

Diplomijärgse arstiõppe reformimine: palju rääkimist, vähe kuulamist, kaotajaks jääb resident

Rille Pihlak – Eesti Nooremarstide Ühenduse juhatuse liige

2012. aasta lõpus kerkis Eestis üles arutelu residentuuri reformimise teemal. Diskussiooni lähtekohaks oli arstiteaduse õppekava lõpetanute vähenemine kliiniline kogemus, mis oli tingitud praktika puudusest põhiõppes. Teaduskond pakkus lahendusena välja lisada kõikidele residentuuri programmidele n-ö üldarstlik aasta, mis sisaldaks erakorralise meditsiini, üldkirurgia, peremeditsiini ja sisehaiguste tsükleid ning ka valiktsükli. Järgnesid nüüdseks rohkem kui kaks aastat kestnud vaidlused eri tasanditel ning ühist vaatenurka pole seni ajani saavutatud.

Eesti Nooremarstide Ühendus (ENÜ) on residentuuri reformimise poolt, kuid algusest peale on ENÜ olnud seisukohal, et kõiki erialasid ühe puuga lüüa ei tohiks. Seetõttu on ENÜ olnud teaduskonna pakutud variandi vastu, arvates, et erialade õppetsükli pikendamise aluseks saab olla vaid põhjalik analüüs ja kõiki osapooli kaasav diskussioon.

Sel aastal ükski residentuuriprogramm ei pikene, sest tervise- ja tööministri sõnul ei ole riigi eelarvestrateegiasse selleks raha planeeritud. Järgmise aasta alguseks oodatakse õppe pikendamise asjus erialati osapoolte konsensust, et teemaga ühiselt edasi minna.

Artiklis on analüüsitud reformi tagamaid ning põhjendatud residentide arusaama vajalikest muudatustest.

ÜMBERKORRALDUSED DIPLOMIÕPPES

Lõpetanutele laiemat kliinilist kogemust andmine oli üks peamisi põhjuseid, miks 2014. aasta sügisest pikendati arstiõppes praktika osakaalu nii, et varasema poole aasta asemel koosneb sellest sügisest terve kuues kursus praktikast. Praktika hõlmab peremeditsiini, sisehaiguste, kirurgia ja erakorralise meditsiini tsükleid ning ka valiktsükli. Lisaks õppe pikendamisele

on täiustatud ka praktika sisu, vormi ja dokumentatsiooni. 6. kursuse praktika ja 1. residentuuriaasta vahele jäävad üksnes eksamid. Töötades samades osakondades, on nende noorte inimeste ainsaks erinevuseks tegelikkuses vaid retseptiõigus.

Lisaks praktikale on muutunud ka õigusruum, mis lubab juba 2011. aastast arstitudengitel pärast 4. kursust töötada abiarstina. See on omakorda andnud paljudele üliõpilastele varasemast parema praktilise koolituse. Arvestades abiarstide tulekut, praktika pikenemist ja üldmeditsiinilise aasta kattuvust uue praktikaga nii õpiväljundite kui ka õppetsükli poolest, ei ole meie arvates praktikaga samasuguse aasta lisamine kõigile residentuuriprogrammidele enam põhjendatud.

ERINEVATEL PROGRAMMIDEL ERINEVAD VAJADUSED

Mitmed erialad on juba aastaid taotlenud oma programmide pikendamist, et viia need vastavusse Euroopa katusorganisatsioonide ajaliste miinimumide ja näidisõppekavadega. ELi direktiivides kehtestatud ajalised miinimumnõuded on peaaegu kõikides programmides täidetud, kuid siiski esineb ebakõlasid Eesti programmide ja üleeuroopaliste ning üleilmsete standardprogrammide vahel. Seetõttu on nendel erialadel ka probleeme näiteks residentide rahvusvaheliste vahetusprogrammide või residentuurijärgse eriarsti kvalifikatsiooni tunnustamisega teistes riikides.

Euroopa Eriarstide Ühendusel (*Union Européenne des Médecins Spécialistes*, UEMS) on paljude erialade jaoks olemas oma nõukogud või sektsioonid, kuhu kuuluvad ka mitmed Eesti erialaseltside juhid ning mille eesmärk on eriala pidev arendamine Euroopas.

Üheks sektsioonide suurimaks väljakutseks on residentuuriprogrammide ühtlus-



Rille Pihlak

tamine Euroopas. Paljudel seksioonidel on olemas ka oma juhised vastava eriala residentuuriprogrammi sisu ja pikkuse kohta. Tegemist on mahukate dokumentidega, kus on kirjas nii teoreetilise kui ka praktilise koolituse teemad ning soovitatavad pikkused. Valdavalt on need dokumendid välja töötatud koostöös eriala Euroopa katusorganisatsiooniga ning leidnud raken-dust nädisena residentuuriprogrammide koostamisel ja arendamisel.

