünkaid.

Kogemuse usaldusväärne salvestamine võib kriitiline olla tulevikus osakoormusega residentuuri juurutamisel. Õppe jagunemisel pikemale ajaperioodile võib eriarsti kvalifikatsiooni andmisel olla oluline tuvastada residentide kogemus just viimase viie aasta vältel, et antav kvalifikatsioon oleks kooskõlas eriala pädevushindamise kriteeriumitega. Mõttekohaks on, kui mõistlik on kogemuse salvestamise süsteemi juurutamine üksnes residentuuris ja eraldiseisvalt laiemast arstide pädevushindamisest? Pikemas perspektiivis on arstide pädevushindamise süsteemi universaalne väljaarendamine ilmselt vältimatu. Siingi on esmalt vajalik põhjalikum analüüs, millised on konkreetsete erialade ootused ja vajadused ning kas on võimalik rakendada erialade ülest universaalset lahendust nii residentuurikogemuse salvestamisel kui ka laiemalt arstide pädevushindamises.

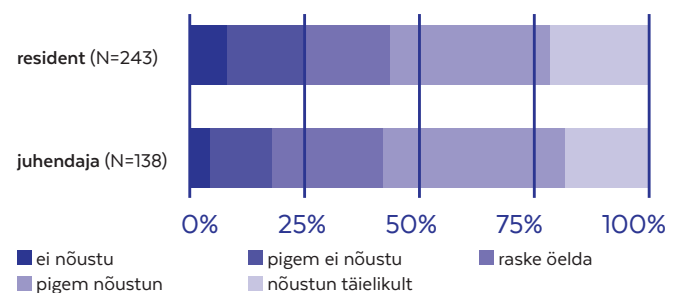
## RESIDENTUUR JA TEADUSTÖÖ

WMFE põhistandardi kohaselt peaks ka tasemeharidusjärgses õppes olema läbivaks teemaks teaduslik lähenemine – põhineb ju kogu meditsiin

teaduslikul alusel, mistõttu peab igal arstil olema ettevalmistus teadusmetodoloogias. Residentuuriõpe peab seega tagama, et residentidel oleks kokkupuude meditsiinilise uurimismetoodikaga, erialase kliinilise uurimistööga ja kliinilise epidemioloogiaga. Residentid peaks valdama teaduslikku põhjendamist, oskama rakendada teaduslikke meetodeid oma erialal ning olema kursis tõenduspõhise meditsiiniga. Kvaliteedistandardi kohaselt võiks programm hõlmata teaduskirjanduse ja andmetike kriitilise hindamise õpet.

Eesti residentuuri iseloomustavad kvalitatiivsed andmed viitavad, et ühelt poolt on erialasid, kus arsti spetsialiseerumise õpe ja teaduslik mõtlemine on lahutamatult seotud.

JONIS 10. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MINU ERIALA RESIDENTUURIS ON KESKSEL KOHAL TEADUSLIK LÄHENEMINE, KÄSITLEMIST ON LEIDNUD MEDITSIINILINE UURIMISTÖÖ, SH KLIINILISTE UURINGUTE JA KLIINILISE EPIDEMIOLOOGIA ALUSED



„Teadustöö tegemine on väga soositud, teoreetiliste kursuste/koolituste ettekanneteks töötame läbi palju teadusartikleid, neid ka teistpidi aeg-ajalt kritiseerides.“

„Residentuuri jooksul loeme erialaseid artikleid, koostame ettekandeid (mis nõuab vastava materjali läbitöötamist), pressime end teadustöösse, käime kursustel ja koolitustel. Loogiliselt võttes peaks sedasi jätkuma ka pärast residentuuri.“

residentid

„Püüame toetada huvi teadustöö vastu (regulaarne Journal Club, residentid peavad kirjutama vähemalt ühe erialaajakirjas avaldatava artikli, osalema eriala auditites, ravijuhendite väljatöötamises jms).“

residentide juhendaja

Mitmete erialade residentide ja juhendajate kogemuses on teadustöö ja residentuur seevastu eraldiseisvad, kui mitte üksteist välistavad – teadus on mida-gi, mida tehakse doktorantuuris, mitte residentuuris.

„Residentuuri ajal ülikooli ega õppetooli poolt mingit koolitust teaduslikuks tööks eraldi tehtud ei ole.“

resident

„Teadustööle rõhku ei panda, ka selle aluseid ei õpetata, mistõttu on raske loota, et eriarst pärast residentuuri lõppu teaduslikult aktiivseks hakkab.“

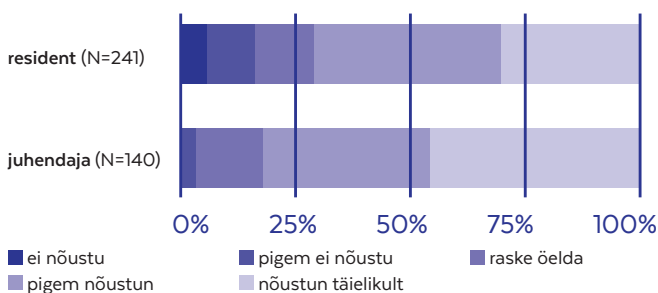
„Puudub täielikult teaduslikule tööle suunav tegevus või isegi võimalus ennast huvitavate teemadega residentuuri käigus tegeleda.“

residentuuri lõpetanud

Residentide ligipääs teaduskirjandusele varieerub erialati ja baasasutuste lõikes. Ühelt poolt on kõikidel residentidel ligipääs arvukatele teaduskirjanduse andmebaasidele, ajakirjadele ja raamatutele samaväärselt Tartu Ülikooli tudengitega ülikooli arvutivõrgu (sh kaugühenduse) kaudu.

