

Tulevikuresidentuur

Joel Lumpre, Helen Reim, Saara Arulaane, Marta Velgan, Eva Antsov, Kristjan-Martin Kasterpalu, Elinor Õunap, Mann Randaru, Jaarika Järviste, Rille Pihlak – Eesti Nooremarside Ühendus

Seisnud pikalt residentide heaolu eest, märkasid autorid Eesti nooremarside esindajatena teatud trendide teket. Aastate jooksul pöördui meie poole erinevate muredega, mille sisu hakkas aga korduma. 2015. aasta sügisel olime jõudnud mõistmisele, et residentuurist tervikpildi saamiseks on olukorda vaja eemalt hinnata. Vajasime laiapõhjalist ja terviklikku analüüsi, et teada saada, kus me praeguseks üldse oleme. Sobivalt andis just sel ajal Maailma Meditsiinihariduse Föderatsioon (WFME) välja värskelt uuendatud ülemaailmsed standardid (1), mida kasutatakse residentuurisüsteemide akrediteerimiseks üle maailma ning kus on seatud raamid tänapäevasele diplomijärgsele arstiõppele ehk lühidalt – residentuurile. Ka meile?

RESIDENTUUR KUI ELAV JA ARENEV ORGANISM

Arstide koolitus jaguneb klassikaliselt kolmeks etapiks: põhiõpe ülikoolis, residentuur õpetavas haiglas ning loomulikult kliinilise tööga kaasnev elukestev õpe. Residentuur on etapp arsti arengus, mille eesmärk on viia residentide teadmised ja oskused eriarsti tasemele (2). Selle etapi mõju ja tähtsust arsti oskuste ja hoiakute kujundamisele on raske alahinnata. Residentuuri vältel peaks lisaks kliinilistele ja tehnilistele oskustele õitsele puhkema sünergia kasvava kliinilise kogemuse ning noore arsti võime vahel vastutada teise inimese heaolu eest. Arst on üks tervishoiusüsteemi võimsamaid ressursse ning seetõttu on arstiabi kvaliteet otseses seoses arstide õppe kvaliteediga.

Eestis võeti residentuur diplomijärgse arstiõppe vormina vastu ülikooliseadusega 1995. aastal ning 2001. aastast asusid arstresidentid tööle sarnastel alustel, millena me tunneme residentuuri Eestis nüüd. Õppetöö aluseks residentuuris on laiemas mõttes erialade programmid ja kitsamas mõttes residentide individuaalne õpingukava,

mis valmib residentide ja erialaprogrammi üldjuhendaja koostöös. Arst-resident on õpetava haigla töötaja ja talle kohalduvad samad normid ja seadused, mis teistele Eesti Vabariigi töötajatele. Residentuuri korralduse ning kvaliteedi eest tervikuna seisab hea Tartu Ülikooli meditsiiniteaduste valdkond koostöös Sotsiaalministeeriumiga (2–4).

AJAPÕHINE MUDEL VS. TULEMUSPÕHINE ÕPE

Oma struktuurilt on Eestis erialaprogrammide ja residentide individuaalsed õpingukavad praegu üles ehitatud klassikalisele ajapõhisele mudelile. See tähendab, et eriarsti kutseoskuste omandamiseks läbib resident teatud kestusega ainetsüklid. Samas on aga viimase poole sajandi jooksul pead tõstmas seda mudelit täiendav viis õppida ja õppeprogramme üles ehitada – selleks on tulemuspõhine ehk kompetentsuspõhine õpe, kus õppija arengut ei juhi mitte pelgalt ainetsüklis veedetud aeg, vaid eelnevalt püstitatud eesmärgid, nende eesmärkide saavutamine ning ka nende saavutamisele tuginev järk-järgult omandatav vastutus.

Ühe näitena kliinilisest tööst võiks tuua raseduse diagnoosimise ning raseduse jälgimise plaani koostamise. Selle oskuse omandamise ning kompetentsuse kujunemise põhjal võiks näiteks residentide vastav erialatsüklil kas lüheneda või pikeneda või ka kujuneda residentide enda vastutus nende ülesannete täitmisel. Sõltudes küll mõnevõrra konkreetsetest meetoditest – kuidas õppija arengut hinnatakse –, jääb ajapõhises õppes siiski definitsioonist lähtuvalt konstandiks aeg ning muutujaks õppija omandatud oskused.

