

Lisa 1. Küsitlustulemused

Veebiküsitluse koondtulemused

2017

Uuringu tellis Eesti Nooremarstide Ühendus Projekti „Becoming a Doctor in Baltic Sea Region – empowering junior doctors in the Baltics“ raames. Projekti rahastatakse 50% ulatuses meetmest Nordplus Horizontal 2016 ja ENÜ omavahenditest, samuti on projekti toetanud Eesti Sotsiaalministeerium, Ida-Tallinna Keskhaigla ja Tartu Ülikooli Kliinikum.



NORDPLUS
Horizontal

Koostanud

Vootele Veldre

Poliitikauuringute Keskus Praxis on sõltumatu, mittetulunduslik mõttekeskus, mille eesmärk on toetada analüüsile, uuringutele ja osalusdemokraatia põhimõtetele rajatud poliitika kujundamise protsessi.

Poliitikauuringute Keskus Praxis
Tornimäe 5, III korrus
10145 Tallinn
tel 640 8000
www.praxis.ee
praxis@praxis.ee

Väljaande autoriõigus kuulub Poliitikauuringute Keskusele Praxis. Väljaandes sisalduva teabe kasutamisel palume viidata allikale: Residentuur 2017. Hindamise koondaruanne. Lisa 1. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

ISBN (pdf)

Sisukord

| | |
|--|------------|
| Veebiküsitluse metoodika | 5 |
| Veebiküsitluse tulemused | 8 |
| Kõik vastajagrupid | 8 |
| Väide 1: Arsti põhiõppes omandatavad oskused ja teadmised haakuvad minu eriala residentuuris jätkamiseks vajalike oskuste ja teadmistega | 8 |
| Väide 2: Residentuur minu erialal on korraldatud kooskõlas minu arusaamisega sellest, kuidas põhiõppejärgne erialaõpe peaks toimuma | 16 |
| Väide 3: Residentide valikuprotsess on läbipaistev ja õiglane | 24 |
| Väide 4: Residentuuris pööratakse piisavalt tähelepanu teiste arstidega meeskonnas töötamise oskuste arendamisele | 28 |
| Väide 5: Residentuuris pööratakse piisavalt tähelepanu teiste kutsealade esindajatega (õed, ämmaemandad, tehnikud, psühholoogid) meeskonnas töötamise oskustele | 36 |
| Väide 6: Residentuuri vältel kujundatakse süsteemselt residentide oskuseid-harjumusi, mis toetavad nende järjepidevat kutsealast enesearendamist residentuuri lõpetamise järel | 41 |
| Väide 7: Residentuuri vältel käsitletakse piisavalt arsti autonoomsusega seonduvaid aspekte, sh arsti õigust teha informeeritud raviotsuseid, mis on patsiendi ja ühiskonna seisukohalt parimad | 48 |
| Väide 8: Residentuuri vältel käsitletakse arsti professionaalsusega seonduvaid aspekte: oskused elukestvaks õppeks ja kompetentsuse hoidmiseks, eetiline käitumine, altruism, empaatia, kaasinimeste teenimise oskus, eetikakoodeksite järgimine, patsiendihutus | 52 |
| Väide 9: Residentuuri praktiline koolitus minu erialal sisaldab erinevaid seminare ja haigusjuhtude analüüse. | 58 |
| Väide 10: Residentid saavad residentuuri vältel piisavat tagasisidet kujul, mis toetab nende arenemist professionaalseks arstiks | 63 |
| Väide 11: Residenti vastutuse määra tervishoiuteenuste osutamisel tõstetakse järk-järgult kooskõlas tema oskuste ja teadmiste suurenemisega | 69 |
| Väide 12: Residentuuriõpe on korraldatud viisil, mis hoiab residentide vaimset ja füüsilist tervist | 75 |
| Väide 13: Residentuuri vältel pööratakse süsteemselt tähelepanu suhtlemisoskusele kolleegide, teiste tervishoiutöötajate, patsientide ja nende lähedastega | 82 |
| Väide 14: Minu eriala residentuuris on kesksel kohal teaduslik lähenemine, käsitlemist on leidnud meditsiiniline uurimistöö, sh kliiniliste uuringute ja kliinilise epidemioloogia alused. | 87 |
| Väide 15: Mul on/residentidel on hea ligipääs erialasele teaduskirjandusele | 91 |
| Väide 16: Minu eriala residentuuriprogrammis on praktiline ja teoreetiline õpe ootuspärasel tasakaalus. | 96 |
| Väide 17: Arstkonnas suhtutakse residentidele kui täisväärtuslikku arsti | 100 |
| Vaid residentid ja residentuuri lõpetanud | 106 |
| Väide 18: Mulle on/olid loodud eeldused, et tegeleda residentuuris erialase teadustööga mulle huvipakkuval teemal. | 106 |
| Väide 19: Olen residentuuri vältel saanud õpet/juhendamist erialase teaduskirjanduse ja erialaste andmetike kriitiliseks hindamiseks. | 109 |
| Väide 20: Olen residentuuri vältel saanud õpet/juhendamist kliiniliste otsuste tegemiseks. | 111 |
| Väide 21: Mind on residentuuri vältel juhendatud ennetama ja lahendama kommunikatsiooniprobleeme või (potentsiaalselt) konfliktseid olukordi, mis tulenevad soolistest, kultuurilistest või religioossetest eripäradest | 113 |
| Väide 22: Residentuuris kasutatavad juhendamise meetodid vastavad täielikult minu ootustele | 115 |
| Väide 23: Residentuuris kasutatavad teoreetilised ja praktilised õpimeetodid vastavad täielikult minu ootustele. | 118 |
| Väide 24: Residentuur on korraldatud viisil, mis arvestab minu individuaalsete soovide ja vajadustega | 120 |
| Väide 25: Patsiendid on kogu residentuuri vältel suhtunud minusse kui täisväärtuslikku arsti. | 124 |
| Väide 26: Ma ei ole residentuuri vältel kokku puutunud olukorraga, kus mind või kaasresidentide koheldakse tööandja või juhendajate poolt ebavõrdse või rikutakse muul viisil minu või teiste õiguseid | 126 |

| | |
|---|------------|
| Väide 27: Residentuuri baasasutused on juhendamise kvaliteedi taseme poolest ühtlased | 128 |
| Väide 28: Minu ja kaasresidentide teadmiste, oskuste ja hoiakute hindamine on toimunud õiglaselt, läbipaistvalt ja kooskõlas kavandatud õpitulemuste ja rakendatud juhendamismeetoditega | 131 |
| Väide 29: Mul on nii residentuuri eel kui ka ajal olnud ligipääs pädevale nõustamisele karjääri planeerimiseks või seotuna läbipõlemisega või juhendajate-kolleegidega tekkinud põhimõtteliste eriarvamustega | 132 |
| Väide 30: Residentuurijuhendajatel on/oli minu jaoks alati piisavalt aega. | 135 |
| Vaid residentuuri lõpetanud ja residentide juhendajad | 138 |
| Väide 31: Minu eriala residentuur on sisu ja kestuse poolest piisav, et valmistada ette pädevaid eriarste. | 138 |
| Väide 32: Residentuuriõpe on korraldatud süsteemselt, tsüklid on loogilises järgnevuses. | 144 |
| Vaid residentide juhendajad | 148 |
| Väide 33: Lähtun juhendamisel residentuuriprogrammis sõnastatud õpitulemustest ja oodatavatest oskustest. | 148 |
| Väide 34: Minu töö on korraldatud viisil, mis võimaldab tegeleda piisaval määral nii residentide juhendamise, tervishoiuteenuste osutamisega ning ka uute teadmiste omandamisega. | 150 |
| Väide 35: Olen saanud piisavas määras õpetamisalast täiendõpet, mis võimaldab mul olla juhendajana tasemel | 152 |
| Kõik vastajagrupid | 155 |
| Kas eespool toodud küsimused käsitlesid teie silmis piisaval määral residentuuriga seotud olulisemaid küsimusi? | 155 |
| Valik vabatekstilisi täpsustusi palvele: „Iseloomustage palun 3–5 lausega kokkuvõtvalt tänast Eesti residentuuri“ | 159 |

Veebiküsitluse metoodika

Veebiküsitlus toimus perioodil 27.01.2017–06.03.2017. Küsitluses olid osalema oodatud järgmiste gruppide esindajad:

- arst-residendid, kes olid läbimas residentuuri Eestis (sh need, kelle residentuur oli nt rasedus- ja sünnitus- või lapsehoolduspuhkuse tõttu peatunud);
- Eesti arst-residendid, kes olid tegemas tsükli mõnes välisriigis;
- Eesti arst-residendid, kes olete lõpetanud (või katkestanud) Eestis residentuuri 2015. või 2016. aastal;
- residentide juhendajad Eestis.

Vastajate värbamine toimus ENÜ esindajatele ligipääsetavate e-posti listide (sh erialaseltside listid, haiglate siselistid, kursuselisted jmt) ning sotsiaalmeedia vahendusel. Kaaskirjades ja veebiküsitluse avalehel garanteeriti vastajatele anonüümsus. Küsitluse tulemused avaldatakse üksnes viisil, mis ei võimalda vastajate kaudset tuvastamist. Seetõttu on mõnedel juhtudel kärbitud vabas vormis esitatud kirjelduste detailsust. Kuna uuringu fookuses on arsti- ja hambaarstiõppe residentuur tervikuna, on vabas vormis kommentaaride puhul jäetud nimetamata eriala täpne nimetus ning toodud erialarühm – liigitamisel on võetud aluseks Sotsiaalministeeriumis kasutatav liigitus¹. Kui kommentaaris on nimetatud eriala nimetus, ei ole seda detailsust kärbitud.

Veebiküsitluse keskmeks oli hinnangute andmine erinevatele väidetele, mille sõnastus lähtus enamikul juhtudel otseselt WFME asjakohase standardi sõnastusest. Kõik väited olid esitatud positiivses võtmes. Küsitlusse valiti üksnes väited, mille puhul oli residentide või nende juhendajate sisend kriitiliselt vajalik.

Küsitluse raames koguti andmeid demograafiliste tunnuste ja eriala kohta ning hinnanguid 35 väitele (võimalusega vabateksti väljal täpsustada) ning kolmele vabateksti küsimustele. Kohustuslikud tunnused olid vaid sugu ja vanus ning arstlik eriala (vabateksti väljana). Kõikidele üksikutele väidetele hinnangute andmine ja küsimustele vastamine oli vabatahtlik ja seega oli võimalik soovi korral väiteid vahele jätta. Kõikide hinnangute puhul oli vastajail võimalik esitada vabas vormis täpsustusi. Väidete komplekt ja nende täpne sõnastus varieerus sõltuvalt sellest, kas vastaja oli resident (30 küsimust), residentuuri lõpetanu (32) või residentide juhendaja (22). Väited on selles lisas grupeeritud vastajate rühmade lõikes ning numeratsioon esitatud neist gruppidest lähtudes.

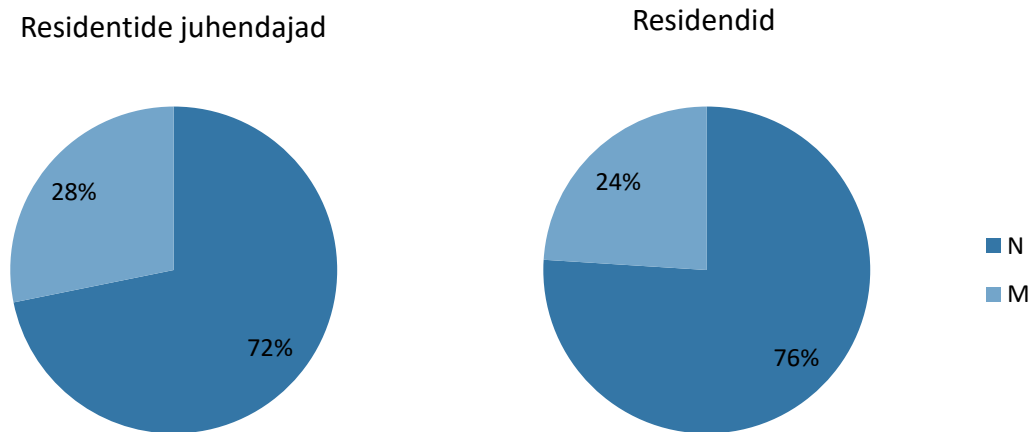
Perioodil 27.01.2017–06.03.2017 salvestus kokku 600 ankeeti, kus oli vähemalt üks andmeväli täidetud. Andmete esmase töötamise ja puhastamise järel hõlmati andmetöötlusesse 454 ankeeti: 218 residendi ja 55 residentuuri värskest lõpetanu andmed ning 181 residentide juhendaja andmed. Kõrvale jäeti ankeedid,

- mis sisaldasid üksnes demograafilisi andmeid (sugu, vanus, eriala) ja kus puudusid hinnangud residentuuriõppele;
- mis olid suure tõenäosusega topeltankeedid, st sugu, vanus, eriala, IP-aadressi kattuvus ja/või vabas vormis täpsustuste sõnastuse sarnasus viitasid korduvale ankeedi edastusele (näiteks tulenevalt katkestusest esmakordsel täitmisel); andmetöötlusesse valiti sel juhul inforikkam ankeet, mis enamasti oli esitatud hiljem.

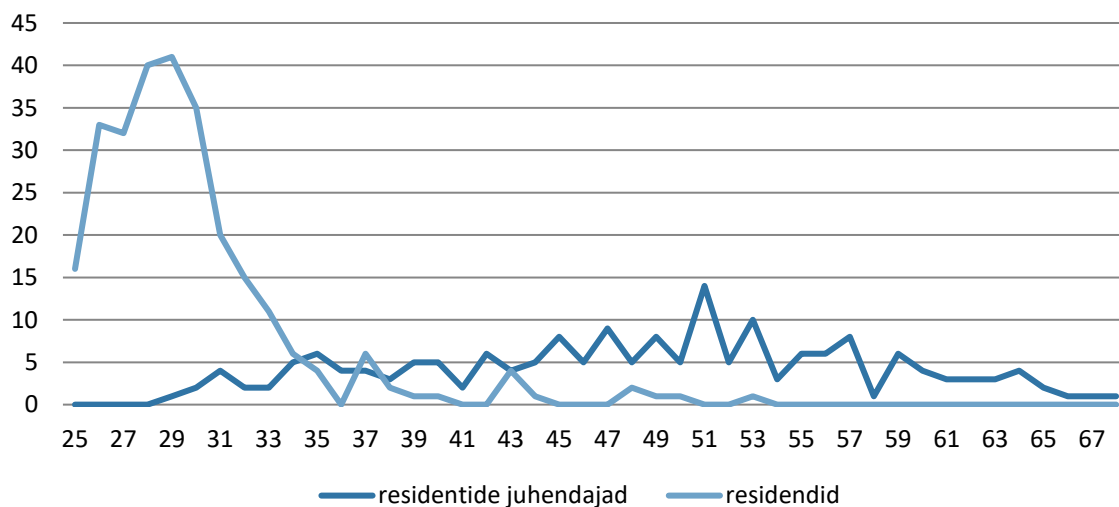
¹ vt <http://www.sm.ee/et/arstlike-erialade-arengukavad-ja-erialakomisjonid>

Vastanute jaotust soo, vanuse ja erialade lõikes peegeldavad joonised 1 ja 2 ning tabel 1. Tulenevalt residentuuri värskest lõpetanute väiksest arvust on statistika esitamisel hõlmatud nad gruppi „residentid“. 12,8% residentidest (N=35) oli läbinud vähemalt ühe residentuuritsükli välisriigis.

JOONIS 1. VASTANUTE SOOLINE JAOTUS



JOONIS 2. VASTANUTE VANUSELINE JAOTUS



Tabelis 1 esitatud erialad on kodeeritud Sotsiaalministri 28.11.2001 määruse nr 110 „Eriarstiabi erialade ja erialade lisapädevuste loetelu“ § 3 toodud loetelu² alusel. Kvalitatiivse info esitamisel on kasutatud ka detailsemaid tähistusi, kui see on olnud asjakohane.

Väidete hindamisel esitatud vabateksti täpsustuste esitamisel on lähtutud printsiibist peegeldada variatiivsust. Seega on sama eriala esindajate esitatud samatähenduslikke täpsustusi kärbitud. Tulenevalt töö fookusest praegusel residentuuril on esitamata jäänud ka mitmed sellised täpsustused, mille fookuses ei ole praegune residentuur.

² Sotsiaalministri 28.11.2001 määrus nr 110 „Eriarstiabi erialade ja erialade lisapädevuste loetelu“. Redaktsioon jõustunud 01.03.2016. RT I, 26.01.2016, 10.

TABEL 1. VASTANUTE ESINDATAVAD ERIALAD

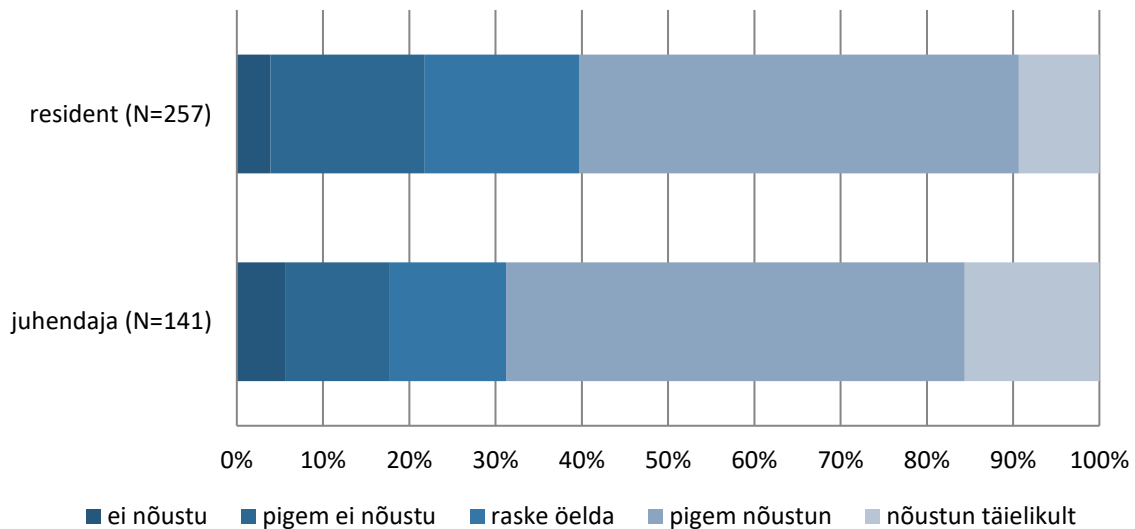
| Eriala | residentide juhendajad | residentid (sh residentuuri lõpetanud) |
|--|------------------------|--|
| peremeditsiin | 24 | 38 |
| radioloogia | 14 | 30 |
| sünnitusabi ja günekoloogia | 13 | 27 |
| sisehaigused | 12 | 22 |
| psühhiaatria | 6 | 17 |
| anestesioloogia | 19 | 14 |
| kardioloogia | 13 | 13 |
| erakorraline meditsiin | 8 | 12 |
| neuroloogia | 5 | 9 |
| pediaatria | 10 | 7 |
| onkoloogia | < 5 | 7 |
| taastusravi ja füsiaatria | | 7 |
| üldkirurgia | 7 | 5 |
| ortopeedia | < 5 | 5 |
| dermatoveneroloogia | | 5 |
| oftalmoloogia | | 5 |
| patoloogia | 5 | < 5 |
| meditsiinigeneetika | 5 | |
| hematoloogia | 5 | |
| pulmonoloogia | 5 | |
| endokrinoloogia, kardiokirurgia, gastroenteroloogia, nefroloogia, allergoloogia-immunoloogia, neurokirurgia, reumatoloogia, uroloogia, vaskulaarkirurgia, lastekirurgia, otorinolarüngoloogia, infektsioonhaigused, kohtuarstiteadus | < 5 | |
| kardiovaskulaarkirurgia, suu-, näo- ja lõualuukirurgia | | |
| laborimeditsiin, töötervishoid, ortodontia, restauratiivne hambaravi, torakaalkirurgia | | < 5 |
| Kokku | 181 | 273 |

Veebiküsitluse tulemused

Kõik vastajagrupid

VÄIDE 1: ARSTI PÕHIÕPPES OMANDATAVAD OSKUSED JA TEADMISED HAAKUVAD MINU ERIALA RESIDENTUURIS JÄTKAMISEKS VAJALIKE OSKUSTE JA TEADMISTEGA

JONIS 3. NÕUSTUMINE VÄITEGA „ARSTI PÕHIÕPPES OMANDATAVAD OSKUSED JA TEADMISED HAAKUVAD MINU ERIALA RESIDENTUURIS JÄTKAMISEKS VAJALIKE OSKUSTE JA TEADMISTEGA“



Arsti põhiõppe piisavusega seotud vabateksti täpsustused

Põhiõppes saadud teatud teadmised kindlasti aitavad kaasa keskmisest rohkem minu erialal. Kindlasti võiks rohkem praktilisi oskusi õpetada põhiõppes.

sisemeditsiini eriala resident

Oskused on selleks ajaks suuremjaolt unustatud.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

70% õpetatavast oli kasulik, üldarstlikku baasi loov, 30% oli üsna ebamäärane ja -maine, pole mingit kasu.

Arvestades eriala laiapõhjalisust, läheb vaja baasteadmisi ka teistest erialadest.

kirurgilise eriala residentid

Anesteesia ja intensiivravi osakaal põhiõppes on väga tagasihoidlik. Lisaks on anesteesia ka väga käelisi oskusi/tehnilisi teadmisi nõudev, mida omandatakse vaid residentuuris.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Baasteadmised sain küll Eestis, kuid tugevad üldarsti teadmised sain töötades Soomes (tegin seal praktikad ülikooli ajal). Eestis tähendab praktika kahjuks seljataga "vaatamist".

sisemeditsiini eriala resident

Oleneb erialast. Näiteks kardioloogia tsükkel põhiõppes on väga nõrk ja "mittekliiniline".

sisemeditsiini eriala resident

"Minu ajal" ei olnud küll ülikoolis õpitu eriti praktilise väärtusega. Ülikool ei õpetanud praktilisi asju, ja õpetamisstiil jätab soovida.

Kuna erakorraline meditsiin on laiapõhjaline eriala, kus peab teadma igast erialast midagi, siis on valdav osa põhiõppes läbitust pigem kasuks kui kahjuks.

Pigem olen kasutatavad ja oskused omandanud ikkagi töö käigus, nii hooldajana, abiõena kui ka nüüd residendina. Praktilisi oskuseid õppisime põhiõppes ikka minimaalselt. Teadmisi rohkem, aga kõikidest omandatud teadmistest praktikas olulised on võibolla 10-20%. Seda, milliseid teadmisi praktikas vaja läheb, põhiõppes ebavajalikest teadmistest ei diferentseeritud.

kirurgilise eriala residendid

Põhiõpe on liialt teoreetiline, kliinilise meditsiiniga integreeritust oli vähe.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Gastroenteroloogia-alased teadmised põhiõppe järel on piisavad jätkamiseks residentuuriga, kuna praktiline ja täpsem õpe algab alles siis. Küll aga tundsin esialgu puudust üldarstlikest oskustest – suhtlemine patsiendiga (!!), haiglatöö üldiselt (eriti valvetöö, selle korraldus ja arsti kohustused valves). Esimesed 6 kuud tegin valikainete tsükleid, mis aitasid residentuuri nõusse elada.

Residentuuri sisseastumiseksam põhineb suures osas põhiõppe materjalidel.

sisemeditsiini eriala residendid

Põhiõppes omandatakse tõenäoliselt vaid teadmine, et selline eriala on olemas.

Transfusioonmeditsiini alane väljaõpe on Tartu Ülikoolis minimaalne.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Põhiõppes jäi väheseks kindlasti üldisi sisehaiguste praktilisi oskusi, rääkimata hematoloogilistest baasteadmistest.

sisemeditsiini eriala resident

Kardiokirurgiaga kokkupuude on tudengitel vaid paar loengut ja paar seminari/miniloengut.

Kardiokirurgiat õpetatakse ülikoolis väga vähe. Suur osa õpitud on tulnud isiklikust huvist.

Teadmisi saab palju ja väga paljudel eriteemadel (vähe minu erialal), oskusi aga vähe.

kirurgilise eriala residendid või residentuuri lõpetanud

/---/ tundub, et residendid on residentuuri alguses hea ettevalmistusega.

Põhiõpe [on] laiapõhjaline, võib-olla haakub, kuid residentuur eeldab (ja peabki eeldama) sügavat huvi/õpet ka enne residentuuri astumist. Ainult tavaprogrammi läbides ei peagi ühtegi residentuuri sisse saama/seal kohe kergelt hakkama saama.

Põhiõpe oli liialt teoreetiline ja laialivalguv.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Ma leian, et põhiõppes saadavad teadmised on nii üldised ja napid, et ega nendega midagi residentuuris küll teha pole. Residentuuris algab tõeline arstiõpe. Soomes on iga ülikooli lõpetanud üliõpilane võimeline töötama kohe üldarstina perearstikeskuses. Eestis kahjuks puuduvad nii praktilised kui ka teoreetilised oskused selleks. Mulle tundub, et Eesti õpe on elukauged. Teatakse haruldaste haiguste täpseid mehhanisme aga üldist nn "basic" teadmisi ei osata ellu rakendada.

Praktilise õppe osas on arenguruumi kindlasti. Teoreetilist koolitust võiks samuti rohkem olla. Kõigel lihtsam näide oleks näiteks EKG hindamine, mida ülikoolis õpetatakse vaid kahes praktikumis ning valikaines (kuhu kõigile kohta ei jagu). Edasine õpe on iseseisev, samas võiks olla põhjalik koolitus ka residentuuris.

[Väite hindamisel] kahtlesin sügavalt nõustumise ja mitte nõustumise vahel. Haige uurimine ja anamneesi võtmine olid haiglasse minnes selged, kuid minu arvates minnakse põhiõppes erialati liiga spetsiifiliseks ja

eeldatakse väga marginaalsete faktide teadmist, samas kui haiglas töötades vajaks just elementaarseid ja lihtsaid baasteadmisi erialadest, mis põhiõppes heidetakse kõrvale kui liiga lihtsad. Ma saan aru, et eksamil on lihtne küsida numbreid ja klassifikatsioone, aga "päris" elus see mind edasi ei aita.

Teoreetilised teadmised on enam-vähem. Puudulikud on teadmised, kuidas realselt teoreetilisi teadmisi praktikas kasutatakse

sisemeditsiini eriala residendid

Laboratoorne meditsiin ülikooli ajal hõlmab väga väikest osa laborimeditsiinist; tegelikult ei saa ettekujutust, mida antud eriala endast kujutab. Üldse ei puudutata ülikooli õppe ajal autoimmuunuringuid, immunoematoloogiat.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Põhiõpe ladus laia teoreetilise baasi, mis on väga suure spetsialiseerumisastmega erialal äärmiselt vajalik.

sisemeditsiini eriala resident

Põhiõppes omandatud erialased teadmised jäävad tsükli lühikese kestvuse tõttu liiga pinnapealseks ning residentuuris jätkamise seisukohast siiski ebapiisavaks.

sisemeditsiini eriala resident

Kõige põhilisemad asjad (a la toopiline diagnoos) olid tõesti põhiõppes läbitud. Samas kirurgilisele alale suunatud oskuste omandamine puudub täielikult.

kirurgilise eriala resident

Põhiõpe on äärmiselt teoreetiline ja igapäevatoos aitab vähe.