Teisalt ei paku ülikooli raamatukogu mõistetavalt ligipääsu väga spetsiifilistele, kuid eriala seisukohalt olulistele allikatele. Mitmetele tippajakirjadele on organiseerinud juurdepääsu erialaühendused ja teenuseosutajad – kuid praktika siingi varieerub. Veebiküsitluses tõsteti korduvalt positiivselt esile Tartu Ülikooli Kliinikumi, mille arvutivõrgust on kõige rikkalikum ligipääs erinevatele allikatele.

JOOIS 11. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MUL ON/ RESIDENTIDEL ON HEA LIGIPÄÄS ERIALASELE TEADUSKIRJANDUSELE“



„Enamik kõrgelt hinnatud teaduskirjanduse andmebaase ei ole avatud ligipääsuga ja sinna ei saa ka UT paroolidega.“

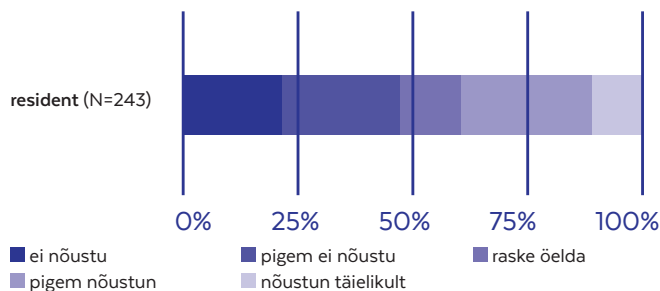
„Ligipääs olulisematele teadusajakirjadele on peamiselt tänu sellele, et mõni resident on end mõne suure organisatsiooni liikmeks teinud, maksab liikmemaksu ja jagab seeläbi saadud ligipääsu ajakirjadele teiste residentidega.“

„See on haiglast sõltuv – kõikidel haiglatel ei ole suurematele teadusandmebaasidele ligipääsu. See võiks olla ülikooli poolt tagatud kogu residentuuri vältel (k.a lapsehoolduspuhkusel olles).“

residentid

Nii residentid kui ka nende juhendajad on väljendanud vajadust, et residentidele õpetataks teaduskirjanduse kriitilist hindamist. Ootuseks on saada erialases võtmes teadmisi, näiteks millised on erialased usaldusväärsed tippajakirjad. Valitud erialadel on ellu kutsutud nn *journal clubid*, mis osalt seda lünka täidavad.

JOOIS 12. NÕUSTUMINE VÄITEGA „OLEN RESIDENTUURI VÄTEL SAANUD ÕPET/JUHENDAMIST ERIALASE TEADUSKIRJANDUSE JA ERIALASTE ANDMESTIKE KRIITILISEKS HINDAMISEKS“



„Tänapäeval on pigem probleemiks info üleküllus, mitte selle puudumine. Mitte enam info leidmine, vaid selle selekteerimine – oskus, mida tuleks samuti õpetada (nt milliseid teaduslikke uuringuid/väiteid pidada põhjendatuks ja väärt praktikasse lülitamiseks).“

residentide juhendaja

„Eeldatakse, et tead kohe ise, mis erialane kirjandus üldse on /---/ olemas ja mida peaks lugema. 1. aasta residentil pole aimugi, mis ajakirjad üldse [erialal] olemas on!“

resident

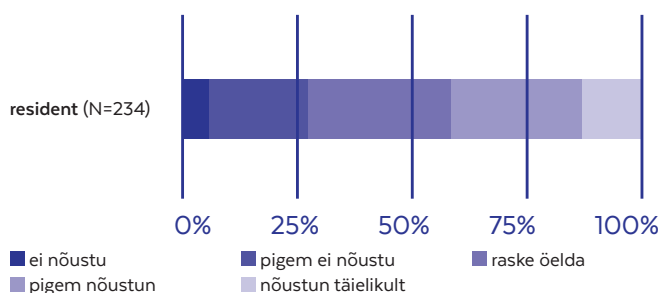
Olulises ulatuses varieeruvad residentide hinnatud teadustöö tegemise võimaluste kohta neid huvitavatel teemadel. Arvestava hulga veebiküsitlusele vastanute sõnul puudub/puudus neil igasugune huvi osaleda ise teadustöös, mistõttu nad kas ei oska öelda, kas võimalused on/olid loodud, või nad arvasid, et võimalused on/olid olemas, kuid nad ei ole neid kasutanud. Teisalt oli ka arvamusi, mille kohaselt võiks teadustöös osaleda, kui seda lubaks aeg – korduvate kommentaaride kohaselt eeldab teadustöö residentuuri ajal pühendumist väljaspool tööaega.

