

Tervishoiutöötajate pädevuse hindamine ja tagamine

Kaja Pölluste – TÜ tervishoiu instituut

Artiklis on kirjeldatud eriarsti pädevuse hindamise kriteeriumeid ja selle korraldamise põhimõtteid Eestis.

Tervishoiuteenuste osutajate pädevuse hindamine ja tagamine on oluliseks eelduseks tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamisel. Klassikalise määratluse kohaselt on arstiabi kvaliteet struktuuri, protsessi ja tulemuste omadus (1). Struktuuri all mõistetakse tervishoiusüsteemi käsutuses olevaid ressursse: süsteemis töötavad inimesed, tehnika, hooned, raha, informatsioon. Protsessina mõistetakse igasuguseid tegevusi, mis on vajalikud tervishoiusüsteemi funktsioonide täitmiseks: ravi ja õendus, töökorraldus, informatsiooni liikumine. Tulemus näitab, mida tervishoiusüsteemis on saavutatud, ja kahtlemata on olulisim tulemus patsiendi tervis ning heaolu. Kas teenus on hea või halva kvaliteediga, otsustataksegi enamasti tulemuse põhjal. Tulemus aga omakorda sõltub protsessist ning protsesside toimimise eelduseks on struktuuri kvaliteet.

Seetõttu on teenuse kvaliteedi tagamiseks oluline, et tervishoiutöötajana tegutseksid ainult inimesed, kellel on selleks olemas vajalikud oskused ja kogemused. Tegevusloa ehk litsentsi andmine tervishoiuteenuste osutamiseks nii juriidilisele kui füüsilisele isikule on enamasti reguleeritud riiklikul tasandil. Selleks et saada õigus praktiseerida tervishoiutöötajana, peavad inimese oskused ja teadmised vastama teatud minimaalsetele standarditele, mis on vajalikud sellel erialal tegutsemiseks. Standarditele vastavust hindavad ja tegutsemise õiguse annavad selleks volitatud riiklikud asutused ning nõuetele vastavust ja nõuete täitmist kontrollivad riikliku järelevalve asutused. Seda tegevust nimetatakse **litsentsimiseks** (2, 3). Erinevalt tegevusloa ehk litsentsi kohustuslikust

taotlemisest on paljudes riikides tervishoiutöötajate pädevuse hindamiseks võetud kasutusele ka mitteriiklikud hindamissüsteemid, mis ei ole seadusega sätestatud, vaid põhinevad heal taval ja sageli ka teatud ühiskondlikul survele nii kolleegide kui ka tervishoiuteenuste tarbijate poolt. Sellist mitteriiklikku pädevuse hindamise süsteemi nimetatakse **sertifitseerimiseks** (2, 3). Sertifikaadi olemasolu tõendab, et sertifitseerimist taotlev isik on läbinud pädevuse säilitamiseks nõutava täienduskoolituse ja omandanud vajaliku kogemuse sellel erialal töötamiseks. Sertifikaadi saamiseks on enamasti vaja täita kindlatele nõuetele vastav koolitusprogramm ning sooritada üks või mitu kvalifikatsioonieksamit. Euroopa Liidu riikides on arstide pädevuse hindamise aluseks hindamisperioodi jooksul sooritatud erialane täiendusõpe (4). Ameerika Ühendriikides seevastu on sertifikaadi saamise eelduseks lisaks täiendusõppele ka kvalifikatsioonieksami sooritamine (5). Lisaks sellele on sageli kehtestatud hulk nõudeid, millele kandidaat peab vastama: tööstaap, haridustase (näiteks bakalaureuse- või magistrikraadi olemasolu), mõningatel juhtudel on vajalik ka soovitus olemasolu (2, 6). Sertifikaadi saamisega seotud kulud tasub tavaliselt sertifikaadi taotleja. Meditsiinierialadel korraldavad sertifitseerimist enamasti erialaseltsid ja ühendused (2, 7). Erialaseltside sertifitseerimismehhanismidesse ja eksamikomisjonidesse kuuluvad üldjuhul oma eriala juhtivad spetsialistid. Sellise sertifitseerimismehhanismi olemasolu tõestab avalikkusele, et sellel erialal praktiseeriv spetsialist on tõepoolest kvalifitseeritud. Sertifitseerimist korraldava

organisatsiooni kehtestatud standardid on omakorda eeskujuks täiendusõppe-programmide koostamisel ning aitavad kaasa koolituse paremale kvaliteedile.