Põhiõppes on neuroloogiliste haigete vaatamist ja uurimist vähesel määral.

Tegelikult sõltub väga palju ainek... on asju, mis haakuvad oluliselt ja aineid, mis ei tee seda üldse.

sisemeditsiini eriala residendid

Residentuuris olles tundus, et põhiõppes ei räägitud piisavalt ravimitest.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Põhiõppes saadavad teadmised ei ole piisavad ka selleks, et antud eriala haigetega esmatasandi meditsiiniski hakkama saada, rääkimata residentuurist. Lisaks põhiõppele on vajalik täiendamine.

kirurgilise eriala resident

Osaliselt ikka haakuvad, kuigi eriala on kitsas ja praktiliselt kõik oftalmoloogia teadmised ja oskused tulevad residentuurist. Üldõpe rajab laia pildi, millest siis residentuuri ajal keskendud oma kitsamale erialale. Oftalmoloogia tsükkel üldõppe ajal oli suhteliselt kehva ja lühike ja see ei andnud residentuuriks ettevalmistamisel põhimõtteliselt midagi.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Hematoloogia õppeks on arsti põhiõppes minimaalselt aega ainult neljandal kursusel.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Noored tulevad hea teoreetilise teadmiste pagasiga.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Onkoloogia õpe põhiõppes keskendub peamiselt onkoloogilisele kirurgiale, mis ei ole otseselt seotud onkoloogia, kui erialaga. Onkoloogilist kirurgiat võiks õpetada kirurgiikliinik ning need vähesed praktikumid, mis onkoloogias on, võiksid olla seotud realselt erialatöoga.

Rohkem oleks vaja statistikaalaseid teadmisi.

sisemeditsiini eriala residendid

Teadmisi on küll, aga (käelisi) oskusi mul küll ei olnud. Residentuuri jooksul juhendajad pidevalt eeldasid, et sa tead igasuguseid ravimeetodeid, ravimeid ning doose samas mul polnud enamustest aimugi, eriti mitte oma eriala tsüklites olles.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Oleneb residendist. Käelised oskused on kõigil nõrgad. Kuna ortopeedia tsükkel ülikoolis on väga lühike, siis teadmised sellel teemal ka sageli lünklikud ja ebapiisavad. Oma eriala residendid on sageli ise juurde õppinud.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

On palju teadmisi, mida sooviks, et oleksin saanud põhiõppes omandada.

Põhiõppes oli vähe kokkupuudet reaalse kliinilise tööga.

kirurgilise eriala residendid

Põhiõppes omandatud oskused ja teadmised pole olnud kuigi silmapaistvad.

Teadmised haakuvad aga oskustega on tänapäeval halvad lood. Noorte käeline tegevus on kehv juba nende põhikooli ajal ja seda ei arendata oluliselt ülikooliski. Enamikel ei hakka käsi liikuma isegi residentuuri ajal vaid paari aasta jooksul peale residentuuri.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Minu eriala ei õpetata põhiõppes mitte praktilise eriala, vaid teoreetilise sissejuhatava prekliinilise aina, mis ei sarnane tegelikule igapäevase eriarsti tööle.

Tulevane patoloog saab väga-väga vähe patoloogiaalaseid teadmisi põhiõppe raames, seega tuleb ta residentuuri sisuliselt 0-teadmistega oma erialal. /---/ põhiõppe raames ei ole võimalik teha praktikat patoloogia osakonnas – see on üks põhjus, miks patoloogia residentuuris on vähe residente: /---/ viimast korda mainiti patoloogiat kolmanda kursuse esimese semestri lõpus, kus vaesed tudengid sooritavad mahukat patoloogia eksamit ja kohe peale rõõmsalt jätavad jubeduse minevikku. Minu arvamus [on, et] patoloogia peab kindlasti olema jagatud kaheks osaks: üks semester kolmandal ja üks kuuendal kursusel. Siis on lootust, et kliinilise eriala valinud resident peab meeles ka patoloogiat.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Patoloogias ühinevad paljude erialade probleemistikud, mistõttu on eelnev õpitu igati oluline.

Põhiõppe annab meditsiiniteadmiste tausta, aga erialaste tegevustega alustab resident sisuliselt "nullist".

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Saadavate teadmiste hulk sõltub õppijast, oskuste pagas jääb pigem väheseks.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Alustamiseks minu eriala residentuuris ei ole lisaks põhiõppes omandatutele vaja lisateadmisi. Oluline on lapsi mitte karta ja omandada põhjalikult põhiõppes antud teadmised.

Peamine erinevus arsti põhiõppe ja residentuuri vahel on see, et arstiõppes käsitletakse sagedamaid ja harvasid haigusi sama põhjalikkusega, sageli harvikaigusi veel põhjalikumalt, sest neil on keerulisem patogenees. Residentuuri alguses õppisin peamiselt ära tundma ja ravima sageliesinevaid haigusi. Nt stomatiit lastel – ei mäleta, et sellest oleks arstiõppes väga räägitud, kuid valvesituatsioonis on sage haigus. Selles mõttes oli minu ettevalmistus pigem teoreetiline. Teisest küljest võttes on minu arstialane hariduse baas pärit ikkagi ülikooliajast, ilma selleta ei oleks millelegi hilisemaid teadmisi peale laduda.

Pediaatria õppetsükkel põhiõppe osas oli vähemalt minu õppimise ajal hästi korraldatud ja organiseeritud, mis andis huvilisele hea baasi residentuuris alustamiseks.

Sellegi poolest jääb vajaka praktilisest kogemusest. 6. kursus möödus küll praktika aasta tähe all, kuid praktiline kogemus on tagasihoidlik. Rohkem oleks vaja kliinilise õppe jooksul keskenduda haigusjuhtudele. Ükskõik kas paberil või patsientide näol. Õpetada nõ iseseisvat mõtlemist, mis probleem on, mida teha ja kuidas edasi...

Põhiõppes oli pediaatriaõpe päris hästi kaetud, lisaks sai võtta erinevaid valikaineid pediaatria vallast.

sisemeditsiini eriala residendid

Põhiõppes on vajalik eelnev arsti programmiga tutvumine, teadmine tervishoiusüsteemist ja elementaarsed teadmised haigustest, diagnoosimisest ja ravist ning jälgimises tervishoiusüsteemi sees.

Arstiõpe on haiglakeskne.

Baasteadmised on noortel kolleegidel üsna head.

Kliinilised teadmised on tudengitel enamasti head, ka ülevaade perearsti tööst on olemas tänu 4–8 nädalat kestvale tsüklile VI kursusel.

Praktiline osa on ebapiisav ja seadusandlust ja tervishoiukorraldust puudutav on üsna puudulik.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Arsti põhiõpe jäi kaugelt liialt teoreetiliseks.

Peremeditsiini erialal on tarvis palju põhiõppest, aga praktilisi oskuseid ei saa me põhiõppest pea üldse (sh praktilist mõtlemist).

Põhiõppes saab tugeva teoreetilise baasi, kuid kahjuks õpetatakse kesiselt nõ arstliku mõtlemist ehk seda, kuidas neid teadmisi praktiliselt kasutada ning üldisi praktilisi oskusi. Residentuuris alustades oli tunne justkui alustaks uuesti arstiõpinguid.

TÜ teooriaõpe on pigem hea kvaliteediga ja katab enamikke vajalikke teemasid, ent praktika osakaal on väga väike (hoolimata uuest, 6.kursuse "praktikast" ehk superviseeritud jälgimisest).

Oleks võinud rohkem tähelepanu pöörata /sagedasemad haigused esinevad sagedamini/-printsibile.

Praktilist igapäevatööd vajaminevat omandasin põhiõppes pigem keskmises mahu, mitmes aines oli palju liialt spetsiifilist infot (kui mõelda, et põhiõpe peaks koolitama teovõimelist üldarsti, siis oli süvenemine kohati täiesti ebamõistlik ja palju argist ja olulist jäi hoopis katmata). Kohati jäi mulje, et põhiõppes koolitati näiteks pulmonoloogia või kardioloogia eriala tsüklites mõnedes seminarides n-ö tipp-spetsialiste, kuna üldarstil õpetatud teadmisi oma töös kindlasti kunagi vaja ei lähe (ehk 3-4 korda karjääri jooksul, kuid siis tegeleb ju juhtumiga juba oma ala spetsialist). Peab tegema vahet, mis on arendav silmaringi laiendamine ja mis on ebamõistlik hulk ebavajalikku infot.

sisemeditsiini eriala residendid

Vähe räägitakse üldarsti vaatevinklist haigustest, sh kitsamate erialade ambulatoorsest osast.

Kuna põhiõpe valmistab ette laialdaste baasteadmistega üldarste, siis teadmised erinevatest valdkondadest tulevad minu erialal väga kasuks.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Psühhiaatria osakaal põhiõppes on ebapiisav, eriti on probleem, et psühhiaatriatsükkel ei ole 6.kursuse praktika kohustuslik osa – lisaks psühhiaatria eriala residentidele on psühhiaatria baasteadmisi vaja tegelikult kõigile teistele eriarstidele samuti.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Psühhiaatria osa on väga lühike ja pealiskaudne. Samas antakse täitsa OK põhi üldmeditsiini alaseid teadmisi, mida on igal arstil edasises töös vaja.

Psühhiaatriat saab põhiõppes väga vähe, ning seda ei seostada teiste erialadega eriti palju, üldiselt jääb mulje, et on muu meditsiin ja siis psühhiaatria, seda ka arstina töötades.

Väga väike osa on põhiõppes pühendatud nt psühholoogiale (nt suhtlusoskused, konfliktide ja probleemide lahendamine, toimimine kriisiolukorras, läbipõlemis vältimine, eneseanalüüs jms), oskuste omandamine, mida vajavad tegelikult kõik arstid, mitte ainult psühhiaatrid, on puudulik.

sisemeditsiini eriala residendid

Psühhiaatria osa arstiõppes oli väike ja ebapiisav.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Tahaksin rohkem praktilist osa, ravijuhendite (eeskätt rahvusvaheliste) tutvustamist.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Põhiõppes oli väga palju selliseid aineid, mis minu erialaga pole üldse seotud. Tihti puutusin kokku pensioniealiste õppejõududega, kes oma tööst ka ise ei vaimustunud. Viimased kasutasid u 20–30 a tagasi loodud õppematerjale/abivahendeid. Tekkis tunne, et inimestele antakse ülikooli poolt lihtsalt selleks tööd, et vaid väikese pensioniga toimetulek oleks professoritele liialt piinlik/raskendatud.

residentide juhendaja kliinilis-konsultatiivsel erialal

Arsti üldõpe annab üldised teadmised haigustest, klinitsisti poole pealt. Radioloogiat kui sellist on üldõppes vähe.

Kitsamalt minu eriala puudutati 6 aasta jooksul kokku paar nädalat. Laiemalt on põhiõppe antud teadmised, oskused ja hoiakud üldarstile sobimatud ning alusena residentuurile puudulikud, soodustades kõrgelt spetsialiseerunud, kehva üldmeditsiinilise maailmapildi ning kesise koostöövõime ja -tahtega spetsialistide teket.

Meditiini osas haakuvad täielikult – kõiki õpitavaid erialasid oleks hea tunda mingil määral. Füüsikaalast tausta oleks radioloogias rohkem vaja.

Põhiõppes tegeletakse radioloogiaga vähe, eriti saab seda näha uuringute saatekirjadest – teemaks pole küll hetkel põhiõpe aga seal võiks rohkem panna rõhku haiguse uurimisele õigete uuringutega.

Radioloogia on väga spetsiifiline ala, mistõttu põhiõppes ei olegi võimalik seda täpselt õpetada.

Radioloogias tulevad kasuks kõik teadmised, mis on seotud inimkeha ehituse, talitluse, patoloogiate jms.

Tegu on suhteliselt spetsiifilise valdkonnaga, mis minu põhiõppes viibides väga põhjalikku käsitlust ei leidnud.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Praktiline ettevalmistus arsti tööks põhiõppes pigem tagasihoidlik. Kuna huvitusin juba ülikooli ajal oma erialast, siis täiendasin ennast reumatoloogilisest perspektiivist ja [olen] oma eriala residentuuriks paremini valmistunud.

Põhiõpe polnud praktiline, residentuuri alustamisel olin täiesti abitu ning ei osanud teadmisi kuidagi rakendada: ei osanud FA ravid, diabeedi ravi korrigeerida, seljavalu EMO raames käsitleda, ei tea midagi kipsidest ega traumapunkti tööst, ei osanud laste palavikku ega larüngiiti ravid, tugiendkonna propedeutika nullilähedane, ei osanud õieti elustamist jne... jne...

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Geriaatriat üliõpilastele süstemaatiliselt ei õpetata, kokkupuuted erialaga on põhiõppes pigem juhuslikku laadi.

Põhiõppes omandatavad teadmised on väga kasulikud ja ilma nendeta ei saa nii teoreetilist eriala nagu arstiteadus praktiseerida, kuid nagu öeldud, on need väga teoreetilised. Vajalik oleks suurem integratsioon praktikaga.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Arstiõpe on laiapõhjaline ja sisemeditsiini astumiseks asjakohane.

Mõned töö käigus vajalikud oskused olen omandanud ainult residentuuri ajal, nt erinevate tööprogrammide kasutamine, teatiste tegemine, reaalsete retseptide kirjutamine jne.

Olen residentuuri jooksul (praeguseks seega viie kuuga) õppinud juurde tohutult palju ja kuulnud esmakordselt mitmetest diagnoosidest, ravimitest. Siiani mõistatan, kuidas spondülodistiit on sisehaigustes

küllaltki sage diagnoos, kuid ülikoolis polnud sellest kunagi kuulnud. Ravimite doosidest ja manustamisviisidest oli mul samuti varem vaid ähmane arusaam.

On erialasid, mis märkimisväärselt kipuvad unustama, et põhiõppes koolitatakse üldarste, mistõttu pannakse suurt rõhku põnevatele ja haruldastele haigustele ning praktiliselt ei pöörata tähelepanu teadmistele ja oskustele, millega me igapäevaselt kokku puutuma hakkame. Üleüldse on suur rõhk teadmistel, oskustest tundub kõigil üsna ükskõik olevat (neid me omandame ise nii palju, kui võimalusi pakutakse).

Põhiõppest sain peamiselt teadmisi, aga väga vähe oskusi... siseresidentuuri saamiseks nendest teadmistest tõesti piisas, aga oskusi jäi igas vallas väheks (kas või patsiendiga suhtlemine, haigusloo esitamine suurvisiidil, anamneesi võtmine, käelised oskused).

Üldiselt haakuvad, kuid samas on ilmne, et nt käelisi tegevusi õpetatakse väga vähe (kanüüli paigaldamine, Astrupi võtmine jne), samuti jääb suuresti puudu õendustegevuste tundmisest (sidumised, sidumisvahendid, ravimite manustamise puutuv, sonditoimisega seonduv jne) – ehkki õppisin arstiks, on reaalsus see, et pean oskama õdesid nende tegevuses juhendada ning vajadusel olema võimeline vigu märkama ja parandama. Väga vähe käsitleti põhiõppes ka ravimeid ning ravimidoose, samamoodi tundus absurdne ka see, et EKG tundmist õpiti valikaine raames (mitte kohustuslikuna). Rohkem võiks olla haigusjuhupõhist käsitlust koos aruteluga, sagedamaste sündroomide ning erakorraliste situatsioonide käsitlust (koos diagnostika, ravi ja ravimidoosidega).

Teadmised pigem haiguste kohta üldised ja teoreetilised, samas tööks vajalikku praktilisi teadmisi/mõttekäike jms võiks olla rohkem.

sisemeditsiini eriala residentid

Põhiõpe oli väga teoreetiline ja kuiv, praktika osakaal üliväike, kuigi saan aru, et seda süsteemi on viimasel ajal muudetud. Mulle isiklikult oli kindlasti suur kasu ülikooli kõrvalt haiglas töötamisest.

Võrreldes viimastel aastatel lõpetanud tudengite ettevalmistust enda omaga (lõpetasin 2001. aastal) on tudengite praktiline ettevalmistus oluliselt parem ja teadmised palju süsteemsemad.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

1. Ei osata seostada omandatud teadmisi praktikaga. 2. Erialaope ei tundu põhinevat baasõppel, vaid pigem õppejõu "ekspertarvamusel". 3. Praktilised oskused puuduvad. Kuna ülikoolihaiglas on vähe patsiente, siis võiks praktiline õpe tugineda moodsatel fantoomidel (mida on väga vähe), ukse vahelt piilumise ja heietuste asemel.

Peamised teadmised peaks sünnitusabi ja günekoloogia ainet 5. kursusel saama, praktiliste oskuste osas on kindlasti puudujäärke, palju sõltub ka tudengi soovist ise vaeva näha ja lisateadmisi omandada näiteks valvetes osaledes.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Arstiõpe on väga teoreetiline, peaaegu kogu praktiline pool tuleb residentuuri töö käigus.

Eriala residentuuris vajalikud oskused ja teadmised omandatakse siiski ainult residentuuris, varem nendega kokkupuudet ei ole olnud. Teadmised põhiõppest kuluvad alati ära.

Günekoloogia ja sünnitusabi tsükkel arsti põhiõppes kestab ca 1 kuu. Selle jooksul saame teoreetilisi teadmisi norm sünnituse, haiguste patogeneesi kohta, vähem ravi kohta. Praktiline osa on täiesti puudulik, mis teeb residentuuri sisseelamise ja valvetes osalemise üpris keeruliseks.

nt esmane kardioloogiline patsiendi käsitus võiks olla põhiõppes nii korralik, et mul ei teki residentina valves olla vajadust esmase vererõhuravi ordineerimiseks kutsuda kohale valvekardioloog. Ükskõik mis eriala residentil on vajalikud kardioloogilised, pulmonoloogilised ja post-op situatsioonide hindamise oskus.

Põhiõppes olnud günekoloogia tsükkel oli heal tasemel ja põhjalik.

Sünnitusabi ja günekoloogia on muudest erialadest üpris eraldiseisev. Lisaks oli ülikooli ajal günekoloogia tsükklis õpitu võrdlemisi erinev reaalsest tööst residentuuris - nii teooria fookus oli erinev kui ka praktiline käsitus.

Teoreetiline baas (minu erialal) oli enam-vähem piisav, kuigi puudulikud olid teadmised konkreetsetest ravitaktikatest. Praktilisi oskusi jäi põhiõppes väheseks.

Teoreetiline ja praktiline osa kattuvad 60% ulatuses.

Teoreetilises osas hea baas, kuid praktilises osas 0 residentuuri alguses.

Töötasin aasta Soomes üldarstina peale lõpetamist ja see tekitas üldarsti praktilise töö põhja, mida ülikoolist küll ei saanud.

kirurgilise eriala residentid

Residentuur on suhteliselt praktiline ja nende spetsiifiliste oskuste põhja minu arvates põhiõppest ei saa.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Arstiõpe ülikooli on valdavas osas liialt teoreetiline ega valmista ette haiglatööks.

Mõnel erialal väga hea käsitlus, saab teadmisi edasiseks küll. Samas mu eriala üsna kitsas, üldarstile sellealaseid teadmisi antakse vähe.

Väga palju oleneb põhiõppes valdkonda õpetanud õppejõust.

Põhiõpe liiga teoreetiline.

Ülikooli aineprogrammis on minu eriala vähese kaaluga.

sisemeditsiini eriala residentid

Põhiõppes omandatust jääb väheseks, pigem on kasu minu eelnevast praktilisest tööst arstina.

sisemeditsiini eriala resident

Uroloogia on väga spetsiifiline ja tehnoloogiarohke valdkond, mida põhiõppe raames käsitletakse väga põgusalt.

kirurgilise eriala resident

Väga palju on teadmisi põhiõppest, mida kunagi päriselus vaja pole. Samas olulisest jääb mõnikord puudu.

kirurgilise eriala resident

Operatiivkirurgia alased teadmised sisuliselt puuduvad, käelist tegevust ei ole sisuliselt proovitud ja seega ei teata, kas sellega üldse toime tulla võiks.

Pigem arvan, et erialased teadmised on enamus residentuuris ja peale seda omandatud. Arstiteaduse põhiõpe annab pigem loogilise mõtlemise ja seoste loomise oskuse ning pinnapealse teadmise kõigist erialadest.

Üldteadmised kirurgiast on olemas, praktilisi oskusi ei ole.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Arstiõppe teoreetiline osa on piisavalt põhjalik, samas leian, et põhiõppe praktilise koolituse õpiväljundid peaks olema paremini paigas ja vastama üldarstile vajalikele oskustele ja teadmistele.

Põhiõpe on väga akadeemiline ja pinnapealne just kliinilises osas.

Põhiõppes praktilised oskused ja kliiniline haige käsitlemine on nõrgad küljed põhiõppes.

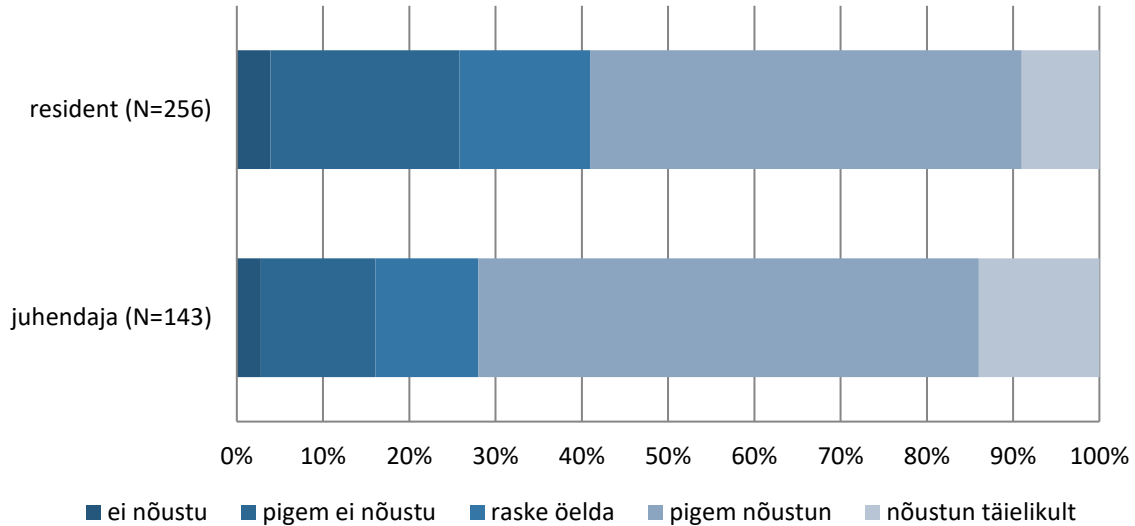
kirurgilise eriala residentid

Kitsamatel erialadel on kindlasti haakumist vähem, kuna tsükliid on põhiõppes lühikesed. Laiade erialade puhul on haakumine suurem.

resident, eriala täpsustamata

VÄIDE 2: RESIDENTUUR MINU ERIALAL ON KORRALDATUD KOOSKÖLAS MINU ARUSAAMISEGA SELLEST, KUIDAS PÕHIÕPPEJÄRGNE ERIALAÕPE PEAKS TOIMUMA

JOONIS 4. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUUR MINU ERIALAL ON KORRALDATUD KOOSKÖLAS MINU ARUSAAMISEGA SELLEST, KUIDAS PÕHIÕPPEJÄRGNE ERIALAÕPE PEAKS TOIMUMA“



Väite 2 hindamisel lisatud vabateksti täpsustused

Korraldatud võiks olla paremini: võiks olla üldisemad erialad alguses ning hilisemalt veidi spetsiifilisemaid.

sisemeditsiini eriala resident

Veelgi enam peaks olema iseseisvat tööd erialakirjandusega vabal ajal.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Residentuur võiks kesta 4 aasta asemel 5 aastat, kus viimane aasta oleks pühendatud valdkonnale, kuhu resident kitsamalt spetsialiseeruda soovib.

Sõltub baasasutusest/osakonnast. Mõnes on resident sabassõrkija, kõrval osakonnas täisväärtuslik töötaja. Teoreetiline õpe on meil väga hea ja peamiselt kooskõlas minu arusaamistega

kirurgilise eriala residendid

Esimesel päeval anti koheselt esimesed patsiendid. Mõistlik oleks näiteks esimene nädal tutvustada osakonda, kus miski asub, missugused on osakonna ravivõimalused ning missuguste haiguste puhul neid kõige enam kasutatakse. Samuti võiks tutvustada baaspreparaate, mida kasutatakse ning residentuuri üldjuhendaja võiks olla tunduvalt kättesaadavam.

Organiseeritud teoreetilist õpet on liiga vähe, see on rohkem nagu igaühe oma asi, kui palju ja mida juurde loeb. 4a. jooksul on olnud ainult üks residentide seminar.

Puudulik arst-resident ja arst-juhendaja vaheliste suhete õiguslik regulatsioon või pigem selle järgimine.

sisemeditsiini eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Juhendamist kui sellist võiks rohkem olla, aga muus osas on enam-vähem rahuldav seis.

[Erakorralise meditsiini] residentuuri korraldab anestesiooloog.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

On asju mis on hästi korraldatud, aga on ka palju arenguruumi.

Pole päris kindel, kas see programm annab täieliku ettevalmistuse edasiseks. Paljuski jah ja kindlasti oleneb inimesest (s.h. kuivõrd palju lisatööd või -valveid isik on nõus tegema). Minul on olnud väga häid ja praktilisi ja arendavaid tsükleid, aga on ka selliseid, mille läbin, kuid praktilises osas siiski väga juurde saanud ei ole. Tundub, et kõik on niivõrd kinni residentidesse suhtumises, residentidega suhtlemises ja soovis/valmiduses teadmisi jagada vanemate kolleegide poolt.

Residentuur eeldab residentide aktiivset juhendamist ning suunamist. Praegune käsitlus on pigem tasuta tööjõu kasutamine kui adekvaatsete arstide koolitamine.

Suuremas osas nõustun, kuid eriala programmist on välja jäetud kaks väga olulist eriala erakorralise meditsiini jaoks nagu pulmonoloogia ja neuroloogia.

kirurgilise eriala residentid

Ma leian, et oluliselt rohkem peaks olema teoreetilist õpet, sh individuaalne teoreetiline koolitus. Praegu on igapäevaselt peaaegu ainult praktiline koolitus, teooriat (kui leiad aega ja jaksu) otsid ise juurde. Harva suunavad juhendajad sobiva materjali juurde või paluvad sellega tutvuda, võimaldavad aja teooriaga tegelemiseks. Programmi järgi peaks olema 20% teoreetiline koolitus. Reaalselt on see oluliselt väiksem!