Pakkumisi on, kuid aeg tuleb normtundidele lisaks. Ehk siis pere või hobide arvelt.

resident



JOONIS 13. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MULLE ON/ OLID LOODUD EELDUSED, ET TEGELEDA RESIDENTUURIS ERIALASE TEADUSTÖÖGA MULLE HUVIPAKKUVAL TEEMAL“



Teadustöös osalenute seas leidis nii neid, kes tegid teadust huvipakkuval teemal kui ka neid, kes tegelesid teadustööga neile pigem vastumeelses, üldjuhendaja enda teadusprojekti.

### LAHENDUSED TEADUSTÖÖ JA RESIDENTUURI PAREMAKS ÜHITAMISEKS

Teadustöö kogemusega praktiseerivate arstide piisav hulk riigis on vajalik ravikvaliteedi ja -efektiivsuse tagamiseks ja parandamiseks. Nägemused, kuidas spetsialiseeruvad arstid peaksid suhestuma teadustööga, saab mõneti utreerides liigitada kahte suurde gruppi. Ühest vaatenurgast on teadustöö eelkõige midagi, millega arsti põhiõppe lõpetanu peaks tegelema doktorantuuris. Seega peaks püüdlema doktorantide arvu suurendamise poole ning võimaldama residentuuri paremat ühildamist doktoriõpingutega. Teisest vaatenurgast peaks kokkupuude teadustööga olema võimalikult paljudel arstidel, ja seda ka siis, kui neil endal puudub soov publitseerida ja omandada kraad akadeemilises hierarhias.

Kuna vaatenurgad lahknevad nii erialaühenduste vahel kui ka sees, tuleks residentuuri arendamisel tegevusi planeerides arvestada mõlema suunaga. Ühelt poolt on vajalik **suurendada residentuuri paindlikkust**, et samaaegselt erialakvalifikatsiooniga oleks võimalik omandada doktorikraad. Teisalt tuleks **soosida teadustöös osalemist residentuuri vältel** ka siis, kui inimene ei ole doktorant ning ta ka ei kavatse doktorantuuri astuda.

Paindlikkuse suurendamiseks on kavandamisel osakoormusega residentuur – see poliitika tuleb ka ellu viia. Residentide teadustööle motiveerimine saab ühelt poolt jätkuda erialapõhiselt, kus eriala üldjuhendaja ja erialaühenduse juhatuse eestve-

damisel luuakse residentidele võimalusi teadusprojektides sobiva koormusega kaasa lüüa. Teisalt peab arvestama, et see ei ole ilmselt võimalik erialadel, kus enamikul juhendavatest arstidest teadustöö kogemus puudub. Ilma eestvedajateta on residentidel uute tulijatena raske teadusmaailma jalga ukse vahele saada ja teadustööle rahastust leida. Veelgi keerulisemaks teeb olukorra, kui üldjuhendaja ei aktsepteeri uurimistööd residentuuri osana. Jäiga mustri lõhkumiseks on vajalik nii ülikooli kui ka siduserialade tugi, et aidata tagasihoidliku teadustegevusega erialadel moodustada teadustöö viljelejate kriitilist massi. Olulist väärtust võib siingi luua osakoormusega residentuuri juurutamine, mis võib huvitatud residentidel aidata paralleelselt eriala omandamisega alustada teadustegevusega, sh nt välisriikide pädevuskeskustes.

Uurimistegevuse lahutamatuks osaks on pidev kursisolek teadusmaailmas toimuvaga, mistõttu vajavad uurimistöös osalevad residendid ligipääsu oma eriala eelretsenseeritavatele teadusajakirjadele. Residentidele erialaspetsiifiliste teadusajakirjade kättesaadavaks muutmise kuulub ilmselt ka tulevikus erialaseltside otsustusruumi ning tsentraliseeritud, erialade ülene lähenemine ei pruugi olla mõistlik. Sama kehtib, küll väikese reservatsiooniga ka residentuuris teaduskirjanduse kriitilise hindamise õpetamise kohta. Eeldades, et põhiõpe sisaldab sissejuhatust teaduslikku metodoloogiasse ja teadusuuringute tulemuste tõlgendamisse, tuleks residentuuris pakkuda temaatilist koolitust just erialases võtmes. Kirurgiliste erialade uurimistöös on põhimõttelised eripärad võrreldes näiteks uurimistööga psühhiaatrias või radioloogias ning seda peaks täiendkoolitused ka arvestama. Siiski võib erialaseltside, nooremarstide ja ülikooli koostöös kaaluda võimalusi pakkuda spetsiifilisemaid täiendkoolitusi, mis on sisukad mitme siduseriala esindajatele. Kaaluda tuleb, kuidas soodustada rohkematel erialadel nn *journal-clubide* tüüpi seminaride korraldamist.