Ajal, mil arstide mobiilsus, vastutus ning töö läbipaistvus aina suurenevad, on muutunud üha olulisemaks ka võime koolitatud spetsialisti kvalifikatsiooni kontrollida. Õppekava ülesehitamine oskuste omandamisele annab hoopis võimaluse vältida pikki

ning lohisevaid õpiväljundite loetelusid, kui neil puudub reaalne väljund, näiteks õppimise aeg või omandatav vastutus. Samuti annab eelmainitu rakendamine väga head alused, et kaasata õppija oluliselt rohkem tema enda õppeprotsessi, mida peetakse aktiivse õppimise üheks nurgakiviks. Paindliku ning tulemustele orienteeritud tööga realiseerub efektiivsemalt õppija potentsiaal ja tagaplaanile vajuvad vaatleja rollis läbitud residentuurisüklid (5–8).

Põhja-Ameerika ning suurem osa Euroopast (näiteks Ühendkuningriik, Holland, Hispaania ning hiljuti ka lähinaabrid Soome, Norra ning Leedu) on edasiseks suunaks valinud just eelnevalt kirjeldatud ning maailmas pikalt päevakorral olnud kompetentsuspõhise õppe. Lisaks kompetentsuspõhisele õppele üleminekule on hariduslikus mõttes toimumas veel mitmeid teisi suuri muutusi residentuuris. Seda nii uute oskuste arendamise vajaduse tõttu (näiteks meditsiiniõiguse ja IT-oskuste õpetamine) kui ka keerulisemate protseduuride ning teaduse kiire arengu tõttu (uute ravimeetodite, simulatsiooni integreerimine õppesse). Seda kõike arvestades on tähtis hinnata, kas ka residentuuriõpe on nende muutustega kaasas käinud ning kohanenud.

PRAXISE ANALÜÜS BALTIMAAD RESIDENTUURIÕPPE VASTAVU- SEST WFME RAHVUSVAHELISTELE STANDARDITELE

Järgnevalt on artiklis esitatud kokkuvõtte poliitikauuringute keskuse Praxis analüüsist (9), mida on kasutamiseks kohandatud ja täiendatud.

Eesti residentuur vajab arenguhüppeks kõrvalpilku ja esimest põhjalikku analüüsi. Baltimaade (sh Eesti) residentuuri kvaliteedi analüüsimiseks ning võrdlemiseks WFME standarditega pöördus ENÜ mõttekoja Praxis poole. 2018. aasta lõpuks valmis analüüs, mille eesmärk on kirjeldada meie diplomijärgse õppe reaalselt seisuga ja selle praktilisi arenguvõimalusi. Tulemuste põhjal sõnastati 16 soovitus, mille abil suurendada meie eriarstide koolitamise kvaliteeti.

WFME KVALITEEDISTANDARDID

Et analüüsi juured oleks sügaval tänapäevase arstiõppe kvaliteedi konsensuslikes nõuetes, võeti aluseks värskest uuendatud WFME standardid, mis on rahvusvaheliselt tunnustatud raamistik ning akrediteerin-

gute alus arstide õppe – sh residentuuri – korraldamisel ning erialaprogrammide koostamisel. Kvaliteedistandard laieneb residentuuriõppele tervikuna – see tähendab, et kasutades neid nõudeid, hindab ja kirjeldab see uuring residentuuri korraldust erialade-ülevalt, laskumata erialade spetsiifikasse ja detailidesse. Kasutades WFME standardeid andmete kogumise ja analüüsi raamistikuna, koondati 255 WFME nõuet ning koostati nende põhjal 56 uuritavat küsimust. Mõnd nõuet kasutati sellisena, nagu see on sõnastatud algses WFME raamistikus, ja mõnd kohandati, ühendades näiteks kaks või enam nõuet.

NELI TEEMARÜHMA

WFME standardite algse üheksa valdkonna põhjal moodustus uuringu lüüsisambana neli uut teemade rühma:

- residentuuriõppe õiguslikud ja korralduslikud tahud,
- residentuuriõppe kvaliteet,
- hindamine ja tagasiside ning
- teadustöö roll residentuuriõppes.