Lisaks esmakordsele sertifitseerimisele on oluline osa tervishoiuteenuste osutajate pädevuse perioodilisel hindamisel ehk resertifitseerimisel, sest sertifikaadi taotlemisel demonstreeritud teadmised ja kogemused ei pruugi jääda pikemaks perioodiks samale tasemele ning teadmiste ja oskuste taset ja olemasolu tuleb tõestada teatud ajavahemiku möödudes. Resertifitseerimise eelduseks on tavaliselt oma erialal praktiseerimine (resertifitseerimist taotlev isik peab olema igal aastal praktiseerinud teatud arvu tunde), oskuste ja kogemuste olemasolu ja pidev teadmiste täiendamine, s.t inimene peab koguma teatud hulga täienduspunkte. Samuti antakse resertifitseerimisel hinnang arsti professionaalsele tegevusele ja töö tulemustele. Erialaseltside sertifitseerimisnõukogud võivad keelduda sertifikaadi pikendamisest, kui kandidaat ei soorita resertifitseerimiseksamit või tema erialases töös on esinenud suuri puudusi (2, 6). Euroopa arste ühendav organisatsioon UEMS (*Union Européenne des Médecins Spécialistes / European Union of Medical Specialists*) soovib resertifitseerimiseks viie aasta pikkuse hindamisperioodi jooksul sooritada erialast täiendusõpet vähemalt 250 täienduspunkti ulatuses ning täienduspunkti mõõtühikuks on üks täiendusõppe-tund (4). Ameerika Meditsiinierialade Nõukogu (*American Board of Medical Specialties*) on kehtestanud erialadele resertifitseerimisperioodi pikkuseks 6–10 aastat, kusjuures resertifitseerimisel on enamasti nõutav kvalifikatsioonieksami sooritamine ning paljudel erialadel on nõutav ka teatud mahus täiendusõppe läbimine (5).

Tervishoiutöötajate pädevuse hindamine ja tagamine Eestis. Kuni 2002. aastani rakendati Eestis nii arstide kui ka õdede pädevuse hindamiseks riiklikku atesteerimist vastavalt sotsiaalministeeriumi ja tervishoiuministeeriumi

käskkirjadele (8). Vastavalt tervishoiuteenuste teenuste korraldamise seadusele muutusid nimetatud käskkirjad kehtetuks ning tervishoiutöötajana praktiseerimise õigus saadakse pärast registreerimisprotseduuri Tervishoiuametis. Tervishoiutöötajana töötamise õiguse võib inimeselt võtta ära ainult vastava kohtuotsuse alusel (9). Seadus ei näe ette süsteemi tervishoiutöötajate pädevuse perioodiliseks hindamiseks ning tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuete määruse kohaselt on tervishoiuteenuste osutajate pädevuse hindamine jäetud erialaseltside ülesandeks (10).

Pädevuse hindamise süsteemi reorganiseerimisega hakati tegelema juba 1999. aastal, kui Eesti Arstide Liidu algatusel töötati välja esmased põhimõtted eriarstide vastavusertifitseerimisest. 2001. aastal koostati Sotsiaalministeeriumi tellimusel "Tervishoiutöötajate pädevuse hindamise süsteemi hetkeolukorra ja ümberkujundamise võimaluste analüüs", milles esitati nii olemasoleva süsteemi eeliste ja puuduste kirjeldus kui ka võimalikud arengusuunad. Kirjutise autorile teadaolevatel andmetel ei ole kumbagi nimetatud dokumentidest publitseeritud, kuid dokumentide käsikirjad on olnud alusmaterjaliks uue süsteemi väljatöötamisel.