### RESIDENTUURI ÜLDINE KORRALDUS

WFME standardi kohaselt peaks resident omandama teadmised tõenduspõhisest meditsiinist võimalikult laia kokkupuute kaudu valitud eriala kliinilise praktikaga selle erinevates vormides. Residentuuri korraldaja ülesanne on, et resident saaks valitud erialal laialdased kogemused. Residentidele peab olema tagatud osalus kõikides eriala seisuko-

hast olulistes meditsiinilistes tegevustes, sh valve-töös. Vajalik on piisav kokkupuude sellega, kuidas tervishoiusektori erinevate tasandite süsteemid adresseerivad elanikkonna vajadusi. Niisiis peaks residentuur võimaldama omandada kogemust erinevates asutustes, mis varieeruvad nii spetsialiseerumise määra, patsientide kui ka ambulatoorse ja statsionaarse töö osakaalude poolest.

Kvalitatiivsed andmed viitavad, et Eestis varieerub residentuurikogemuse mitmekülgsus märkimisväärselt. Ühelt poolt sõltub see kogemus erialade spetsiifikast, teisalt aga mängib rolli näiteks see, kuidas on erialad praktikabaaside valikuprotsessi üles ehitatud.

Nimelt on erialasid, kus nii tsüklite järjestuse kavandamisel kui ka praktikabaaside komplekteerimisel on initsiatiiv residentide käes ning valikud kooskõlastatakse eriala üldjuhendajaga. Teiste erialade puhul määrab residentide tsüklite järjestuse ja praktikabaasid üldjuhendaja ning residentidel on võimalik teha muudatusettepanekuid, mida üldjuhendaja võib, kuid ei pruugi arvestada. Praktikas on mõlemad lahendused viinud vahel juhtudeni, kus resident veedab kogu residentuuri või enamiku sellest ühes praktikabaasis.

„Paljud residentid läbivad kõik tsüklid ainult ühes Eesti keskus.“

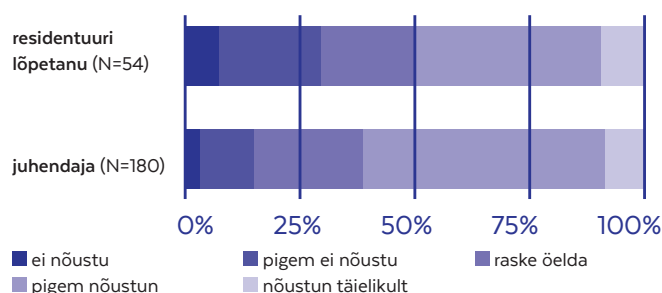
„Ehk saaksid noored kolleegid parema praktilise kogemuse, kui nad töötaksid mõnda aega maakonnahaiglates ja keskhaiglates. Tundub, et Tartu Ülikool on liialt koormatud ja noored väga haigetega ei tegele.“

residentide juhendajad

Residentid võivad ühes praktikabaasis püsivust eelistada mugavuse tõttu, kuna puudub vajadus residentuuri vältel vahetada elukohta või reisida. Ent residentide püsimine ühes asutuses võib olla kasulik ka baasasutusele – residentide tõlgenduses on kogunud resident tulus, kuna aitab katta valveringe ning vajadusel leevendada spetsialistide puudust.

Residentide personaalsetest soovidest, praktikabaaside koormustest ja juhendajate eelistustest tingitud valikud võivad tekitada olukordi, kus tsüklite järgnevus pole kuigi süsteemne.

Joonis 14. Nõustumine väitega „Residentuuriõpe on korraldatud süsteemselt, tsüklid on loogilises järjekorras“



„Tsüklid ei ole alati sarnases järjekorras. Mingisuguse loogilise järjekorraga printsiipi püüame küll arvestada, aga paraku ei sõltu ju tsüklite järjekord ainult meie otsusest, vaid pigem osakondade võimalustest residentide vastu võtta.“

residentide juhendaja

Residentuurieeskirja kohaselt on residentidel võimalik läbida osa koolitusest välisriigis, tingimusel, et see vastab residentuuri programmile ja selle kestus ei ületa poolt vastava eriala nominaalkestusest (kui programmis ei ole sätestatud teisiti).

„Võrreldes väliskoolitustel end teiste maade residentidega, on meie teadmised kesisemad. Meile ei õpetata süstemaatiliselt keerulisemaid uuringuid tegema ja praktilisi nippe keeruliste haigete uurimiseks. Samas räägitakse neist erialakoolitustel. Soovin suuremaid võimalusi residentuuri ajal käia välisriigis, st ka baaside poolt sidemeid välismaa haiglatega, et saada laiemapõhjalist haridust (näiteks võimalust praktiseerida kitsalt suberialale spetsialiseerunud keskusel vms).“

resident

„Üldiselt arvan, et residentuur võiks olla paindlikum ja võiks soodustada eriala omandamist ka välismaal kuni kolmandiku residentuuri ulatuses (mõnel erialal ei lubata üle 6 kuu välismaal õppida).“

„Rohkem võiks Eesti tingimustes olla kohustuslikku õpet välismaal – paraku meil patsientuur väike.“

residentide juhendajad

Küsitlusele vastanud residentidest või residentuuri lõpetanuid oli vähemalt ühe residentuuritsükli teinud välismaal 12,8%. Kvalitatiivsed andmed viitavad, et välisriigis tsüklite tegemine ei ole kõikidel erialadel soositud või on mõnel olnud lausa takistatud. Samas on nii residentid, juhendajad kui ka meditsiini valdkonna eksperdid väljendanud ootust, et juba residentuuri ajal käiakse senisest enam

kogemusi omandamas välisriikides, eriti sealsetes tippkeskustes. Kriitiliselt vajalik on see just kitsamal spetsialiseerumisel.