Residentuuri korraldab üldjuhendaja, kes ei arvesta residentide soovidega nt residentuuri baasi valides. Igal aastal on hirm, et peab kolima teise linna. Ei arvestata ka laste/pere olemasoluga ja majanduslike võimalustega, vaid pannakse fakti ette, et peab minema.

sisemeditsiini eriala residentid

Hematoloogia erialaõpe on asjakohane, kuid transfusioloogia alaeriala (osa) ei ole süsteemselt käsitletud.

Minu arvates peaks kogu residentuuri vältel olema residentil valvekohustus. Hematoloogia residentuuri võib praegu läbida ilma ühtegi valvetundi tegemata.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Residentuuri tsüklite korraldus ei ole kooskõlas erialale vastavate kliiniliste vajadustega, sageli ei tea juhendajad, mida residentiga tegema peab, ei ole kursis vastava eriala raamnõuetega.

sisemeditsiini eriala resident

Leian, et erialaõpe ei peaks sisaldama valdavalt töötamist, vaid ka teoreetilisi koolitusi.

sisemeditsiini eriala resident

Arvan, et esimesed 2 aastat üldõpet on liig, sest 3 aastat erialaõppe jaoks on vähe. Eriti kui tulemas on väheinvasiivsed ravimeetodid, mida peab samuti oskama.

Enamusel kirurgilistel aladel on erinevate tsüklite jaotus esimesel kahel aastal täpselt sama – seetõttu on residentidel esimesel kahel aastal "oma" eriala 0-9 kuud. Raske öelda, kas selline tsüklite jaotus on ka optimaalne kõigile.

KARDIOkirurg ei läbi tsüklis tundigi KARDIOLOOGIAT, mis ei ole ok.

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Kui residentuur on suures osas ise õppimine ja initsiatiivi näitamine olen selle väitega nõus. Kui residentuur tähendab kindlat ja ettekavandatud õpet iga huvitatustasemega residentile, siis pigem ei nõustu. Ise pooldan küll esimest varianti, sest residentuur peaks olema vaheetapp iseseisvaks tööks, ka otsuste tegemiseks ja enese-täienduseks (ka siis, kui otseselt eksamil enam ei küsita ja tegelikult survet polegi midagi juurde õppida).

Residentuuri jooksul võiks toimuda rohkem süstemaatilist teoreetilist õpet.

Võiks olla süsteemsem lähenemine ja suurem huvi ülikooli poolt hästi koolitatud residentide vastu.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Liiga palju juhuslikkust. Väga palju sõltub sellest, kes satub juhendama. Väga palju sõltub ka iseendast, kui palju "nõuda" ja ise ennast peale pressida. Põhimõtteliselt on võimalik tsükleid läbida minimaalse pingutusega ja suuremat midagi õppimata.

Ma sooviksin, et seda 20% teoreetilist õpet resident ka reaalselt näeks. Kahjuks on reaalsus see, et resident teeb 8-16(18) tööd. Õpe võiks koosneda pidevalt ettekannetest, loengutest. Residentidele tuleks rohkem ülesandeid tööle anda. Teise aasta resident on kohati siiani nn abiarsti rollis, kus väga teha ei lubata midagi.

Meeldib see, et on ära toodud tsüklite ajaline kestvus ja jaotus, seda ei pidavat teistes riikides väga harrastama.

Meie erialal korraldavad residendid ise endale teoreetilisi seminare, ülikooli poolt erilist huvi just ei ole neid korraldada.

Residentuuri teoreetiline õpe puudub ning praktiline õpe on jäetud igaühe enda korraldada.

Teoreetilist õpet võiks ka residentuuri ajal olla rohkem. Kaks ühepäevast residentuuriseminari aastas ei ole piisav. Invasiivse kardioloogilise diagnostika (angiograafia) õppimiseks võiks enne patsiendi peal harjutamist eelnevalt kasutada simulaatoril õpet (Eestis aga sellist simulaatorid seni ei ole õppehaiglates). Funktsionaal-diagnostika tsükli osas keskendutakse ehhokardiograafiale, kuid programmis ette nähtud koormustestid, EKG-Holterid ning vererõhu Holtermonitooringu õppimine jääb selgelt tagaplaanile, selleks ei ole aega ette nähtud.

Võrreldes teiste riikidega [on] mitmeid erinevusi, Eesti võimaluste piires süsteem rahuldav.

sisemeditsiini eriala residendid

Veidi on segane, mida mingis tsükli omandama peab, kuid 1. aasta on alles poole peal. Ilmselt see arusaamine paraneb.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident

Võiks olla rohkem just erialaseid koolitusi/seminare/haigusjuhtude arutelusid vms.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Erialaseid tsükleid võiks olla rohkem.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Ehk saaksid noored kolleegid parema praktilise kogemuse, kui nad töötaksid mõnda aega maakonna-haiglates ja keskhaiglates Tundub, et Tartu Ülikool on liialt koormatud ja noored väga haigetega ei tegele.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Erialast õpet on liiga vähe (kogu residentuuri kestvusest 15 kuud), teoreetilise õppe osakaal liiga väike jpm.

Kogu minu 4 aastast õppest moodustab puhas neuroloogia vaid 15 kuud. Lisaks puudub ka juhendaja, kes oleks õpetamisest huvitatud. Suur osa tööst toimub iseseisvalt.

Vajalik põhjalikum teoreetilist õpet ja regulaarseid ülevaatusi/teste/arutelusid.

Tegemist on hetkel sisuliselt töötamisega mingi arvu aastaid, et oleks viisakas anda eriala kutse, sageli on see töö ka iseseisev. Tegelikku õpetamist ei toimu.

sisemeditsiini eriala residendid

Residentuuri jooksul on piisavalt palju praktilist iseseisvat tööd ja vastutust ning lisaks on kenasti korraldatud ka erialaste seminaride korraldamine. Praegu tunnen pisut puudu ajast, et saaks süstemaatilisemalt teoreetilise õppega tegeleda.

Residentuurikavas on igaks 3kuu perioodiks antud konkreetne õppeteema, kuid patsiendid ja vastavalt haigused tulevad juhuslikult.

kirurgilise eriala residendid

Miinuseks on see, et residentuur on väga lühike, kuid üldiselt on korraldatud hästi. Palju arvestatakse ka residentide soovide ja nõuannetega residentuuri ülesehitamisel (nt seminaride korraldamisel jne).

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Pool residentuuri ajast kordab VI kursusel läbitut

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ootasin reaalselt õpetamist, mida ikka oli väga vähe. Enamasti oli stiil "vaata kuidas mina teen ja siis tee ka" – aga harva, et miks ma seda teen või miks teised arstid teist moodi teevad ja kus on juhendid. Regulaarset teoreetilist õpetamist polnud üldse.

Õppeaeg peaks olema pikem.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Väga vähe või üldsegi mitte ei ole korraldatud teoreetilist õpet: kõik on üles ehitatud ainult iseõppimisele ja vastutava juhendaja pealt õppimisele. Väga ootaks korraldatud teoreetilist õpet.

hambaravi eriala resident või residentuuri lõpetanu

Paljuski ei saa ma aru, mida minult oodatakse. Tunnen, et mõned tsüklid on puudu.

kirurgilise eriala resident

Liiga lühike residentuur. Kõike ei jõua kehtiva töö- ja puhkeaja seaduse raamides õpetada ja selgeks saada. Muidugi on ka konkreetse residentide motivatsioonist.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Residentuurikorraldus on iganenud ja põhineb pigem üheksakümne aastate normidele. Programmi kokku kirjutamisel on püütud küll kaasajast lähtuda, kuid praktikasse ei ole suudetud seda viia. Erialaõpe on suuresti tehtud residentide isiklikuks probleemiks (loe: arenguks), mistõttu ei ole tagatud ühtlus õppe kvaliteedis nii residentuuribaaside vahel kui ka residentide teadmistes.

Teoreetilisi koolitusi äärmiselt vähe.

residentide juhendaja kliinilis-konsultatiivsel erialal

Esmalt võibolla ei ole resident/tudeng täielikult võimeline ette nägema erialal ette tulevaid probleeme, mistõttu on arusaam vale. Isiklik arvamus on, et minu erialal on residentuur olulise programmi. Oluline roll juhendajal ja keskusel. Aga nagu igal pool, kui ise normaalselt tööd teha on lihtsam.

Igapäevase töö korraldus on enam vähem kooskõlas. Suuremas plaanis ja et oleks haaratud võimalikult palju ja piisavalt residentuurijärgseks tööks aga kooskõlas pole. Erinevates õppekeskustes on oma arusaam kuidas residentuur olema peaks.

Teoreetiline õpe on 100% iseseisev praegu, võiks olla veidi struktureeritud. Samas resideente on erialal nii vähe, et arusaadav, et keegi ei hakka midagi 1-2 residentidele korraldama. Koolitustel võimaldatakse tööajast käia nii palju kui soovivad, kuid Eesti sisesed koolitused on valdavalt mitteerialased ja vähe haakuvad.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Praktilist õpet on vähe – just käelise tegevuse osas, residentide omavastutust samuti.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Teoreetilist õpet on õnneks palju; praktikas on resident jäetud paljuski juhendaja juures olevaks vaatlejaks. Nt Soomes on resident iseseisev spetsialist, kes vajadusel juhendajaga konsulteerib. Hetkel segab residentuuri naasmist ka asjaolu, et osakoormusega ei ole seda võimalik teha.

Üldiselt jään väga rahule – teen tööd arsti kõrval, sõltuvalt muidugi juhendajast sõltub iseseisvuse määr.

Üldjoontes olen nõus. Erinevate pediatría alaerialade tsüklites viibib resident ca 2 kuud. Kuna pediatrias on võimalik ka subspetsialiseerumine, on peale selle valiku tegemist ette nähtud pikem aeg oma alaeriala teadmiste süvendamiseks.

sisemeditsiini eriala residentid

Erialatsükleid peaks olema rohkem.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Arvan, et residentuuriõppe erinevad osad ei ole alati loogiliselt järjestatud. Minu erialal on palju 1-kuulisi õppetsükleid, mille jooksul vahetuvad igal kuul juhendaja ning töökeskond, see aga teeb raskemaks õppeprotsessi, kuna palju energiat kulub kohanemiseks.

Liialt palju ressursi kulub väga põgusalt eri distsipliinidega tutvumiseks, võiks olla võib-olla vähem erialatsükleid aga neist mõned pikemad. Ülejäänud vajalik õpe võiks olla korraldatud peremeditsiini tsükli kõrvalt nt. loengute, seminaride, haigusjuhtude arutelu vormis. Alternatiivina võiks residentuuri pikendada, et selle arvelt mõne erialatsükli kestvust suurendada.

Põhimõtteliselt saan residentuuri jooksul üsna hea ülevaate Eesti meditsiinisüsteemist.

Sõltub mingil määral sellest, kuidas suudad oma tsükliid järjekorda seada, kuna osadel erialadel/osakondades ei eristata erinevate erialade residente.

Ühekuulised tsükliid on mõttetud; /---/ ühe kuuga tutvub ainult kuidas osakond töötab. Vähemalt 3 kuud peab olema. Ka kogu residentuuri kestus 5 aastat.

sisemeditsiini eriala residendid

Eelkõige ikka probleemid teiste erialade tsükliidtega – mõni vajalik puudub, mõni liiga lühike jne. Probleem ka selles et kui oled ühekuisest tsükliidest ja avastad, et tsükkel on kas juhendaja, osakonna või muude asjaolude tõttu (puhkused, osakond patsientidest tühi, sel kuul juhendajal polika vastuvõtte pole, osakonnas korraga palju residente vms) juba eos "läbikukkunud", siis ei saa olukorda muuta, mujale minna või kasvõi samal ajal kuskil puuduvat perearsti asendada.

Peaks olema pikem; täpsemad juhised väljaspoole põhiõppeasutust juhendajatele.

Praktilist käelist tegevust võiks rohkem olla.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Residentuuri algusajal peaks olema märgatavalt rohkem teoreetilist baasi.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ei tunne millestki puudust olevat.

Esimestel aastatel on liiga vähe juhendamist, juhendajat on raske tabada tema suure koormuse tõttu.

Võiks olla rohkem teoreetilist õpet, rohkem patsiendikäsitlust puudutavaid teadmisi ja praktilisi suuniseid. Praegu sõltub see väga juhendajast ja on kohati üsna kõikum.

sisemeditsiini eriala residendid

Pulmonoloogia residentuuri juhendaja on küllaltki paindlik ja enamasti arvestanud residentide soovidega teha midagi teistmoodi kui ette kirjutatud.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Situatsioon varieerub eri koolituskeskustes, kuid on oluliselt paranenud võrreldes minu enda residentuuri ajal toimunuga. Residendi iseseisvat tööd ja vastutust võiks rohkem olla (võrreldes nt. Soome residentuuriga), kuid järelevalve ja konsultatsioonivõimalus peab olema tagatud.

Võiks olla rohkem teoreetilisi kursusi nii Eestis kui ka välismaal.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Arst-resident kirjeldab ja viib läbi uuringuid juhendaja kontrolli all, saab vajadusel juurde küsida. Tsükliid on jaotatud radioloogiliste alaerialade järgi, et omandada põhjalikud teadmised enamikus alaerialades ning erinevate eriala spetsialistide poolt tellitud uuringute kirjeldamisel.

Korraldus on kuidagi ebahütlane baasasutuste lõikes.

Radioloogia residentuur on korraldatud paremini kui rõhuv enamus eriarstiõppest.

Selle asemel, et suruda loengud ühte kohta kokku, võiks toimuda teoreetiline ja praktiline töö pidevalt paralleelselt. 8 tundi järjest loenguid ei ole minu arvates mõistlik, tähelepanu kaob. Võibolla 4h uuringute vaatamist juhendajaga, 2h loenguid ühes haiglas samal kursusel olevatele inimestele ja siis jälle 2h tööd ja sel moel pikem ajaperiood? Tihti puudub tagasiside tehtud töö (iseseisev rõ nt) kohta – kui keegi märkab, et oled jura kirjutanud kopsupildi kohta siis pigem ei taheta seda mainida, kuigi nii just õpiks. Iga tsükli kohta võiks olla näiteks nimekiri kindlatest basic artiklitest, mis tuleb läbi lugeda – oleks veidi lihtsam orienteeruda selles informatsiooni-külluses, mida leiab raamatutest-artiklitest.

Süstematika puudub. Kui on nt muskuloskeletaalsükkel, siis võib juhtuda et ei tegeleta üldse sellega ehk juhendaja pole spetsialiseerunud antud alavaldkonnale.

Tagasiside andmine on väga nõrk (formaalsus), juhtimisoskuste sihipärane õpetamine puudub, suhtlemis-teemaline õpetus puudub. Erialane pädevus on hästi kaetud, vajalikud mõningased ümberjaotused ajaliselt.

Tagasiside ja individuaalse arengu jälgimine on nõrk.

Teorias töötab kõik hästi. Iseasi, kuidas inimesed seda rakendavad. Minule isiklikult meeldib, et saan juhendajaga kiiresti kontakti, kuid juhendajatele on residendid koormaks. Mõned juhendajad ei saa üldse residendivabu perioode. Juhendamine on muidugi suur au (teoreetiliselt), kuid on näha, et juhendajad on sageli väsinud sellest, et nad ei saa tööd teha omaette ja peavad kogu aeg olema varnast võtta.

Teoreetilist õpet võiks olla rohkem (loengud, seminarid, juhtude arutelud jne). Praktiline osa on erinevates baasides väga varieeruva spetsiifikaga, mis alati ei võimalda tegeleda konkreetse tsükli kõigi aspektidega.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Hambaraviga seotud residentuuri sisseastumisel peaks olema eeltingimus: erialane töökogemus min 2 aastat.

hambaravi eriala resident

Puudub praktiliste oskuste (protseduuride – liigeste punktsioonid, vajalike uuringumeetodite – liigeste UH) süstemaatiline õpetamine/hindamine.

Üldaineid võiks rohkem olla.

sisemeditsiini eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Ambulatoorse töö õpe on puudulik.

Euroopa paljudes riikides on geriaatria iseseisev eriala, mille õpetamise põhibaasideks on vastavad osakonnad/õppetoolid kõrgkoolides ning praktiseerimine haiglates toimub geriaatrite juhendamisel. Eesti Geriaatrite Seltsil on väliskontakte, mis võimaldaksid nii välisõppejõudude kutsumist kui Eesti residentide praktiseerimist väljaspool. Kuni ei ole poliitilist otsust eriala ja osakondade vajalikkusest, on järgmised sammud komplitseeritud. Arvestades rahvastiku vanuselist struktuuri, vajavad geriaatria-alast koolitust ka teiste erialade residendid.

Olen väga kriitiline nõude osas, et pool residentuurist peaks Tartus tehtama. Paraku Tallinna haiglates tugevam residentide õpe – juhendajate valik suurem, patsiente oluliselt rohkem.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Mulle meeldiks, kui ma saaksin ise pakkuda välja raviplaani ja siis mu juhendaja avaldaks oma arvamuse. Mõni juhendaja tekitab tunde, et ta teab ja teeb kõike ise, mina lohisen niisama kaasa. Vastuvõtul niisama istumisest pole samuti väga kasu, eriti korduvate pt puhul. Mulle meeldiks, kui ma saaksin ise patsiendiga vastuvõtul vestelda ja juhendaja täiendaks, või siis kui ma saaksin ise ka arvutit kasutada ja andmeid vaadata. Samas saan aru, et juhendajatel on kiire ja ei ole aega lõputult residentidega arutada.

Oleneb tsüklist – mõnel pool jah, teises kohas jällegi üldse mitte. Nt EMO tsüklist mulle juhendajat üldse ei määratudki, 99,9% ajast toimetasin üksi oma parima äranägemise järgi. Vajadusel sai küll teistelt arstidelt küsida, kuid kuna ametlik juhendaja residentidel puudus, polnud residentide abipalvele üldse haruldane vastus midagi stiilis "ma pole su juhendaja, mine küsi mujalt".

Iga tsükkel on justkui uuesti alustamine, st resident ise areneb, aga uude tsükklisse minnes tuleb uuesti hakata ennast tõestama, näitama.

Sisehaiguste erialal on väga laiapõhjaline programm, mis on tõeliselt tore. Võiks olla juures veel intensiivravi.

Sõltub praktikabaasist.

Üldiselt olen nõus, sest minu eriala on väga mitmekülgne ja ma saan oma plaanis väga palju ise valida (nt sain võtta lisaks intensiivravitsükli, mida pole otseselt ette nähtud, aga mis on ääretult vajalik). Siiski võiks olla juba plaani sees üks tsükkel välismaal – seda on minu arusaamist mööda praegu väga raske ise korraldada.

Üldsise erialal on igihaljas probleem see, et kuigi me saame anda enda soovid iga aasta kohta, kus, kui pikalt mingit tsükli tahame teha, siis sekretärile on ette antud mingid kohad osakondades, mida ta residentidega täitma peab. Seega osad residentid jokitakse ära ja topitakse suvalistesse tsükklitesse. Kohati unustatakse ära, kelle jaoks see residentuur on – kas haigla personaliga varustamise või selle jaoks, et saaksime hästi ette valmistatud noored arstid?

sisemeditsiini eriala residentid

Noortel puudub teadmine, kuidas saavutada erialasisene spetsialisatsioon, kuna puudub eriõpe alamvaldkondades.

Sünnitusabi ja günekoloogia erialal on praktiline õpe toetatud regulaarse teoreetilise õppega, samuti püüame toetada huvi teadustöö vastu (regulaarne Journal Club, residentid peavad kirjutama vähemalt ühe erialaajakirjas avaldatava artikli, osalema eriala auditites, ravijuhendite väljatöötamises jms).

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

1. aastal oli raske, sest suunati tegema protseduure ja tegevusi ilma eelneva õpetamiseta, n.ö pea ees vette. Nüüdseks on asjad paranenud, 1 aasta residentid saavad paremat õpet.

1 aastal on suhtumine kohati liialt kui tudengisse. Suhtumise all mõtlen ülesandeid, mida teha saan või mida teha ei lasta.

Liiga palju sõltuvust juhusest ja vedamisest ning juhendajate tujudest. Eriti raske oli residentuuri alguses oli see, et polnud mingit selgust, mida ja kui kiiresti minult oodatakse. Kohati kasvas vastutus palju kiiremini kui kogemus ja oskused.

Läbime vajalikud tsükliid, kuid probleemid on iseseisva otsustusõigusega.

Meil on 15 moodulõpet teoreetiliseks koolitusteks, mida on väga korralikult 4 aastase residentuuri kohta.

Nägemus on, et residentide kohustused ja vastutus suureneb iga läbitud residentuuri aastaga. Samas, kui tõlgendada seadust, pole resident võimeline vastu võtma ühtegi kliinilist otsust ilma juhendaja/eriariisti konsultatsioonita.

Praktiline osa, koolitused (15tk), tsükliid pannakse paika juhendaja poolt. Soovi korral saan neid muuta ja ka asukohta muuta.

Residentuur võiks olla 1a pikem ning teoreetilisi/praktilisi koolitusi günekoloogia osas (eriti laparoskoopia) rohkem.

Residentuuris võiks saada rohkem ise teha. Leian, et residentidel peaks rohkem võimaldama praktiliselt ise teha. Teoreetiline õpe on suhteliselt hästi korraldatud.

Tsükliite järjekord jätab tihti soovida. Günekoloogiliste lõikuste kogemus jääb väheseks.

Väga palju on iseseisvat tööd. Ei ole harv, kui vanem kolleeg keeldub abistamast, kuigi oled nt 1 aasta resident.

kirurgilise eriala residentid

Minu jaoks jääb puudu sisukast mentorlusest ja sisukast pädevushindamisest.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Absoluutselt puudub arvestamine residentuuritsüklites vastava erialaga (näiteks mina, kes ma töötan peamiselt laste ja noortega, ei peaks veetma kardioloogia tsüklit +70 vanuses patsientide südamepuudulikkust ravides). Tsüklite juhendajaid jätab 90% külmaks, mis eriala residentidega on tegu, ning mis võiks temale olla oluline – seda üldjuhul ei arvestata ka siis, kui residendina ise püüda suunata selles suunas juhendajat.

Esimesel aastal on väga palju 1 kuulisi tsükleid, mõni üksik 2 kuuline vahele. Ei jõua sissegi elada kui juba tuleb osakonda vahetada. Juhendajad ei vaevu sageli residentide juhendamata residentide kasutamise puuduva tööjõu korvavana.

Mõningatest tsüklites raske end ja oma eriala rakendada (samas kohati arusaadav).

Ülikooli õppetooli poolt ei ole 1,5 aasta vältel teoreetilisi, praktilisi kursusi/seminare/loenguid korraldatud sisemeditsiini eriala residentid

Residentuuri ülesehituses olevad erialad on kõik vajalikud kuid juhendajad ei tea täpselt residentide õpitava eriala spetsiifikat – seetõttu tähelepanu õppeprotsessis valede oskuste omandamisele. Lisaks ajaressursi puudumine juhendajal – haigusjuhtude piisavaks käsitlemiseks üheskoos residentidega

sisemeditsiini eriala resident

Rohkem erialast õpet. Kommunikatsioon juhendajatega. Tagasiside. Logbook?

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Ajaraiskamist on 2-aastases kirurgia erialade baasõppes tohutult!

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Kui resident ei tea mis on kirurgia, ei saa ta teada, mis on kardiokirurgia ja seda koheselt oma erialaks valida. Lisaks peaks kogu residentuuri jooksul olema üks nõustaja – soovitatavalt praktiseeriv kirurg, kes soovitaks, mida enam õppida, milliseid tsükleid võtta ja kelle käest õppida.

Mõningad tsüklid liiga lühikesed ja mõned liiga pikad. Väga palju sõltub juhendajast ja erialabaasist.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Residentuuri juhendamine vajaks paremat korraldust – praegu juhendajad muutuvad iga tsükliga ning üldjuhendaja on kõigile ühine. Leian, et oleks vajalik üks juhendaja (mentor) läbi kogu residentuuri või eraldi üldosas ja eriosas vastavalt soovitud spetsialiseerumisele, kes oleks kursis paremini residentide arenguga ja saaks vajadusel suunata programmi koostamist, praegu on see suures osas residentide enda teha.

Suur varieeruvus, mida kirurgia alal residentid erinevates keskustes/osakondades teha saavad/tohivad. Põhiliste kirurgiliste oskuste õpetamine võiks käia kindla protsessi järgi, oskuste kontroll. <http://jamanetwork.com/journals/jamasurgery/article-abstract/2559967>

Õpetamist residentuuris enam ei toimu. Iseseisev õpe.

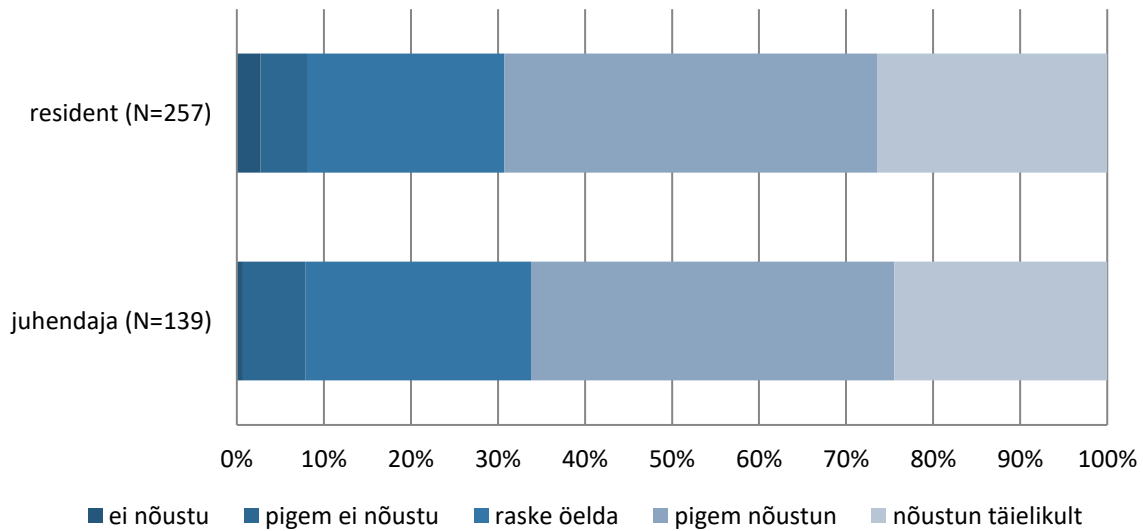
kirurgilise eriala residentid

Ootused residentuuri korraldusele olid enne sisseastumist kõrgemad. Erialaõppe programm on küllaltki jäik, tsüklite kasutegur ja kestvus ei ole paigas (osad tsüklid, millest on palju kasu, on liiga lühikesed. Teisalt mõned tsüklid, mis pole nii vajalikud, kestavad kaua). Teisalt resident saab tsükli valimises küllaltki vähe kaasa rääkida, rohkem sõltub eriala üldjuhendaja soovidest.

resident, eriala täpsustamata

Juhendamine puudub enamikel erialadel, teadmiste/oskuste kontroll minimaalne, ei ole, tagasiside puudub

residentuuri lõpetanu, eriala täpsustamata

VÄIDE 3: RESIDENTIDE VALIKUPROTSSESS ON LÄBIPAISTEV JA ÕIGLANE**JOONIS 5. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTIDE VALIKUPROTSSESS ON LÄBIPAISTEV JA ÕIGLANE“****Väite 3 hindamisel lisatud vabateksti täpsustused**

Minu erialal küll, teiste kohta raske kommenteerida.

sisemeditsiini eriala resident

Liiga suur tähtsus on lõpueksamite koondhindel – ei pruugi tähendada head anestesioloogi. Võiks jääda ka mingi osa suhtlusele ja vestlusele inimese üldomaduste osas.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Residentuuri sisseastumiskatsetel esineb subjektiivsust, võetakse arvesse isikuomadusi jm. Selline otsustusprotsess ei ole tingimata vale, kuid ei ole läbipaistev ega objektiivne.