Hölbustamiseks uuele süsteemile üleminekut moodustati selle aasta märtsis Sotsiaalministeeriumi juurde töörühm, kelle ülesandeks oli välja töötada eriarstide pädevuse hindamise kriteeriumid ning esitada ettepanekud pädevuse hindamise süsteemi korrastamiseks. Töörühma moodustamisele eelnes nõupidamine, mille osalesid Eesti Arstide Liidu, Eesti Haiglate Liidu, Eesti Tervishoiujuhtide Kolleegiumi, erialaseltside, Rahvatervise ja Sotsiaalkoolituse Keskuse, Sotsiaalministeeriumi, Eesti Tervishoiuprojekti 2015 ning Tervishoiuameti esindajad. Arutelu tulemusena jõuti järeldusele, et 2002. aastani kehtinud atesteerimissüsteemil oli piisavalt häid külgi, mida tasuks rakendada ka edaspidi. Samuti jõuti üksmeelele selles osas, et eriarstide pädevuse hindamisel tuleks eelkõige lähtuda Euroopas

Tabel 1. Eriarstide pädevuse hindamise kriteeriumid

Pädevuse hindamise kriteerium	Standard
Arsti praktilise töö kogemus ja tegevuse tulemuslikkus	erialaspetsiifiline
Maksimaalne mittepraktiseerimise (või muul erialal töötamise) aeg, mille jooksul arst ei kaota oma erialast pädevust	5 aastat
Pädevuse hindamise periood	5 aastat
Pädevuse säilitamiseks vajalik erialase täienduse maht ehk minimaalne täienduspunktide arv pädevuse hindamise perioodi jooksul	300

tunnustatud põhimõtetest. Niisiis ei ole aluseks mitte suhteliselt keerukas ja kallis sertifitseerimiseksamitel põhinev süsteem, mis on eeskätt kasutusel Põhja-Ameerikas, vaid hinnang antakse täienduskoolitustel osalemise põhjal.

Töörühm, millesse kuulusid Tartu Ülikooli, Eesti Arstide Liidu, Eesti Haiglate Liidu, erialaseltside, Sotsiaalministeeriumi, Tervishoiuameti ning Tervishoiuprojekti 2015 esindajad alustas tööd selle aasta aprillis. Konsulteerinud erialaseltside ja erialakomisjonide esindajatega, esitati 1. novembriks eriarstide pädevuse hindamise kriteeriumid ja süsteemi kirjeldus.

Eriarstide pädevuse hindamise kaheks põhiliseks ja võrdväärseks kriteeriumiks on praktiline töökogemus ja töö tulemuslikkus ning läbitud täienduskoolitus. Arsti pädevuse hindamisel on võrdse tähtsusega nii praktilise töö kogemus ja töö tulemuslikkus kui ka erialane enesetäiendus ning ühte tegevust ei saa teisele vastandada. Seega tuleb pädevuse hindamisel kasutada mõlemat kriteeriumit, ning kui pädevuse hindamist taotleb arst ei vasta esitatud standarditele, ei saa pädevuskomisjon ka vastavat otsust teha. Arsti pädevust hinnatakse iga viie aasta järel (vt tabel 1).

Neist **esimene kriteerium** on erialaspetsiifiline ning erialaseltsid peavad otsustama, missuguste kriteeriumide alusel töökogemust ning tulemuslikkust hinnatakse. Hindamise aluseks on pädevuse hindamise komisjonile esitatud viimase viie aasta töö kirjelduse või tegevuse aruanne ning erialast lähtuvalt on siin võimalik kasutada töö mahu ja kvaliteedi hindamiseks objektiivseid näitajaid (näiteks töötundide arv, lõikustundide arv, teostatud protseduuride arv, punktisüsteem jm). Aruandes peaksid kajastuma ka muud arsti

professionaalsust iseloomustavaid tegevused, näiteks uute diagnostiliste või ravivõtete rakendamine, osalemine asutusesisestes tegevusjuhiseid ning standardeid koostavates töörühmades ja ravikvaliteedi komisjonides, residentide juhendamise jne. Vajadusel kinnitab arsti tegevuse aruande tööandja või otsene ülemus.

Teine kriteerium on üldine ja määrab vajaliku täienduskoolituse mahu, milleks on 300 täienduspunkti viie aasta jooksul. Täienduspunkti mõõtühikuks on sarnaselt UEMSi soovitusel üks koolitustund (4). Nimetatud koolituse maht on kooskõlas ka täiskasvanute koolituse seadusega, mille kohaselt töötajal või teenistujal on õigus tööalases koolituses osalemiseks õppepuhkusele vähemalt 14 kalendripäevaks aastas keskmise palga säilitamisega (11). Kuigi arsti puhul ei asenda täienduskoolitus praktilist töökogemust, tuleb siin järgida põhimõtet, et iga koolitus arendab inimest ning seetõttu tuleb täienduskoolitusel osalemist pidada pädevuse hindamisel võrdseks praktilise töökogemusega. Täienduspunktide kogumiseks tuleb soovitada võimalikult erinevaid tegevusi, kaasa arvatud esinemine erialastel konverentsidel, osalemine teadustöös ja teadusartiklite publitseerimine. Kõik nimetatud tegevused eeldavad üsna suures mahus iseseisvalt erialase kirjandusega töötamist ning publitseeritud teadustöö tulemus on kinnituseks, et arst on iseseisvalt töötanud läbi piisaval hulgal teemaga seotud kirjandust ja muid materjale ning seetõttu on tema teoreetilised teadmised võrreldavad koolitustelt saadud teadmistega. Kui ettekanal, artiklil või monograafial on mitu autorit, tuleks täienduspunktide arv jagada autorite arvuga. Täienduspunktide kogumise viisid ning erinevate

Tabel 2. Täienduspunktide kogumise võimalused

Täienduspunktide kogumise võimalused I	Täienduspunktide arvestamiseks kasutatav kordaja
• Täienduskursus (loengud, seminarid, praktilised õppused)	
1 akadeemiline tund täienduskursusel (45 minutit) = 1 täienduspunkt	1,0
40tunnine (1nädalane) täienduskursus = 40 täienduspunkti	
• Osalemine lektorina tervishoiutöötajate täienduskoolitusel	3,0
1 akadeemiline loengutund täienduskursusel = 1 x 3 = 3 täienduspunkti	
• Stažeerimine töökohal	1,0
• Konverentsist osavõtt	1,0
Täienduspunktide kogumise võimalused II	Tegevusele vastav täienduspunktide arv
• Suuline ettekanne konverentsil	20
• Stendiettekanne konverentsil	10
• Teaduslik artikkel ajakirjas Eesti Arst	30
• Teaduslik artikkel rahvusvahelises eelretsenseeritavas ajakirjas	60
• Monograafia	300
• Doktoriväitekiri	300
• Artikkel ajakirjanduses (v.a Eesti Arst)	10
• Osalemine üleriigilisi standardeid / tegevusjuhiseid / õigusakte väljatöötavates tööühmades	30

tegevuste võimalik ümberarvutamine täienduspunktideks on esitatud tabelis 2.

Eriarstide pädevuse hindamise süsteem.

Vastavalt Sotsiaalministri 20. detsembri 2001. aasta määrusele nr 144 "Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded" (10) on pädevuse hindamise kohustus erialaseltsidel ning seetõttu peab iga erialaselts moodustama vastava eriala pädevuskomisjoni. Töörühma varasematel koosolekutel esitatud ettepanek ühendkomisjonide loomiseks ei leidnud erialade esindajate toetust ning mitme eriala ühine pädevuse hindamise süsteem on aktsepteeritud ainult kirurgilistel erialadel, kus pädevuse hindamisega tegeleb Eesti Kirurgide Assotsiatsioon.

Töörühm peab otstarbekaks moodustada **pädevusnõukogu**, mille koosseisu kuuluvad nii Eesti Arstide Liidu, Eesti Haiglate Liidu, TÜ arstiteaduskonna, Sotsiaalministeeriumi kui ka Tervishoiuameti esindajad. Pädevusnõukogu ei tegele sisuliste küsimuste arutamisega, sest see kuulub erialaseltside pädevusse. Pädevusnõukogu peamised ülesanded on

1) kinnitada ühingute/erialaseltside nimekiri, kellel on õigus hinnata oma eriala arstide pädevust, kuna mõne arsterialaga on seotud mitu erialaseltsi (vt tabel 3);

2) kehtestada ühtsed protseduurireeglid arstide pädevuse hindamiseks ning jälgida nendest reeglitest kinnipidamist;

3) lahendada pädevuse hindamisega seotud kaebusi.

Pädevusnõukogu sekretäriks on Tervishoiuameti esindaja, kes kogub kokku info pädevustunnistuste väljaandmise kohta ning edastab selle tervishoiutöötajate registrisse.

Kokkuvõte. Arstide pädevuse hindamine on vabatahtlikkusel ja vastastikusel kokkuleppel toimiv süsteem. Esitatud kriteeriumid on abiks erialaseltsidele oma liikmete ja sellel erialal praktiseerivate arstide pädevuse hindamise mehhanismide väljatöötamiseks. Pädevuse hindamise süsteemi eesmärgiks on süvendada nii arstikonnas kui ka tööandjate hulgas arusaamist elukestva õppe vajadusest ning innustada arste pidevalt oma erialaseid teadmisi täiendama. Pädevuse hindamise süsteem peab olema paindlik ja kohandatud tegelikele oludele, mistõttu perioodiliselt on otstarbekas esitatud kriteeriume ning standardeid läbi vaadata ja vajadusel teha asjakohaseid muudatusi.

Eeltoodud kriteeriumide väljatöötamisse on andnud suure panuse eriarstide pädevuse

Tabel 3. Arstierialad ja erialaseltsid

Eriala	Eriarsti pädevust hindav erialaselts
Hambaravi Suu-, näo- ja lõualuukirurgia Ortodontia	Eesti Stomatoloogide Selts
Anestesioloogia	Eesti Anestesioloogide Selts
Dermatoveneroloogia	Eesti Naha- ja Suguhaiguste Arstide Selts
Endokrinoloogia	Eesti Endokrinoloogide Selts
Erakorraline meditsiin	Eesti Kiirabiit
Taastusravi ja füsiaatria	Eesti Taastusarstide Selts Eesti Spordiarstide Selts
Gastroenteroloogia	Eesti Gastroenteroloogide Selts Eesti Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühing
Hematoloogia	Eesti Hematoloogide Selts Eesti Vereteenistuse Arstide Selts
Infektsioonhaigused	Eesti Infektsioonhaiguste Selts
Kardioloogia	Eesti Kardioloogide Selts
Laborimediitsin	Eesti Laborimediitsiini Ühing
Nefroloogia	Eesti Nefrooloogide Selts
Neurokirurgia Neuroloogia	L. Puusepa nimeline Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts
Oftalmoloogia	Eesti Oftalmoloogide Selts
Onkoloogia	Eesti Onkoloogide Selts
Otorinolaringoloogia	Eesti Kõrva-nina-kurguarstide ja Pea- ja Kaelakirurgide Selts
Patoloogia	Eesti Patoloogide Selts Eesti Kohtuarstide Selts
Pediaatria	Eesti Lastearstide Selts, Eesti Perinatoloogia Selts
Peremeditsiin	Eesti Perearstide Selts
Kardiovaskulaarkirurgia Lastekirurgia Plastika- ja rekonstruktiivkirurgia Ortopeedia Torakaalkirurgia Uroloogia Üldkirurgia	Eesti Kirurgide Assotsiatsioon
Psühhiaatria	Eesti Psühhiaatrite Selts
Pulmonoloogia	Eesti Kopsuarstide Selts
Radioloogia	Eesti Radioloogia Ühing
Reumatoloogia	Eesti Reumatoloogide Selts
Sisehaigused	Eesti Sisearstide Selts
Sünnitusabi ja günekoloogia	Eesti Naistearstide Selts
Töötervishoid	Eesti Töötervishoiu Arstide Selts

hindamise kriteeriumide töörühma liikmed: Pille Saar Sotsiaalministeeriumist; Margus Lember Tartu Ülikoolist; Kaljo Mitt ja Evi Lindmäe Tervishoiu-ametist; Teele Raiend Eesti Tervishoiuprojekt 2015st; Indrek Oro ja Toomas Kariis Eesti Arstide Liidust; Mall Riikjärv Eesti Haiglate Liidust. Erialseltse esindasid Kristjan Gutman, Tenno Jänes ja Mare Saag (hambaravi erialad); Arvo Mesikepp (sisemeditsiini erialad); Sergei Nazarenko (kliinilis-konsultatiivsed erialad); Jaan Tepp (kirurgilised erialad).

Pädevuse hindamise kriteeriumide valmimisele aitasid kaasa ka erialaseltside ning -komisjonide liikmed, kelle esitatud arvamused ja ettepanekud aitasid töörühmal eeltoodud tulemusteni jõuda.

Eriarstide pädevuse hindamise kriteeriumide ja süsteemi väljatöötamist finantseeris Eesti Tervishoiuprojekt 2015.

Kirjandus

1. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. In: Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan; Health Administration Press. 1980.
2. Rooney AL, Ostenberg PR. Licensure, accreditation, and certification: approaches to health services quality. Quality Assurance Methodology Refinement Series. Center for Human Services; 1999.
3. Longest BB Jr. Management practices for the health professional. 4th ed. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange; 1990.
4. European Accreditation of CME, EACCME, D 9907: <http://www.uems.be/d-9907-e.htm>.
5. ABMS Member Boards: Requirements for General Certification. <http://www.abms.org/GeneralReq.asp>.
6. American Medical Association. American Medical Accreditation Program: standards and criteria. Chicago: American Medical Association; 1997.
7. Ellis R., Whittington D. Quality Assurance in Health Care. Handbook. London: Edward Arnold; 1993.
8. EV Sotsiaalministeeriumi käskkiri 326-k 13.10.1993, EV Tervishoiu ministeeriumi käskkiri 130-k 19.07.1991. a. EV Tervishoiu ministeeriumi käskkiri nr 115-k 14.06.1991. a.
9. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus. RT I 2001;50:284.
10. Sotsiaalministri 20. detsembri 2001. a määrus nr 144: Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded. RTL 2002;2:21.
11. Täiskasvanute koolituse seadus. RT I 1993; 74: 1054.

Summary

Evaluation of the competence of health professionals

Since January 1st 2002, the Health Care Board is responsible for the registration of health professionals in Estonia. After passing the registration procedure, the health professional will be licensed to provide health services. Professional associations will be responsible for the certification and re-certification of health professionals. In 2002, common criteria were elaborated for the certification of physicians. According

to these criteria, every physician should collect at least 300 creditpoints of continuous medical education during the 5-year re-certification period and describe his/her professional activity during this period. To establish common rules for certification and re-certification as well as to ensure following of these rules by every professional society, a certification board should be established.

kaja.polluste@tervishoiuprojekt.ee, kajap@ut.ee