Erialade programmide kestuse üle otsustamisel tuleks WFME standardi kohaselt arvesse võtta, milline on olnud erialaga seotud ettevalmistus põhiõppes, milliste rollide täitmist oodatakse eriarstilt ja milliseid alternatiive ajapõhisele arvestusele on võimalik spetsialiseerumisel rakendada.

Eestis on programmide kestus 3–5 aastat. Pea igalt erialalt leidub keegi, kelle arvates ei ole õppe kestus nende erialal piisav, et ette valmistada pädevaid spetsialiste. Samas on paljudelt erialadelt ka neid, kelle arvates on praegune lahendus piisav ja programmi kestuse pikendamine ei ole põhjendatud.

„Residentuur võiks olla peremeditsiinis 4-aastane, et mahutada ka näiteks silmahaiguseid, kardioloogiat pikemalt etc.“

„Euroopa Hematoloogide Assotsiatsioon soovib 5-aastast residentuuri, meil on 4. Kooskõla selles suhtes ei ole. Curriculum ehk mida õpitakse, on väga sarnane.“

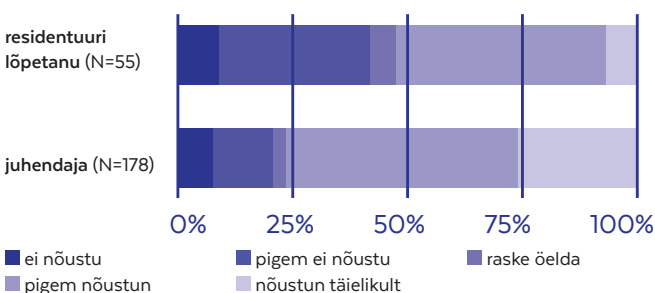
#### residentide juhendajad

„3 aastat on liiga lühike aeg oftalmoloogi eriala omandamiseks. Mujal Euroopas on mitu aastat pikem (veidi sõltub riigist).“

„Ma arvan, et peaks vähemalt ühe aasta võrra pikem olema ning kindlasti peaks üle vaatama õpiväljundid – mida me igast residentuuritsüklist saama peame. Esimesed nõuldsüklid ei tundunud ka väga sisukad olevat, keegi ei teadnud lihtsalt mis see resident teistest osakondadest saama peaks.“

#### residentuuri lõpetanud

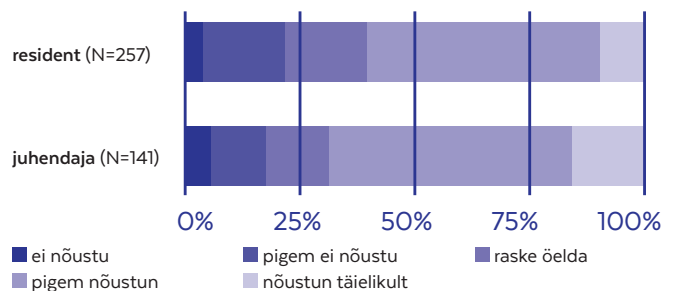
JOONIS 15. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MINU ERIALA RESIDENTUUR ON SISU JA KESTUSE POOLEST PIISAV, ET VALMISTADA ETTE PÄDEVAID ERIARSTE“.



Pikema kestuse poolt argumenteerimisel kasutatakse nii kõrvutust välisriikidega, kus sama eriala arstid saavad pikema ettevalmistuse, aga ka rahvusvaheliste erialaühenduste soovitusi, näiteks Euroopa katusorganisatsioonide ajalisi miinimume ja näidised õppekavasid. ELi direktiivides kehtestatud ajaliste miinimumnõuetele vastavad kõik Eesti õppeprogrammid.

Lisaks viitavad kvalitatiivsed andmed, et residentuuri kestuse tunnetatav ebapiisavus võib olla seotud tajutavate puudustega nii põhiõppe programmis kui ka residentuuri õppe sisukuses. Mitmete erialade residentide ja nende juhendajate arvates ei vasta põhiõppes residentuuri astuvate arstide ettevalmistus tasemele, mida residentuuris alustajatelt eeldatakse. Seetõttu peab residentuuris tegelema selliste oskuste lihvimisega, mis vähemalt mõnede arvamuste kohaselt oleks võinud toimuda juba põhiõppes. Kuigi osapooltel on kõrged ootused põhiõppe viimasele ehk nn praktika-aastale, leidub mitmeid arvamusi, et sissejuhatava praktika õpiväärtus kolmanda etapi haiglas on madal, kuna juhtumite raskusastme tõttu jäävad õppurid peamiselt vaatleja positsiooni.

