

Erakorralise meditsiini arstide väljaõpe Eestis

Aleksander Sipria – TÜ Kliinikumi anestesioloogia ja intensiivravi kliinik

Erakorralise meditsiini arstide väljaõpe Eestis arenes välja kiirabi internatuurist, mis toimis endise NSV Liidu meditsiinihariduse süsteemis kuni aastani 1997.

Eesti haiglaeelse erakorralise meditsiini süsteemi reformimine alates 1995. aastast andis tuge haiglate erakorralise meditsiini osakondade loomisele ja väljaarendamisele. Seoses arstide erialase spetsialiseerumise reorganiseerimisega kehtestati 1993. aastal residentuuri põhimäärus, mis võimaldas 1998. aastal avada kolmeaastase erakorralise meditsiini residentuuri ja selle ajutiseks nimetuseks oli kiirabi residentuur.

Residentuuriprogrammi koostamisel võeti eeskujuks erakorralise meditsiini residentuuri programmid Ameerika Ühendriikides. 1998. aastal toimus Ameerika Ühendriikides ka Eesti arstide erakorralise meditsiini erialane stažeerimine. Uue residentuuriprogrammi läbinud arstid pidid olema võimelised osutama erakorralist meditsiiniabi haiglaeelses etapis ja haiglas.

Arstiteaduskonna dekaani korraldusega 2000. aastal muudeti kiirabi eriala nimetus ümber erakorralise meditsiini erialaks. Euroopas eksisteeris selleks ajaks iseseisev erakorralise meditsiini eriala (*accident and emergency medicine*) ainult Ühendkuningriigis ja Iirimaal. Euroopa Parlamendi ja nõukogu direktiiviga sätestati 2001. aastal selle eriala omandamise pikkuseks vähemalt 5 aastat. Kuna Eestis oli erakorralise meditsiini arstide vajadus suur, siis alguses ei peetud 5aastast õppeaega vajalikuks ja 2001. aastal muudeti erakorralise meditsiini residentuuri programm 4aastaseks.

Uue programmi järgi pidid residentid läbima kohustuslikud prakti-

lise koolituse tsüklid määratud residentuuri baasasutustes. Teoreetilise koolituse aluseks võeti erakorralise meditsiini arstide väljaõppe programm, mille Euroopa erakorralise meditsiini selts (EuSEM) oli 2002. aastal välja töötanud. Programmi täiendati oluliselt 2009. aastal, mil teoreetilise ettevalmistuse aluseks võeti elundisüsteemipõhised teadmised, enam levinud sümptomid ning erakorralise meditsiini spetsiifilised aspektid (*European curriculum for emergency medicine*). Sealhulgas loetleti üles praktilised oskused, mida erakorralise meditsiini arst peab valdama, kirjeldati koolituse ajakava, esitati teadmiste ja praktiliste oskuste hindamise meetodid ning määrati Euroopa erakorralise meditsiini eksami korraldamise tingimused ja kord. Seda programmi ajakohastati aprillis 2017.

Alates 2016. aastast kestab Eesti erakorralise meditsiini residentuuri programm 5 aastat, mis on nüüd kooskõlas Euroopa Liidu direktiiviga 2005/36/EC. Residentuuris omandatavad teoreetilised teadmised ja praktilised oskused rajanevad EuSEM-i põhiõppeprogrammi nõuetel. Programmi teiste erialade residentuuri kestusest pikem, s.t 5aastane kestus on põhjendatud sellega, et tegemist on väga mahuka ja strateegiliselt olulise erialaga.

Esimesel residentuuriaastal läbitakse järgmised tsüklid:

- erakorraline meditsiin (4 kuud),
- üldanestesioloogia (3 kuud),
- üldintensiivravi (2 kuud),
- traumatoloogia (2 kuud).