Näiteks võib tuua Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi, kes on mitmel residentuuriteemalisel arutelul rõhutanud vajadust ühtlustada Eesti residentuuriprogrammide sisu Euroopa omadega. Erakorralises meditsiinis on nii UEMSi juhiste kui ka ELi direktiivi järgi miinimumkestuseks 5 aastat, millest vähemalt 3 aastat peaks resident veetma erakorralise meditsiini osakonnas ning ülejäänud 2 mujal, lähtudes meditsiinisüsteemist tulenevast vajadusest. Eestis kestab erakorralise meditsiini residentuur praegu 4 aastat ega vasta ainukesena Eesti residentuuriprogrammidest ELi miinimumnõuetele. Eeskuju on olemas. Miks mitte seda kasutada?

Meie arvates oleks loogiline samm nendele erialadele, kus konsensus oma programmi suhtes olemas on, aasta juurde anda ning arvestada kas siis UEMSi või mõne eriala rahvusvahelise katusorganisatsiooni seatud standardit programmi sisu puhul.

Eesti residentuuriprogrammid on juba praegu väga heterogeensed: ühtedel moodustavad pea poole õppest üldmeditsiinilised või siduserialade tsükliid, teistel on peaaegu kogu programm vaid erialane. Sellest tulenevalt on ka arusaadav, miks mõnel erialal on suurem soov saada juurde erialatsükliid, ning teistel pigem üldmeditsiinilisi. Juhul kui soovitakse kõigile programmidele lisada üldmeditsiinilisi tsükliid, tuleks esmalt kontrollida, millised tsükliid need juba sisaldavad. Siin on meie hinnangul pädevaimad osapooled erialade üldjuhendajad ning -seltsid, kes näidisprogramme ning residentide tagasisidet analüüsid saaksid öelda, mis nende õppest puudu on.

Praegused Eesti eriarstid on oma eriala saanud mitmel moel: on neid, kes on käinud internatuuris; neid, kes läbinud 1–5 aasta pikkuse residentuuri; ning neid, kelle ajal eriarstiõpet polnudki. Internatuuril võis olla oluline roll praeguste arstide üldpädevuse andjana, kuid tänapäeval tuleks

pigem lähtuda rahvusvahelisest parimast praktikast ja suunata pilk tulevikku.

Euroopa riikide seas võib leida erinevaid näiteid: on riike, kus on 1–2 aasta pikkune internatuur; on riike, kus internatuuri pole kunagi olnudki; ning on ka riike, kus peab enne diplomijärgsesse õppesse astumist olema vähemalt aastane üldarstina töötamise kogemus. Mitmetes riikides, kus praegu on midagi internatuuriladset – näiteks Portugal, Suurbritannia, Rootsi, Norra –, on toimumas reformid, mille käigus kavatakse internatuur kaotada, kas siis täiesti või osaliselt. Lisaks internatuuri ümberstruktureerimise soovile ühendab neid riike ka viimastel aastatel läbi viidud kogu diplomijärgse õppe laiahaardeline välishindamine, probleemide selgitamine ning õpiväljundite ülevaatamine. Parema eriarstiõppe aluseks saab olla üksnes praeguse ja planeeritava süsteemi põhjalik võrdlus ning analüüs.

PUUDUB RAHVUSVAHELINE PILK

Sarnaselt eespool mainitud riikidega peaks ka Eestis enne muudatuste tegemist hindama õppekvaliteeti ning programmide vastavust standarditele. Residentuuriõpe ei ole Eestis akrediteeritud. See tähendab, et meil puudub välis hinnang – selge ülevaade, kas seatud eesmärgid ja väljundid on praeguse programmiga saavutatavad või ei. Maailma Meditsiinihariduse Föderatsioon (*World Federation of Medical Education, WFME*) on meditsiinilisi erialasid õpetavate kõrgkoolide ja riiklike järelevalveorganite akrediteerija. Koostöös WHOga on WFME juba 1998. aastast alates koostanud ja täiendanud nii diplomiõppe kui ka diplomijärgse arstiõppe üleilmseid standardeid. Residentuuri rahvusvahelised standardid on minimaalsed nõuded igasugusele kraadijärgsele õppele meditsiini valdkonnas – need ei ole erialaspetsiifilised. Meie teada ei ole Eesti diplomijärgset õpet ega residentuuri-programme standarditega süstemaatiliselt võrreldud ega akrediteeritud.

Residentide poolt vaadates vajab praegune Eesti residentuur peale kvantiteedi ehk pikkuse kindlasti lisaks ka kvaliteedi parandamist. ENÜ eelmisel aastal korraldatud küsitlusest selgus, et residentuuris on mitmeid vajakajäämisi juba praegu – alates teoreetilisest õppest kuni juhendamiseni, mis vajaksid analüüsi ja juba käesoleva reformi raames.