JOONIS 16. NÕUSTUMINE VÄITEGA „ARSTI PÕHIÕPPES OMANDATAVAD OSKUSED JA TEADMISED HAAKUVAD MINU ERIALA RESIDENTUURIS JÄTKAMISEKS VAJALIKE OSKUSTE JA TEADMISTEGA“



„6. kursus möödus küll praktika-aasta tähe all, kuid praktiline kogemus on tagasihoidlik. Rohkem oleks vaja kliinilise õppe jooksul keskenduda haigusjuhtudele. Ükskõik kas paberil või patsientide näol. Õpetada n-ö iseseisvat mõtlemist, mis probleem on, mida teha ja kuidas edasi...“

„/--/ praktilist igapäevatöös vajaminevat omandasin põhiõppes pigem keskmises mahus, palju oli liialt spetsiifilist infot (kui mõelda, et põhiõppe peaks koolitama teovõimelist üldarsti, siis oli süvenemine kohati täiesti ebamõistlik ja palju argist ja olulist jäi katmata).“

„Olen residentuuri jooksul (praeguseks seega viie kuuga)

õppinud juurde tohutult palju ja kuulnud esmakordselt mitmetest diagnoosidest, ravimitest. Siiani mõistatan, kuidas spondüloodistsiit on sisehaigustes küllaltki sage diagnoos, kuid ülikoolis polnud sellest kunagi kuulnud. Ravimite doosidest ja manustamisviisidest oli mul samuti varem vaid ähmane arusaam.“

residentid

„Residentuur peab suuresti tasandama põhiõppes vajaka jäänud praktilist patsiendikäsitlust.“

residentuuri lõpetanu

Nagu markeeritud eespool, ei tohiks WFME standardi kohaselt domineerida residentuuris pelk teenuste osutamine ilma olulise õpiväärtuseta – residentuuri fookuses peab olema õppimine. Residenti hariduslike vajadustega peaks arvestama töögraafiku ja valvetöö kavandamisel.

Küsitlustulemused viitavad siiski, et mõnede asutuste ja erialade tsüklites domineerib tavapärase arstitöö ja uute teadmiste omandamine on pigem teisejärguline ja juhuslik. Töötamise koormus ületab sageli ka normkoormust. On toodud näiteid, kuidas ülekoormuse tingimustes on kannatanud nii vaimne kui ka füüsiline tervis.

„Tööpäeva jooksul sageli lõunapausiks aega ei jää. Sageli töökoormus liialt suur ja ka vaimne tervis hakkab kannatama.“

„Et saavutada minimaalne kompetents, on minimaalne keskmine töönädala pikkus 70+ tundi.“

„Residentuuriõpe on pigem kurnav ja eeldab täielikku pühendumist (ületunnitööd peetakse enesestmõistetavaks, samas seda ei tasustata). Osakoormusega töötamist ei võimaldata. Valvetööd peavad tegema ka väikeste laste vanemad.“

residentid

Teisalt viitavad mõnedes tsüklites residentid sisulise töö ebapiisavusele, koosmõjus residentuuri tsükliühendusega läheb osa õppele kavandatud ajast justkui raisku.

Probleem ka selles, et kui oled ühekuisest tsüklis ja avastad, et tsükkel on kas juhendaja, osakonna või muude asjaolude tõttu (puhkused, osakond patsientidest tühi, sel kuul juhendajal polika vastuvõtte pole, osakonnas korraka palju residente vms) juba eos „lähikukkunud“, siis ei saa olukorda muuta, mujale minna või kasvõi samal ajal kuskil puuduvat peararsti asendada.

residentuuri lõpetanu

WFME standardi järgi peaks teatud asjaoludel võimaldama residentuuri läbida osalise koormusega, kohandudes seejuures individuaalsetele vajadustele. Seejuures tuleb tagada, et osakoormusega õppijate õppeperioodi kogukestus ning kvaliteet ei erineks täiskoormusega õppijatest.

Eestis osakoormusega residentuuri läbimine veel võimalik ei ole, kuigi tungivat vajadust selle järele on väljendanud suur osa residentidest ning seda väga erinevatel põhjustel.

„Olen hetkel lapsehoolduspuhkusel ja võimalusel jätkaksin alguses residentuuri programmi osakoormusega, kuna see võimalik ei ole, siis lükkan u 6 kuud edasi tööle naasmist.“

resident

Korralduslikest nüanssidest on Eesti residentuuri probleemkohtadena nimetatud veel jäikust, mis sunnib vanemapuhkuse ajal residentuuri peatama, kuigi ka vanemapuhkusel olijail võiksid soovi korral osaleda teoreetilistel koolitustel, et end erialaselt kursis hoida ja kvalifikatsiooni kiiremini omandada. Jätkuvalt on lahenduseta erinevates praktika- baasides ühekuuliste järjestikuste tsüklite läbijate ravikindlustuse katkemise ja puhkuste kasutamise probleem.

## LAHENDUSETTEPANEKUD KORRALDUSLIKE KITSASKOHTADE PARANDAMISEKS

Residentuuriõppe korralduslike kitsaskohtade lahendamisele suunatud ettepanekud on esmapilgul vastuolulised. Kui üheks soovitude komplekti sisuks on õppe residentikesksemaks muutmine administratiivse mugavuse arvelt, siis teine suund – õppe mitmekesistamine – võib tunduda residentikesksuse kahandamisena, kuna nõuab just residentidelt mugavustsoonist väljumist.

