

Õpetamisest noore arsti pilguga

Rille Pihlak – Eesti Nooremarstide Ühendus

Arutleme palju selle üle, kas meie meditsiinisüsteem on kestlik või tõhus, kuid tundub, et pisut tähelepanuta on jäänud meditsiiniline haridus, selle süsteemi alustala. Kuidas ja keda me õpetame, kuidas me anname noortesse sädeme ühel hetkel ise järgmist põlvkonda õpetama hakata – see on see, kuidas Eesti meditsiin kestma jääb.

Tõesti, hästi õpetada on ilmselt niisama keeruline kui hästi ravida. Aga tark arst ei anna alla, vaid teeb sedasama, mida siis, kui ravides takistusi kohtab: otsib tõendus. Meditsiinihariduse metodoloogiat on käsitletud teaduslikust vaatenurgast ja need tulemused on ka meie kontekstis hästi kasutatavad. Mõned neist on siin ka esitatud.

Arsti igapäevatöö kõrvalt on õpetamiseks aja leidmine tõepoolest keeruline. Õnneks on loodud hulk meetodeid, kuidas aega tõhusamalt kasutada! Irby ja kolleegid on oma artiklis teinud ülevaate väljakutsetest piiratud aja jooksul kliiniliste oskuste õpetamise kohta ning pakkunud välja ka nendega toimetulemise võimalusi erinevate lihtsate struktureeritud mudelite varal (1). Teiste hulgas on autorid analüüsinud ka nn ühe minuti juhendaja (*one minute preceptor*) mudelit, mida saab kasutada näiteks patsiendi haigusjuhu arutelul. See koosneb viiest sammust: 1) üliõpilase haaramine diskussiooni; 2) tema arvamuse tagapõhja uurimine, s.t miks ta midagi arvab; 3) üldise printsiibi väljatoomine; 4) positiivse tagasiside andmine selle kohta, mida üliõpilane tegi õigesti; 5) vigade parandamine (kui vaja, siis ka kirjanduse soovitamine). Haigusjuhu arutelu sellisel viisil on lühike ja struktureeritud ning õppejõud räägib vaid minuti – sellest ka mudeli nimi. Aagaard ja kolleegid näitasid selle mudeli tõhusust kliinilises praktikas nii üliõpilase kui ka patsiendi harimisel (2).

Tihtilugu muretseme, kas noored kolleegid näevad piisaval hulgal patsiente. Ärgem muretsegem! Wimmers ja kolleegid näitasid Hollandi meditsiiniüliõpilaste seas, et kvaliteetsel juhendamisel praktika ajal oli suurem mõju kliinilise kompetentsuse ja teadmiste omandamisele kui nähtud patsientide arvul (3). Väikeste rühmade õpetamisel peavad autorid oluliseks ettevalmistamist, õppimist soodustava õhkkonna loomist ning rõhutavad tagasiside olulist kohta teadmiste edasiandmisel (4). Äärmiselt oluline on teada, mida üliõpilane on juba enne õppinud, kuna uute teadmiste kvaliteet sõltub sellest, mil määral aktiveeritakse eelnevalt õpitut ja kui üksikasjalikke seoseid sellega luuakse (5). Juhtmotiivideks meditsiiniharidusse puutuvas kirjanduses on struktureeritus ja tagasiside. Hea tagasiside ei peagi olema pikk – piisab mõnest minutist! –, aga see annab noorele kolleegile ülevaate tema tugevatest külgedest ja samas näitab kätte, milliste puudujääkidega tuleb tegeleda. Oma õpetamist struktureerides kasutame aega tõhusamalt ning suudame anda arst-residendile ja üliõpilasele midagi palju enam kui lihtsalt mõne ühiku teoreetilist või praktilist teadmist – me arendame tema kliinilist mõtlemist. Ja võib-olla kasvatame lisaks heale arstile ka uut innustavat õpetajat.



Rille Pihlak

KIRJANDUS

1. Irby DM, Wilkerson L. Teaching Rounds: teaching when time is limited. *BMJ* 2008;336:384–7.
2. Aagaard E, Teherani A, Irby DM. Effectiveness of the one-minute preceptor model for diagnosing the patient and the learner: proof of concept. *Acad Med* 2004;79:42–9.
3. Wimmers PF, Schmid HG, Splinter TA. Influence of clerkship experiences on clinical competence. *Med Educ* 2006;4:450–8.
4. Steinert Y. Twelve tips for effective small-group teaching in the health professions. *Med Teacher* 1996;18:203–7.
5. Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ* 2003;326:591–4.

rille.pihlak@gmail.com