Uuring koosnes neljast põhietapist: 1) dokumendianalüüs, 2) andmete kogumine ja analüüs, 3) standardite hindamine ning 4) poliitikaanalüüside ja soovitude koostamine. Tulemused avaldati kahes etapis: kõigepealt kolm poliitikaanalüüsi asjaomastes riikides ja seejärel lõpparuanne 2018. aasta detsembris.

Andmete kogumise ja analüüsi üks olulisemaid samme oli veebiküsitlus. Veebiküsitluse eesmärk oli hinnata residentide ja nende juhendajate kogemuste vastavust eelmainitud standarditele. Veebiküsitluseks sõnastati WFME standardid väidetena, mille paikapidavusele andsid vastajad hinnanguid 5punktilisel Likerti skaalal. Veebiküsitlus korraldati kõigis kolmes Balti riigis ning see hõlmas arst-residente, äsja (viimase kahe aasta jooksul) kutse omandanud eriarste ning residentide juhendajaid. Vastanute struktuur on esitatud tabelis 1. Veebiküsitlusele järgnesid erinevate sihtrühmade fookusgruppide kohtumised, intervjuud ja arutelud kõigis kolmes riigis ning Balti- ja põhjamaade nooremarstide rahvusvahelised töörühmad potentsiaalsete lahenduste otsimiseks.

Ka vastajate isikuandmed registreeriti uuringu küsitluse osas, kuid etteruttavalt võib öelda, et vanuse, soo või õpinguaasta erinevus ei tinginud erinevusi vastustes.

Tabel 1. Veebiküsitluses osalenud isikud

	Saadud vastused	Analüüsi kaasatud vastajad		Residendid		Lõpetajad ja katkestajad		Juhendajad	
	(arv)	(vastajate arv, %)		(analüüsi kaasatud vastajate arv, %)					
EESTI	600	454	75,7%	218	48,0%	55	12,1%	181	39,9%
LÄTI	337	221	65,6%	138	62,4%	27	12,2%	46	20,8%
LEEDU	471	261	55,4%	178	68,2%	42	16,1%	41	15,7%

UURINGU TULEMUSED

Balti riikides pakutavat residentuuriõpet iseloomustavad kaks hästi korraldatud tahku: põhiõpe annab residentuuri eel head prekliinilised teadmised ja residentidel on juurdepääs ajakohasele erialakirjandusele. Samuti peavad Eesti residentid tugevuseks konkurentsivõimelist töötasu, mida kahjuks ei saa välja tuua teiste Balti riikide puhul. Siiski on mitu põhimõttelist probleemi, mis vajavad lahendamist. Kuigi meil on silmapaistavaid erialaprogramme, residentuuribaase ning individuaalseid juhendajaid, on kõigis Balti riikides ühiseks märksõnaks nende kvaliteedi ebaühtlus (vt joonis 1).

Ebaühtlus residentuuris

Balti riikides on küll kehtestatud residentuuriõpet käsitlevad eeskirjad, kuid peamised probleemid on seotud nende rakendamisega. Eestis on õppijale süstemaatiliseks takistuseks näiteks ka see, et residentuuritsüklite eeldatavaid tulemusi ei ole kindlaks määratud.

Ka võivad juhendamise kvaliteet, teooria ja praktika omavaheline tasakaal, teenuse osutamise ja õppetöö ühendamine ning pädevuste hindamine erineda märkimisväärselt, lähtudes erialaprogrammidest, konkreetsest juhendajast, residentuuritsüklit, õpetavast haiglast või selle osakondadest. Järelikult võivad ka uute eriarstide erialased teadmised olla kõikuvad ja regulatiivdokumentides kirjeldatud koolitus ei pruugi kajastada tegelikkust.