Paludes Eesti residentidel ja residentuuriõppe värsketel lõpetajatel kirjeldada üldistavalt õppe korraldust, on sage etteheide, et residentuur on Eestis jäik. Jäikus on objektiivselt kinnitav kõrvutatades õppekorraldust WFME standardiga. Kõige kriitilisemaks arendusvajaduseks on võimaldada osakoormusega läbida residentuuri neil, kes seda vajavad. Esmaste signaalide järgi plaanivad poliitikakujundajad rakendada paindlikkust mõneti jäigana. Teadaolevalt on kavas osakoormuse kasutamise sihtgrupp piiritle-

da väikelapsevanemate, doktorantide ja tervisekaoga inimestega. Kava järgi saab osakoormus olla vaid pool tavakoormusest ning seda saab kasutada kuni 11 kuu jooksul. Kuigi selline lahendus on oluline samm edasi, ei ole see residendikeskne.

Muudatuste praktiline väärtus võiks kasvada, kui osakoormus oleks võimalik ka teistsuguses ulatuses (nt kolmveerand normaalkoormusest) ning selle lubatud maht ei oleks ajaliselt rangelt piiritletud. Mõttekoht on ka see, kas sihtgrupid tuleks järgalt piiritleda või jätta kaalutlusruumi ka puhkudeks, kus soovijad ei kuulu regulatsioonides otsesõnu nimetatud sihtrühmadesse. Noorarstid võivad soovida osakoormust kasutada muudelgi põhjendatud juhtudel, näiteks doktorantuurivälises teadustöös osalemisel, mõne lähedase hooldamise kohustuse tekkimisel või suurenemisel, üldarstina töötamisel (ka välisriigis), meditsiinivaldkonna välistel enesetäiendamistel (nt juhtimiskoolitused, IKT-oskuste õppimine omal käel), aga ka näiteks elukohast eemal asuvates praktikabaasides tsüklite tegelemisel.

Kahtlemata tooks ülalkirjeldatu juurutamine juurde administratiivset koormust residentuuri korraldavale ülikoolile ning tervishoiuteenuse pakkujatele. Kokkuvõttes võib see aga aidata paremini saavutada residentuuri põhieesmärki, see on valmistada arstitööks ette piisaval hulgal võimalikult pädevaid eriarste.

Residentuurikogemuse rikastamiseks tuleks esmalt iga eriala puhul kaardistada, missuguseid tsükleid on võimalik läbida esmatasandi tervisekeskustes, kohalikes ja üldhaiglates ning milline roll peab olema kesk- või piirkondlikul haiglal. Mõnedes käsitluses võiks residentuuriõpe järgida lihtsamalt-keerukamale printsiipi, sest esimese aasta residentidele ei pruugi kolmanda etapi haiglates väga raskete seisundite ja keerukate haigusjuhtude keskele sattumine pakkuda sellist õpiväärtust kui esmane kokkupuude patsientuuriga kohalikes ja üldhaiglates. Sellest mõttekäigust lähtudes tuleks mitmekesisuse tagamiseks püüelda õppetöö planeerimisel selle poole, et tsüklites, kus kogemuse omandamine on võimalik madalama taseme haiglas (või esmatasandi tervisekeskuses), on baasasutuse valikul esimeseks valikuks just need. Kolmanda etapi haiglad reserveeritakse puhkudeks, kus tsükli läbimine madalama etapi haiglas ei ole võimalik (nt neurokirurgia, onkoloogia) või see oleks oluliselt väheväärtuslikum. Ootuspärane oleks ka see, kui variatiivsus oleks soodustatud ja motiveeritud ka sama taseme haiglate lõikes.

Selleks, et eriarstid jõuaksid väljaspoole Tallinna ja Tartut, on vajalik tagada residentuurikohtade olemasolu väljaspool neid linnu. Vajadust läbida residentuur erinevates õppebaasides (võimaluseta püsida vaid ühes linnas) tuleks kommunikeerida juba põhiõppes, et residentuuri astujad saaksid selle faktiga oma elukorralduses arvestada.

Ülikooli kohus on tagada õppebaasid, et kõik residentid saaksid igal ajahetkel raviasutustes praktiseerida. See peaks andma residentidele kindlustunde, et ta nominaalaja vältel suudab residentuuri lõpetada. Reaalsuses ei pruugi kõik õppeks värvatud praktikabaasid aga konkreetse tsükli vajalike pädevuste omandamist tagada. Nagu õppe sisukust käsitlevas peatükis viidatud, on mõnede tsüklite madal õpiväärtus tingitud osalt sellest, et praktikabaas n-ö broneeritakse üle, mistõttu ei jagu kõikidele residentidele juhendajaid, juhendaja tähelepanu või ka patsiente. Sellise riski maandamiseks on soovitatud hakata residentide mahtusid planeerima üle erialade. Kui enamasti on erialadel väga hea teadmine oma residentide juhendamise ja töökohtade vajadusest, peab arvestama, et erialaresidentide kõrval teevad tsükleid ka külalisresidentid, kes vajavad samuti töökohta ja juhendamist.