KAS PARANEB KA ÕPPE KVALITEET?

Igasuguse residentuurimuudatuse puhul peaks suurimaks eesmärgiks olema õppekvaliteedi parandamine, mitte tööjõupuduse vähendamine. Sellest sügisest alustab 146 kuuenda kursuse üliõpilast uut aastast praktikat, ning kui samadesse praktikabaasidesse ja osakondadesse jõuaks residentide peaaegu samapalju, tekib küsimus, kas nõnda palju juhendatavaid saab üldse kellelegi jõukohane olla. Kas juba praegu praktikante täis planeeritud osakonnad suudavad ära mahutada ning kvaliteetselt õpetada ka niisama palju esimese aasta residentide? Residenti kiputakse praktikan-dile eelistama ning tulemuseks võib olla, et soovitud kliinilist kogemust põhiõppe muudatustega siiski ei kaasne. Kokkuvõttes võib tekkida olukord, kus meil on pikem õpe, ent samasugune või kehvemgi õppekvaliteet.

MILLEL MUUDATUS PÕHINEB?

Praegu on residentuuritsükli lõpus kohustus tagasisidet anda residendi juhendajal, kuid mitte residendil. Kui resident soovib tsükli kohta tagasisidet anda, siis on see võimalik, saates eraldi ankeedi ülikoolile, kuid kohustuslik see paraku pole ning seetõttu tehakse seda ka harva. Tsükli tagasiside ankeet annab residendile võimaluse avaldada oma arvamust ja anda hinnang õppebaasis valitsevatele õppe- ja töötingimustele. Samas puudub võimalus tagasisidet anda kogu programmi kohta.

Mõnel erialal küsitakse tagasisidet suuliselt lõpueksamil. Ehkki see on parem kui mitte midagi, tekib küsimus, kas sellises olukorras on resident võimeline andma adekvaatset hinnangut. Lisaks puudub võimalus hinnata, kas sellest ka midagi muutub, kuna jälge antud tagasisidest ei jää. Meie arvates saavad igasugused muudatused rajaneda tagasisidel, rahvusvahelistel standarditel või eriala arengust lähtuval kirjalikul analüüsil. Kahjuks pole me sellist analüüsi siiani ühelgi erialal näinud.

Eespool mainitud WFME standardites on muu hulgas ette nähtud, et residentuuri korraldaja on kohustatud süstemaatilisel koguma tagasisidet ning tagama, et kogutud infot arvestataks programmi arendades. Tagasiside peab hõlmama õppe läbiviimist,

õppuri individuaalset arengut ja võimalikke probleeme.

Residentide tagasiside on väärtuslik info ja seda tuleb koguda süstemaatiliselt, anonüümselt ning sedakaudu saadud teavet ka programme muutes ja parandades arvestada.

MEDITSIIN ON PIDEVAS MUUTUMISES

Muutusi diplomieelses õppes tuleb arvestada ka residentuuri reformides, sest meditsiiniõpe on üks tervik. Diplomijärgset õpet planeerides tuleb arvestada ka meditsiini kui eluala arengusuundumusi: erialade kitsamaks ja laiemaks muutumine, siduserialade tekkimine, tehnoloogia areng ja kõik muu. Seda silmas pidades on kindel, et residentuuriprogrammid ei saa kunagi päris valmis, kuid arendustöö peab olema pidev ning arvestama tagasisidet, mis annab hindamatut infot programmide ajakohasuse kohta.

KUIDAS EDASI?

Koos arstiüliõpilastega oleme seisukohal, et residentuuri tuleks reformida, kuid muutusi planeerides peab arvestama ka pikemat perspektiivi. Pea kolm aastat kestnud vaidluste järel on meie arvates parim viis edasi minna kogu kraadijärgse õppe laiahaardelise hindamise ja probleemidest ülevaate koostamisega. Erialati peaks moodustatama ümarlauad, kuhu oleks kaasatud erialaseltsid, residentuuri üldjuhendajad ja kindlasti praegused või hiljuti lõpetanud residendid-nooremarstid.

Paljudel erialadel on olemas UEMSi, Euroopa või maailma organisatsioonide näidisõppekavad, mille ümarlauas võiks ühiselt läbi arutada, hinnata nende sobivust Eesti kontekstis ja tulemusena jõuda konsensuseni. Järgmise aasta jaanuariks ootab Sotsiaalministeerium ülikoolilt ja erialadelt ettepanekuid residentuuriprogrammide võimaliku pikendamise kohta. Loodame, et sel korral on kõigil erialadel selleks ajaks kindel konsensuslik seisukoht olemas.

Kokkuvõttes on kõikide eesmärk ühine – erialade jätkuv areng ning senisest parem eriarstide väljaõpe Eestis. Usume, et eri huvirühmade koostöö ja konstruktiivse arutelu tulemusena on võimalik see eesmärk ka edukalt saavutada.