Sisse pääsevad ikkagi komisjonile "tuttavad näod", samas toimub põhiõpe ainult Tartus ning eriala-huvilised jäävadki silma.

Vestlus sisseastumiskatsel on paratamatult subjektiivne, mistõttu on raske valikut päriselt läbipaistvaks nimetada. Samas said sisse eelkõige enam pingutanud.

kirurgilise eriala residendid

50% sisseastumiseksami tulemusest annab komisjoni hinnang suuliseleksamile. Selle objektiivsust ei oska mina kommenteerida.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Jällegi oleneb erialast. Endokrinoloogia erialal on läbipaistev. Aga esineb erialasid, kus olulist rolli mängivad sugulassidemed, eelnevad tutvused.

sisemeditsiini eriala resident

Minu erialal pigem oli, paljudel erialadel tean, et ei ole.

Võib-olla. Ilmselt paljuski ka on, aga olen kuulnud ka vastupidist ja väga veidraid juhtumeid, mis panevad kogu protsessi mõttekuse/objektiivsuse kahtluse alla. Muidugi olen seda meelt, et ka subjektiivsed ja isikuomadused loevad tegelikult ja eelnev kontakt/kokkupuude erialaga või erialaesindajatega vastuvõtukomisjonis. Võib-olla on see vältimatu. Lihtsalt oleneb niivõrd paljudest eri faktoritest.

kirurgilise eriala residendid

Enda erialal probleemi ei näe, teistel erialadel aga kuulu põhjal on protsess ebaõiglane.

Residentuuri sisseastumiseks on eksamil kirjalik ja suuline osa, mille tulemusi ei avaldata.

sisemeditsiini eriala residentid

Residentid, keda senini juhendanud olen, on motiveeritud ja väga heade laialdaste teoreetiliste teadmistega.

Valikuprotsess on õiglane residentuuri sisseastumisel. Kui selgub, et eriala ei sobi või õpe on vajaka-jäämistega, siis väljaarvamine on palju keerulisem.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Näib läbipaistev ja õiglane, kuid sisse- ja väljaastumiseksami ülesanded ei pruugi tegelikult olla.

Sisseastumiseksami tulemustes on üsna palju subjektiivsust.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Liigagi tobe sisseastumiseksam, kus kardioloogilt nõutakse ka käelist eksamit...

Läbipaistev on vaieldav :)

Sisseastumise eksam on üsna kummaline.

sisemeditsiini eriala residentid

Usun, et on. Kirjalik eksam, millele järgnes suuline osa andis kandidaadist kindlasti hea ülevaate.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Läbipaistev – jah . Õiglane – küsitav. Paljudel erialadel vaadatakse ainult hindeid. Seda, kes on sellest erialast rohkem huvitatud, kes on nt ülikooli ajal oma vabast ajast käinud vastava eriala valvetes jne, see ei huvita kedagi. Ühest küljest teeb see residentide valimise objektiivseks, mis on hea. Aga samas on kurb, kui inimene, kes on terve elu unistanud konkreetsest erialast, ei saa sinna sisse, aga sisse saab nt see inimene, kel parem hinne aga see eriala olnud ta teine valik ja võib-olla ta polegi sellest erialast väga huvitatud ja kavatseb seda vahetada aasta pärast.

kirurgilise eriala resident

Residentide valikuprotsess on kaldu residentikandidaatide eelnevate kontaktide poole residentuuri baasiga – erialased teoreetilised teadmised, mida eksamil hinnatakse jäävad tahaplaanile. Samuti on kaootiline residentide vastuvõtmine – mõnel aastal 2 mõnel aastal mitte ühtegi.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ei ole. Olen korduvalt kuulnud, kuidas on ette ära otsustatud, kes näiteks ainsa residentuurikoha saab. See on vastupidi ebaõiglane.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

/---/ On neid erialasid, kus valikuprotsess on õiglane ja arusaadav. Teisalt on ka erialasid, kus valiku-protsess on täiesti arusaamatu ning seda ka ei põhjendata.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Meie erialal küll.

Neuroloogiasse sisseastumisel arvan, et see vastab tõele. Ei oska kommenteerida teiste erialade valikut.

sisemeditsiini eriala residentid

Valituks osutusid need, kes said sisseastumiseksamil rohkem punkte. Mulle tundus objektiivne.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Tehakse kirjalik ja suuline kontroll, vajadusel hinnatakse lõpueksami hinnet või punktisummat.

Ei tea, mille järgi see toimub.

kirurgilise eriala residentid

Kuigi teiste vastamist ei näe, siis usun küll.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Osadel erialadel võiks rohkem arvestada inimese sobivust antud erialale isikuomaduste ja suhtlusoskuse poolest, mitte ainult oskust vastata sel hetkel esitatud küsimustele.

sisemeditsiini eriala resident

Sisseastumiseksam oli päris mõistlik, veidi oli mõttetut tähenärimist, kuid tundus siiski õiglane.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Eksam on komisjonile. Komisjon koosnen mitme erineva Eesti raviasutuse liidritest. Küsimused on valdavalt kordamisküsimuste järgi.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Eks ikka tuleb ka subjektiivseid omadusi hinnata sisseastumisel, et kas tulevikus on ikka potentsiaalne kolleeg.

On korduvalt välja öeldud residentuurikomisjoni liikmete poolt, et eelistatakse meessoost kandidaate, sest mehi on erialal vähe ja naised lähevad lapsehoolduspuhkusele. Õnneks aga kohti on piisavalt kõigile soovijatele ja ei tea, et oleks praktikas mõni naine välja jäetud.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

On erialasid, kus võib-olla pole kõige läbipaistvam. Nõ isad-pojad erialad.. Rohkem ei täpsustaks.

Residentuuri pääsemine põhineb sissepääsueksamil, lõpueksami hindel ja soodustavatest teguritest (PhD kraadi olemasolu või selle tegemine, meessugupool, vestlusel veenev olemine). Otsuse teeb komisjon, kes otseselt enda valikut soovijatele ei põhjendanud.

Selles osas etteheiteid ei ole.

sisemeditsiini eriala residendid

Mina ebaõiglase valikuga ei ole kokku puutunud. Usun, et mind ja minu võimeid on õiglaselt hinnatud. Eesti on niivõrd väike, et mõningane onupojapoliitika on vist paratamatu ka residentide valikul...

Minu erialal sellega minu teada probleeme ei ole esinenud, kuid olen kuulnud, et mingitel erialadel väljendatakse väga tugevalt seda, et eelistatakse meessoost residente.

Nõustun peremeditsiini residentuuris, ent kindlasti ei ole nii kõikidel erialadel.

Peremeditsiini erialal on residentuurikohti palju, jätkub kõigile soovijatele. Millegi varjamiseks põhjust ei ole, kui keegi jäetakse kõrvale, on sellel olemas ka põhjendus.

Peremeditsiini erialal tõesti on, kuuldavasti osadel erialadel maksab tutvus päris palju.

Peremeditsiinis oli, teistest erialadest olen ka muud kuulnud.

sisemeditsiini eriala residendid

Meie erialal küll on aga tekkinud küsitavusi mõne teise eriala koha kohta.

Pole kuulnud, et see oleks teisiti.

Residentuuri võetakse inimesi liiga kergekäeliselt, kuna psühhiaatrias on väike konkurss.

Sisseastumisel? Kahjuks on konkurss väike ja valida ei saagi.

Õiglane oleks siis, kui oleks adekvaatsed kordamisküsimused residentuuri eksamiks õppimisel, mitte ei peaks uurima eelnevate residentidelt, et mida suuremas plaanis küsitakse. Residentuuri eksami küsimused on /--- / võiks öelda isegi, et liiga spetsiifilised.

sisemeditsiini eriala residendid

Üksikute vastuvõetud residentide pädevus on olnud küsitav, et kas nad peaksid sel erialal olemas.

Sellest ei saa keegi aru mil viisil neid valitakse. Tehakse küll mingid suulised ja kirjalikud testid, kuid kuidas neid punkte jaotatakse ja mille alusel siis valik langetatakse, seda ju otseselt kuskil ei räägita. Kui vaja mõni lisa-koht mõnele "sobivale kandidaadile" moodustada, siis seda ka tehakse. Kui mõni inimene lihtsalt "külajuttude tõttu" ei meeldi, siis on tal tsükleid raske läbida ning tihti on juba enne lõpueksami sooritamist otsustatud, kes pääseb läbi ning kes mitte (olenemata, mida eksamil teed).

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Eksamil on suuline osa, mis alati jätab väikese võimaluse subjektiivsuseks, samas ei pea ma komisjoni ebaõiglaseks ega arva, et nad oleks seda võimalust kasutanud.

Komisjon on laiapõhjaline, enamik kandidaate on komisjonile võõrad.

Ma ei tea, mille järgi mind residentuuri valiti. Tean, kui palju sain punkte kirjalikus osas, aga suulise osa hinnang jäi mulle arusaamatuks. Selle kohta tagasisidet ei saanud. Tore, et mind valiti, aga mis ja kuidas täpsemalt – seda ma ei tea.

Raske öelda. Testis saavad kõik enam-vähem sarnase hulga punkte. Suulises osas väga ei kommenteerida mis õigesti-valesti läks. Motivatsioonikiri on nagu ta on. Samas ei olegi võimalik täiesti kriteeriume kivisse raiuda, selge on see, et ka inimese olemus/suhtumine peab töökeskkonda sobima.

Residentuuri sisseastumiseksamil on mitmeid alaosi, mis muudavad selle veidi õiglasemaks.

Sisseastumiseksami hindamissüsteem ise on hästi korraldatud, kuid punkt tulemusi ei avalikustata, ainult sisse saanud nimed.

Sisseastumisel hinnatakse üldmeditsiinilisi teadmisi, oskusi hinnata süstemaatiliselt uuringut. Ei eeldata juba süvitsi erialaseid teadmisi, vaid põhiteadmisi erialast ning oskust oma nähtut süstemaatiliselt kirjeldada.

Sisseastumisel on kirjalik test, suuline test ja motivatsioonikiri. Kirjaliku testi punktiskoor on ilmselt üheselt mõistetav. Mida suulises osas hinnatakse ja mille aluses lõplik paremusjärjestus moodustatakse, seda ei tea.

Võiks olla läbipaistvam.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Meil on piisavalt kohti. Kõik, kes on asjalikud ja hakkajad, mahuvad ära.

Kuna tegemist on uue residentuuri erialaga millisel Eestis töötamise perspektiiv on seni ebaselge, on residentuuri konkurss olnud väike. Vastu on võetud tõeliselt motiveeritud noored arstid (eelnevalt Soomes või Eestis töötanud, eriala vajalikkust selgelt tunnetavad).

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Formaalselt kindlasti, kuid vähemalt kuulduste järgi mugandatakse suulise eksami tulemusi endale meeldivama tulemuse saamiseks (mingitel erialadel).

Meil ei ole nii nõutud eriala, et peaks kedagi isiklike eelistuste põhjal valima.

Oleneb erialast, osadel erialadel lähtutakse üksnes sisseastumistesti tulemustest, teistel eelistatakse nt doktorantuuri läbinud inimesi, kohati mängivad rolli isiklikud sümptomid.

sisemeditsiini eriala residentid

Liiga paljudele valmistab eriala pettumust. Minnakse eeldusega, et tegemist on "terapeutilise" erialaga, kuid tegelikult ei kannatata "kirurgilise" erialaga kaasnevat pinget (ja vastutust). Peaks rohkem arvestama residentide isikuomadustega.

Sisseastumiseksam on mitmeosaline võimaldades näidata nii teoreetilisi teadmisi kui ka probleemi-lahendamise oskusi. Ei ole vaid kirjalik test, vaid ka suuline voor.

Puudub psühholoogiline test.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

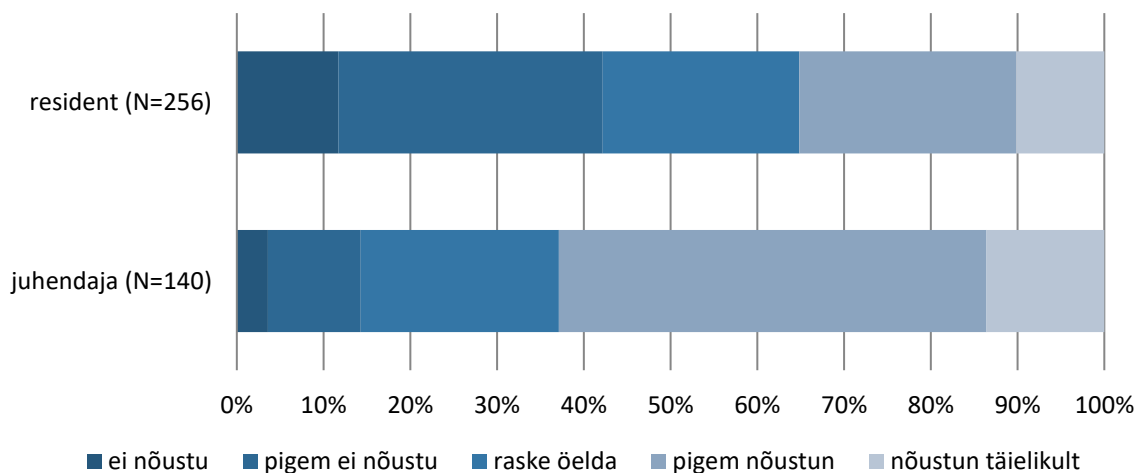
Ma ei oska paremat valikumeetodit välja pakkuda. Isikuomadusi peaks võib-olla rohkem arvestama.

Minu erialal on läbipaistev ja õiglane. Olen kuulnud, et teistel erialadel (neurokirurgia) see ei ole.

| | |
|--|--|
| <i>Residentuurieksami punktiskooridest teavitati.</i> | |
| <i>Suurema kaalu andis vestlus, mis põhineb subjektiivsel meeldivusel.</i> | |
| <i>Süngün sisseastumisel on kindlasti.</i> | kirurgilise eriala residendid |
| <i>Aluseks on eksam ja selle tulemused. Küll jääb vist suuresti arvestamata näiteks lisategevus antud erialaga seoses.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Olenevalt erialast. Enda eriala üle ei kurda, teistest olen kuulnud küll eelistamisi ja mitte-eelistamisi.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Sisseastumiseksami kirjalikus osas on vähe küsimusi uroloogiast, hinnanguliselt 10-15%, ülejäänud moodustab varia teistest kirurgilistest erialadest. Kirjalik eksam moodustab ainult 25% eksamilõpphindest. Eksami suulise osa osakaal on lõpphindest objektiivsuse seisukohalt liiga suur (hetkel 50%).</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Residentuuri sisseastumiseksam on tehtud võimalikult objektiivseks – test, punktisüsteem ja suulises osas vaid testi valesti vastatud vastuste arutamine, kuid minu meelest see ei anna ülevaadet käelistest oskustest, mis on kirurgias oluline. Samuti arvan, et vähemalt üks "suur" suuline küsimus parema ülevaate kandidaadi analüüsi-võimest.</i> | |
| <i>Sisseastumisel suuline osa liialt suure kaaluga, mis võimaldab anda väga subjektiivseid hinnanguid (nt plastikakirurgia sisseastumiseksam 2016?).</i> | kirurgilise eriala residendid |
| <i>Läbipaistvus sõltub erialast. Mõnede erialade puhul on tundub residentide valik olevat hästi põhjendatud ja arusaadav (nt. anestezioloogia). Teisalt on erialasid, kus residentide valikuprotsess on arusaamatu ning segane (nt. kitsamad kirurgilised erialad)</i> | resident, eriala täpsustamata |

VÄIDE 4: RESIDENTUURIS PÖÖRATAKSE PIISAVALT TÄHELEPANU TEISTE ARSTIDEGA MEESKONNAS TÖÖTAMISE OSKUSTE ARENDAMISELE

JOONIS 6. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURIS PÖÖRATAKSE PIISAVALT TÄHELEPANU TEISTE ARSTIDEGA MEESKONNAS TÖÖTAMISE OSKUSTE ARENDAMISELE“



VÄITE 4 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Sellele pööratakse väga vähe tähelepanu.

sisemeditsiini eriala resident

Meeskonnatöö harjutused-koolitused puuduvad. Anestesioloogia kui ülimalt meeskonnatööle orienteeritud eriala puhul võiks neid kindlasti olla.

Puudub vastavasisuline komponent koolitusest ja vahel nõ loomulike asjade ja jutuajamiste käigus tabad neid vihjeid elust enesest.

kirurgilise eriala residentid

Meeskonnatöö oskus on olnud minu arvates arstkonna seas üks puudulikemaid oskusi. Seda on näha juba põhiõppes ja ei tule ilmselt kellelegi üllatusena, et suur hulk arste on puudulike suhtlemisoskustega

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

See on vast asi, mille eest iga resident ise vastutab, et need oskused kujuneksid.

sisemeditsiini eriala resident

Välja ei paista.

Eraldi sellele ei keskenduta, kuid see kujunes residentuuri jooksul kuidagi loomulikult. Lisaks on eriala selline, kus üksinda nii või naa ei saa midagi tehtud.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Koostöö ja meeskonnatöö arendamine teiste arstide ja erialadega on praktiliselt olematu.

See on kindlasti puudujääk. Meeskonnatööd ei harjutata sihilikult ega ei õpetata.

Sõltuvalt juhendajast. Mõni saadab residentid minema kui olukord ei lähe plaanipäraselt.

Väga hierarhiline süsteem endiselt. Erak.mediitsiini residentina olen pidevalt sarnases ebamugavas situatsioonis, kus justkui hõljun kaasas teiste erialade arstidega, kuid minult ei oodata midagi ega minu arvamust ei soovitagi teada – ei ole just väga arendav. (Siinkohal oleneb muidugi väga osakonnast, kuhu sattunud ollakse).

kirurgilise eriala residentid

Eraldi ei õpetata koostööd teha, kuid tööprotsessis on iga resident sunnitud neid oskuseid ise omandama. See, kuidas koostöö tegemine sujub, sõltub pigem isikuomadustest.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

See on pigem iga resident enda teha. Osades tsüklites pannakse residentid eraldi või ka üksi tuppä töötama ja juhendajat on vaja käia taga otsimas, kui midagi vaja küsida.

Sõltub suuresti osakonnast.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Juhendajana tegelen sellega, residentuuriprogrammi kohta ei oska öelda.

Meeskonnatöö on igapäevase patsientide kureerimise juures väga oluline ja möödapääsmatu.

Residentuuri ajal tuleb end tõestada erinevates meeskondades, see on hea kool.

Siin on probleem osakondades endas, mitte residentides.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Meile on tehtud vastavateemaline teoreetiline seminar, kuid praktilises elus on seda raske ellu viia, kui vanemad kolleegid erilist meeskonnatööd ei praktiseeri.

sisemeditsiini eriala resident

Resident kipub mujal tsüklites olema tasuta lihtsa töö tegemise tööjõud, kellega ei pea alati arvestama.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Pigem õpid seda, kuidas koostööd ei taheta teha. Erandiks on muidu opisaalid, kus anestezioloogid ja kirurgid peavad koos töötama.

Eks ole juhendajaid kes oma eeskujuga näitavad, et meeskonnatöö on oluline ja iga liige kannab oma rolli aga konkreetset suunamist selles suunas pole.

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

"Smile and nod" – kui seda võib oskuseks nimetada.

Eks töö kõrvalt ikka õpib, aga mingit eraldi õpet küll selles osas ei ole.

Pigem on suhtumine teistesse arstidesse, eriti teiste tervishoiutasandite või tervishoiuasutuste arstidesse, lugupidamatu ning etappide vahelist koostööd ei rõhutata.

Põhibaasides ei ole küll erilist meeskonnavaimu, pigem suhtutakse residentide kui musta töö tegijasse, kes nagunii saab enda kaela paberitöö ja tasuta valved ning neid on hea konverentside ajal tööle sundida, kui vanemarstid ära on.

See on suuresti tegutsemise käigus ise õpitav oskus. Erilist tähelepanu residentuuri programmi raames sellele ei pöörata. Kollegiaalsed suhted ning meeskonnatöö jätab sageli kõvasti soovida. Pigem on näha eeskujut, mida mitte järgida.

Spetsiaalselt tähelepanu oskuste arendamisele ei pöörata.

sisemeditsiini eriala residentid

Spetsiaalselt ei ole sellele tähelepanu pööratud. Eks see tuleb inimese seest, kuidas ta üldiselt teiste inimestega (ja kaastöötajatega) suhtleb ja läbi oskab saada.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Keegi otseselt ei ole seni vähemalt minuga tegelenud. Ilmselt kui oleksin kuidagi halvasti käitunud või mittekollegiaalselt, siis oleks vast keegi öelnud mulle seda. Samas residentidena näen mõnikord mittekollegiaalset suhtumist arstide vahel, mis põhimõtteliselt on halb eeskujut noorele arstile.

kirurgilise eriala resident

Teisiti ei ole meie töö võimalik.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Pigem pööravad sellele tähelepanu residentid ise.

Võiks ju rohkem, aga samas see ongi vist osa arstikunstist, st peaks tulema vahetult juhendaja-juhendatava omavahelise koostöö tulemusena. Kui aga juhendajad ei ole parimad meeskonnamängijad, on ka raske seda kusagilt kaugemalt õppida.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Residentuuris pigem ei pöörata sellele eraldi tähelepanu. Residentidel tuleb praktika käigus ise õppida, kuidas kolleegidega suhelda ja nendega meeskonnas töötada (nt. jälgides kolleegide omavahelist suhtlust ning sellest järeldades, kuidas omavahel suhelda ei ole sobilik ning ka vastupidi).

Sõltub haiglast. TÜK-is pole üldse sellist asja. Kõik on "tähtsad inimesed", kelle juurde pöörduda üldiselt raske. Meeskonnatöö Kliinikumis [on] Eestis kõige nõrgem! Suurepärane meeskonnatöö PERH-is.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

See pigem ei sõltu residentuuri üldjuhendajast, vaid konkreetsetest arstidest ja nende hoiakutest.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanud

Eriarst peabki õpingute ajal palju suhtlema erinevate erialade arstidega. Muidu saab temast klappidega hobune, kes vaid oma rada künnab. Inimene on tervik ja teda sentimeetriteks ja juppideks jagada ei tohi.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Jällegi pean kiitma enda eriala, kus see probleem nii teravalt silma ei hakkagi, ent olen kollegiaalsuse puudust tunnetanud rohkelt suheldes muude eriala arstide või ka residentidega.

Keegi ei õpeta seda konkreetselt. Kohati on residentuuri baase vahetades keeruline aru saada uue osakonna korraldusest ja erinevustest.

Kollegiaalsuse puudumine on Eestis tuntud mure. Sageli saab enne väga kenast inimesest residentuuris üleolev "mõlakas". See loomulikult sõltub erialast, kuid mõnel erialal õpetatakse noori käituma teiste eriala arstide ja residentidega halvasti.

Sellele ei pöörata tähelepanu, aga mulle tundub, et see tuleb iseenesest töö käigus nagunii.

sisemeditsiini eriala residentid

Sõltub haiglast/osakonnast, aga üldiselt tuleb see töö käigus kuidagi loomulikult, eraldi rõhku sellele ei pöörata.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Kuigi aeg-ajalt mainitakse, et meeskonnatöö on oluline, siis ei taju, et sellele otseselt tähelepanu pööratakse.

Meeskonnatööd on vähe. Pigem oled kellegagi koos ja vaatad või oled üksi ja teed üksi tööd. Kui vajad abi, siis seda antakse. Operatsioonidel assisteerides on küll meeskonnatöö.

kirurgilise eriala residentid

Ei pöörata, võrreldes nt Soomega, on kollegiaalsusega Eestis selgelt probleeme, kui midagi küsida, siis Eestis võid saada vastuseks, et seda peaksid küll ise teadma, Soomes nt on suhtumine, et noor arst peabki küsima ja julgema seda teha

sisemeditsiini eriala resident

Absoluutselt mitte.. Ei ole kunagi näinud, et keegi oleks seda isegi maininud – kui, siis ainult mingi osakonnasisene klatš, et kes midagi on halvasti teinud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Sõltub residentuuri baasist ja konkreetsetest inimestest, kellega koos töötatakse (juhendavast arstist ja tema oskustest ja soovist koostööd teha).

hambaravi eriala resident

See oskus tuleb pigem töö käigus.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Absoluutselt mitte.

Arstide omavaheline läbisaamine on vahelduva eduga vähem või rohkem pingeline.

kirurgilise eriala residentid

Sõltub vägagi osakonnast, kollektiivist, kus töötada.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Minu eriala on pigem individuaalne ala, mis ei võimalda igapäevast meeskonnatööd. Residentid osalevad konsiiliumides kõrvaltvaataja, mitte otsustaja rollis.

Selles osas olukord paraneb, aga see on üldine tendents: meeskonnatöö, multidistsiplinaarsed arutelud ja nii edasi.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Sõltub juhendajast.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident

Ei – sellega eraldi ei tegeleta.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Resident soovib arendada koostööd, kuid eriarstidel on väga tihti kiire ning soovivad keskenduda oma tööle.

Tähelepanu pööratakse (lastehaiglates töötavad ka teiste erialade spetsialistid koos lastearstidega), oskusi ei arendata.

Tähelepanu sellele ei pöörata, see peab tulema iseenesest.

Vähemasti kliiniku siseselt saad alati teiste kolleegide arvamust küsida ja seda ka julgustatakse.

sisemeditsiini eriala residendid

Sõltub siiski enam residendi iseloomuomadustest.

Küll ei kehti see mitte-peremeditsiini erialadele, kus kollegiaalsusele ja teadmiste andmisele teiste erialade tööst ei ole üldse kohta.

On olnud täiesti meeskonda sobimatuid residente ja üliõpilasi (mind peremeditsiin ei huvita - olen siin, sest pean... mina hakkam kardiokirurgiks, ortopeediks, milleks mulle peremeditsiin ...).

Paraku peavad residendid võitlema erialaarstidele ka peremeditsiini eriala eluõigust selgitama

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Erinevatel erialadel on raske teineteisega meeskonnas töötada.

Ei ole kokku puutunud. Haiglas ei tunne meeskonnas töötamist arstide vahel eriti üldse, tundub, et kõik on omavahel konkurendid.

Hetkel on olukord selline, et nii põhiõppes kui ka residentuuris ei õpetata ei patsientidega ega ka kolleegidega suhtlemist. Oma kogemusest võin öelda, et perearstikeskustes pööratakse palju tähelepanu meeskonnatööle, samas haiglate osakondades ringi liikudes olen väga tihti sattunud kuulma arstide vahelistest konfliktidest, milles tihti jääb kaotajaks aga patsient.