Tervishoiuteenuste osutamine, koolitus ja teadustegevus ei ole residentuuri ajal omavahel piisavalt tasakaalustatud (vt joonis 2)

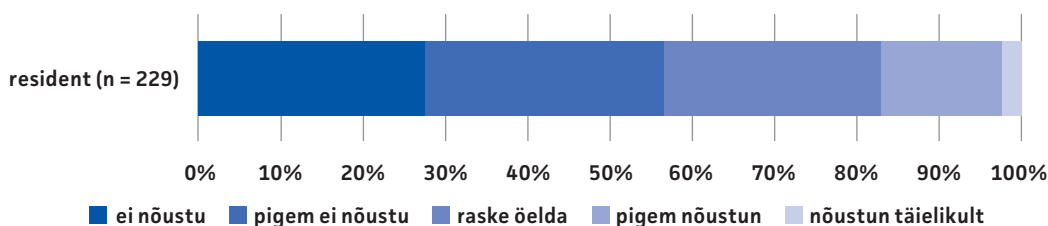
Ametlikult kujutab residentuuriõpe endast kutsealasele arengule suunatud praktikat, aga residentuuriõppes on tihti esiplaanil tervishoiuteenuse osutamine ja residentide kasutatakse tööjõupuuduse korvamiseks. Õppe seisukohalt on tähtis tagada iseseisva kliinilise töö ja juhendatud töö ühendamine ning optimaalne tasakaal.

Iseseisva töö maht peaks oskuste, teadmiste ja kogemuste kasvades suurenema

Residentide iseseisva töö maht peaks oskuste, teadmiste ja kogemuste kasvades suurenema. Praegu on Eestis iseseisva töö maht eri olukordades väga erinev ning oleneb residentide kogemuste asemel pigem eriala tööjõuvajadusest ja sellest, mida juhendaja subjektiivselt lubab. Sellele vaatamata kannab juhendaja oma juhendatavate residentide töö eest täielikku õiguslikku vastutust kuni residentuuritsükli lõpuni.

Residentuuriprogrammide uuendamine ei ole Balti riikides regulaarne

Üheski kolmest riigist ei ole praegu avalikustatud programmide sise- ega välishindamist. Residentuuriprogrammide uuendamine ei ole Balti riikides regulaarne, koormates pigem administraatoreid või programmi üldjuhendajaid, ega hõlma alati kõiki sidus-



Joonis 1. Nõustumine väitega „Residentuuri baasasutused on juhendamise kvaliteedi taseme poolest ühtlased”.

rühmi. See tingib olukorra, kus erialade õppeprogrammide ajakohastamine sõltub programmide üldjuhendajate töökoormusest ja motivatsioonist ning residentuuriprogrammide seire ja hindamine ei ole tegelikult reguleeritud.

Tellitud uuringu eesmärk oli ka esitada asjakohaseid, analüüsile tuginevaid soovitusi. Soovitustes pakuti välja realistlikud ja teostatavad viisid residentuuriõppe praeguste puuduste kõrvaldamiseks kõigis kolmes Balti riigis. Sõelale jäi 16 olulisemat soovitust.

UURINGU TULEMUSTE PÕHJAL ANTUD SOOVITUSED

1. Kehtestada ja rakendada residentuuriõppe miinimumstandardid, sh juhendamise standardid

Residentuuriõppe miinimumstandardid aitavad tagada ühtsena arusaama sellest, millist õpet iga resident peab igas residentuuribaasis ja igas residentuuritsükli saama. Näiteks tuleks määrata õpieesmärgid ja -väljundid iga residentuuritsükli jaoks. Samuti tuleks täpsustada (kliinilise) juhendamise kontseptsiooni: Balti riikide ühine probleem seisneb selles, et puuduvad juhendajate värbamise ja ettevalmistuse selgelt sõnastatud ning rakendatavad tegevuspõhimõtted.

2. Kehtestada residentuuriõppe programmide ajakohastamise riiklik süsteem

Soovitav on välja töötada süsteem, mis tagab, et kõik õppeprogrammid on ajakohased ja neid arutatakse koos kõigi asjaomaste sidusrühmadega. On näiteid, kus

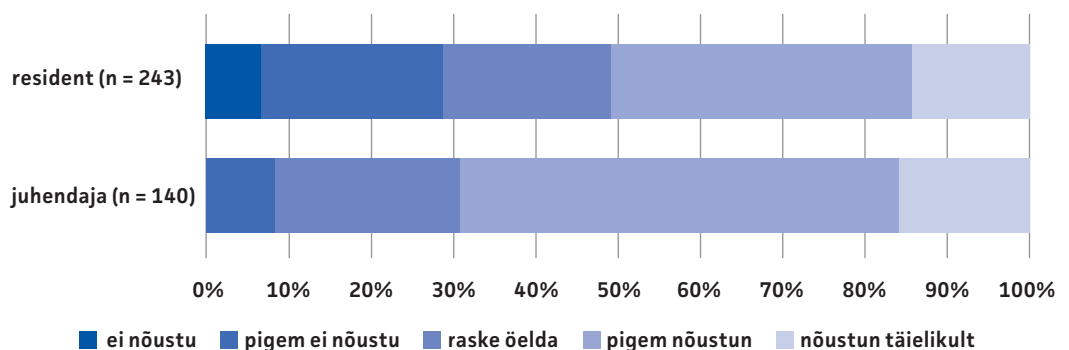
õppekorraldus ja reaalne õpe ei korreleeru programmide aegumise tõttu, sest kliiniline meditsiin areneb kiiremas tempos kui erialaprogramm.

3. Hinnata kõiki olemasolevaid residentuuriõppe programme, arvestades kõiki WFME standardites toodud nõudeid

Soovitav on, et programmide koostajad hakkaksid enesekontrolli vormis üksikasjalikult analüüsima residentuuriõppe vastavust kõikidele WFME standardnõuetele ja looksid sellele tuginedes pideva kvaliteedikontrolli süsteemi. Kõigis kolmes riigis tuleks seda teha koostöös kõigi asjakohaste sidusrühmadega, Eestis näiteks koostöös Tartu Ülikooli, Sotsiaalministeeriumi ja erialaühendustega ning kaasates varasemast rohkem residentide ja üliõpilasorganisatsioone.

4. Muuta residentuuriõppe residentikesksemaks ja luua osakoormusega õppe võimalus

Eesti on üks viiest Euroopa riigist, kus residentidel ei ole lubatud residentuuri läbida osakoormusega. Teadaolevalt on Eestis juba kavas see võimalus luua. Plaanide järgi võetakse paindlikkuse võimaldamisel arvesse erinevaid sihtrühmi, näiteks väikeste vanemate, doktorantide ja terviseprobleemidega inimeste vajadusi. Soovitav on aga jätta võimalus kasutada paindlikkust ka muudel juhtudel (näiteks kui resident osaleb doktorantuurivälises teadustöös, hooldab lähedast või täiendab ennast väljaspool meditsiinivaldkonda). Võrreldes residentuuri peatamise või katkestamisega säästab paindlikkus hoopis tervishoiuresse ning väärtustab noore arsti tööd.



Joonis 2. Nõustumine väitega „Minu eriala residentuuriprogrammis on praktiline ja teoreetiline õpe ootuspärases tasakaalus”.

5. Töötada välja igakülgse hindamise meetodid ja neid rakendada

Residentide oskuste hindamine on praegu kõigis Balti riikides problemaatiline. Eestis on hindamine ainult kokkuvõtlik ja toimub üldjuhul lõpueksami vormis. Mõnel erialal toimuvad ka vaheeksamid. Vajalik on terviklik hindamissüsteem, milles tuleks kokku leppida ning avalikkusele kättesaadavaks teha selle meetodid ja põhimõtted. Hindamine peaks olema nii kujundav kui ka kokkuvõtlik ning hõlmama kõiki õpitu-lemusi, sealhulgas pehmeid oskusi nagu suhtlusoskus. Kujundav hindamine peaks olema korrapärane, selle eesmärk on aidata residentil arendada programmis kirjeldatud kliinilisi ja muid kutseoskusi.

6. Luua igakülgse tagasiside süsteem (sh tagasiside analüüs) ja muuta see avalikuks

Residentid tajuvad, et nad ei saa konstruktiivset ja konkreetset tagasisidet (vt joonis 3) ning seetõttu ei tunne residentid end piisavalt enesekindla ja kvalifitseerituna iseseisvaks arstitööks. Praegune juhendajate poolt residentidele antava tagasiside süsteem on formaalne ja sellel puudub õppijat kujundav sisu. Nõnda kaotab tagasiside koha igapäevases töös, devalveerub ning lõpetab sahtlis. Üle tuleb vaadata ja ajakohastada ka residentidelt juhendajatele antava tagasiside süsteem, millel on suur väärtus juhendajate ning õppebaaside töö arengus.

7. Võtta kasutusele residentide mentorluse süsteem

Residentidele tuleks luua mentorlussüsteem, mille käigus määratakse igale residentile kogu residentuuriõppe ajaks oma eriala

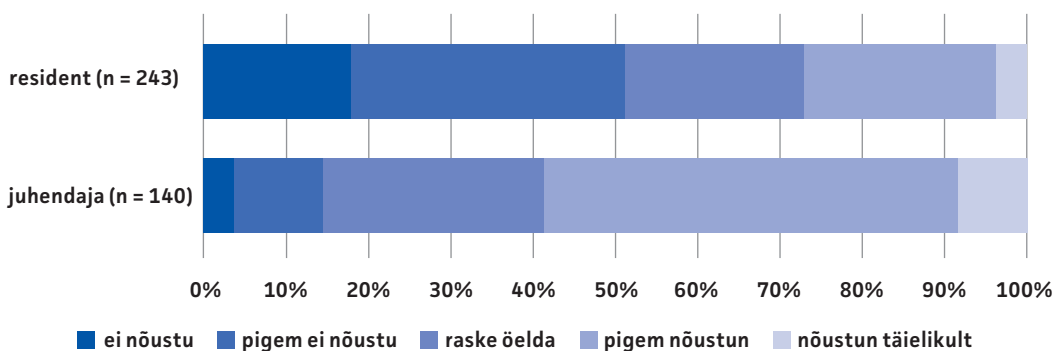
mentor, kes annab residentidele korrapäraselt tagasisidet, tagab, et resident omandab vajalikud oskused, ning annab nõu õpingute planeerimisel. Korrapärane kontakt mentoriga säilib ka õpetava haigla ehk koolitusbaasi muutumisel.

8. Panna rohkem rõhku õppimisele tervishoiuteenuste osutamise käigus

Kõigis kolmes riigis osutasid erinevate erialade residentid, et nende valdkonnas domineerib residentuuri ajal täiendava õpiväärtuseta kliiniline töö ja oskuste omandamine on tagaplaanil, kuna eeldatakse, et oskuste omandamine toimub igapäevastöö taustal. Seega on soovitatav, et teenuse osutamise käigus pöörataks rohkem tähelepanu residentide aktiivsele õpetamisele. See eeldab, et juhendajatel on juhendamiseks rohkem aega ning nende õpetamisoskuse arendamist on toetatud.

9. Vähendada juhendajate töökoormust, nähes tööplaanides ette juhendamisele mõeldud aja, võttes kasutusele tehnoloogilisi lahendusi ja palgates haldusassistente

Analüüsi kohaselt napib praegu eriarste, kes sobiksid täitma juhendaja ülesandeid, ning kogemustega juhendajad on sageli tööga ülekoormatud. Sobivaid õpetamis-meetodeid ei kasutata peamiselt seetõttu, et juhendajatel puudub pedagoogiline haridus ja õpetamiseks piisav aeg, kuigi juhendajate valmidus õpetada püsib sealjuures kõrge. Residentid leiavad, et juhendajad, osakonnad ja haiglad ei väärtusta alati residentide õpetamist ning paljud ei pea seda sisukaks. Seetõttu on vaja muuta järgmise põlvkonna õpetamise kultuuri ja näha juhendajate



Joonis 3. Nõustumine väitega „Residentid saavad residentuuri vältel piisavalt tagasisidet kujul, mis toetab nende arenemist professionaalseks arstiks”.

tööplaanides ette aega juhendamiseks ehk väärtustada juhendamist ja õppetööd võrdselt kliinilise tööga.

10. Näha residentuuriõppe programmides ette pehmete oskuste arendamine

WFME standardite kohaselt peaks residentuuriõppe valmistama residendi ette kõikideks eriarstilt oodatavateks rollideks, hõlmates süsteemselt ka meeskonnatööd, suhtlusoskust, juhtimisoskust ja eetikat. Residentuuriõppe programmides on mainitud oskused õpitulemustena esitatud, kuid nende rakendamist ja õpet süsteemselt ei pakuta. Teadmiste ja oskuste omandamine õpetamise vallas peaks sisalduma nii põhiõppes kui ka residentuuriõppes, sest praegused residendid on tulevaste põlvkondade juhendajad.

11. Tagada, et kõik residendid omandavad residentuuriõppe käigus teadustöö oskused

Praegu peetakse Eestis meditsiinialast teadustööd ja kliinilist epidemioloogiat kogemuseks, mis omandatakse eraldi doktoriõppe osana enne või pärast residentuuri. Analüüsi kohaselt on nii residendid kui ka nende juhendajad osutanud vajadusele õpetada residentidele akadeemilise kirjanduse kriitilise hindamise oskust, statistikaga seotud oskusi ja tõendus põhise meditsiini aluseid. Seega tuleks kõikide residentuuriprogrammide käigus õpetada teadustöö tulemuste, eelkõige aga statistika ja uuringu korralduse tõlgendamise oskust.

12. Tagada residentidele korralikud töötingimused, sealhulgas psühholoogiline tugi

Eri riikide residendid tõstsid esile järgmised probleemid: pikk tööaeg, ajanappus lugeda meditsiinkirjandust või ravijuhendeid, raskused töövõimetuslehe või palgata puhkuse võtmisel, probleemid töökohapõhiste olmeküsimustega (arvutid, tööriided ja -ruumid). Mainiti ka psühholoogilise toe puudumist rasketes olukordades, nagu patsiendi surm, aga ka läbipõlemine ja seksuaalne ahistamine. Kõigile meditsiinitöötajatele tuleks ette näha psühholoogiline tugi konfliktiolukordade ja keeruliste meditsiiniliste juhtumite korral. Üheski Balti

residentuuriõppe programmis ei mainita arstide heaolu (enese eest hoolitsemist), mis on jätkusuutliku karjääri tagamiseks hädavajalik.

13. Tagada residentuuri vastuvõtmi-se protsessil igakülgne läbipaistvus

14. Tagada sooline võrdõiguslikkus ning töötada välja vastavad suunised residentidele ja juhendajatele

15. Teha kogu teave residentuuri kohta – kursused, eeskirjad, uuendused jne – avalikult kättesaadavaks

16. Tagada kõigile residentidele juurdepääs ülikoolide raamatukogudele ja andmebaasidele

KOKKUVÕTE

Tegemist on teadaolevalt esimese uuringuga, mille käigus saadi süstemaatiline ülevaade Balti riikide diplomijärgsest arstiõppest. Uuringu eesmärk oli tuvastada erialade-üleselt eri riikide süsteemide tugevad ja nõrgad küljed ning pakkuda neile reaalseid teostatavaid lahendusi arenduseks. Kuna tegemist on pilootuuringuga, on uuringu tulemused oma iseloomult ülevaatlikud ning aitavad kujundada fookust edasiseks ja kindlasti väga vajalikuks uurimistööks. Eesti Nooremarstide Ühendus on veendunud, et arstide süstemaatiline ning aktiivne õpetamine on kvaliteetse arstiabi lahutamatu osa ning koguni selle eeldus.

KIRJANDUS

1. PGME Standards 2015. World Federation for Medical Education. <http://wfme.org/standards/pgme/>.
2. Residentuur, üldinfo; TÜ meditsiiniteaduste valdkond. <https://meditsiiniteadused.ut.ee/et/uldinfo>.
3. Residentuuri eeskiri; TÜ meditsiiniteaduste valdkond. <https://meditsiiniteadused.ut.ee/et/residentuur/residentuuri-eeskiri>.
4. Residentuuri raamõuded ja residentuuri läbiviimise kord (04.06.2001). RTL 2001, 70, 946. Viimati muudetud 01.01.2019. <https://www.riigiteataja.ee/akt/128062018022>.
5. Frank JR, Snell LS, Cate OT, et al. Competency-based medical education: theory to practice. *Med Teach* 2010;32:638–45.
6. Kadmon M, Cate OT, Harendza S, Berberat PO. Postgraduate Medical Education – an increasingly important focus of study and innovation. *GMS J Med Educ* 2017:34.
7. Competency-Based Medical Education; Postgraduate Medical Education, University of Ottawa. <http://med.uottawa.ca/postgraduate/tools-and-resources/cbme>.
8. Harden R, Laidlaw J. *Essential Skills for a Medical Teacher*, 2nd ed. Elsevier; 2016.
9. Michelson A, Kullamaa L, Osila L, Plakane B, Grigaliūnaitė K, Vainre M. Arstide residentuuriõppe vastavus WFME rahvusvaheliste standarditele: Eesti, Läti ja Leedu võrdlev analüüs. Tallinn, 2019: Poliitikauringute Keskus Praxis.