Nende tsüklite käigus omandatakse vajalikud teadmised ja praktilised oskused erakorraliste ja eeskätt kriitiliste seisundite käsitlemiseks erakorralise meditsiini osakonnas

(EMO). Residentuuri 2.–5. aastal on ettenähtud järgmised tsüklid:

- erakorraline meditsiin (12 kuud),
- sisehaigused (2 kuud),
- kirurgia (2 kuud),
- üldintensiivravi (4 kuud),
- traumatoloogia (4 kuud), kardioloogia (4 kuud),
- radioloogia (3 kuud), lastehaigused (3 kuud),
- kõrva-nina-kurguhaigused (1 kuu),
- silmahaigused (1 kuu),
- sünnitusabi ja erakorraline günekoloogia (2 kuud),
- akuutpsühhiaatria (1 kuu),
- haiglaeelse erakorralise meditsiini (2 kuud),
- valiktsüklid (3 kuud).

Valiktsüklid läbitakse residentuuri 4. ja 5. aastal, kuna selleks ajaks on erakorralise meditsiini resident võimeline otsustama, millises valdkonnas peaks end veel täiendama ja mida praktiseerima.

Erakorralise meditsiini arst-residendi vajalike oskuste hulka kuuluvad

- diferentseerimata haigustega erakorraliste haigete vastuvõtmine,
- triaaz,
- diferentseerimata haigustega erakorralise haige seisundi esmane hindamine,
- haige seisundi detailne uurimine ja ravi,
- haige seisundi jätkuv hindamine, jälgimine ja ravi,
- esmase ravi lõpetamisel haige ümberpaigutamine või üleandmine teise eriala spetsialistile lõpliku meditsiinilise abi osutamiseks.

Teoreetiline koolitus hõlmab elundisüsteemipõhiseid teadmisi, enam levinud sümptomeid, erakorralise meditsiini spetsiifilisi teemasid,

meeskonnakoostööd ja suhtlusoskusi, psühhosotsiaalseid, eetilisi ja juriidilisi aspekte. Olulised on enesearendamine, õpetamisoskus, samuti oskus lugeda ja analüüsida erialast kirjandust. Erakorralise meditsiini residentid osalevad erialastel ja interdistsiplinaarsetel kursustel, seminaridel, konverentsidel kuni 3 korda kuus. Seminaridel ja konverentsidel tehakse ettekanded, esitatakse haigusjuhtude ülevaateid ja analüüsitakse neid, osaletakse katastroofimeditsiini õppustel, ALS (*Advanced Life Support*, taaselustamine edasijõudnutele) ja ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) koolitusel. Erakorralise meditsiini arsti eesmärk võiks olla Euroopa erakorralise meditsiini eksami sooritamise (*European Board Examination in Emergency Medicine*).

Aastatel 1999–2017 võeti vastu erakorralise meditsiini residentuuri 131 resident, kellest lõpueksami sooritas 68. Selle aja jooksul on residentuurist lahkunud 26 arst-residenti: 8 anestezioloogia residentuuri, 2 kardioloogia residentuuri, 1 ortopeedia residentuuri, 1 radioloogia residentuuri, 10 Soome, 1 Rootsi, 3 eksmatrikuleeritud edasijõudmatuse tõttu.

Praegu on residentuuris 35 arst-residenti, kellest 9 viibib lapsehoolduspuhkusel.

Prognoosi järgi vajab Eesti kuni aastani 2020 ligi 280 erakorralise meditsiini arsti. Kokkuvõttes lõpetas 18 aasta jooksul erakorralise meditsiini residentuuri 68 arsti, selle perioodi kohta keskmiselt 4 arsti aastas. Seega, vajaliku arvu erakorralise meditsiini spetsialistide koolitamine võib võtta aega ligi 50 aastat.

Peab tõdema, et kuni aastani 2016 olid mõnel aastal erakorralise meditsiini residentuuri kohad alatäidetud. Samas on 5aastase residen-

tuuriprogrammi kehtestamisel ja lisakohtade avamisel nii 2016. kui ka 2017. aastal 12 kohale vastu võetud 12 uut resident, ning see näitab, et huvi erakorralise meditsiini eriala vastu on suurenenud.

Kokku on erakorralise meditsiini residentuuri lõpetanud 68 arsti, kellest 56 (82%) töötab erakorralise meditsiini arstina Eestis: piirkondlikes ja keskhaiglates, kiirabis, kaitsevæes. Üks arst on astunud erakorralise meditsiini doktorantuuri. Neli arsti ei tööta enam erakorralise meditsiini erialal. Erialast tööd teevad paralleelselt nii Eestis kui ka Soomes kolm arsti. Neljal arstil on töökoht ainult Soomes, nendest kaks arsti töötab muul erialal. Ühe arsti töökoht ei ole teada. Viis erakorralise meditsiini arsti on omandanud või omandavad teist eriala: ortopeedia (2), radioloogia (2), silmahaigused (1), peremeditsiin (1).

Alates 2007. aastast oli keskmine konkurss ühele erakorralise meditsiini residentuuri kohale 1,6. Kuuenda kursuse kliiniline praktika võib suurendada üliõpilaste huvi selle eriala vastu. Kahe viimase aasta jooksul suurenes üliõpilaste rahulolu erakorralise meditsiini praktikaga 5 palli süsteemis hinnatuna 3,35-lt 3,83-le.

Erakorralise meditsiini osakonnas peab olema tagatud mõistlik ja arusaadav töökorraldus, meeskonna koostöö, toetav töökeskkond ja vanemate kolleegide poolne adekvaatne juhendamine. Oluline roll on üliõpilaste erialaringil.

Erakorralise meditsiini eriala areng sõltub erakorralise meditsiini arst-residentide motivatsioonist. Oluline on residentide osalemine VI kursuse erakorralise meditsiini praktika ja nooremate kolleegide juhendamises, samuti aitavad väljaõppele kaasa ettekanded konverentsidel, töö erialaseltis, teadustöö jm.

Kindlasti on oluline eriala tuleviku-perspektiiv ja prestiiž, töökoormus, palgatase ja erialasise subspetsialiseerumise võimalused.

Eriala populaarsust võivad negatiivselt mõjutada suur töökoormus ja läbipõlemine. Ameerika meditsiiniassotsiatsiooni andmetel oli aastatel 2013–2017 läbipõlemine kõige suurem erakorralise meditsiini arstidel ja see trend suureneb (1). Teise küsitluse järgi täheldati 2017. aastal läbipõlemist 59%-l erakorralise meditsiini arstidest ja see arv oli võrreldes teiste arsterialadega kõige suurem (2). Läbipõlemist põhjustasid peamiselt suur hulk bürokraatilisi toiminguid ja suur töökoormus. Kui töökohal tundis ennast õnnelikuna ainult 28% küsitletud erakorralise meditsiini arstidest, siis väljaspool tööaega 64%.

KOKKUVÕTE

Erakorralise meditsiini eriala areng Eestis on 20 aasta jooksul olnud kiire ja pidev. Selle aja jooksul suurenes eriala populaarsus, 5aastane residentuuriprogramm muutus atraktiivsemaks. Valdav osa erakorralise meditsiini residentuuri lõpetanud arstidest töötab Eestis omal erialal. Üliõpilased ja residentid hindavad erakorralise meditsiini osakonnas praktiseerimist kõrgelt. Eriala jätkuva arengu strateegilised eesmärgid on vajaliku arvu motiveeritud erakorralise meditsiini arstide ettevalmistamine, nüüdisaegne ja kvaliteetne väljaõpe EuSEM-i põhiõppeprogrammi alusel ning täiendusõppesüsteemi ja erialase teadustöö arendamine.

KIRJANDUS

1. Parks T. Report reveals severity of burnout by specialty. *AMA Wire* 2017, Jan 31. <https://wire.ama-assn.org/life-career/report-reveals-severity-burnout-specialty>.
2. Peckham C. Medscape emergency physician lifestyle report 2017: Race and ethnicity, bias and burnout. *Medscape* 2017, Jan 11.