Sidusrühmad on toonud näiteid, kus residentide planeerimise süsteem on välja töötatud kas eriala põhiselt (nt kõigile ligipääsetava Google'i dokumendina) või (suur)haigla põhiselt. Kui planeerimise süsteem hõlmaks kogu residentuuri, oleks osapooltel, sh residentidel, võimalik saada igal ajahetkel ülevaade praktikabaaside koormusest ja vabadest praktikakohtadest.



## KOKKUVÕTVALT

Residentuuri algusaastatega võrreldes on residentuuriõpe muutunud ühelt poolt järjest põhjalikumaks, eesmärgipärasemaks ja kvaliteetsemaks. Samas võib õppe ja juhendamise kvaliteet, praktilise ja teoreetilise õppe tasakaal, residentuuri kogemuse rikkalikkus ja pädevuste hindamine erialade ja baasasutuste lõikes oluliselt erineda. Vajalik on residentuuriõppe süsteemne edasiarendamine, et vältida lõhede süvenemist praktika- baaside ja erialade vahel.

Residentuuri kui tasemeharidusjärgse spetsialiseerumise vormi keskmes peab olema õppimine, õpe ja teenuste osutamine peaks olema üheskoos planeeritud, et nad teineteist täiendaks ja võimendaks. Praktikast toimub raviteenuste osutamine mõnikord ilma õpetamiseta. Et residentuur pakuks oma kõigis aspektides residentidele maksimaalset õpiväärtust, tuleb luua residentuuriõppe miinimumstandardid, mis määratlevad baastaseme, millele iga residentide kogemus igas baasasutuses ja tsüklis peaks vastama. Standard peab täpsemalt sisustama ka juhendamise mõiste – praegu on selle käsitlus regulatsioonides ja lepinguis napp ning jätab ruumi erinevateks interpretatsioonideks.

Residentuuriõppe peab valmistama residentide ette kõikideks rollideks, mida arstikutse eeldab. Kliiniliste teadmiste omandamise kõrval peab õpe süsteemselt pakuma teistegi pädevuste omandamist, olgu selleks oskus teha meeskonnatööd, kommunikatsioonioskused (sh nt patsiendile tervisevajaduste või ka ravi perspektiivide selgitamiseks, kriisijuhtimiseks) või teadmised juhtimisest ja ettevõtlusest. Enamik praegustest residentuuriprogrammidest neid aspekte ei puuduta, mistõttu on kohane õppe sisu ülevaatamine kõikides programmides. Ühtlasemat lähenemist vajab residentidele teadustöö kogemuse pakkumine. Uurimistöös peaks olema võimalik ja soodustatud osalemine nii doktorandina kui ka siis, kui doktorikraadi omandamise soovi ei ole.

Sidusrühmad on residentuuri põhialustega rahul, siiski vajab selle korraldus kohandamist. Residentuuri muutmisel residentikesksemaks tuleb kahandada administratiivselt mugavat korralduslikku jäikust – juurutada tuleb osakoormusega residentuur, mis loob senisest paindlikumad õppimistingimused lapsevanematele, doktorantidele ja teistele paindlikkust vajavatele gruppidele. Lahendust vajab lühikestes järjestikustes tsüklites õppivate residentide ravikindlustuse problemaatika.

## KASUTATUD KIRJANDUS

- Lember, M. Residentuur Eestis 2014 – kuidas edasi? Eesti Arst 2014; 93(9):491–492
- Ravikindlustuse seaduse § 41 lg 2. Säte jõustunud 01.03.2016. RT I, 30.12.2015, 2.
- Residentuuri eeskiri. Võetud vastu Tartu Ülikooli senati 20. detsembri 2013. a määrusega nr 22. Redaktsioon jõustunud 26.05.2017.
- Tartu ülikooli meditsiiniteaduste valdkonna koduleht. Residentuur Teoreetiline õpe. Külastatud 01.11.2017.
- WFME Global Standards for Quality Improvement: Postgraduate Medical Education. The 2015 Revision

**praxis** | mõttekoda

Poliitikaanalüüs on mõttekoja Praxis väljaannete sari, mille eesmärgiks on analüüsida sotsiaal-, majandus- ja avaliku sektori poliitikaid, juhtida tähelepanu alternatiivsetele valikutele ning innustada avalikku arutelu. Väljaannetes avaldatud seisukohad kajastavad autorite isiklike vaateid. Väljaannete autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Poliitikaanalüüsis sisalduva teabe kasutamisel palume korrektselt allikale viidata.



Poliitikaanalüüs on valminud Eesti Nooremärstide Ühenduse tellimisel uuringu „Arstide residentuuriõppe hindamine“ raames. Uuring on osa rahvusvahelisest koostööprojektist „Arstiks kasvamine Balti riikides“, mida 50% ulatuses rahastatakse Põhja-maaade Ministrite Nõukogu haridusprogrammist Nordplus.

Poliitikaanalüüsi valmimisele on kaasa aidanud Sotsiaalministeerium, Tartu Ülikooli Kliinikum ja Ida-Tallinna Keskhaigla



SOTSIAALMINISTEERIUM



Tartu Ülikooli Kliinikum



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA