

PÄDEVUSE HINDAMISE JA RESIDENTUURI LISA-AASTA KOOSOLEKU PROTOKOLL

27.01.2014

Sotsiaalministeerium, Tallinn

Algus kell 13.00

Lõpp kell 16.00

Juhatas: Ivi Normet ja Heli Paluste

Protokollis: Maarja Kerner

Võtsid osa: (registreerimislehe alusel) Tiiu Aro (Terviseamet), Evi Lindmäe (Terviseamet), Üllar Kaljumäe (Terviseamet), Heli Paluste (Sotsiaalministeerium), Ivi Normet (Sotsiaalministeerium), Anastasia Levin (Terviseamet), Iiris Saluri (Terviseamet), Mihhail Mužõtsin (Terviseamet), Joel Starkopf (Tartu Ülikool), Riina Salupere (Eesti Gastroenteroloogide Selts), Elle-Mall Keevallik (Eesti Perearstide Selts), Lembi Aug (Eesti Arstide Liit), Katrin Rehema (Eesti Arstide Liit), Eve Mai Kuulpak (Eesti Kopsuarstide Selts), Ruth Kalda (Tartu Ülikooli peremeditsiinikliinik), Mari Laan (Eesti Lastearstide Selts), Olavi Vasar (Eesti Plastika- ja Rekonstruktiivkirurgia Selts), Mait Altmets (Eesti Infektsioonhaiguste Selts), Sulev Haldre (Eesti Neuroloogide ja Neurokirurgide Selts), Veiko Reigo (Eesti Oftalmoloogide Selts), Merike Luman (Eesti Nefroloogide Selts), Merle Rökk (Eesti Taastusarstide Selts), Toomas Kariis (Eesti Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühing), Andres Lehtmets (Eesti Psühhiaatrie Selts), Pille Andresson (Eesti Perinatoloogia Selts), Tanel Laisaar (Eesti Torakaalkirurgide Selts), Heldi Kase (Eesti Kohtuarstide Selts), Marianne Soots (Eesti Näo-lõualuude Kirurgia Selts), Lauri Kõrgvee (Eesti Anestesioloogide Selts), Aadu Simisker (Eesti Radioloogia Ühing), Jaan Sütt (Eesti Anestesioloogide Selts), Annika Volke (Eesti Naha- ja Suguhaiguste Arstide Selts), Liis Toome (Eesti Lastearstide Selts), Piia Tuvik (Eesti Reumatoloogia Selts), Marek Vink (Eesti Hambaarstide Liit), Priit Kasenõmm (Eesti Kõrva-Nina-Kurguarstide ja Pea- ja Kaelakirurgide Selts), Rille Pihlak (Eesti Nooremastide Ühendus), Elinor Õunap (Eesti Arstiteadusüliõpilaste Selts), Aili Tuhkanen (Eesti Näo-lõualuude Kirurgia Selts), Hele Everaus (Eesti Hematoloogide Selts), Kai Saks (Eesti Geriaatrie Selts), Sergei Nazarenko (Eesti Nukleaarmeditsiini Selts), Vallo Volke (Eesti Endokrinoloogia Selts), Katrin Õunap (Eesti Meditsiinigeneetika Selts), Mai Rosenberg (Eesti Nefroloogide Selts), Helis Pokker (Onkoloogia erialakomisjon), Lee Tammemäe (Eesti Naistearstide Selts), Andrus Loog (Eesti Veresoontekirurgide Selts), Maire Kuddu (Eesti Onkoloogide Selts), Julia Tamme (Eesti

Transfusioonmeditsiini Selts), Kristjan Martin Kasterpalu (Arstiteaduskonna Üliõpilaskogu), Vanda Kristjan (Eesti Perearstide Selts), Pille Konno (Eesti Naha- ja Suguhaiguste Selts), Toomas Tamm (Eesti Uroloogide Selts), Ahe Vilks (Eesti Töötervishoiuarstide Selts), Marju Kase (Eesti Kliiniliste Onkoloogide Selts), Aet Lukmann (Eesti Taastusraviarstide Selts), Eero Semjonov (Eesti Patoloogide Selts), Inga Vainumäe (Eesti Lastearstide Selts), Krista Ress (Eesti Immunoloogide ja Allergoloogide Selts), Jaanus Ellermaa (Eesti Anestesioloogide Selts), Ago Kõrgvee (Eesti Erakooralise Meditsiini Arstide Selts), Tanel Ross (Eesti Haigekassa), Mari Mathiesen (Eesti Haigekassa), Jüri Teras (Eesti Kirurgide Assotsiatsioon), Indrek Rätsep (Eesti Anestesioloogide Selts).

Puudus(id):

Kutsutud:

PÄEVAKORD

1. Residentuuri lisa-aasta.
2. Eriarstide pädevuse siseriikliku hindamise regulatsioon ja süsteem.
3. Erialaseltsidelt saadud tagasiside kokkuvõtte pädevuse hindamise küsimustikule.
4. Välisriikidest tulevate arstide kutsevalifikatsiooni tunnustamine.

1. Koosoleku avas Tartu Ülikooli Arstiteaduskonna dekaan prof Joel Starkopf ettekandega teemal „Residentuuri pikendamine“. Tartu Ülikooli (edaspidi TÜ) seadus määratleb, et residentuuri korraldab TÜ. Residentuuri programmi kinnitab Tartu Ülikooli senat. Hetkel on kehtiv sotsiaalministri määrus 04.06.2001 määrus nr 56 „Residentuuri raamnõuded ja residentuuri läbiviimise kord“. Määrus annab loetelu erialadest, millel on 3-5 aastane residentuur. Programmide detailne sisu on TÜ otsustus ja vastutuse ala. 2012. aastal tuli ettepanek erialade üldjuhendajatelt ja Sotsiaalministeeriumilt (edaspidi SOM) residentuuri pikendamiseks. Arstiteaduskonna nõukogu kiitis uued programmid heaks, mis 29 november 2013 kinnitati senati poolt. Jõuti seisukohale, et uued programmid võiksid rakenduda juba 2015.aastal. SOM 2014 suvel küsis erialaseltsidelt arvamust, kolm vastas, et ei soovi uusi programme rakendada. Nüüd on tehtud Arstide Liidu (edaspidi AL) küsitlus, kus on teistsugused tulemused. SOM on algatanud programmide muutmise ja pikendamise, kuid uute programmide järgi pole SOM esitanud residentuuri tellimust. TÜ on vahepeal muutnud arstiõppe programmi nüansse ning praktika mahtu diplomieelses õppes on pikendatud umbes 50% võrra – 36 EAP-lt 55 EAP-le. Kui varem oli praktika pärast 4. ja pärast 6. kursust, siis nüüd on arstiks õppijaid kokku ühel kursusel ehk 6. kursusel. Hetkeseis on selline, et kas meie noortele kolleegidele piisab 8-kuulisest praktikast, et saada üldarsti kogemus või mitte. Maailmas on erinevaid mudeleid, paljudes riikides on üldarstina praktiseerimine eelduseks residentuuri astumisel. Lisa-aasta annaks laiemat kogemust üldarstina praktiseerimiseks. Residentuuride kestus on SOM määruse küsimus, erialade programmide detailne sisu on TÜ vastutusala.

L. Puusepa nimeline Neuroloogide ja Neurokirurgide Seltsi esindaja (S.Haldre)- Mis seisus olukord on, millised on SOM järgmised sammud? Kas lisa-aasta rakendub sellel aastal? SOM esindaja vastab, et eelmisel suvel lepitati kokku, et juhul kui leiame konsensuse erialadega, siis pikeneb residentuur 2015.a sügisest. SOM on algusest peale residentuuri lisa-aastat toetanud.

Eesti Taastusraviarstide Seltsi esindaja (A.Lukman)- miks võeti vastu otsus lisa-aastaks, mis on kõikidel ühesugune, kuigi paljud seltsid soovisid residentuuri pikendamist erialapõhise lisa-aastana. Dekaan vastab, et residentuuri programmid olid arutelus 2012.a. nõukogus, ning

teemat jäi läbima kontseptsioon, et kõikidel erialadel peaks olema ühine üldaasta osa residentuuri alguses.

Eesti Hematoloogide Seltsi esindaja (H.Everaas)- tahame, et arstid poleks kitsad erialaarstid vaid et oleks tugev üldine meditsiiniline vundament arstidel. Selts on nõus lisa-aasta rakendamisega.

Eesti Naha-ja Suguhaiguste Arstide Seltsi esindaja (A.Volke)- kas SOM on valmis iga eriala eraldi vaatama seoses residentuuri lisa-aastaga? SOM esindaja vastab, et oleme küll, kuid koos TÜ-ga. TÜ vastutab residentuuri sisu eest, SOM vaid rahastab. On juttu olnud ka vaheversioonist, et teha etapiliselt. Läheks nende erialadega, kus on konsensus uue programmi alusel, edasi ning teistega alles rääkida läbi ja mõtelda. TÜ esindaja ütles, et seda on raske panna süsteemi kuna meil on üle 30 residentuuri programmi. Mingid ühised tunnused võiksid siiski olla. Üldarstlik osa võiks olla ühine tunnus.

Eesti Erakorralise Meditsiini Arstide Seltsi (edaspidi EEMAS) esindaja (A.Kõrgvee)- me oleme Euroopa Liidus, meil on selline organisatsioon nagu UEMS. Euroopas on kehtestatud alates 2008. aastast erakorralise meditsiini residentuuri soovituslikuks pikkuseks 5 aastat. Meil oleks mõistlik lähtuda EL üldistest soovitustest ja võtta see programm kasutusele. Kui residentuuri pikkuse aluseks on UEMS programm ja sisu, siis tuleks seda aktsepteerida. Me soovime 5-aastast residentuuri programmi, mis on täidetud Euroopa Liidu residentuuri programmi sisuga.

Eesti Meditsiinigeneetika Seltsi esindaja (K.Õunap)- Meie toetame 5-aastast versiooni. Enamus riikides on meditsiinigeneetika erialal 5- aastane õpe. Eriala soov on, et mudel oleks paindlikum, kus resident saaks ise valida, millal läbib üldaasta residentuuri. TÜ esindaja ütleb, et see on detailse planeerimise küsimus konkreetsel erialal, selles probleemi ei nähta.

Terviseameti (edaspidi TA) esindaja (E.Lindmäe)- vastuväide EEMAS esindajale, et residentuuri nõuded on Euroopa direktiivi alusel reguleeritud ja tegemist on miinimumnõuetega.

Eesti Torakaalkirurgide Seltsi esindaja (T.Laisaar)- mis UEMSi puudutab, siis sellel pole kahjuks tugevat jõudu. Täna on residentuuri pikkus erialati erinev- mõnede erialade residentuur pikeneb 5-aastaseks ning mõnedel erialadel ka 6-aastaseks. Kirurgide seisukoht üldisemalt on, et 6-aastane programm on liiga pikk. Ta teeb ettepaneku pigem pikendada lühemaid erialasid, kuid 5-aastaste programmide puhul tuleks vaadata, kas seda on vaja või mitte.

Eesti Endokrinoloogia Seltsi esindaja (V.Volke)- Arstiteaduskond heas tahtes on kiirustanud programme muutes, seejuures läbi rääkimata erialadega. Eestis peab keegi programmid rahastama, peaksime liikuma miinimum programmil. Eriala peaks saama ise valida, kas residentuur pikeneb või mitte. Programm tuleks luua koostöös erialaseltside ja TÜ-ga. Endokrinoloogia eriala vaadates ei nähta põhjust, miks peaks eriala programm pikinema.

Eesti Töötervishoiuarstide Seltsi esindaja (A.Vilkis)- kas on tehtud mingeid teadusuuringuid, et residentuur peaks olema 5-aastane, mitte 4-aastane? Meil oli töötervishoiuarstide üldkoosolek Tartus ning seal jõudsimme järeldusele, et 4-aastane residentuuri aeg on piisav erialalase pädevuse omandamiseks.

Eesti Arstide Liidu (EAL) esindaja (K.Rehema)- erialaseltside arvamus on residentuuri lisa-aasta kontekstis väga oluline, seda on ka eelnevalt AL öelnud. Mis puudutab üldarsti oskuste omandamist, siis EAL peab seda väga oluliseks, sellepärast olime ka kuuenda kursuse õppeprogrammi muutuse poolt. Kindel seisukoht on see, et seltside seisukohti tuleb arvestada ja läbirääkida. Nagu ka prof. Kiivet ütles hea tahte leppe koosolekul, pole kuskile sätestatud, et kõiki residentuuriprogramme peab ühtemoodi pikendama. Lühikokkuvõtte on, et residentuuri pikendamist ei poolda 17 erialaseltsi, sh. kõik kirurgilised erialad, va ortopeedia, kes ei välista residentuuri pikendamist. Residentuuri pikendamise ehk eriala tsükli lisamise poolt on 10 erialaseltsi, aga kindlasti ei toeta lisa-aasta lisamist üldaastana.

Residentuuri pikendamise poolt on 6 erialaselt. Üks eriala ei vastanud ning ülejäänud erialad olid kahtleva seisukohal – lisa-aasta sisu tuleb arutada ja lisa-aasta teema vajab kaalumist. Küsitlusest tuli välja, et erialade arvamused on erinevad. EAL arvab, et ei peaks kõike nii kiiresti otsustama, tuleb seltsidega veel arutada ja olla paindlik.

Eesti Gastroenteroloogide Seltsi esindaja (R.Salupere)- toetame residentuuri lisa-aastat.

Eesti Nooremarstide Ühenduse esindaja (R.Pihlak)- oleme seda pikalt arutanud erinevates töögruppides. Meie kindel arvamus on, et oleme 6. kursuse praktikaga suure töö ära teinud. Residentidel on olnud mure, kas saame paremaks ja oleme valmis. Kas keegi vaatas seda, mis meil enne viga oli? Puudub analüüs, mis olid probleemid eriala põhiselt ning mida saab paremaks teha. Pooldame, et vaataksime üle kõik erialad ning oleksime paindlikud.

Eesti Perearstide Seltsi esindaja (R.Kalda)- kahtlemata perearstid on seda meelt, et üldarstlik aasta oleks lisatud ka perearstide erialale. Praegune residentuuri kestus 3 aastat pole piisav olnud. Üldaasta annaks juurde ka teiste erialade tsükleid. Kui on näha, et lisa-aasta osas arutelu tulemusi ei anna, siis võiks minna edasi nii, et eriala, kes on valmis ja soovib, saab residentuuri lisa-aastaga alustada.

TÜ esindaja arvab, et uute residentuuriprogrammide koostamisel peaks olema ühisraamistik.

Eesti Immunoloogide ja Allergoloogide Seltsi esindaja (K.Ress)- üldmeditsiiniline osa peab olema residentuurprogrammides sees, aga tuleb lähtuda paindlikult, kuna mõnes eriala programmis üldmeditsiiniline osa juba sisaldub. Programme võiks pikendada erialapõhiselt, sest kui praegu suurendaksime üldmeditsiinilisi tsükleid allergoloogia-immunoloogia erialal, läheks eriala õppekava tasakaalust välja.

Eesti Gastrointestinaalse Endoskoopia Ühingu esindaja (T.Kariis)- erialal residentuuri ei ole. On kahe-etapiline diplomi järgne koolitus. eriala ei kahtle üldaasta vajaduses, kuid see jäi ära rahalistel põhjustel. Kahe etapilise koolituse pluss- inimene sai teatava kindla programmi läbi tutvuda meditsiiniga laiemalt, kuidas valida eriala. Tänapäeval peab õppija väga vara otsuse langetama. Ma ei kuule diskussiooni selles osas, et kahe etapiline diplomijärgne koolitus võiks olla Eestis taastatud. Küsimus dekaanile, kas seda küsimust on arutatud? TÜ esindaja vastab, et selle üle on diskuteeritud, kuid seal on teatud õiguslikud takistused- nimelt internatuur kui õppeperiood peab millegagi lõppema, internatuur saab antud kontekstis lõppeda üldarsti pädevuse, kuid hetkel saab üldarsti pädevuse põhiõppe lõpetades. Tekib formaalne konflikt, kuna ei saa õppeperioodi lõpetada mitte millegagi.

EEMAS esindaja (A.Kõrgvee)- usaldada tuleks erialaselt, seal on need inimesed, kes suhtlevad Euroopas oma eriala teiste inimestega ning sealt on kogemus kokku võetud, et mida residentuuris õpetada ja millise programmi alusel. Kui SOM ja TÜ aktsepteeriks seda soovi, et erialaselt oleks residentuuri osas otsustava ettepaneku tegija õigusega, tagaks see selle eriala parima jätkusuutlikkuse ja kestvuse.

Eesti Psühhiaatrite Seltsi esindaja (A.Lehtmets)- problemaatiline on residentuuri õppekava sisu, on teemasid, mida õpetatakse vähem või ei õpetata üldse. Tasub mõelda, et püütakse oma õppekava osa teha võimalikult kvaliteetselt. Koolitus tähendab ka inimesi, kes koolitusi läbi viivad. Kas üldaasta lisamisel on reaalne valmidus õppejõudude näol olemas? Tõstatub inim- ja rahalise ressursi küsimus.

Eesti Anestesioloogide Seltsi esindaja (I.Rätsep)- pilguheit Euroopasse, meie erialal on seal residentuuri aeg 4-7 aastat. Sealt tuleb vastus töötõrvihoiuarstide esindaja küsimusele- kas on tehtud uuringud, et lühike residentuur on ebapiisav? Lühike residentuur on ebapiisav sellepärast, et tsükleid on lisandunud ja enam ei jätku aega. Meie erialal on uued tsüklid emo, sono, ehho, valuravi. Teiselt poolt on just osades riikides surve lühendada residentuuri, põhjus on majanduslik. Saan aru erialadest, kellel residentuur on juba piisavalt pikk, neile veel lisada ei ole mõistlik. Oma Seltsiga aga arvame, et üldarsti kompetentsi lisamine meie erialal on vajalik. Üldarsti tsükkel regionaalhaiglas aga tähendaks, et töötate täpselt samas spetsialiseerunud osakonnas kolleegidega koos, ega omanda seda kogemust, mida annaks iseseisev töötamine. Seetõttu võiks üldarsti tsükkel toimuda väljaspool regionaal- ja

suuremaid keskhaiglaid. Kas see leevendaks väikehaiglate tööjõuprobleemi kui esimese aasta residendid, enne kui hakkavad välismaale tööd otsima, töötaksid ühe aasta üldarstina- ei oska öelda, selleks tuleks see üldarsti tsükli toimumiskoht fikseerida? Kui jääb üldarsti aasta ükskõik kus- pole ka sügavat mõtet.

TÜ esindaja vastab, et iga eriala residentuuri pikkus vaadatakse eraldi üle. Samas hüpoteetiliselt võib tekkida olukord, kus eriala selts ja erialakliinik jäävad erinevatele seisukohtadele residentuuri pikkuse osas. seni ei ole sellist olukorda tekkinud, aga võib nii kujuneda.

Eesti Onkoloogide Seltsi esindaja- erialaseltsid peaksid olema partnerid sellistel läbirääkimistel. Paljudele erialadele lisati mehhanistlikult lisa-aasta, eelnevalt hindamata juba olemasolevat üldarsti aastat. TÜ esindaja vastab, et erialade üldjuhendajad on valdavas enamuses oma erialadega seotud.

Eesti Naha-ja Suguhaiguste Arstide Seltsi esindaja (A.Volke)- Kas pole see otsustamise asi, millal üldarsti kutse antakse - kas kohe ülikooli lõpetamisel või internatuuri järgselt?

Eesti Lastearstide Seltsi esindaja (L.Toome)- oleme erialaseltside kaasamise poolt. Lastearstide väljaõppe iseärasuseks on lastehaiguste kõrvalerialade olemasolu, soovime, et kaasatakse erialaseltsi, et saaksime arutada, kas lastearst ei peaks sisenema koheselt kõrvalerialale ning kuidas läbi viia lastehaiguste kõrvalerialadel töötavate arstide pädevuse hindamist. Soovime, et meie iseärasusi võetakse arvesse piisaval määral.

SOM esindaja on nõus vajadusel lisa-aasta ettepaneku tagasi võtma. Samas on lisa-aasta rakendamine võimalik etapiliselt ehk erialadel, kellel on olemas vastav valmisolek. Kolmas variant on, et võiks üldises plaanis hinnata üldarsti osa kõikides erialades. EAL esindaja toetab mõtet lisades, et arutelu kolmas pool peaks olema erialaseltsid.

TÜ esindaja võtab teema kokku- lisa-aasta lisamine nendele erialadele, kus heakskiit ja valmisolek on olemas. Erialad, kes ei toeta lisa-aasta lülitamist residentuurikavasse, jätkavad vanade õppekavade alusel.

OTSUSTATI: Nendel erialadel, kellelt on heakskiit residentuuri lisa-aastaks olemas, rakendub lisa-aasta. Erialadel, kellelt puudub teotus, hetkel ei rakendu lisa-aastat. TÜ ja SOM jätkavad arutelu residentuuri pikendamise üle nende erialadega, kes ei ole nõus nn üldmeditsiinilise aasta lisamisega, kuid soovivad residentuuri pikendamist erialatsüklitega.

2. Eriarstide pädevuse siseriikliku hindamise regulatsioon ja süsteem (Tiiu Aro).

TA juhataja Tiiu Aro teeb ettekande. Pädevus on üks arstiabi kvaliteedi näitajaid. Tervishoiuteenuste korraldamise seadus (edaspidi TTKS) on aastast 2001, kus on selgelt kirjas, et kvaliteedi objektiivseks hindamiseks võib tervishoiutöötaja pädevuse hindamist saada, et kvaliteet oleks tagatud. Pädevuse hindamise nõuded on välja töötatud erialaseltsi poolt. Vastavalt TA tervishoiutöötajate registri andmete umbes pooled arstid on läbinud pädevuse hindamise. Senine hindamise süsteem vajab arendamist, samas vabatahtlikkus on oluline. Puudu on rahast ja motivatsioonist. Mida teha siis, kui pädevust pole läbitud, märksõnaks on, et tulevad lisakohustused mitteläbinutele. Riik peaks olema eestvedaja, aga kaasama aktiivselt ka erialaseltse. Praktiliselt kõigile erialaseltsidele saadeti kiri küsimustega, et saada aru tänasest seisust ja suhtumisest.

3. Eriarsteltsidelt saadud tagasiside kokkuvõtte pädevuse hindamise küsimustikule.

Evi Lindmäe Terviseametist teeb ettekande. Oleme pädevusega tegelenud juba aastast 2002. Pädevuse hindamist reguleerib vaid sotsiaalministri määrus „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“, mille kohaselt pädevuse hindamise nõuded töötatakse välja

erialaühenduste poolt, pädevust hindavad erialaühendused ise.

Teised organisatsioonid nagu TA ja Haigekassa võtavad pädevuse hindamise tulemused arvesse (nt Haigekassa terviseoiuteenuse osutajaga ravi rahastamise lepingute sõlmimine) ja TA avaldab need oma kodulehel registris. Põhjus, miks täna see küsimus on päevakorras on see, et pädevuse hindamine on hääbumas, ta vajab arendamist. Rahastamine ei lähtu pädevuse hindamise tulemustest, puuduvad motivatsioonid, ei võeta arvesse, kas pädevust on hinnatud või mitte. Seoses pädevuse hindamisega on erialadele probleemiks suur halduskoormus.

Meie andmetel on esitanud 19 erialaühendust pädevuse hindamise tulemused. See protokollitakse ning tulemused saadetakse registrisse. Meil on hetkel 38 erinevat arstlikku eriala, enamustele oli kiri saadetud. Kirjas küsisime: kas pädevuse hindamine on üldse vajalik, kas pädevuse hindamine peaks olema vabatahtlik või kohustuslik. Teiseks küsimuseks oli pädevuse hindamise perioodilisus ja mis peaks olema hindamise tulemus, kuidas hindamise tulemust arvestada. Samuti küsisime, kes peaks olema pädevuse hindamise läbiviija.

Vastused saime 16 erialaühenduselt. Vastused olid järgmised: Pädevuse hindamine on vajalik, selles ei kahelnud keegi. Enamus vastasid, et pädevuse hindamine peaks olema vabatahtlik, aga kohustuslikku pädevuse hindamist pooldasid ka mõned erialaseltsid. Pädevuse hindamise perioodilisuse kohta arvasid kõik (va üks eriala), et 5-aastane vahe on sobiv.

Eesti Kiirabi Liidu arvamuse kohaselt pädevust tuleks hinnata ka tööle asumisel, mis peaks olema tasustatud SOM-i poolt. Pakuti välja, et pädevuse hindamine peaks olema seotud ka töötamisõigusega ning tööandja peaks oma tasustamisesüsteemi kujundama pädevuse hindamise tulemusena. Avaldati ka arvamust, et pädevuse hindamise tulemus ei peaks olema töötamisõigusega seotud, kuid peaks olema heaks informatsiooniks patsientidele, kolleegidele jne, kes seda infot vajavad. Veel arvati, et pädevuse hindamise tulemus peaks olema tegevusloa väljastamise aluseks (radioloogiaühingu aramus). Eesti Kiirabi Liit arvas veel, et pädevuse hindamist peaks tööandja töö tasustamisel arvesse võtma ning peaks olema töötasu astmestik. Eesti Lastearstide Selts arvas, et pädevuse hindamise tulemus peaks olema töö tasustamise aluseks. Arvati ka, et peaks olema välja töötatud reeglid, mida rakendada arsti suhtes, kes ei ole läbinud pädevuse hindamist. Kes peaks olema pädevuse hindamise läbiviija, kas võiks koolitusasutus läbi viia? Kiirabi Liit arvas, et erialase pädevuse hindamise läbivijaks võiksid olla Tervishoiu Kõrgkoolid koos erialaühendusega. Eesti Radioloogia Ühing arvamuse kohaselt ei ole mõistlik anda hindamist õppeasutustele, samuti ka muudele ühendustele väljaspool erialaseltsi, kuna siis ei tagata sõltumatust.

Eesti Naistearstide Selts arvas, et pädevuse hindamine on suur halduskoormus, peaks olema riigi poolt finantseeritud. Eesti Infektsionarstide Selts arvas, et kuna halduskoormus on suur, siis võiks anda pädevuse hindamise administreerimine Tartu Ülikoolile, seejuures sisulise töö teeks erialaselts. Tõstatus küsimus, millised peaksid olema pädevuse hindamise nõuded. Mõnede erialade arvates, nõuded ei peaks õppekavale vastama. Arvati ka, et nõuded peaks välja töötama Ülikool koos erialaseltsiga.

Kokkuvõtvalt: pädevuse hindamisel enamus erialaseltse peavad oluliseks vabatahtlikkust, samas vabatahtlikkus tekitab probleeme kuna puuduvad täpsed reeglid. Rõhutati, et iga arst peaks ise pädevuse hindamist enda jaoks oluliseks. Pädevuse hindamise komisjonide finantseerimine on probleemiks. Samuti tuleb läbi mõelda olukord, kui arst ei läbi pädevuse hindamist. Erialaseltsid arvasid, et pädevuse hindamine on kvaliteedi süsteemi osa, mis peaks toimuma siiski riigi juhtimisel. Oleks vaja kokku leppida, kuidas minna edasi.

Eesti Radioloogide Seltsi esindaja- pädevuse hindamine ei peaks põhinema õppekaval, aga õppekava peab põhinema pädevuse nõuetel. Lisaks on pädevuse hindamise juures oluline standardite olemasolu. See võiks olla tulevikus rohkem praktiseeritud.

Lauri Kõrgvee teeb ettepaneku, et erialaseltsid töotaksid välja eriala kriteeriumid ja kohustus pannakse tööandjatele. Kui inimene tööle läheb, siis tööandja vastavalt kriteeriumidele

otsustab. SOM esindaja vastab, et kvaliteedimäärus ütleb selgelt, et pädevuse hindamise ülesanne on antud erialaühendustele ja kvaliteedi tagamine on antud tervishoiuteenuse osutajale. See on tervishoiuteenuse osutaja enda vastutus, kuidas pädevuse süsteem antud asutuses toimub.

Probleemina nähakse, et väiksed erialaseltsid hindavad sellisel juhul üksteist. Probleem tuleks lahendada koostöös teiste erialaseltsiga. Nt moodustada erialaseltsi üldkogu, kes võiks kinnitada pädevuse kriteeriumid, mis lähevad SOM-i ja tööandjatele täitmiseks. Terviseameti esindaja kahtles, kas tööandja on alati kompetentne hindama pädevust, lihtsam kui teeks seda siiski erialaselts.

Eesti Hematoloogide Seltsi esindaja (H.Everaus)- enamus riike on leidnud, et kõigepealt on vaja pädevust hinnata tööle minnes, residentuuri eksam ei anna pädevust. Kvaliteedi tagamine on antud teenuseosutajale. Üks võimalus, kuidas saaks riigis kvaliteeti kindlustada. Kui see on meie spetsialistide näol, siis ei ole see õige. Kas erialaseltsis on keegi, kes seda ei peaks läbima? Hindame hetkel ise-ennast.

EAL esindaja (K.Rehema)- kui hindamine on erialaseltsi pädevuses ja kvaliteedi tagamine tööandja pädevuses ja vastutuses, kas SOM ja Terviseamet ka vastutavad millegi eest, just kvaliteedi tagamise osas? Kui kriteeriumeid ei ole, võivad kõik tervishoiuteenuse osutajad piirkonniti erinevaid kriteeriumeid luua. Tuleks alustada sealt, et kes riigis kvaliteedi eest vastutab. Residentuuri lõpetamine annab kindlasti piisava pädevuse töötamiseks. Küsimus TA-le, kas te praegu küsite erialaseltside käest andmeid, kes on läbinud pädevuse hindamise läbinud? TA esindaja vastab, et neile saadetakse protokollid, nende alusel kantakse tulemused registrisse ning see on kõigile nähtav. EAL esindaja lisab, et kas TA peab neid andmeid eraelu puutumatus rikkumiseks. Terviseameti esindaja vastab, et ei pea.

SOM esindaja selgitab, et SOM roll on õigusaktidega sätestada kokkulepitud raamid süsteemile tervikuna. TA teeb riikliku järelevalvet, kas kehtestatud õigusakte täidetakse.

Eesti Psühhiaatrite Seltsi esindaja (A.Lehtmets)- kunagi oli ideeks vabatahtlik hindamine, olen selle süsteemi pooldaja. Arsti enesetäiendamise on eetilise küsimuse ning seda tuleks toetada. Kui arst saab kvalifikatsiooni kätte, siis on tööandja vastutus suur, kas inimene saab koolitatud ja kas tema poolt osutatud tervishoiuteenus on osutatud õigesti. Kui positiivse vabatahtliku süsteemi asemel oleks kohustuslik süsteem hindamise perioodsus iga 5 aasta tagant tuleks välja töötada miinimum standard. Kui seda ei täideta, kaotatakse õigus töötamiseks. Riik võiks toetada pädevuse hindamist positiivses mõttes, luua võrgustik, et erialaseltsid saaksid pädevuse hindamist teha. Läbi mõelda ka olukord, kui inimene on olnud pikalt töölt eemal, et aidata tal tagasi tulla tervishoidu. Üheks kriteeriumiks võiks olla pädevuse hindamise sidumine haigekassa ravi rahastamise lepinguga. Standardi küsimus on oluline, riik võiks anda positiivse sõnumi pädevuse hindamise olulisusest. Eesti Haiglate Liidult võiks samuti olla selge sõnum, et pädevust peab hindama.

EEMAS esindaja (A.Kõrgvee)- tervishoius tundub olevat, et kui inimene on saanud elukutse, siis elu lõpuni. Nõustub, et pädevust peab hindama. Eesti Kiirabi Liit toetas seda, et pädevust peab hindama. Mehhanism peab olema korduv, kuna arst elu jooksul kaotab kvalifikatsiooni ja sellest tulenevalt suutlikkuse osutada teenust oma eriala piires. Kvalifikatsiooni astmega võiks palga regulatsioon seonduda.

Eesti Anestesioloogide Seltsi esindaja- diplom kogu eluks pole õige lähenemine. Pädevuse hindamine on aga erialaseltsi poolt vaadatuna suur halduskoormus. Erialaselts pole ideaalne pädevust hindama, hea külg on samas see, et ta on ekspert. Haigla aga on oma inimesega liiga palju seotud. Arst võib olla haiglale asendamatu. Pädevus ei ole meie vaenlane, ebapiisavaks tunnustatud pädevus peaks olema signaal, et minna tööandja juurde ja nõuda koolitust juurde. Kontrollijaks peaks olema sõltumatu komisjon, kes pädevust hindab ja hindamine peaks olema kohustuslik.

4. Välisriikidest tulevate arstide kutsekvalifikatsiooni tunnustamine.

Ettekande teeb Terviseameti peadirektori asetäitja tervishoiu alal Üllar Kaljumäe. Süsteem töötab siis kui süsteemis on liikuma panev jõud, et see on korraldatud ning pigem peaks see olema kohustuslik. Kutsekvalifikatsioonide vastastikkuse tunnustamise reeglistikku on muudetud, reaalselt paneb see meie jaoks paika õigus raami. Tervishoiusüsteemid on jätkuvalt siseriikliku otsustusvõimega. Teatud raamid peame siiski siseriiklikult üle võtma. Euroopa Liit (edaspidi EL) annab meile raamistiku ette. Vähem kui aasta pärast peame oma siseriikliku õiguse viima direktiiviga 2005/36/EU kooskõlla. Direktiivist tulevad isikutele õigused, meie peame need tagama. Saksa arstil on õigus nõuda Eestis enda kohtlemist Saksa riigi õiguse järgi. Direktiivis on olulised pädevuse kontekstis- elukestev õpe, millel põhineb pädevus peale seda kui on omandatud eriala ja asutud tööle.

Direktiiv ütleb ühemõtteliselt, et arstide ettevalmistamise tsükkel on väga pikk, lisades residentuur läheb see veel pikemaks. Kehtivas direktiivis on arstiõpe 6 aastat, uues direktiivis 5 aastat. Oluline on veel, et kutsekvalifikatsiooni tunnustamise raames selgesti antakse õigus hakata kontrollima praktilist keele oskust, töandja peab selle tagama. Erinevad riigid tagavad seda erineval viisil. Nõue, mis seatakse keele oskusele, peab olema mõistlik, komisjon annab rakendusjuhised välja, kuidas hakata käsitlema keele oskuse nõuet. Sõnastust silmas pidades saab see olema pigem üleminev süsteem, teise riiki tulles kohe ei pea oskama kohalikku keelt, kuid mõistliku ajaga peab inimene omandama keele tasemel, mis võimaldab tal selles keeles ennast väljendada. Tähelepanuväärne on see, et esimest korda toob komisjon sisse mõiste, et kolmandatesse riikidesse peaks suhtuma mõistlikumalt. Meetmete rakendamine peab olema põhjendatud. Kui saksa arst saab tegutsemise keelu Saksamaal, ei tähenda, et ta ei või tulla oma nõuetekohase kvalifikatsiooniga teise riiki. Vastuvõttev riik ei saa töötamist keelata, kui haridus sobib. See on kõige problemaatilisem koht. Samas on meil järgmisest aastast alates kohustatud teavitada distsiplinaarsetest süütegudest teisi riike.

Kui mõtleksime, et meil on olemas kutsekvalifikatsiooni tunnustamine, mis jääb formaalse hariduse põhiseks, siis kvalifikatsiooni automaatselt tunnustamise põhimõttel on kooli lõpetades võimalus minna, kuhu ta tahab. Töötamisõiguse kaudu ongi pädevus ehk elukestev areng siia juurde liidetud. Süsteemi toimimiseks peame käsitlema kõiki isikuid võrdselt. Kui räägime sellest, mida nõutakse arsti põhiõppeks, siis eriarsti õppele pole seatud muud kohustust ega tingimust kui vaid ajaline kestvus. Re-registreerimine võiks hakata toimuma automaatselt. Arstid peaksid koolitustunnid samamoodi näitama, peaks olema keskne andmepidamine. Süsteem omapoolselt teavitab, et millal hakkab lähenema aeg, kui inimene peaks koolitusele minema. Võiksid olemas olla ka riiklikult pakutud koolitusskeemid, mis tagaks süsteemi on elujõulisuse. Need oleksid visioonid, mille alusel süsteem saaks töötada.

Eesti Endokrinoloogide Seltsi esindaja - arstide liikumine pole probleemiks. Rääkima peaks väljaspool Euroopa Liitu tulevatest arstidest. Täna TA registreerib arsti dokumentide alusel, teadmata arsti praktilisi oskusi ja teadmisi. Sellega oleme loonud võimaluse siseneda süsteemi väljastpoolt ilma reaalse kontrollita. TA esindaja selgitab, et TA lähtub vastavalt õigusaktis sätestatud nõuetest mille kohaselt sobivustestile saadetakse need kolmandatest riikidest saabunud arstid, kelle õppeainetes on erinevusi.

Eesti Neuroloogide ja Naurokirurgide Seltsi esindaja (S.Haldre)- kvalifikatsioonist ja pädevusest rääkides on jäänud mulje, et seltsid on ära lõigatud ministeeriumi poolt. Eriala tunnetab probleemi teravalt seoses kolmandatest riikidest tulevate arstide registreerimisega. Väidetavalt ei kaasata erialaseltse registreerimismenetlusse. Terviseameti esindaja sõnul TA nad on pöördunud erialaseltside poole, et eriala osaleks kvalifikatsiooni hindamisel kuid seda pole ilmselt piisavalt tehtud.

TÜ esindaja- Eestis on nii, et kui TA hindab dokumentide põhjal kolmandast riigist tulija haridusnõuded vastavakaks Eestis kehtestatud haridusnõuetele, siis automaatselt resulteerub registreerimisega tervishoiutöötajate registris. Inglismaal on nende kahe astme vahel pädevuse hindamine ja registreerimine registris. Ettepanek on TA hindamisel ja registrisse kandmise vahele teha vaheetapp, milleks on tulija poolt TÜ vastavate erialade komisjonide juures sooritatav eriala teoreetiliste teadmiste ja praktiliste oskuste eks. TA esindaja täpsustab, et direktiivi tulevane tekst muudab läbiviidava sobivustesti sisu- tuleviku

test on ette nähtud, mitte ainult puuduvate ainevaldkondade kontrolliks, vaid ka võimalus hinnata laiemalt seda, kas tal on olemas võime seda rakendada oma oskusi.

EEMAS esindaja- teema seoses kolmandatest riikidest tulnud arstidega on tulnud tööandjate survest. Enne kui arst läheb pädevuseksamile, peaks ta tegelikult olema erialaseltsi poolt ära hinnatud. Eestis ei peaks keegi saama eriarstiks väljaspool residentuuri eksamit, see on absoluutne nõue, lisaks enne seda tuleks isik suunata praktika perioodile, kus selgitatakse välja inimese praktilise tegevuse suutlikkus ja pädevus. Selle ajaga saaks isik tõestada, et on suuteline ka keele ära õppima.

Eesti Töötervishoiuarstide Seltsi esindaja (A.Vilkis)- kuidas TA võiks sellisel juhul edasi toimida, kui üks erialaselts arvab, et pädevuse hindamine peaks olema kohustuslik, kuid teised erialad arvavad, et ei peaks olema? TA esindaja selgitab, et see ei ole lahendusena võimalik, et ühe vaate esindajad saavad ühe otsuse teha ja teised teise otsuse.

Eesti Geriaatrite Seltsi esindaja (K.Saks)- geriaatria eriala saab õppida, kuid eriarstina registreerida ei ole võimalik. Seega geriaatritel ei ole võimalik minna tööle teise riiki, samuti pole võimalik võtta tööle geriaatreid Eestisse. Lahendust olukorrale lubati umbes 7 aastat tagasi. Meie inimesed, kes õpivad geriaatriteks, saaksid ka väljundi, et nad saaksid registreeritud. SOM esindaja vastab, et õiguslik alus on residentuuri raamnõuete ministri määruses, kus geriaatria on sätestatud lisapädevusena nagu teisedki lisapädevused, sealhulgas pediaatria lisapädevused. Viimane õiguslik täpsustus on minemas Riigikokku ehk kooskõlastusringi lõpus.

SOM esindaja – Eesti õigusaktides tuleb üle vaadata siseriiklik, Euroopa Liidu kui kolmandate riikidega seotud pädevuse raamistik. SOM teeb ettepaneku kokku kutsuda väiksem töögrupp, kes lepib kokku põhimõtted. Kes peaksid selles töögrupis olema esindatud, et erialaseltsid ja erialaühendused tunneksid end kaasatuna? Kõiki kaasata ei saa. Töögruppi võiksid kuuluda Sotsiaalministeeriumi, Tartu Ülikooli, Eesti Haigekassa, Terviseameti, Eesti Arstide Liidu esindajad, lisaks oleksid esindatud erialakomisjonide koosseisuvälised eriala nõunikud (4) ja mõned suuremad erialaühendused.

Eesti Psühhiaatrite Seltsi esindaja- Kuidas TA kavatses teha nii kaua kui seaduse muudatusi valmistatakse ette?

SOM esindaja vastab, et audit, mis hindab selle õigusruumi rakendamist on lõpusirgel ja majasiseselt juba arutatakse tulemusi. Üks kindel tulemus on, et õigusruum on lünklik ja seal on vasturääkivusi, mis tõttu on vajalik muuta seadusandlust. TA saab protseduuri läbi viies ainult seadusest lähtuda.

Eesti Anestesioloogide Seltsi esindaja- kas õiguskantsleri arvamus ei ole piisav alus, millest lähtuda? SOM esindaja vastab, et õiguskantsleri arvamus tõttu see audit tehtigi.

EAL esindaja (K.Rehema)- registreerime nüüd edaspidi nii nagu arvab Arstide Liit, erialaseltsid ja õiguskantsler, ehk et kui isik pole residentuuri läbitud, siis suunatakse ta sobivustestile. Kui keegi kohtusse kaebab, siis EAL on nõus kohtukulud katma. SOM esindaja vastas, et selle rakendamiseks koostatakse juhend ning see põhineb kehtival seadustel.

OTSUSTATI: SOM kutsub kokku töörühma seoses pädevuse hindamise regulatsiooniga, milles lepatakse kokku edasine pädevuse hindamise süsteem. Töörühma kuuluvad Eesti Arstide Liidu, Sotsiaalministeeriumi, Eesti Haigekassa, Terviseameti, ja Tartu Ülikooli esindajad ning 4 põhinõuniku. Loodavasse komisjoni kaasatakse vajadusel ka erialaseltside esindajad, kes selleks soovi avaldavad. Töögrupis osalemiseks saab teha ettepanekuid aadressile maarja.kerner@sm.ee

Lisaks:

Eesti Arstide Liidu kommentaar Eesti Haigekassa seiskohtadele pädevuse hindamise kohta:

18.02.2015

Haigekassa seisukoht:

„Süstemaatilisus ja regulaarne enesetäiendamine võib vajada vahendeid, mh rahalist ressursi:

- haigekassa tasub arstidele 40 koolitustunni eest aastas (5 päeva = 447,38 eurot), säilitades

samadeks päevadeks ka töötasu;

- tervishoiuteenuste hindades on võimalik selle komponendi suurendamine, kui lähenemine on ühtne, rahakasutuse sihipärasus tagatud, st koolituste läbimine (ja defineeritud, mis sinna alla kuulub); pädevuse hindamine on kohustuslikuna teostatud.“

Haigekassa ei täida TTL kaudu koolituse eest tasudes kehtivaid õigusakte: TTKS § 56 lg 1 p 7 alusel kehtestatud sotsiaalministri määrus „Tervishoiuteenuste kvaliteedi tagamise nõuded“ ja täiskasvanute koolituse seadus. Määruse § 8 lg 2 järgi peab arstile olema tagatud erialast täienduskoolitust vähemalt 60 tundi aastas, täiskasvanute koolituse seaduse alusel on õigus saada õppepuhkust tööalasel koolitusel osalemiseks 30 kalendripäeva aastas, neist 20 kalendripäeva eest säilitatakse keskmine töötasu.

Arstide liit on korduvalt teavitanud haigekassa juhatust ja nõukogu esimeest vajadusest viia hinnakujundus vastavusse kehtivate seadustega. Seda teemat käsitleti kollektiivlepingu läbirääkimistel 2014.a, kus 16.06.14 otsustati:

„HK juhatuse esitab nõukogule tervishoiuteenuste loetelu ja metoodika 2014. a. ülevaatusel käigus ettepanekud koolituskulu hinnasisendi arvestuse metoodika ja koolituse rahastamise üle vaatamiseks ja täiendamiseks, et tagada metoodika vastavus täiskasvanute koolituse seaduse sätetega ning võrdne kohtlemine perearstiabi ja muu eriarstiabi koolituskulu arvestuses.“

2015. aastaks kinnitas Vabariigi Valitsus tervise- ja tööministri ja haigekassa nõukogu ettepanekul tervishoiuteenuste loetelu, mis endiselt ei vasta seadustele.

Seaduste täitmine ei saa olla tingimatu. Tervishoiuteenuste hindades rahalise komponendi suurendamist ei saa seega siduda tingimusega: „pädevuse hindamine on kohustuslikuna teostatud“.

(allkirjastatud digitaalselt)
Heli Paluste
koosoleku juhataja

(allkirjastatud digitaalselt)
Maarja Kerner
Protokollija