Igal tasemel suhtlusõpet on palju. Seda õpetatakse nii teoreetiliste kursuste raames, kui ka praktikas. Igal järgneval kuul olen uues erialatsüklis ning kohanen uute kolleegidega. See annab hea võimaluse nii oma loomumomaduste, kui ka õpitu proovile panekuks.

Kuna perearstiresidendid vahetavad tsükleid pidevalt, siis jääb see pool kindlasti vajaka.

Peremeditsiini residentuuris küll, muude suhtes pole eriti kindel.

Pigem igaüks kirub järgmist kahjuks.

Pööratakse küll tähelepanu meeskonnatöö vajadusele, kuid vähemalt Kliinikumis paljud arstid pole huvitatud koostööst teistest osakondadest pärinevate residentidega vaid suunavad tagasi oma juhendaja poole.

Peremeditsiini residendina on mul mõnes mõttes privileeg osaleda 1,5 a jooksul igakuiselt uue osakonna/ keskuse töös. Tänu sellele stressirohkele "rändamisele" olen juba praeguseks näinud ca 15 erineva kollektiivi/ osakonna tööd. Seega olen näinud ka väga mitmeid meeskonna toimimise (ka mitte-toimimise) mudeleid. Kohati ei ole kollektiivid ise kuigi kollegiaalsed ja meeskonnatöö vaimus toimivad, rääkimata sellest, et osakonnas kuu aega viibivat residentit suudetaks sinna edukalt lisada. Samas on ka väga häid kogemusi, kus on mõnus ja hästi toimiv töökeskkond ja residente suudetakse hästi meeskonda vastu võtta, seda saab pigem öelda pikemate tsüklite kohta.

Sellele eraldi küll ei keskenduta ega tähelepanu ei pöörata.

Spetsiifilist meeskonnatöö õpet ei ole, mingil määral omandab infot, mis juhul koostöö vajalik ja milline see välja peaks nägema erialatsüklites.

Suhtlemistreeninguid, kogunemisi võid muid koostööd arendavaid väljundeid peale üksikute seminaride ja/või töögruppide väga pole.

sisemeditsiini eriala residendid

Igal pool erinevalt.

Eriti puudutab haiglas töötamist; üksikperearstikeskustes õpetada väga raske.

Oleneb väga väga väga palju osakonnast ja juhendajast.

Sõltub sellest, kuhu haiglasse/osakonda perearstipraksisesse praktiseerima sattuda. Koostöö arendamine on erinevates kollektiivides väga erinev.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Ei pöörata piisavalt, võiks olla palju rohkem. Sõltub väga sellest, kuidas on baasasutuses suhted "teiste" erialade arstidega.

Meeskonnatöö on standard.

Oleneb väga praktikabaasist ja juhendajast. Üldiselt siiski toimetab iga arst omaette.

Pigem on igaüks enda eest väljas, palju on n.ö seljataga rääkimist. Juhtivatel ametikohtadel on palju autoritaarset suhtumist, demokraatia on formaalne. Aga on (erandlikke) osakondi, kus on meeskonnatöö parem.

Psühhiaatrites kolleegidega rohkem, aga muust meditsiinist oleme väga eraldatud.

Pööratakse küll tähelepanu teiste spetsialistidega koostöötamisele (kuid sedagi võiks olla rohkem), kuid koostööle teiste erialade arstidega küll otsest tähelepanu ei pöörata – seda tuleb kõigil omal käel õppida.

sisemeditsiini eriala residentid

Et residentide juhendamine on võrdlemisi töömahukas ja raske ülesanne, eriti juhul, kui residentide teadmised pulmonoloogiast või soov neid teadmisi omandada on madalad, siis tihtipeale ei ole aega sellele tähelepanu pöörata. Seda aega ei leiaks tõenäoliselt ka juhendajatele suunatud vastavate koolituste läbiviimise järgselt. Ehk oleks abiks, kui koostöövõimet arendav koolitus oleks residentide üldiste koolituste nimekirjas?

Ilmselt sõltub residentuuri õppebaasist, Regionaalhaiglas on see hästi korraldatud.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Peaaegu seda meie erialal ülioluliseks ja ise juhendajana pööran tähelepanu. Kuidas mujal asi täpselt toimib, ei tea. Võrdluses Eesti vs. Soome on meil kõvasti arenguruumi.

Vähemalt meie osakonnas, teiste kohta ei oska öelda.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Eieieieieieie. Ikka kirurgidele ja EMOloogidele vastutöötamine on oluline.

Jällegi oleneb see väga palju residentuurbaasist, samas enamustes kohtades, kus olen tsüklis olnud on kontakt teiste erialadega olemas ning toimub ka ühiseid arutelusid.

Pigem see on ikka iga residentide enda teha.

Saame kogemust konsiiliumitel. Samas ise konsiiliumite läbiviimist või osakondades tihedamat suhtlust või vastutust residentidel ei ole.

Suhtlemise, meeskonnatöö ja juhtimisalased õppevormid ja programmid puuduvad kõigis erialades. Puudub suunatud meeskonnatöö alane koolitustegevus.

Täiesti kindlasti mitte! See on hoopis aastatepikkune õpetus erialadevahelise vimmakiskumise osas. Ükski osakond ei taha sammukest vastu astuda ja vanu jamasid ära unustada. Kaheti mõistetavatest asjadest nopitakse välja halvem osa ja klatši on liiga palju. Koostöö ja sõbralik suhtlemine pole jutukski tulnud.

Valvetöö ja konsiiliumite kaudu näeb, et see osa on vajalik ja töötab hästi.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Eks juhendajaga saab kaasas käidud kliinilistel konverentsidel jms.. Midagi spetsiaalselt muud aga ka selleks ei tehta.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Enamasti on residentuur siiski rohkem juhendaja-juhendatav suund kui tiimitöö. Vastutuse eripärast lähtuvalt eelkõige. Juhendaja vastutab, seega tema otsused loevad.

Lisaks arstlikule meeskonnatööle jääb nii õppes kui praktilise eeskujuna tagasihoidlikuks õpetus koostööst teiste tihedalt seotud erialadega (õendus, füsioteraapia, sotsiaaltöö).

Minu hinnang põhineb minu töökohas saadud kogemusel. Ei oska hinnata kõiki residentuuri baashaiglaid.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Ei ole siiani aru saanud, et sellele eraldi rõhku pandaks. Residentidel on ju juhendajad, kes kaasavad nad oma igapäevasesse töösse ja vastavalt juhendaja/osakonna/haigla töökultuurile kas kaasatakse teisi erialasid ja saadakse nendega hästi läbi või mitte.

Ma leian, et see on väga oluline, aga olen natuke kahtleval seisukohal, kas keegi sellele tahtlikult tähelepanu pöörab.

Mul on tunne, et see on ikka inimeses endas kinni. Mulle pole keegi õpetanud, kuidas kolleegidega suhelda ning mul ei ole ka kunagi probleeme olnud. Võib-olla mõni probleemsem resident vajab veidi suunamist selles valdkonnas? Mingeid meeskonnatöö koolitusi küll tehtud ei ole.

Oleneb konkreetsest tsüklist.

Oleneb konkreetsetest kolleegidest, pigem loevad isiklikud suhted, kellega paremini meeskonnas töötatakse.

Suurem osa meeskonnatööst kuulub kolleegidega suhtlemisele, konsulteerimisele. Kokkupuuted on olnud alati positiivsed ja konstruktiivsed.

Sõltub baasist.

sisemeditsiini eriala residentid

Päris palju oli TÜK Sisekliinikus üleolevat suhtumist vanemate kolleegide poolt. Mujal probleeme ei kohanud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Residentid on nii intelligentsed, omandavad need oskused ilma tähelepanu pööramata.

Sünnitusabi on väga meeskonnatöö põhine, teisiti pole mõeldavgi. Meeskonnatöö peab olema mitte ainult naistearstidega, vaid ka ämmaemandate ja lastearstidega. Meie residentidele, nagu ka arstidele, on kohustuslikud kriitiliste situatsioonide lahendamise simulatsioonkoolitused.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Absoluutselt mitte!!!

Baasasutuses korraldatakse simulatsioon-õppusi, mille üheks peaeesmärgiks on meeskonna töö koolitamine. Konsulteerimine, abi ja nõu küsimine on julgustatud.

Ei ole kordagi kuulnud, et sellest eraldi räägitakse.

Eraldi sellele suurt rõhku ei panda, meeskonnatöö koolitusi väga vähe, kui üldse.

Kahjuks mitte.

Kui on kiire, on resident ikka viimane. Kui nn arstid arutavad palgaküsimusi, siis mõnikord oodatakse, et residentid ruumist lahkuksid. Kõik oleneb sellest, kes on konkreetsetes tsükli sinu juhendaja. Kui tema peab meeskonnatööd oluliseks, siis on ta sellega eeskujus ja vb oskab selles osas ka midagi juhendada.

Olen rahul oma baasiga, kus resident suhtutakse kui kolleegi (LTKH).

Sellele ei keskenduta.

Toimuvad mitmesugused praktilised sisekoolitused, kuid need rõhuvad pigem arsti ja õe vahelisele koostööle.

Tuleb ette siis, kui juhendaja on väga hea meeskonnainimene. Eraldi keegi seda ei õpeta, liialt tähelepanu ei pöörata. Residentid ise on aktiivsemad meeskonnatöös, kuna on äsja tulnud põhiõppest – omavad sõpru praktiliselt kõikidel erialadel ja neile helistamine ja konsulteerimine on lihtne. Tundub loogiline.

kirurgilise eriala residentid

Meeskonnatöö ei ole eraldi temaatika – see on midagi, mis peaks ilmselt omandatama töö käigus. Sellisele konkreetsele oskusele eriti tähelepanu ei pöörata. Meil on väga vähe ka meeskonnatöö koolitusi.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Antud keskuses küll, ei oska teiste keskuste kohta rääkida

Eraldi sellist rõhuasetust pole märganud.

Jäänud pigem mulje, et resident on osakonnas nii lühikest aega, pole mõtet teda kaasata.

Kui rääkida residentuuri erinevatest tsüklitest, siis see sõltub erialast ja konkreetsest juhendajast.

sisemeditsiini eriala residentid

Ei ole kogunud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Kollegiaalsusest jääb puudu, igaüks teeb asju oma erialast lähtuvalt. Kuna oman varasemat kogemust arstidevahelisest kollegiaalsusest ja sama kogemus ka välisriigis tööl olles, siis torkab see silma.

See aspekt on minu meelest siiski üsna lapsekingades. Pigem soositakse individuaalset arengut, ja selle najal võib suhtlemisoskus jääda tagaplaanile.

sisemeditsiini eriala residentid

Arvan, et see jääb pigem residentide enda teha.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Meeskonnatööd eraldi kuidagi ei hinnata ja ei arutata, pigem õpime töö käigus tekkivates situatsioonides.

Mõiste nagu onboarding on meil võõras.

kirurgilise eriala residentid

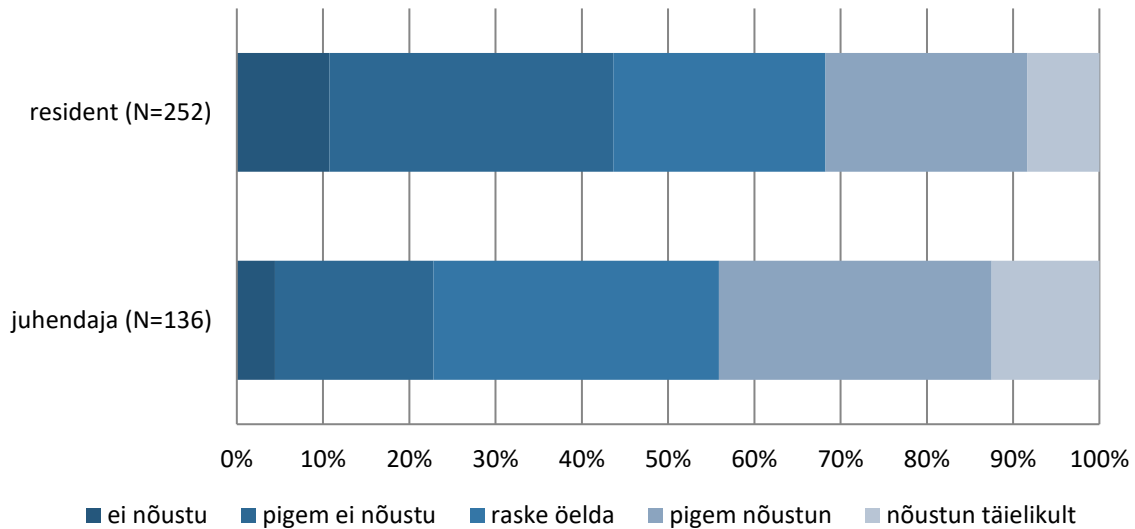
Eraldi sellele ei keskenduta, kuid see kujunes residentuuri jooksul kuidagi loomulikult. Lisaks on eriala selline, kus üksinda nii või naa ei saa midagi tehtud.

Minu erialal, minu kogemuse põhjal, vanemate kolleegide poolt pigem taunitakse interdistsiplinaarset koostööd.

residentide juhendaja, eriala täpsustamata

VÄIDE 5: RESIDENTUURIS PÖÖRATAKSE PIISAVALT TÄHELEPANU TEISTE KUTSELADE ESINDAJATEGA (ÕED, ÄMMAEMANDAD, TEHNIKUD, PSÜHHOLOGID) MEESKONNAS TÖÖTAMISE OSKUSTELE

JOONIS 7. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURIS PÖÖRATAKSE PIISAVALT TÄHELEPANU TEISTE KUTSELADE ESINDAJATEGA (ÕED, ÄMMAEMANDAD, TEHNIKUD, PSÜHHOLOGID) MEESKONNAS TÖÖTAMISE OSKUSTELE“



VÄITE 5 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Meeskonnatööd teiste erialadega võiks rohkem olla. Seda võiksid nii arstid kui õed õppida rohkem.

sisemeditsiini eriala resident

Anestesioloogia on paratamatult selline eriala.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Tähelepanu pööratakse heale tiimitööle, aga otseselt seda ei õpetata/ ei arendata neid oskusi eraldi.

kirurgilise eriala resident

Õpe on igapäevane, kuid samas meeskonna efektiivse töötamise alaseid loenguid ei mäleta. Praktikad saab iga päev, kuid teooriat kaootiliselt kohvitassi taga teiste isiklike kogemusi kuulates.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Eraldi ei keskenduta, kuid ka see tuli töö käigus loomulikult. Lisaks taandub siin ilmselt palju ka oma loomusele ja kodusele kasvatusel tagasi.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Jälle – oleneb osakonnast ja kollektiivist.

Jällegi, pigem ei õpetata vaid pead ise õppima.

Pigem pööratakse sellele tähelepanu minimaalselt, kuid eks palju on kinni ka inimeses endas ja tema suhtlemisstiilis.

Sõltuvalt osakonnast on õdedel ja muudel abilistel erinevad ülesanded ja ühist reeglistikku õpetada ei saa.

kirurgilise eriala residendid

Sellele pööratakse kõige rohkem erakorralise meditsiini osakondades ja kiirabis, lisaks ka intensiivravi-osakondades, kuna kriitilises situatsioonis on meeskonnatöö väga tähtis. Paljudes muudes osakondades on õdede ja arstide (ka arst-residentide) suhtlemine minimaalne rääkimata hoolduspersonalist.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Sõltub juhendajast. Enamus mu juhendajatest pole ise meeskonna tööd õdedega kuigi hästi vullanud.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Ei ole märganud.

Sama nagu eelmine, arvan, et sõltub juhendajast.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Omalt poolt suunan residente suhtlema õdede jt. Kellega on vaja, õpetan, millist infot on võimalik sellise koostöö raames saada ja kuidas sellise personali abi patsiendiga toimetamisel kasutada

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Seda kindlasti ei õpetada, pigem aitab see, kui ülikooli ajal ise oled põetaja või õena töötanud.

Mulle tundub pigem, et see on iga residentide enda seesmisest initsiatiivist tulenev asi. Ja juhendajad näitavad ka kohati väga head ja kohati täiesti ebakohast käitumist.

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Põhiõppe ajal peaks olema tudengitel õe-ämmaemanda praktikatsükkel.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Oskused ning nende täiendamine on igaühe enda isikuomadustest ning soovist lähtuv. Juhendajalt sellel alal reeglina näpunäiteid ei saa.

See on iga residentide enda asi kuidas ta muu personaliga suhtleb. Palu sõltub ka juhendajast – eks noor võtab ikka käitumismustrit veidi oma juhendajalt üle.

See toimub pigem töö käigus, keegi neid oskusi küll ei arenda.

Vastavalt konkreetse tsükli vajadustele.

sisemeditsiini eriala residentid

Jällegi – spetsiaalselt ei ole keegi tähelepanu juhtinud sellele, KUIDAS teiste kutsealade töötajatega suhelda ja koos töötada. Suures osas on see tulnud "learning by doing" meetodil. Paljuski on kinni ka isikuomadustes ja empaatias.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid või residentuuri lõpetanud

See pigem ei sõltu residentuuri üldjuhendajast, vaid konkreetsetest arstidest ja nende hoiakutest.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Töö õdedega on ehk kõige tihedam. Muu kontingendiga sõltuvalt nende olemasolust haiglas.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Meeskonnatöö vajab kindlasti arendamist ja paljudes osakondades suhtumine muutmist.

Oleneb juhendaja stiilist.

Ühes osakonnas neljast neuroloogiast tundsin seda.

sisemeditsiini eriala residentid

Seda peab praegu ise õppima, juhendajad on eeskujuks (nii heas kui halvas).

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Kuigi vahel märgitakse, et tegemist on olulise aspektiga, siis eraldi küsitlust ja tähelepanu see teema osaks ei saa.

Seda pigem õpetatakse eeskuju näidates.

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Kindlasti liiga vähe tähelepanu, suhtumine õdedesse ja tehnikutesse erineb osakonniti, nt radioloogias väga hea, mõnes teises suhtutakse üleolevalt õdedesse.

sisemeditsiini eriala resident

Meie keskus töötab meeskonnana.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Kindlasti mitte.. pigem käisid endal peast läbi pidevat mõtet, et mida mitte teha ja kelleks ei tohiks kunagi muutuda.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Minu põhilises residentuuribaasis on edu alus.

hambaravi eriala resident

See oleneb väga ikkagi juhendajast ja tema väärtushinnangutest.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Pole eesmärk omaette, kuid igapäevases töös ilma ei saa ja käib loomulikult asja juurde.

kirurgilise eriala resident

Sõltub vägagi osakonnast, kollektiivist, kus töötada.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Spetsiaalset tähelepanu ei pöörata, sest eeldatakse, et kogemus tekib töö käigus.

Sihipäraselt sellega keegi patoloogia residentuuris ei tegele.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Eks ikka tuleb laborantidega arutada, kuidas midagi teha.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident

Sõltub juhendajast enamasti, kui palju muudele tahkudele töös tähelepanu osutatakse.

Sellega eraldi ei tegeleta.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ei saa küsimusest täpselt aru - kes peaks tähelepanu pöörama ja kuidas see peaks välja nägema? Kas teoreetilised meeskonnatöö koolitused? Väga ei usu, et neist abi oleks. Üldiselt on arstid intelligentsed inimesed ning intelligentsuse juurde kuulub sageli ka oskus teiste inimestega peenetundeliselt suhelda. Ja üks elu ise ka õpetab.

Tähelepanu pööratakse, oskusi ei arendata.

sisemeditsiini eriala residentid

On olnud täiesti meeskonda sobimatuid residente (mina olen arst, sina õde ära tule mind õpetama ...)

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ei ole nende esindajatega otseselt veel töötama õpetatud, võib olla tuleb veel ette hiljem.

keegi pole sellele otseselt tähelepanu pööranud, kuid perearsti praksises on arstide-õdede suhted väga head ja tiimitöö toimiv.

Oleneb väga osakonnast ja eriala spetsiifikast. Otseselt keegi tähelepanu ei pööra, aga osakonna tööst osa võttes näed ise, milliseid ülesandeid ja kellele jagatakse, kuidas vastastikune koostöö toimib.

Perearstikeskustes jah pööratakse, haiglas on kahjuks aga arstid kõige tähtsama.

Peremeditsiini residentuuris küll, muude suhtes pole eriti kindel.

Sarnane vastus eelnevaga. Haiglate osakondades olen tihti pealt näinud arstide ja õdede vahelisi konflikte, kus arstid sarjavad õdesid ning tundub, et keegi ei oska selliseid olukordi lahendada. See on see, mille põhjal aga noor arst käitumist aga õpib.

Teiste erialaspetsialistidega koostööle pööratakse vähem tähelepanu.

Spetsiifilist meeskonnatöö õpet ei ole.

sisemeditsiini eriala residendid

Jällegi oleneb osakonnast, erialast ja juhendajast. On ka väga häid eeskujusid.

Residentuuri käigus ning eriti õppe lõpuks olen aru saanud, et hea õde, ämmaemand jm kutsealade esindajad on kulda väärt. Järelikult on tähelepanu olnud piisavalt.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Läbi reaalse koostöö projektides, nt "Kainem ja tervem Eesti"

Oleneb väga praktikabaasist ja juhendajast. Eraldi sellele tähelepanu ei pöörata. Kui resident ei ole väga koostöövõimeline, siis enamus juhendajaid ei tegele selle suuna arendamisega.

Oleneb väga õppebaasist ja residentide enda suhtlemisest. Soovi korral on võimalik teha väga tihedat meeskonnatööd.

Psühholoogidega küll, aga sõltuvalt osakonnast ja asutusest, mõnes kohas on see nii öelda teoreetiline soovitus, kuid võimalusi selleks realselt on vähe.

sisemeditsiini eriala residendid

Nad on osa meeskonnast, pole kindel, kas eraldi tähelepanu pööramist on piisavalt, sõltub osakonnast.

Eeldatakse tihtipeale, et resident oskab seda ise.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Jälle väga oluline teema, kuna kogu meie töö on tehnikatest sõltuv. Koostöö on tihe. Kas sellele eraldi tähelepanu pööratakse, ei oska öelda.

Vähemalt meie osakonnas, teiste kohta ei oska öelda.

Üldse mitte!

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Erinevates raviasutustes on väga erinev praktika. Hetkel õpib iga arst-resident oma baasi käekirja ning üldist koolitust ei ole. Puudus on süsteemsest meeskonnatöö lähenemisest ning see peaks kuuluma iga eriala juurde.

Kahjuks mitte. Jälle sama teema, mis eelmise juures. Kahjuks on õed sageli ka väga klatšimaiad. Meeskonnatöö pole au sees.

Oleneb asutusest. TÜK – ei. PERH, ITK, LTKH – pigem jah

Pigem on see iseseisev äratundmine selle kohta, mis on õige ja mis on vale.

Pigem see on ikka iga residentide enda teha.

Piisavalt minu jaoks, ei tunne, et seda oleks vaja eraldi õpetada.

Residentuuri alguses tutvume radioloogiatehnikute tööga.

Sõltub arstist (inimesest) ja tema isikuomadustest.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Ega eriti vist mitte, jälle vaid nii palju, kui näed oma juhendajat ees käitumas.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Normaalne inimene saab teise tsükli lõpuks ise aru, et hooldajate-õdede ja kõigi teiste tugipersonali liikmetega on vaja kollegiaalselt läbi saada.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Keegi seda eraldi ei õpeta. Kõik tuleb töö käigus.

Oleneb konkreetsest tsüklist.

Peaaegu kõigist haigla töötajatest, aga vastavateemalist seminari või vestlust vanema kolleegiga sel teemal küll olnud ei ole. Jällegi paistab, et iga resident suhtleb vastavalt oma oskuste tasemele.

Sõltub baasist, juhendajast (kui juhendaja ise füsioterapeudi rollist aru ei saa, ei oska ta selles osas ka juhendada).

Taas – ei saa aru, et ekstra sellele tähelepanu pöörataks. Mõnes osakonnas arstid-õed-hooldajad on kõik sõbrad omavahel, teises on range hierarhia ja minu arvates arstide poolt üleolev suhtumine.

Taas ääretult oluline! Eks vahel juhendajad natuke annavad nõu, aga enamus asju olen ikka omal käel õppinud ja omal nahal tunnetanud.

Õdedega on koostöö tihe, füsioterapeute, tehnikuid, psühholooge, sotsiaaltöötajaid läheb harvem tarvis, aga siiski on meeskonnatöö tihe ja suhted meeldivad olnud siiani.

Õendustegevusi ning põetustegevusi võiks arstiõppes pisut rohkem käsitleda ja õpetada, samuti kohtab väga palju üleolevat suhtumist arstide poolt – justkui õde polekski üldse erialaspetsialist. Sageli sunnitakse õde teatud osakondades tegelema jabura paberitööga, mida saaks arst ise arvutis teha. Toon näite ühest osakonnast: arst tellib analüüsid paberile linnukesi tehes, õde vaatab siis linnukesed üle ning tellib vastavad analüüsid arvutist, seejärel vaatab õde arvutist analüüsivastuseid ning kirjutab need paberile, kust siis arst neid vastuseid lõpuks vaadata saab. Mõttetu ajakulu nii arstile kui õele, kuid arstide suhtumine on kohati selline, et "õde peabki selliseid mitteerialaseid asju tegema". Tegelikult oleks oluliselt kiirem arstil analüüsid ise arvutist tellida ning neid ka ise arvutist vaadata (paberil tellimine võtab arstil täpselt sama kaua aega kui arvutist tellimine, kuid loob info-ahelasse veel mitu mõttetut vaheetappi).

sisemeditsiini eriala residentid

Niipalju, kui ise suhtled, nii on. Eks elu ise õpetab. Mingit spetsiaalset õpet/koolitust selles osas ei ole.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Residentid on nii intelligentsed, omandavad need oskused ilma tähelepanu pööramata.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ei tegeleta sellega meie erialal.

Meeskonnatööd kui sellist ei ole veel näinud õpetatavat. Meeskonnatööd saab küll harjutada töö ja praktilistel koolitustel, aga nende sisu on enamasti professionaalne (nt elustamiskoolitus). Vaja oleks ka teoreetilisi teadmisi meeskonnatööst, keerulise kolleegiga suhtlemisest, konfliktide lahendamisest.

Residentuuri käigus õpid, millised täpsemalt on teiste kutsealade esindajate tööülesanded, kuid meeskonnatööd eraldi ei arendata (v.a. üksikute kitsast teemat käsitlevate koolituste raames)

Simulatsiooniõppused meeskonnatöö koolitamiseks on olemas. Sünnitusabi andmisel toimub tihe koostöö ämmaemandatega.

Tartu naistekliinikus nt günekoloogia osakonnas hinnatakse väga kõrgelt õdesid, sünnitusosakonnas jällegi on juhi poolt arstide ja ämmaemandate vahele väga suured käärid tehtud ja ämmaemandad tunnevad ennast oluliselt vähemolulise osana meeskonnast, see on vale! Noored üritavad asja parandada.

Tartu Ülikooli kliinikumi günekoloogiaosakond töötab meeskonnana. Sünnitusosakonnas on õdede-ämmaemandatega koostöö juhtide tasemel halb, residentid püüavad olla igati paremad kolleegid, aga ümbruskond ei toeta seda. Vanaaegne hierarhia.

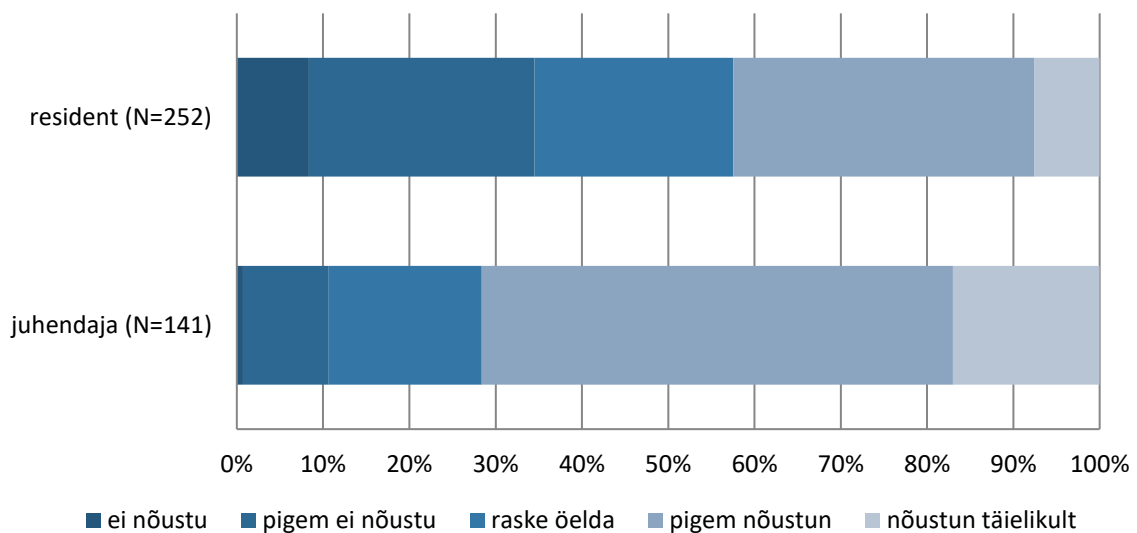
kirurgilise eriala residentid

Meeskonnakoolitusi on väga harva.

| | |
|--|---|
| <i>Taaskord: sellele oskusele ei pöörata otseselt tähelepanu – see tuleb omandada töö käigus.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud |
| <i>Keegi ei õpeta seda.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Oman varasemat kogemust meeskonnas töötamisest, residentuuris ei pöörata piisavalt tähelepanu meeskonnas töötamisele.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>See ka pigem residentide ja tema juhendaja teha, mõni resident ei oska üldse õdede ja hooldajatega suhelda</i> <i>Suhtlemine on koduse kasvatuses küsimus.</i> | residentide juhendajad kirurgilisel erialal |
| <i>Eraldi seda teemat ei käsitleta, erinevates osakondades on ka ülesannete jaotus erinev, õppimine toimub töö käigus, süstemaatiliselt seda ei käsitleta.</i> | kirurgilise eriala resident |

VÄIDE 6: RESIDENTUURI VÄTEL KUJUNDATAKSE SÜSTEEMSELT RESIDENTIDE OSKUSEID-HARJUMUSI, MIS TOETAVAD NENDE JÄRJEPIDEVAT KUTSEALAST ENESEARENDAAMIST RESIDENTUURI LÕPETAMISE JÄREL

JOONIS 8. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURI VÄTEL KUJUNDATAKSE SÜSTEEMSELT RESIDENTIDE OSKUSEID-HARJUMUSI, MIS TOETAVAD NENDE JÄRJEPIDEVAT KUTSEALAST ENESEARENDAAMIST RESIDENTUURI LÕPETAMISE JÄREL“



VÄITE 6 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Süsteemsusest on minu arvates asi kaugel. Tsükleid läbid nii, kuidas ise kujundad või sulle kujundatakse.

sisemeditsiini eriala resident

On ainult soovituslik pädevusnõue.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Harjumuste (nagu kirjanduse lugemine journal clubi vm kaudu) kujundamist ei toimu.

Kuna igal juhendajal omad harjumused, siis süsteemsusest on raske rääkida, kuid aga erinevate juhendajate käekirja võrdlemine ja analüüs soodustab enesearendamist ja oma käekirja tekkimist.

Süsteemselt küll mitte.

kirurgilise eriala residendid

Pigem küll. Rohketeks seminarideks ettevalmistamine (nii ettekandja kui kuulajana) võiks tekitada harjumuse kirjandusel silma peal hoida ka peale lõpetamist.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Kui soovisin omal finantseerimisel külastada välismaal toimuva tuntud, minu residentuuris kohustuslikuna mainitud konverentsi (neljapäevast-pühapäevani), juhendaja ei lubanud, kuna tal oli vaja, et keegi teeks tööd osakonnas; see oli ka ametlik vastus.

/---/ kui paluda residentuuri üldjuhendajalt päevi konverentsil osalemiseks (mis on täielikult enda poolt finantseeritud) on vastus ei. Keegi peab osakonnas töö ära tegema ja selle jaoks on mõeldud resident. Olen pidanud ära jätma selle põhjenduse tõttu residentuuri jooksul 2 koolitust. Kusjuures ühe välismaa koolituse puhul sain stipendiumi, kuid pidin sellest loobuma /---/.

sisemeditsiini eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Siin vist taandub kõik isiklikule motivatsioonile tagasi. Reaalsus on paraku see, et erakorralises meditsiinis töötavatel inimestel on ka pärast residentuuri paraku ülemääraselt suur töökoormus, mistõttu enesetäiendamine, kui see üldse toimub, toimub suuresti uneaja arvelt. Töö juures midagi juurde lugeda sageli ei õnnestu. Residentuuri ajal samas teoreetiliste teadmiste täiendamist soositakse (sõltub suuresti samas konkreetsest residentuuritsüklist).

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ei. Pole üht (põhi-)juhendajat, kes edasiminekut jälgiks, kellega saaks asju arutada (s.h. kasvõi teatud murekohtadest rääkida ja neile lahendust leida) - mul on küll tunne, et olen residentuuri mõttes täiesti omapead. Lihtsalt täidan etteantud nõudeid, kuid eeldaks inimlikumat lähenemist (milleks ilmselt pole ressursse või lihtsalt HR oskusi).

Kahjuks ei ole nii. Need kellel huvi on, need täiendavad ennast. Kellel ei ole need ei täienda ja sellel pole ka tagajärgi. Nimetatud oskused-harjumused on jäetud ikkagi täielikult residentide enda mureks.

Residente käsitletakse kui tasuta tööjõudu, kelle tegevust ja haigete käsitlust praktiliselt ei kontrollita.

Sagedased seminarid, arutelud jne toetavad õigete enesearendamisvõtete tekkimist. Et tekiks ka oskus seada kahtluse alla põhjenduse "nii tavaliselt tehakse".

kirurgilise eriala residendid

Oleneb inimesest endast

Residentuuri ajal korraldatakse regulaarselt koolitusi ja rõhutatakse kaasaegsete allikate kasutamist, püütakse kaasata teadustöösse. Kuna riigis puudub arstide elukestvat õpet toetav süsteem, siis see, mis pärast residentuuri lõpetamist toimub sõltub isikuomadustest, otsustest, tööandjast.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud

Pigem on see jälle residendi enda teha, sest pidevalt residentuuribaase vahetades järgmiste tsüklite juhendajad ei ole kursis eelnevalt õpituga jne.

sisemeditsiini eriala resident

Ei ole märganud.

Meie keskuses küll.

Toimuvad seminarid, olen seni kohanud vaid selliseid residente, kes peavad iseseisvat enesetäendamist loomulikuks osaks oma arengus

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Pigem on õpe hektiline, sõltub suuresti juhendaja igapäevasest praktikast ja oskustest.

sisemeditsiini eriala resident

Väga oleneb juhendajast. Kindlasti ei ole kõik juhendajad ühesuguseid ning ei õpeta sama süstemaatilisel.

kirurgilise eriala resident

Ei ole mingit süsteemi. Residentid peavad ise oma koolitusrahasid leidma kas oma taskust või leidma sponsori, et koolitustel käia.

Enamasti jääb enesearendamine enda hooleks.

Iga juhendaja on oma nägu ja nõuab omi asju. Arvan, et residentuuri jooksul hakkab külge enda jaoks kõige sobivaim stiil.

Korraldatakse regulaarselt koolitusi ja seminare, mis tekitavad harjumuse järjepideva õppevajadusest.

Valdavalt on enesearendamine iseseisev töövälisel ajal. Tuleb ka ette, kui koolitustele ei lubata ettekäändel, et residendil on aega õppida kogu elu, praegu on vaja kedagi osakonda valvama.

Tegelikult küll, teoreetilise õppe täielik puudumine sunnib ise õppima.

sisemeditsiini eriala residentid

Alati saab paremini.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Oleneb juhendajast.

sisemeditsiini eriala resident

Mingit süsteemi pole minu arvates.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Siiralt loodan seda.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Arvan, et väga palju on iseõppimist ja iseseisvalt töötamist, millel puudub eriline kontroll.

Pidevat õppeprotsessi võiks veel stimuleerida regulaarsete seminaridega ja õpetada põhjalikku neuroloogilise haige uurimist, mida välismaa residentidega võrreldes oskame palju vähem!

Süsteemset õpet ei toimu. Ise vaatad, kuidas saad lõpuks kokku õige arvu kuid kogemust. See mis kvaliteediga, on suvaline.

sisemeditsiini eriala residentid

Eks resident peab ikka ise kujundama.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Resident peab ikka ise võitlema, et saada midagi (patsiente, operatsioonidele, koolitustele). Süsteemset kujundamist ei toimu. Nii nagu on juhendaja, siis tema käitumismaneere võetakse üle.

Käiakse palju konverentsidel ja tehakse palju ettekandeid, mis jätkub pärast residentuuri.

Võimaldatakse päris palju osaleda koolitustel.

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Eks selle poole püüdleme.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Oli pandud eesmärk ASCO kursusi läbida, kuigi seda ei ole õppekavas, kaks korda aastat residentide seminarid, eri haiglates toimuvad eri tihedusega seminarid, ja info ei jõua kõigi residentideni.

sisemeditsiini eriala resident

Süsteemi küll jällegi ei olnud, mainiti et tulevikus peab ka ennast pidevalt täiendama, aga meile seda ei õpetatud või täpsemalt ei selgitatud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Enesearendamise osas on tase ebaühtlane ning paljuski oleneb juhendajast. Olen tundnud puudust nn kohustusliku kirjanduse nimekirjast, mis võiks olla teada enne igat tsükli.

kirurgilise eriala resident

Sõltub vägagi osakonnast, kollektiivist, kus töötada.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Süsteemset lähenemist ei ole. Resident osaleb protsessis ja töötab n.ö. arstina. See on olnud ka residentide enda soov, nad on selle eest kogu aeg ise võidelnud, et neid võrdsustataks palgatöölise ja pärisarstiga. Kunagi kui residentuur loodi, siis oli ta õppevorm. Nüüdseks on saanud residentuurist teatud töötamise vorm. Seetõttu on tähistab residentuuri algus lapsepõlve lõppu ja see on mõnele valulik. Residentuuri lõpetamine ja tööle asumine on seevastu sujuv ja mingit erilist üleminekut ei ole.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ainult selles mahus, milles juhendaja oskab seda residendis arendada ja resident suudab aru saada. Spetsiaalseid arendavaid programme ei ole.

Kuna residentuuris peetakse residendi iseõpet (ekslikult) normiks, siis selleks vajalikud oskused tuleb tal endal omandada – eriti kui mitmed juhendajad ei tegele süsteemse spetsiifilise enesearendusega selle kaasaegses mõttes.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Puudub igasugune kujundamine. Isiklik õppimine.

Sõltub õppebaasist. Targem on õppebaaside vahel mitte liikuda, sest süsteem läheb siis katki.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Isiklike näidete põhjal ja soovitusena andmebaasidele.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Resident, kes on süstemaatiline ja huvitatud järjepidevast kutsealasest enesearendusest teeb seda ilma teiste poolt kujundamata. Ja karta on, et väljastpoolt kujundamine ei pane kedagi arenema kui ta seda ise ei taha.

Teoreetiline õpe on süsteemne ja hariv, mida toetab praktiline töötamine, kahjuks iseseisev töötamine jääb vajaka (viimane arendab aga enim arsti mõtlemist, õppimist ja oskusi).

sisemeditsiini eriala residendid

Jällegi sõltub konkreetsest residendist see – soov ennast arendada.

Sõltub residendist – on õpihuviga, aga on ka täiesti ilma huvita ning kohustust võtmise soovita.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Kutsealast arenemist ei soosita, mitteerialastes tsüklitest koolitustele ei lubata.

Nii ja naa. Ühelt poolt tõesti korraldatakse residentidele koolitusi, kuid see on praktiliselt ainus tegevus, mida tehakse.

On mitmed erialad/osakonnad, kes juhendavad ainult spetsiifiliselt oma erialale ning pole huvitatud teadmiste integreerimisest residentide enda erialaga.

Põgusalt tutvustatakse võimalusi enese täiendamiseks, regulaarsed igakuised kohustuslikud täiendkoolitused.

Sa õpid täpselt nii palju kui aktiivne ise oled – keegi kuldkaardikule sulle midagi ette ei ulata või tagant ei utsitata.

Sõltub suuresti sellest, kes juhendaja on. Õppetool väga paljut ise ei saa/taha korraldada.

Süsteemne oskuste ja harjumuste kujundamine jääb paljuski minu arvates iga residentide enda teha. Kui on endal motivatsiooni, siis võimalikke erinevaid enese harimise variante tutvustatakse küll.

Teoreetilise õppel on oma süsteem ja loogiline järjestus.

sisemeditsiini eriala residentid

Enam sellekohast infot võiks liikuda. Kasutatakse residentide nõ "katva" tööajana Eesti suuremate konverentside ajal.

Igal pool erinevalt.

Kujundatakse, aga hetkel realses töös võib olla pea võimatu perearstil minna nt terve päev v mitme päevasele koolitusele. Asendajaid ei leita ja töökoormus on ebareaalselt suur. Samuti ei saa pereõed "rahuliku südamega" koolitustel käia. Et saaks end pidevalt ja korralikult koolitada ja maksta ka asendajatele palka (kui selle üldse leiad) ei jätku ka piisavalt raha.

Minul toimus vastavate oskuste arendamine pigem peremeditsiini erialatsüklites, eriarsti tsüklites veidi vähem.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Ilmselt see sõltub rohkem isikuomadusest ja harjumustest.

Kui igakuine koolituspäev sinna alla kuulub, siis võiks öelda jah, aga mina ei tunne, et see oleks süsteemne oskuste ja harjumuste kujundamine.

On küll kohustuslikud teoreetilised seminarid, aga harva antakse enne neid materjale tutvumiseks, ei anta "kodutöid". Tore on see, et viimastel aastatel on hakatud tegema iga aasta teoreetiliste teadmiste kontrolli.

Residentide oskused võiksid olla tsüklite alguses ja lõpus paremini kaardistatud olla ning võiks toimuda nende teadlik parandamine.

Süsteemsus seisneb võimaluses paljudes eri osakondades töötada, samas võiks olla võimalus valiktsükleid suuremas mahus teha, vastavalt huvile.

sisemeditsiini eriala residentid

Pulmonoloogia residentuuris on olemas pidevad seminarid prof. Altrajaga, kus residentid esinevad teaduslike ettekannetega. Pulmonoloogia residentidel on soovituslik astuda Eesti kopsuarstide seltsi liikmeks, mille kaudu organiseeritakse erinevaid teaduslikke seminare. Eesti kopsuarstide seltsi kaudu on võimalik taotleda stipendiumi erinevatel väliskoolitustel osalemiseks, mida paljud on ka teinud. Üks asi, mis on puudu, on pulmonoloogide süsteemne hindamine eriala omandamise järgselt.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Meil on hästi struktureeritud erialane kutseõpe, aga puudub koolituskeskuste võimekus seda sisuliselt täita (vähemalt osaliselt). Selle taga on laiemad tervishoiupoliitilised otsused – nt. ei soodustata radioloogide subspecialiseerumist, tänu millele koolitajate kompetents võib kohati jääda väheseks. Selles osas on viimastel aastatel paranemist märgata. Teine probleem on see, et iga tsükli jaoks on residentidele määratud nimeline juhendaja, mis seob residentide konkreetse juhendaja ja viimase töö aja ning sisuga. See aga ei pruugi vastata residentide tsükli sisule. (Nt. residentidel on neuroradioloogia tsükkel, aga tema juhendaja vastab E röntgenpilte, teeb T ultraheli, K on kompuutertomograafias, N magnetis, reedel valvab). Juhendaja tööajast üle poole on seotud mitte-neuroradioloogiaga. Residentidele annab soovi korral umbes 50% neuroradioloogiat välja pigistada. Saab ka

rohkem, aga see eeldab teiste kolleegide kaasamist koolitamis. See sõltub juba inimeste vahelistest läbisaamisest ja konkreetse koolituskeskuse üldisest kollegiaalsest õhkkonnast. Palka juhendamise eest saab ainult üks inimene, kes on nimeliselt residentiga seotud. Enamik koolitajatest ja mitte ametlikest koolitajatest ei tee sellest probleemi, aga mõni inimene võib teha. Oluline on ka juhtkonna suhtumine radioloogi töösse – kas hinnatakse ainult kvantiteeti ja numbreid (kui mitu röntgenpilti kuus on vastatud) või ka töö kvaliteeti, panustamist residentide juhendamisse ja õppetöösse üleüldse. (Nt. kas nõ. vähe produktiivset, aga aktiivselt noori kolleegide õpetavat inimest hakatakse juhtide poolt ahistama, märgistama vms. – see on mõnes kohas probleemiks.)

Süsteemist on asi kaugel, pigem on asi kaootiline.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Radioloogias on selles osas soositud enda mitmekülgne täiendamine, koolitustel ja konverentsidel osalemine ning teadustöö. Kõike seda sisendatakse ka residentidele, kohati seab raha piirid. Noorte osalemist erinevatel konverentsidel tuleks veelgi enam soosida ja võimaldada.

Residentuuri jooksul loeme erialaseid artikleid, koostame ettekandeid (mis nõuab vastava materjali läbitöötamist), pressime end teadustöösse, käime kursustel ja koolitustel. Loogiliselt võttes peaks sedasi jätkuma ka pärast residentuuri.

Süsteemselt mitte, õpid ikkagi seda, mis parasjagu teoksil on.

Varieerub vastavalt baasasutusele.

Väga palju on individuaalset õpet, mis ei ole standardiseeritud. Ehk siis igaüks õpib töö juurde vastavalt võimalustele ja iseseisvalt nii kuidas targemaks peab.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Kogu õppimine on kuidagi suvaline ja kujuneb selle järgi, milliste allikate otsa keegi ise koperdab. Süstemaatilist juhendamist ja suunamist õppematerjalide suhtes ei ole.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Positiivne: residentid osalevad erialaseltsi töös. Residentuuri õppes on oluline rõhk iseseisval teoreetilisel õppel. Kuna praegu ei summeerita erinevates raviasutustes tehtavaid töötunde, on praktilise töö (valvete) osakaal sageli sedavõrd suur, et teoreetilises õppes ettenähtu läbimiseks ei jää aega ega jõudu. Residentidel võiks olla rohkem vahendeid väljaspool ametlikku õppekava toimivateks koolitusteks/kursusteks/kongressideks – ilmselt lisaks see motivatsiooni uurimistööks.

Tehakse teoreetilisi koolitusi, kohustuslikke ettekandeid, mis arendavad iseseisva lugemise oskust.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Ei nõustu, kuna ei ole survet, sundlust või kontrolli, et resident end erialaselt täiendaks. Nt ei ole sisehaigustes vaheksameid.

Mingit süsteemi pole ollagi, kõik sõltub konkreetsest osakonnast ja juhendajast.

On näha, et vanemad kolleegid pidevalt loevad juurde, käivad koolitustel ja isegi osakondade siseselt tehakse väikseid koolitusi viimaste ravijuhiste uuendustest nt. Süsteemseks kujundamiseks nimetada oleks seda siiski raske. Pigem näitavad kolleegid eeskuju ja kui ma tahan olla sama tark ja tubli kui kolleeg, siis järelikult peab järgi tegema. Ma olen mitu korda mõelnud, et mulle võiks ikkagi koduseid ülesandeid anda, mis sunniks veelgi enam juurde lugema. A la: "järgmiseks nädalaks uuri ARNI-de kohta ja siis räägi mulle". See ju arendaks nii mind kui mu juhendajat tegelikult.

Pigem jah – julgustatakse lugema ja uurima, kuna arstidel endil selleks aega pahatihti napib. Ja eks uurimine ja lugemine ongi elukestev õpe.

Pigem mitte, üsna kaootiline on vastavalt sellele, milliseid patsiente ette satub, ilmselt on võimalik residentuur läbi teha ilma mingeid oskusi omandamata.

Sises on olemas iga-aastane residentide seminar, aga muus osas ei ole täheldanud sellist asja.

Väga erinev, kõik oleneb osakonnast ja kolleegidest, kus parasjagu töötada.

Üldiselt olen nõus. Kuigi süstemaatilisust võiks alati rohkem olla.

sisemeditsiini eriala residentid

Kuidas keegi end pärast residentuuri lõpetamist edasi arendab, on igapähe enda asi.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Mitte süsteemselt - selleks oleks vaja eriresidentuuri.

Samuti vastatud eespool. Erinevates residentuuribaasides on olukord mõnevõrra erinev, teadustööd toetatakse ilmselt kõige rohkem Tartus, konverentsidel ja koolitustel osalemise toetamine on veidi parem Tallinna baasides.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ei ole süsteemne tegevus, pigem juhuslik.

Kuigi eraldi õpetust selles osas ei ole, sõltub ikka residentide enda isikuomadustest ja huvist.

Mitte keegi ei jälgi seda. Ise pead logi, kus kaugel oma asjadega oled. Keegi jah küsib, et kas sa oled seda või teist teinud ja siis otsustab, kas julgeb lasta sul teha või mitte. Aga süsteemselt individuaalset jälgimist ega arendamist ei toimu. Kurb.

Protsess on pigem juhuslik. Kui kellelgi on silme ees mingi süsteem, siis seda igal juhul ei kommenteerita.

See sõltub väga osakonnast ning baasasutusest. Süsteemus alati ei toimi. Tihti esitatakse vastakaid seisukohti, milleks resident peab võimeline olema, kus algab ja lõpeb tema vastutus, milline on tema pädevus.

Siinkohal võiks olla abi briefingust residentuuritsükli alguses ja lõpus (see võib olla ka 10 minutit pikk) – panna koos juhendajaga kirja eesmärgid: vajalikud materjalid, praktilised oskused, koolitused. Tsükli lõpus võiks olla suuline tagasiside ja motiveerimine :)))

Sõltub suuresti sellest, mis haiglas residentuuri teed. Samuti teab ainult resident mis oskused tal on ning milliseid protseduure teinud.

Süsteemselt oskusi kindlasti ei jälgita. Seda küll, et kas sa oled midagi teinud või ei. Aga kas sa tegid seekord paremini kui eelmise kord, või mida peaks tegema teisiti, et olla parem, seda on ikka väga väga väga vähe.

Süstemaatiliselt sõltub juhendaja isikust – mõni jälgib väga hoolikalt residentide arengut, teistel juhtudel pead ise arvama, millal võiksid valmis olla üheks või teiseks ülesandeks

kirurgilise eriala residentid

Süsteemset lähenemist ei ole, kuna puudub süsteemne hindamine ehk süsteemne enesehindamine ja välishindamine, mis aitaks edasiseid eesmärke seada.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Pigem oleneb residentidest endast ja tema pealehakkamisest kui juhendajast või süsteemsest lähenemisest.

Ei toimu mingeid eriala siseseid residentidele suunatud kokkusaamisi ning üldjuhendaja on alati napi-sõnaline ega vasta küsimustele. Samuti ei osale personaalse õpingukava koostamisel. Üldjuhendaja poolne suunamine on täiesti olematu.

sisemeditsiini eriala residentid

Ei ole kogenud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Koolitused, enesetäiendamisevõimalused on olemas ja neid soositakse aga väheks jääb vahendeid – osad koolitused liiga kulukad.

sisemeditsiini eriala resident

Õpetajateks on praktilised kogenud arstid, kes suudavad õpetada nii tehnikat kui ka suhtumist.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ei nõustu. Ka konverentsidele minemiseks ei ole residentidele vahendeid ettenähtud.

Minu baasis on iganädalased residentide ettekannetega seminarid, samuti on eeskujuks vanemad kolleegid. Selline keskkond tõesti soodustab elukestva enesetäiendamise jätkamist.

Vähe täiendusi, koolitusi lisaks residentuurikavas ettenähtud kohustuslikele tsüklikele.

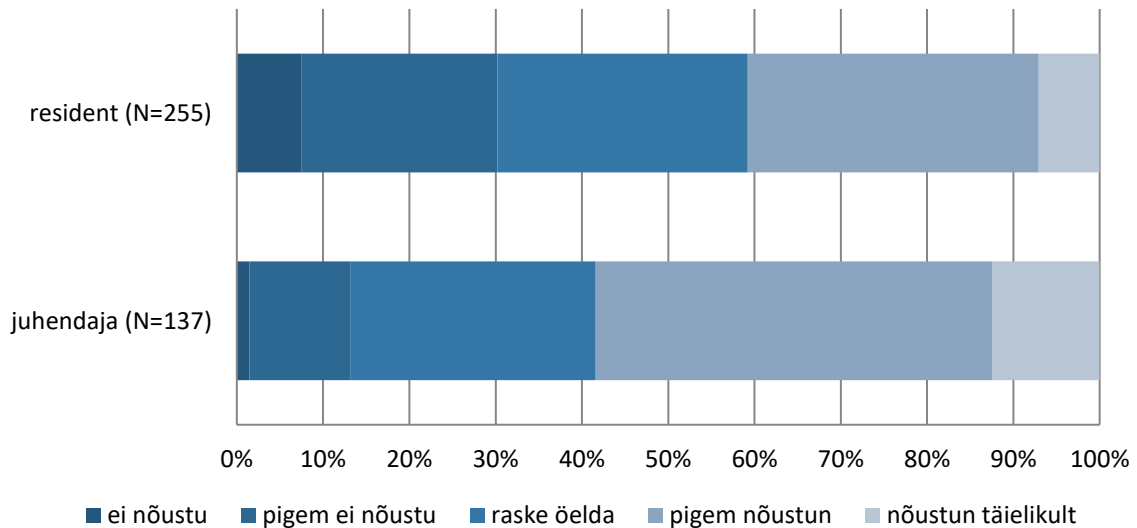
kirurgilise eriala residentid

Pigem kasutatakse neid nn "odav tööjõuna", mis ei ole õiglane.

residentide juhendaja, eriala täpsustamata

VÄIDE 7: RESIDENTUURI VÄTEL KÄSITLETAKSE PIISAVALT ARSTI AUTONOOMSUSEGA SEONDUVAID ASPEKTE, SH ARSTI ÕIGUST TEHA INFORMEERITUD RAVIOTSUSEID, MIS ON PATSIENDI JA ÜHISKONNA SEISUKOHALT PARIMAD

JOONIS 9. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURI VÄTEL KÄSITLETAKSE PIISAVALT ARSTI AUTONOOMSUSEGA SEONDUVAID ASPEKTE, SH ARSTI ÕIGUST TEHA INFORMEERITUD RAVIOTSUSEID, MIS ON PATSIENDI JA ÜHISKONNA SEISUKOHALT PARIMAD



VÄITE 7 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Sellest ei räägita.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Arutelu on tihti, aga seadusandlus on ebaselge kohati, mistõttu täit selgust ei teki. Iga patsient vajab individuaalset lähenemist.

Residentuur on keskendunud eelkõige erialaste teadmiste omandamiseks.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud

Eraldi sellele ei keskenduta.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ei käsitleta seda teemat süsteemselt

kirurgilise eriala resident

| | |
|--|--|
| <i>Pigem vaieldakse vastutuse osas.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Arvan, et siin on palju arenguruumi.</i> | |
| <i>Meie erialal küll mitte. Raviotsused tehakse nn konsiiliumis, mida igane see tähendab.</i> | residentide juhendajad sisemeditsiini erialal |
| <i>Ametlikult ei tohi arst-resident iseseisvalt otsuseid vastu võtta.</i> | |
| <i>Raske on residentuuri tasemel käsitleda midagi, mis puudub pea täielikult arstipraktikas. aastatega on olukord küll paranenud, kuid nimetatud arsti õigus on enamasti tagaplaanil, tehakse nagu on alati tehtud või kuidas lihtsam (nt vältimaks konflikti patsiendiga)</i> | residentide juhendajad sisemeditsiini erialal |
| <i>Oluliselt rohkem võiks sellest rääkida.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Siiani ei ole üldse käsitletud</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Ei saa küsimusest aru.</i> | |
| <i>Eraldi küsitlust see teema minu residentuuri ajal seni leidnud ei ole.</i> | |
| <i>Juba residentuuri teisel aastal pannakse resident erialalisi valveid üksinda tegema, nii et see autonoomsus saabub suhteliselt ruttu, iseasi kas sellel õppeetapil just patsiendi ja ühiskonna seisukohalt kõige paremad otsused tulevad.</i> | |
| <i>Need aspektid tulevad esile vaid juhuslikult jooksva töö käigus.</i> | |
| <i>Sõltub juhendajast.</i> | |
| <i>Taaskord sõltub väga palju juhendajast. Mõni on väga autonoomne, teeb ise kõik otsused, mõni konsulteerib väga palju. Ja õppimine toimub enamasti eeskuju najal.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Arsti rolli võiks rohkem käsitleda küll.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Mingit küsitlust pole. Töö tegemise ajal, saad aru, kuidas ikka vaja.</i> | sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu |
| <i>Tänapäeva meditsiinis on arst paljuki käsutäitja ja ravijuhistest näpuga järke ajaja. Arstlik mõtlemine ja arstikunst on teinud kõva vähikäigu võrreldes 80-90-ndate aastatega.</i> | residentide juhendaja sisemeditsiini erialal |
| <i>Igas osakonnas on veidi oma otsustustaktika.</i> | |
| <i>Kui nüüd küsite, siis pean täheldama, et ega residentuuri vältel sellest räägitud pole – üldse.</i> | sisemeditsiini eriala residentid |
| <i>Aga palju pööratakse rõhku ka patsiendi õigustele, mulle tundub.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Eraldi seda ei teadvustata ega välja ei tooda. Pigem töö käigus.</i> | kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu |

Otsus on kollektiivne, põhineb tõenduspõhisel meditsiinil. Onkohaigetega ei eksperimenteerita, eriti kui kogu günekoloogia õppes on vaid 4 kuud onkogünekoloogiale pühendatud.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Arstikutse autonoomia teemat ei käsitleta minu teada residentuuri vältel üldse.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Mitte kunagi pole seda mainitudki.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Tõenäoliselt ilmneb see töö käigus, sest spetsiifilist tähelepanu ei pöörata.

residentide juhendaja kliinilis-konsultatiivsel erialal

Informeeritud otsused on otsustatud pigem juhendaja ja koolkonna arusaamise järgi.

Pole vist päris sellel erialal rakendatavad.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Eraldi ei tegelda.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Teatud määral sellega tegeletakse, arvatavasti võiks olla süsteemsem ja rohkem käsitletud.

sisemeditsiini eriala resident

Vähemalt mina juhendajana pööran sellele tähelepanu.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Oleneb arvatavasti väga erialast, konkreetsest osakonnast ja isegi juhendajat (mikromanageerija või mitte).

See sõltub palju konkreetsest üksusest ning sealsest otsesest juhendajast. Pigem on liiga sageli nii, et pere-mediitsiini resident on pigem passiivne vaatleja.

Usun, et pigem vist mitte, kuna sellises sõnastuses tundub see küsimus/väide üsna võõras... Võimalik, et seda tehakse kuidagi kavalalt ja salamisi, nii et resident ei saa sellest ise arugi.

sisemeditsiini eriala residentid

Pigem mitte piisavalt.

Pigem peaks lõplik otsus ja nõusolek tulema patsiendi poolt.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Psühhiaatria ja juriidiline pool on nii läbipõimunud, et ilma nende teadmisteta polegi võimalik psühhiaatrina töötada.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ei ole olnud eraldi koolitusi selle kohta.

Oleneb jällegi väga juhendajast. Teoreetilised koolitused on eelkõige seotud tahtest olenematu ravi temaatikaga

Pigem on vastupidi – soovitatakse teha vastavalt ravijuhistele, et ei tuleks "mingit jama".

See sõltub sellest, kes on juhendaja.

sisemeditsiini eriala residentid

Kommentaari: paljudel juhtudel peaks ikkagi patsient olema see, kes teeb informeeritud otsuseid oma ravi kohta.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Arsti autonoomia on valukoht eesti tervishoiusüsteemis üleüldse. Enda erialalt näide – radioloogile piiratud juurdepääs patsiendiga seotud meditsiinilisele infole kui antud tervishoiuasutuses ei ole konkreetsel patsiendil nõ. ühtegi vastamata uuringut. Nt. pilte on tehtud, need on vastatud, aga klinitsistid kolleeg soovib teisest arvamust. Sellisel juhul mina pt. meditsiinilisele infole ligi ei pääse, aga see on mõnikord ülioluline pildilise leiu tõlgendamise seisukohalt. Meilt justkui oodatakse kvaliteetset tööd, aga takistatakse selle tegemist. Kuna see probleem on igapäevane, siis siseringis on teema pidevalt üleval ja loomulikult resident kuuleb sellest palju. Kas sest midagi kasu on, ei tea.

Olen nüüd juba arstina olukorras, kus oluline on ülemuste tahe, soov, viitsimine, mitte see, mis patsiendile parim oleks.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Nende küsimustega puutume residentuuri jooksul kokku, aga eraldi käsitlust teema ei saa.

Olen seda kohanud.

Oleneb väga palju juhendaja kogemustest ning hoiakutest.

Pole üldse teemaks olnud.

TÜK, LTKH – ei. PERH, ITK – pigem jah.

Õpetatakse tegema valikuid õigeima uuringu valimiseks. Mõistlik oleks ka kulu-efektiivsuse printsiibi õpetamine oma eriala seisukohalt.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Kõik oleneb ikkagi konkreetselt juhendajast.

Pigem nõustun, aga näen kogu meditsiinis tendentsi sellele, et otsuste tegemisel mängivad rolli igasugu muud asjaolud nagu haigekassa leping, kasumlikud teenused jne.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Ma ei tea üldse, et seda teemat käsitletak. Iga arst tegutseb vastavalt oma teadmistele ning eeldatakse, et iga tema otsus on keeruka vaagimisprotsessi tagajärg, seega ka informeeritud ning loomulikult patsiendi ja ühiskonna seisukohalt parim. Iseasi, kas see, mis parim patsiendile, on parim ühiskonnale tervikuna.

Selleks on kaasajastatud infoga koolitused ja neid on küllalt palju, mis on tore. Aga üks see oleneb tsüklis, kus parasjagu olla ja tegemist on suhteliselt juhusliku, mitte süsteemse harimisega.

sisemeditsiini eriala residentid

Residendi autonoomsus on osakondade lõikes väga erinev.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Arsti õigustest eriti ei räägita, pigem kohustustest ja patsiendi õigustest.

LTKH naistekliinikus on alates 02.02.2017 keelatud residentidel igasugune iseseisev ravitegevus, protseduurid, otsustamine jne. Ka kõige lihtsamatesse otsustesse tuleb kaasata juhendaja, vaatamata, millise aasta resident oled.

Oleneb juhendajast.

Räägitakse erinevatest juhustest ja nende olulisusest, kuid rõhutatakse, et nendes ei peitu kogu tõde ning patsient jääb sageli "ridade vahele".

Hetkel on baasasutuses teravalt päevakorras arst-residendi õigus ning pädevus raviotsuste tegemisel. Ühelt poolt eeldatakse, et me oleme võimelised neid otsuseid tegema, samas on aga seaduste poolt praktiliselt keelatud iseseisvate (erialaste)otsuste vastuvõtmine. Samas puudub minu teada ka konkreetne regulatsioon, kus lõppeb üldarsti vastutus.

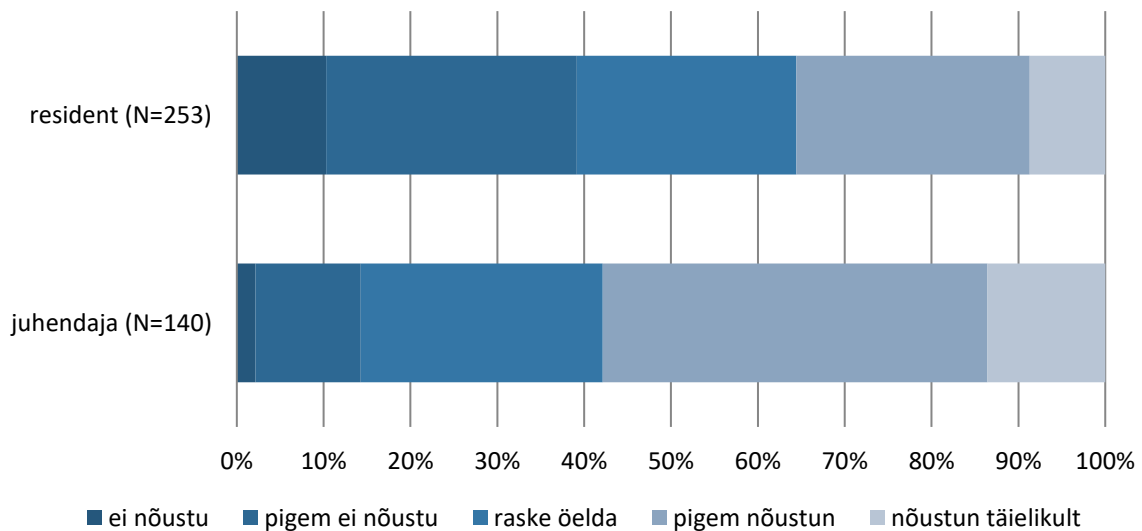
kirurgilise eriala residentid

Sellele ei pöörata teadlikku tähelepanu.

| | |
|--|---|
| <i>Taaskord tegemist aspektiga, millele sisulist tähelepanu ei pöörata.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud |
| <i>Antud teema käsitus on nõrk.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Isegi sellist koolitust pole.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Eriti kasulikud siin valved ning see, kui palju juhendaja annab residendile vabad käed otsuste tegemisel.</i> | |
| <i>Seda tehakse praktilise töö käigus juhindudes ravijuhistest kui ka tõenduspõhisusest. Noored kolleegid hindavad seda väga, et otsused ja ravi oleks tõenduspõhised.</i> | residentide juhendajad kirurgilisel erialal |
| <i>Töö käigus analüüsimise tekkivaid olukordi parima raviotsuse tegemiseks.</i> | kirurgilise eriala resident |

VÄIDE 8: RESIDENTUURI VÄTEL KÄSITLETAKSE ARSTI PROFESSIONAALSUSEGA SEONDUVAID ASPEKTE: OSKUSED ELUKESTVAKS ÕPPEKS JA KOMPETENTSUSE HOIDMISEKS, EETILINE KÄITUMINE, ALTRUISM, EMPAATIA, KAASINIMESTE TEENIMISE OSKUS, EETIKAKOODEKSITE JÄRGIMINE, PATSIENDIOHUTUS

JOONIS 10. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURI VÄTEL KÄSITLETAKSE ARSTI PROFESSIONAALSUSEGA SEONDUVAID ASPEKTE: OSKUSED ELUKESTVAKS ÕPPEKS JA KOMPETENTSUSE HOIDMISEKS, EETILINE KÄITUMINE, ALTRUISM, EMPAATIA, KAASINIMESTE TEENIMISE OSKUS, EETIKAKOODEKSITE JÄRGIMINE, PATSIENDIOHUTUS



VÄITE 8 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Seda teemat otseselt ei puudutata, töö käigus õpid.

sisemeditsiini eriala resident

Puudub igasugune suhtlemiskoolitus nii põhiõppes kui residentuuris.

See on juhendajapõhine.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Suhtluskoolitusi, rasketest uudistest teatamise koolitusi jm ette nähtud ei ole.

Väärtushinnangute kujundamine on valdavalt jäetud juhendava arsti hooleks, eriliselt sellele rõhku ei panda. Patsiendihutusele pööratakse palju tähelepanu.

kirurgilise eriala residentid

Vähe, võiks rohkem.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Kahjuks on veel palju "vana" põlvkonna arste ja õdesid, kes ei arvesta piisavalt patsientide elementaarsete õigustega nagu privaatsus, õigus osaleda ravi protsessis, delikaatne teatud info käsitlus. Näiteks teavitatakse patsienti 4-kohalises palatis, et tal on analüüsides positiivsed B hepatiidi markerid, ja seda kolme raviprotsessis mitte osalevate inimeste kuuldes. Või õde küsib näiteks, et kas olete oma antidepressante täna võtnud – jälle teiste kuuldes.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Eraldi sellele ei keskenduta, samas taandub ka siin palju ilmselt inimloomusele, kodusele kasvatusel ja juba ülikooli ajal omandatud käitumisnormidele.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ei käsitleta süsteemset.

Selles residentuuris küll mitte. – Tundub, et oleneb inimesest ja iseenesest olemasolevat. Tavaliselt välis-tsüklist tagasi tulles olen mitu nädalat šokeeritud, kuidas meie (mõned) arstid patsientidega suhtlevad (aga kahjuks on see siin nii olnud läbi aastakümnete – no quick fix). Pakuksin välja, et siis tuleb ise eeskujul näidata, kuid kui ümberringi ollakse endiselt väga apaatsed ja jämedad siis tõmbab ka endal väga kiiresti motivatsiooni taas alla.

kirurgilise eriala residentid

Ei tea, kas seda peab residentuuris tegema? Minu hinnangul peaks nende teemadega tegelema põhiõppe esimestel aastatel. Residentuuri ajaks peaksid 24-25-aastaselt inimesel nendes aspektides olema enamvähem väljakujunenud seisukohad ja hoiakud.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Ei ole märganud.

Residenti juhendamine ongi suures osas nende väärtuste edasiandmine lisaks erialaspetsiifilistele teadmistele, see sõltub kindlasti juhendaja motiveeritusest.

Tahaks loota.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Seda käsitletakse pigem kui loomulikku töö osa, eraldi seda residentidele välja ei tooda ega arutleda.

sisemeditsiini eriala resident

Võib-olla on selliseid loenguid? Osakonnapraktikas enamasti mitte.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Kõike seda peaks vast õppima jooksvalt töö käigus kolleegide eeskujul. Erilist tähelepanu sellele jällegi kahjuks ei pöörata, kuigi see vääraks kindlasti vähemasti teoreetilist seminari.

Residentuuri vältel ei ole ühtki käitumis-, suhtlemis-, ega psühholoogiakoolitust ette nähtud.

Sõltuvalt juhendajast.

sisemeditsiini eriala residentid

See käib arsti kutsega kaasas, keegi eraldi seda ei rõhuta ja ma leian, et ei peagi.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Püüame parimat.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Keegi pole seda käsitletud. Lihtsalt töötad osakonnas.

sisemeditsiini eriala resident

Patsientidega suhtlemist keegi ei õpeta ega ette ei näita, sellega peab iga üks ise hakkama saama ning nendele küsimustele vastuseid leidma.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Arstile on edaspidises töös olulisim hea õigusteaduslik baas. Peab teadma oma õigusi ja kohustusi. Arst pole jumal, kes kõik terveks teeb. Ka VÕS järgi ei tohi arst lubada tervenemist. Haigega tuleb rääkida, ka halvast perspektiivist, sellest, et kõike ei saa välja lõigata, asendada ja ravida. Aga et seda teha, peab arstil olema aega. Enamik konflikte saab ju alguse suhtlemispuudulikkusest ja aja nappusest. Minu arvates on neuroloogia sisealadest üks keerulisim ja ka ajamahukam, kui ikka korralikku staatust teha. Seetõttu peaks kaaluma neuroloogi visiidi pikendamist 30-40 minutini.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

See tuleb pigem töö käigus, eraldi seda ei saa.

Käsitletakse" on vale öelda, sest süsteemset lähenemist ei ole. Ikka õpid enda vahetutelt juhendajatelt nende stiili.

Valisin neutraalse vastuse, kuna loetus on aspekte, mida kindlasti käsitletakse, ent eetilisele käitumisele, empaatialle eriti just tähelepanu ei pöörata. Võimalik, et kohati tundub residendi käitumise kommenteerimine ka juhendavale arstile endale osaliselt ebaeetiline.

sisemeditsiini eriala residentid

Eraldi neid teemasid küll ei käsitleta, töö käigus teistelt õpitakse. Samas, kui residentuuri jõudnul inimesel ei ole üldse empaatiavõimet ja ta on ebaeetiline, siis on ta valesse kohta sattunud, aga kardan, et selliseid ei muuda.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Eraldi sellele tähelepanu ei juhita.

Pigem iseseisev õpe.

kirurgilise eriala residentid

Oleneb tõenäoliselt keskusest.

Juhendaja oma hoiakuga on selles suhtes parim õpetaja ja eeskuju, kuid kahjuks igas tsüklis on eraldi juhendajad ja nn. akadeemiline isa puudub-siit ka suurimad hälbed käitumises ja hoiakutes.

Eelnimetatud teemasid residentuuri jooksul süstemaatiliselt ei käsitleta üldse.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Neid teemasid käsitletud küll ei ole, pigem on neid tulnud ette omavahelistes jutuajamistes ning enda mõtetes.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Jällegi oleneb palju juhendajast ja tema tõekspidamistest. Pikad tsüklid mõjutavad kõige rohkem residentide edasist käitumist.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Sõltub vägagi osakonnast, kollektiivist, kus töötada.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Minu arvates suures osas need aspektid on arenenud juba enne arstiteaduskonda sisseastumist. Alustada nende arendamist residentuuris on liiga hilja. Igal juhul sihipäraselt neid keegi ei arenda, aga töö käigus mõned eetika/professionaalsuse aspektid arenevad ja muutuvad selgemaks või tõhusamateks.

Spetsiifilist õpet nende näidete jaoks ei ole. Küll eeldatakse, et kõik loetletu on oluline ja seda tuleks järgida.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Täpsustatud mõisteist on kaudselt mainitud või välja toodud elukestev õpe ja patsiendiohutus. Ülejäänud tundub liiga muinasjutuline.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident

Eraldi ei tegelda.

Sõltub individuaalselt residendist ning juhendajast.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Jah, käsitletakse.

Keegi ei õpeta, soovita. Oskused tulevad töö käigus.

Need oskused on inimese sees, kaasa tulnud geenide ja kasvatusena. Residentuuri ajaks on isiksused suhteliselt välja arenenud. Sageli on arstiõppe valinud empaatiavõime ja altruismiga inimesed. Kahjuks kõrvalt vaadates võib näha, et ületöö tingimustest võivad need omadused aja jooksul kahaneda.

sisemeditsiini eriala residendid

Peremeditsiini erialal eriti hästi korraldatud.

Püüan sellist eeskuju anda ja sellele tähelepanu pöörata, aga see sõltub ilmselt juhendajast.

Usun, et käsitletakse, samas paljud neist on isikuomadused, mida saab küll arendada kuid vaid teatud piirini (empaativõime, altruism...)

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Absoluutselt ei räägita.

Ei ole sellise käsitlusega veel kokku puutunud :P

Oleneb jällegi väga erialast ja nendest arstidest, kellega residentuuri välitel kokku puutud; väga individuaalne. Üldiselt muidugi häid juhendajaid ja üldse – inimesi, kellega koos tahaks töötada – pole väga palju.

Otseselt pigem mitte, kuid kaudselt püüad ikka pigem teiste vigadest õppida. Liiga sageli on näha üsnagi taunitavat, see riivab silma ning paneb mõtlema, et miks nii? Õnneks on positiivset eeskuju kolleegide seas siiski rohkem.

See oleneb väga konkreetsest juhendajast ja tema hinnangutest – kuidas tema neid inimesena edasi annab ja milliseid väärtuseid endas kannab. Paraku kõikide kohta ei saa selles osas ainult häid sõnu öelda.

Põhiõppes oli viimati.

sisemeditsiini eriala residendid

Igal pool erinevalt, sõltuvalt juhendajast ja tsükli läbiviimise kohast.

Kui üldse, siis meie õppetooli enda koolitused, aga tsüklikes pigem mitte. Veab, kui on juhendajad, kes juhtuvad olema head eeskujud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Eetiline käitumine, patsiendi ohutus – jah, teised aspektid mitte.

Jällegi oleneb väga palju juhendajast. Residentuuri korraldus psühhiaatrias võimaldab väga palju koolitustel osaleda, tekitades nii harjumuse koolitustel käia. N-õ pehmemaid väärtusi arendab iga juhendaja vastavalt oma oskustele ja enesekehtestamise võimele.

On olnud juttu eriala eetikakoodeksist.

Sellest räägitakse minimaalselt.

Sõltub väga tugevalt juhendajast ja residendi enda moraalitajust

sisemeditsiini eriala residendid

See sõltub konkreetsest juhendajast. Suur osa neist teemadest ennekõike õppimine eeskujust.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Nimetatud asjad sõltuvad eeskätt isiku (juhendaja) iseloomust. Juhul, kui endal seda pole, ei saa ta antud asju ka õpetada teistele.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Rõhuasetus elukestval õppel. Loetelu teine pool võiks tänapäeval rohkem tähelepanu saada.

Eetika ja altruism? Mis need veel on??? Oluline on, et haigla teeniks piisavalt raha, muu pole siin ammu enam oluline. Kompetentsuse hoidmine nõuab samuti raha, aga tihtipeale tavalise arsti koolitamiseks seda välja ei käida. Kui me vaatame aga ülemuste koolituste nimekirju, siis praktiliselt iga kuu viibivad nad mõnel väliskoolitusel. Kui mõni noor ja aktiivne arst sooviks kunagi mõnele juhtivale kohale kandideerida, siis tema CV ei sisalda iial selliseid koolitusnimekirju. Seetõttu meil ongi juba 25 aastat pea igal erialal samad juhud ning on ka ilmselt veel edasi 25 aastat, kuni surm neid võtab.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Ametialastesse oskustesse puutuv on olulisel kohal (näiteks patsiendiohutus), eetikast räägiti mõnevõrra põhiõppes, kuid üldiselt sellised asjad nagu altruism, empaatia, kaastunne jne on jäetud igapäevase enda südame-tunnistuse peale. Kui neid väärtusi peetakse tähtsaks, paraneksid suhted ja õhkkond ka kollektiivis, patsientide enesetundest rääkimata.

Elukestvast õppest on räägitud arstiteaduskonna algusest peale. Samuti käsitletakse patsiendiohutust. Eetilist käitumist, altruismi ja empaatiat on arstiteaduskonnas käsitletud, iseasi, kas sellest ka mingit abi on (pigem tegu asjadega, mis peaksid varem juba olema osa inimesest ja nende ülikoolis/ residentuuris õpetamine muudab võib-olla ainult fassaadi).

Kui arst peab seda tähtsaks, siis ta tegeleb sellega.

Meie erialal pannakse palju rõhku patsiendiohutusele ning õpime sellega alati arvestama. Isiklikul tasandil nn. pehmete väärtuste arendamine on tagaplaanil või praktilisel olematud.

Võiks olla koolitusi, seminare teemal kuidas patsiendiga suhelda või nt mõne konfliktse kolleegiga.

Nn. pehmete väärtusega otseselt ei tegeleta, kuid nende teemade üle on mitteametlikud arutelud kolleegidega.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Enamike nende punktidega on nii, et teema õpetamine sõltub sellest, kes su juhendaja parajasti on. Juhendajaga koostöös võib-olla kerkivad need teemad üles, aga süstemaatilist lähenemist pole. Üsna juhuslik on kõik see värk. Kui igapäevatöös midagi neist teemadest üles kerkib, siis kerkib.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Kõiki neist kindlasti mitte, kuid mõnda (nt patsiendiohutus) kindlasti

sisemeditsiini eriala resident

Kõik oleneb ikkagi konkreetsest juhendajast.

See osa vajaks residentuuri lõpu(!)-aastatel lisakoolitust. Just seetõttu, et siis on endal tekkinud kogemus, mida jagada ja analüüsida. Arstiteaduse põhiõppes on eetikaõpe ka väga vajalik, aga ei kõneta veel inimest, kellel endal kogemus puudub.

Sõltub konkreetsest juhendajast ja õppebaasist, isiklikest hoiakutest, süstemaatilise õppe traditsiooni ei ole. (Euroopa õppekavades on ka need peatükid; isiklik kogemus [Soome linna] Ülikooli haiglast, kus olen näinud residentide õpet nii eetika kui ka seadusandluse valdkonnas).

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Seda tuleb eeskujuga järgi õppida, seda ei saa õpetada. Suurem osa arstidest on head eeskujud.

Töö käigus kindlasti, konkreetsest olukorrast lähtuvalt jne, aga üldises plaanis on seda ehk liiga vähe.

Sõltub baasist, juhendajast.

sisemeditsiini eriala residendid

Residendid näevad seda töö käigus, sellest räägitakse või õpetatakse väga vähe

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Koolitustel kaetakse osad neist, enamasti sõltub ikka juhendajast. Mõni kuu on juhendaja, kes peab neid kõiki oluliseks, teinekord jällegi selline puht praktik, kelle jaoks kõik pehmed väärtused on mõttetud.

Oskusi elukestvaks õppeks, ennastsäästvateks töötingimusteks kahjuks ei käsitleta. Altruism ja empaatia :)
?

Seda ei käsitleta ja nii mõnedki juhendajad on selles osas äärmiselt negatiivseks eeskujuks.

Väga juhtumipõhine. Kui miskit sellist satub osakonda, siis sellest räägitakse.

kirurgilise eriala residendid

Taaskord: teadlikku tähelepanu nende asjadele ei pöörata. Eelduseks on nn autodidaktika.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Oleneb väga juhendajast, teistest osakonna arstidest.

sisemeditsiini eriala resident

Ei ole kogunud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Väga minimaalselt. Antud teemaga olen end ise kurssi viinud.

sisemeditsiini eriala resident

Väga halba eeskju antakse tihti. Näidatakse, milline ei tohiks kunagi olla. Tähelepanek on kirurgia kohta laiemalt.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Eetikat ja juriidikat võiks rohkem käsitleda, samuti psühholoogiat ja suhtlemist patsientidega.

Jällegi oleneb residendist ja tema iseloomust

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Töö käigus saab käsitletud

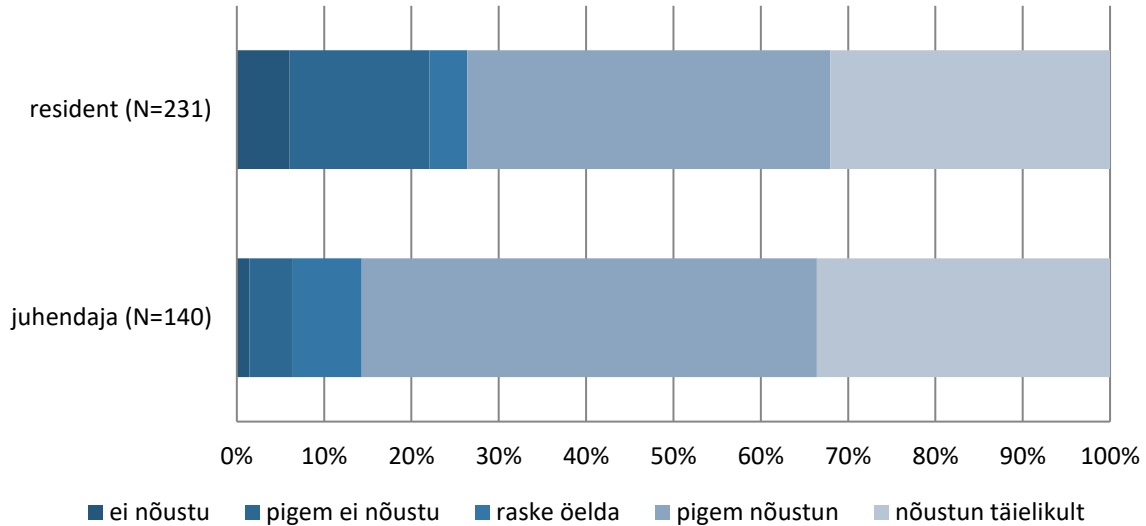
kirurgilise eriala resident

Teoreetilist räägitakse üldarsti õppe käigus, kuid residentuuri vältel seda enam ei käsitleta. Mõned juhendajad käituvad eetikakoodeksite osas täiesti vastupidiselt. Mõnes tsüklis õpib juhendajat kõrvalt vaadates just seda, kuidas inimestega (kolleegide ning patsientidega) käituda ei tohiks.

resident, eriala täpsustamata

VÄIDE 9: RESIDENTUURI PRAKTILINE KOOLITUS MINU ERIALAL SISALDAB ERINEVAID SEMINARE JA HAIGUSJUHTUDE ANALÜÜSE.

JOONIS 11. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURI PRAKTILINE KOOLITUS MINU ERIALAL SISALDAB ERINEVAID SEMINARE JA HAIGUSJUHTUDE ANALÜÜSE“



VÄITE 9 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

See sõltub haiglast kus oled. Tartus on iganädalased haigusjuhtude esitlused, arutelu küll kesine ja pigem sõnade kallal nokkimine kui sisuline. SA PERH haigusjuhtude esitus toimub 2-3 kuu tagant ja väga head arutelud. ITKs ei ole residentidele mõeldud arutelusid veel külastanud ega nendest midagi kuulnud.

sisemeditsiini eriala resident

1. aastal teoreetilise õppe seminarid kord nädalas, hiljem õppepäevad koos haigusjuhtude aruteluga kord kuus. Alati võiks rohkem!

Samas minu arvates seminaride kvaliteet võiks olla parem kui me ei räägiks üks teisele teemadest milles ei oma kogemusi, vaid et räägiks keegi kogunud arstidest, pöörates just kõige tähtsamatele asjaoludele tähelepanu.

Seda sisaldab küll tegelikult ka meie teoreetiline koolitus, sest praktiline on väga osakonnast sõltuv...

Seminar iga nädal.

kirurgilise eriala residendid

Praktilist koolitust väga ei ole.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Samas võiks neid rohkem olla ja need võiksid olla sisutihedamad.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Kas just erinevaid, aga meil on õnneks haigusjuhtude arutelu seminar. See pole aga ikkagi praktiline vaid teoreetiline koolitus. Praktilisi koolitusi praktiliselt ei esine – võib-olla ainult ATLS aga selleks ei ole kellelgi raha.

Neid on küll vähe ja teemad on aastast-aastasse korduvad ning pigem ühekülgsed, keskendudes kriitilistele haigetele ning harv puudutades kergemaid juhtumeid, kuid seminarid siiski toimuvad.

Erinevaid seminare ja haigusjuhtude analüüse korraldatakse regulaarselt ning sujuvalt arendatakse paremaks.

kirurgilise eriala residendid

Kuna erialaresidente on vähe, siis erialaspetsiifilisi koolitusi ei ole.

See sõltub residentuuribaasist jällegi. TÜK-s on regulaarsed seminarid, mis on Sisekliiniku korraldatud. PERHis korraldavad neid seminare oma initsiatiivil residentid.

sisemeditsiini eriala residentid

Seminarid toimuvad. Haiglas püüan leida huvitavaid juhtusid, millest resident saab ülevaate teha.

Sõltub üldjuhendajast. Meil on seminarid, residentid kaebavad, et kord kuus on liiga palju! Liiga palju seminare!

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Igakuine kohtumine, kus erialaresidentid teevad ettekande ning lisaks on veel üks suur teema.

Nüüd sisaldab. /---/

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Oleneb palju residentide aktiivsusest, kui palju ta osaleb osakonna haigusjuhtude arutelus.

Neid on pigem vähe.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Igal aastal toimub kaks kardioloogia residentide seminari, mis on puhtalt teoreetilised. Nende korraldamisega ei tegele mitte residentuuri üldjuhendaja vaid delegeerib selle kohustuse alati paarile residentile. Haigusjuhtude arutelu toimub harva teatud osakondades osakonna juhataja või kolleegide initsiatiivil.

Kardioloogia residentid organiseerivad erialaseid seminare ise. Ülikooli poolt on vaid üks kardioloogia kursus, mis on rohkem suunatud perearstidele.

Neid toimub, kuid võiks olla oluliselt rohkem.

Pigem residentide enda initsiatiivil. Ülikooli poolt on praktiline koolitus olematu.

Seminare teevad eriala residentid iseendale ise ja kutsuvad õppejõudusid rääkima, ülikoolipoolne erialane teoreetiline koolitus puudub. Ega ka üldkoolitused, mis ülikooli poolt tulevad, liiga tihti ei ole ning kui ka leiad mõne koolituse, siis enamasti on kohad juba kiiresti täis. Osakondades aeg-ajalt haigusjuhtusid arutatakse, kuid mitte seminari vormis vaid pigem kiiresti kolleegidele näitamiseks.

Seminarid on 2 korda aastas, mida on ilmselgelt liiga vähe. Haigusjuhtude analüüs puudub täielikult.

Seminarid ja haigusjuhtude arutelud on residentide enda initsiatiivil ellu kutsutud. kui see jätta residentuuri üldjuhendaja hooleks, siis hetkel toimuks maksimaalselt 1-2 seminari aastas (!).

sisemeditsiini eriala residentid

/---/keeruline olukord – laborimeditsiini erialal on väga vähe residente ja eriala küll haakub kõigi teiste erialadega, kuid samas on see väga iseseisev eriala. /---/ kliinilises tsükklis /---/ Tartust eemal [olek] teeb nt Tartusse siseresidentide seminaridele jõudmise keeruliseks. Kui seminarid ei ole otse tsükklisse sisse kirjutatud, on see selle tsükli juhendaja/ravijuhi otsustamisel, kas ja kui tihti analüüse korraldada. Minu sisehaiguste tsükklis (maakonnahaiglas) oli kord nädalas haigete esitlemine ja analüüs. Samas – puhtalt laborimeditsiini tsükklites olles ei ole residentil oma patsiente ja haigusjuhte, mida ette kanda ja analüüsida. Ettepanek: viia sisse selline koostöövorm, kus diagnostiliste erialade residentid (laborimeditsiini/radioloogia) ja kliiniliste erialade residentid saaksid kokku, analüüsiks juhtu oma eriala aspektist ja kannaksid selle siis seminaril koos ette. Moodustuksid sellised mini-meeskonnad/tandemid. See aitaks ka meeskonnatööd parendada ja ka kontakte luua erialade vahel.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Paar korda oli see korraldatud, kuid võiks ikka rohkem olla, sest see väga kasulik.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Korraldame seminare ise enda äranägemise järgi. Mingisugust süsteemset lähenemist ei ole. Vajadusel saame abi, kui seda küsime.

Neid on ilmselgelt liiga vähe! Eraldi tuleks keskenduda ka residentide oskuste koolitamisele.

| | |
|--|--|
| Vähe haigusjuhte, piisavalt seminare. | sisemeditsiini eriala residentid |
| Toimuvad residentide seminarid ning palju on ka neuroloogide seltsi jms seminare, konverentse jne | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| 3 korda aastas on residentide ühised seminaripäevad. | kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu |
| See on meie töö igapäev. | residentide juhendaja sisemeditsiini erialal |
| Meil oli 4 aasta jooksul 2 seminari.. Ja haigusjuhte analüüsi vaid ühes osakonnas ja pigem siis kui oli midagi "haruldast" samas residentidele oleks vast kasulikum nõ normaalseid patsiente ning nende käsitlust arutada. | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| Seminarid on väga üksikud. Haigusjuhtude arutelu sõltub juhendaja motiveeritusest residentide aidata. | hambaravi eriala resident |
| Seminare oli, kuid vähe. Hetkel üritame ise aeg-ajalt seminare korraldada residentidele. | residentide juhendaja kirurgilisel erialal |
| Teoreetilised tsükliid on pigem eesmärgiga anda palju teadmisi lühikese ajaga. Sageli puudub haigusjuhtude arutelu, mis aitaks omandatud paremini kinnistada. | kirurgilise eriala resident |
| Seminare toimub küllaltki vähe, valdavalt on koolitus üks ühele juhendajaga. | |
| Vähe. Haigusjuhtude analüüs suures osas toimub arutelu juhendaja ja residentide vahel. | |
| Residentuuriseminare saab valida teiste erialade seast, kuid minu erialaspetsiifilisi seminare ja arutelusid ei toimu. | residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal |
| Onkokonstiiliumi aruteludel osalemine. Keeruliste juhtude arutelud eriala siseselt. Võimaldatakse osaleda haiglasisesel koosolekul, nt PERHis hommikukonverentsid. | |
| Seminare ei, haigusjuhtude analüüse, mis jätkaks analüüsi mulje, ei. | |
| Seminarid puuduvad. Töö koos juhendajaga peamine. | kliinilis-konsultatiivse eriala residentid |
| Võimaluste piires. | residentide juhendaja sisemeditsiini erialal |
| Liiga vähe on seminare. Välismaal (täpsemalt Kanadas) on kord nädalas 4 tundi kestvad seminarid kõiki-dele ühe valdkonna residentidele. Lisaks igal hommikul praktilised õpped, koolitused residentidelt residentidele ja töötavatel arstidelt residentidele. Eestis seda ei kujutaks keegi ette... Siis jääks ju osakonnatöö täitsa tegemata :D | |
| Praktiline koolitus minu arusaamist mööda on pigem töö arstina. Kuid jah, kliiniku siseselt toimuvad haigusjuhtude ettekanded, vajadusel konsiiliumid, kus residentid samuti osalevad ja vajadusel teevad ise ettekandeid. | |
| Teoreetiline õpe on pidev, süsteemne ja hästi organiseeritud (eriti Tartus, Tallinnas harvem), sisaldades nii seminare kui ka haigusjuhtude käsitlusi | sisemeditsiini eriala residentid |
| Mõnda eriala võiks mahult olla rohkem. | residentide juhendaja sisemeditsiini erialal |

Iga kuu on Tartus koolituspäev, või lausa kaks.

Meie erialal korraldatakse regulaarselt residentide koolitust. Rohkem võiks olla aga haigusjuhtude analüüsimisi ning ka interdistsiplinaarseid seminare, kus tulevad kokku erinevate erialade residentid. Nii saaks ka koostööd eri erialade vahel arendada.

See toimub teoreetilise koolituse osas.

Vaid paaril korral.

Võiks rohkem olla case-based analüüsi.

Õppetooli poolt otsustatud ja läbiviidud teoreetilised koolitused, mille kasutegur on minimaalne.

Üldiselt hästi ette valmistatud koolitused.

sisemeditsiini eriala residentid

Teoreetilisi seminare oli kord kuus ja paljud neist väga üldised ning kolmandajärgulised (psühholoogia)

Õppetooli poolt on korraldatud igakuised kohustuslikud koolitused.

Oleneb jälle mis tsükkel ja kus see parasjagu käsil on. Mõned osakonnad ja perearstikeskused teevad residentide seminare, koolitusi jne

sisemeditsiini residentuuri lõpetanud

1 kord kuus teoreetiline õppepäev.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Iga kuu üleriigilised koolituspäevad + TÜKis iganädalased seminarid + TÜKis iganädalased kliinilised konverentsid.

Ise organiseerime neid juurde.

Osakonniti erinev.

sisemeditsiini eriala residentid

Seminaride/loengute osa on järk-järgult paranenud ning sisukamaks muutnud.

Suuremates koolituskeskustes on kindlasti paremini korraldatud, aga on ka haiglatevahelist koostööd.

Seminare on vähe ja haigusjuhte võiks samuti rohkem analüüsida (viimane sõltub ka haiglast kuhu praktikale satud).

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Regulaarsed seminarid nii Tartus kui Tallinnas. Iganädalane õpetlike haigusjuhtude arutelu.

Toimuvad õppepäevad ning seminarid, osades haiglates ka ühised artiklite arutelud.

Punase trauma miitingud, haigusjuhtude näitamised, kolmapäevaseminarid, juhendajate poolt näidatavad juhud jne

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Õnneks jah saab juhendajaga enamiku uuringuvastustest läbi arutada. Iganädalased haigusjuhtude demonstratsioonid on ka.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Sisaldab teatud määral küll, aga kahjuks jääb mõnikord nende seminaride juhendajapoolne pädevus ja kliiniline kogemus nõrgaks (kui on palju erinevaid subspetsialiteete, siis ühe eriala spetsialist ei suuda anda nõu teise eriala kohta).

Haiglates erinevad süsteemid. Igal omad plussid ja miinused.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Kord nädalas residentide seminar, 2 korda kuus sisehaiguste ring.

Meil on head koolitused, küllalt praktilised.

Neid võiks muidugi rohkem olla, aga üldiselt küll, jah. Vähemalt Tartus tsüklis olles.

Sõltub jällegi residentuuribaasist. PERH-is on siseerialade residentidel 1x kvartalis/poolaastas seminar, mis on tavaliselt väga asjalik ja huvitav. TÜK-is on sisekliinikus residentide seminarid igal neljapäeval, kuid kahjuks on neil kliinilise tegevusega väga vähe pistmist – olenemata haigusjuhu või ettekande spetsiifikast on juhendajaks kogu aeg üks ja sama inimene, kelle kliiniline tegevus piirdub koloskoopiatega ja ERCPG-dega. Pole lihtsalt võimalik, et ta suudaks adekvaatselt ja kaasajast juhendada residentide nt diabeetilise ketoatsidoosi või temporaalarteriidi osas. Mingit kliinilist arutelu seal ei toimu, kuna juhendaja pole lihtsalt asjadega kursis. Arutatakse õigekirja, sõnakasutust ja seda, mitu kitlinööpi lahti võib olla. Ebanormaalne. Haigusjuhtude arutelu toimus nii PERH-is kui TÜK-is põnevalt, kaasahaaravalt ja rollimänguliselt residentide enda algatusel – loodi vabatahtlikud sisehaiguste ringid, kus ettekandja esitles haigusjuhtu nii, et publik oli arsti rollis, kes pidi püstitama esmase diagnoosi, koostama uuringu- ja raviplani ning lõpus panema ka lõpliku diagnoosi. Simuleeriti reaalsust ning alati oli kohal ka adekvaatne juhendaja, lisas kaasati arutellu kõik residentid (pmst oli tegemist äraarvamismänguga).

Sõltub praktikabaasist, igal pool ei ole seminare.

Üksikud seminarid on.

sisemeditsiini eriala residentid

Teoreetilisi seminare on, aga pigem võiks suurel visiidil olla rohkem sisulist arutelu.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

15 koolitust, enamasti kahepäevased.

Haigusjuhtude analüüse on vähem kui võiks.

haigusjuhtude analüüsi võiks rohkem olla.

Kord kuus haigusjuhtude arutelu, kuid tihti ei ole võimalik muude töökohustuste tõttu sellest osa võtta.

kord kuus on kliinikusisesed haigusjuhtude arutelud, 2 korda aastas residentide seminarid, uus asi on kord kuu-kahe järel journal clubid, samuti on mitmeid kliinikusisesed loenguid, koolitusi.

On kord kuus haiglas haigusjuhtude arutelud, toimuvad paari kuu tagant kohustuslikud erialased koolitused.

Seminare toimub, aga suhteliselt harva. Haigusjuhtude arutelud olid eelmises residentuuribaasis ajastatud alati sellisel moel, et residentid ei saanud töökohustuste tõttu neil osaleda.

Seminarid väga head, kuigi neid võiks rohkem olla.

kirurgilise eriala residentid

Mis on suhteliselt tagaplaanil või juhuslik, on haigusjuhtude arutelu. Kui see toimub, siis suhteliselt kinnises ringis.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

2 kursusel tuli välja et nõutakse uurimustööd, millest keegi teadlik polnud. Koolitused siiani pigem teoreetilised.

Minimaalselt, ja siinkohal ei arvestata residentide tagasiside ja soovidega, ehk neid soovitusi, mida residentid annavad koolituste temaatikateks ehk mida nad ise tunnevad puudlikuna olevatena, ei arvestata.

Praktilised koolitused puuduvad.

sisemeditsiini eriala residentid

Seminare küll, aga vähem haigusjuhtude analüüse.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

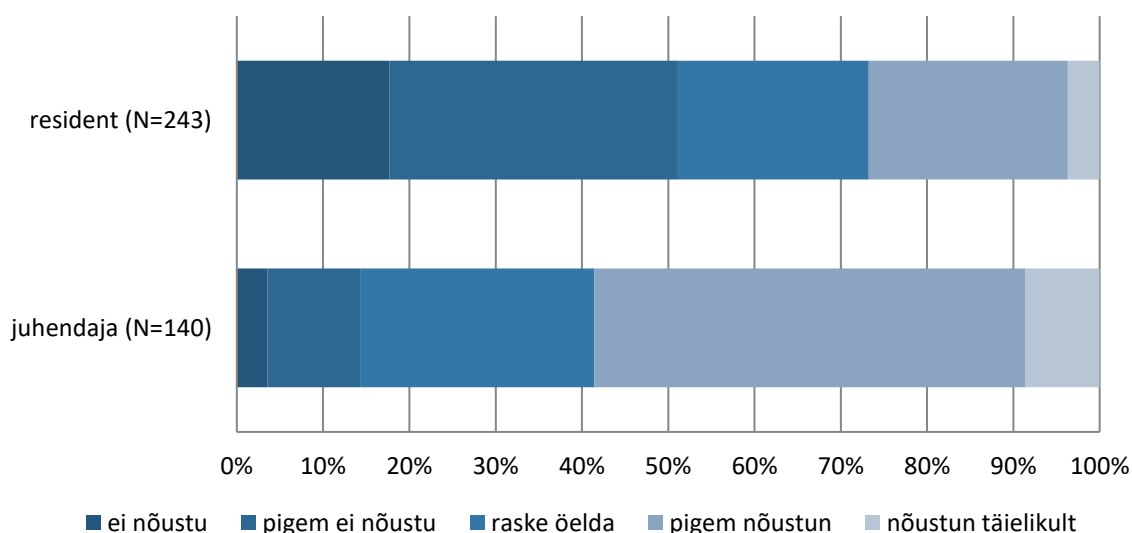
Osades tsüklites on väga head seminarid ja haigusjuhtude käsitlused, osades tsüklites need puuduvad.

sisemeditsiini eriala resident

| | |
|--|--|
| <i>Seminare, koolitusi praktilises õppes on liiga vähe.</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Meie haiglas sageli head seminarid, kirjanduse ülevaated, ravijuhtude arutelud.</i> | |
| <i>Oleneb haiglast, minul konkreetselt oli seda väga vähe.</i> | residentide juhendaja kirurgilisel erialal |
| <i>Meil toimuvad residentide ettekannetega seminarid ja osakondade tüsistuste arutelud.</i> | |
| <i>Võiks olla rohkem ja süstemaatilisemalt</i> | kirurgilise eriala residentid |
| <i>Minu eriala on küllaltki spetsiifiline ning vajaka jääb just erialastest praktilistest koolitustest. Laiemate erialade puhul tundub, et see niivõrd probleemiks ei ole.</i> | resident, eriala täpsustamata |

VÄIDE 10: RESIDENTID SAAVAD RESIDENTUURI VÄTEL PIISAVAT TAGASISIDET KUJUL, MIS TOETAB NENDE ARENEMIST PROFESSIONAALSEKS ARSTIKS

JOONIS 12. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTID SAAVAD RESIDENTUURI VÄTEL PIISAVAT TAGASISIDET KUJUL, MIS TOETAB NENDE ARENEMIST PROFESSIONAALSEKS ARSTIKS“



VÄITE 10 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Tagasiside vorm juhendajalt on väga kesine ja mitte mingit tagasisidet andev. Tagasiside võiks olla konstruktiivne – sooviksin väga, et juhendaja pööraks tähelepanu punktidele, mida võiksin kindlasti veel arendada (seda on vähe olnud), kindlasti on tore kuulda ka positiivsete asjade väljatoomist. Antud ristikestega tagasiside vorm ei anna praktiliselt mingit tagasisidet.

sisemeditsiini eriala resident

Ei oska öelda teiste osakondade kohta, meil kindlasti.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ise seda vabas vormis tagasisidevormile lunides olen saanud küll.

Seni on väga head konstruktiivset tagasisidet tulnud ühelt juhendajalt/ühelt õppebaasist (Tallinna Lastehaigla) – mujal see puudub. Samas pole ka ise seda varem küsinud – ehk saaks mujaltki.

| | |
|--|---|
| <i>Oleneb tsüklist.</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Ise püüan anda, teisi ei kontrolli.</i> | |
| <i>Tagasiside on ikka väga vähene.</i> | residentide juhendajad kirurgilisel erialal |
| <i>Sõltuvalt tsüklist ja seal olevast juhendajast.</i> | |
| <i>Tagasiside on kindlasti väga nõrk koht. Olen paarilt juhendajalt saanud kvaliteetsset tagasisidet aga see on selge erand. Reegel on see, et resident saab oma tsükli paberitele allkirja ja liigub edasi ilma sisulise tagasisideta.</i> | |
| <i>Üldiselt üritavad juhendajad oma residentidega suhelda minimaalselt.</i> | kirurgilise eriala residentid |
| <i>Tagasisidet saab ainult siis, kui küsid ning see ei pruugi olla objektiivne. Süsteemset tagasisidemehhanismi ei ole. Residentuuripäevik on formaalsus.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Konstruktivist tagasisidet antakse ülivähe. Juhendaja hinnang residentide tööle saadetakse enamasti üldjuhendajale ja resident ei saagi selles sisust teada.</i> | |
| <i>Tagasisidet antakse tsükli lõppedes päevikut täites, mis sellisel kujul ei tööta, sest hinnangukriteeriumid on pigem üldistavad ja juhendajaid täidavad neid tihti ka nõ silmad kinni kuhugi riste tehes, et oleks lihtsalt täidetud.</i> | sisemeditsiini eriala residentid |
| <i>Sõltub üldjuhendajast. Osakondade tasemel on päeviku täitmine pigem formaalsus.</i> | |
| <i>Tegeleme sellega.</i> | residentide juhendaja sisemeditsiini erialal |
| <i>Tagasisidena saab käsitleda juhendaja poolset hinnangut residentide tööle, kuid üldiselt on see pigem formaalsus, mis kiirelt muu töö kõrvalt ära täidetakse.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Tagasiside on jätkuvalt pigem "joonlauaga" ristitamine, vabas kirjas teksti ei kirjuta enamasti keegi.</i> | |
| <i>Tagasiside on vähene.</i> | kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud |
| <i>Ei ole saanud ühtegi tagasisidet.</i> | |
| <i>Olen saanud tagasisidet peaaegu ainult juhtudel, kus olen teinud otsustusvea. Positiivset ja vahetut tagasisidet olen saanud ühelt juhendajalt.</i> | |
| <i>Peale mõne kommentaari (kui väga paluda juhendajal residentuuripäevikut täielikult täita ja residentide hinnang ise kirjutada, sest osad paluvad hinnangutabeli residentil ise ära täita..) paberil ei saa mingit tagasisidet.</i> | |
| <i>Praktikapäevikud on väga üldiselt vastatud. Linnuke siin, linnuke seal. Sisulist nõu ei saa ning osad juhendajad ei vaevu isegi praktikahinnangut andma residentidele. Residentil võiks iga tsükli lõpus olla nn arenguestlus.</i> | |
| <i>Residentuuritsükli juhendaja reeglina siiski annab tagasisidet tsükli lõpus, kuid see on pigem napisõnaline ning üldistav isikuomaduste kirjeldamine kui professionaalseks arstiks arenemist toetav.</i> | |
| <i>Sageli kirjutame ka juhendajate hinnangud enda kohta ise.</i> | |
| <i>Sõltub juhendaja isikuomadustest.</i> | sisemeditsiini eriala residentid |
| <i>Lisaks igapäevasele saadavale tagasisidele tuleb ka ise tagasisidet küsida, sest on juhuseid, kus lihtalt ei öeldaks, kui midagi on hästi/halvasti.</i> | kliinilis-konsultatiivse eriala residentid või residentuuri lõpetanud |

Avalikult tagasisidet olen saanud ainult mõnede tsüklite järgselt. Ehk keegi ei räägi, et see sul hea, seda tuleb parandada, tähelepanu pöörata.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Tagasiside on vähene.

Kõik tagasisided on harilikult suurepärased, mis tähendab, et ei anta ausat tagasisidet või ei viitsita neid dokumente täita.

Tagasisidet pole eriti mitte mingisugust saanud.

sisemeditsiini eriala residendid

Tagasiside andmine sõltub palju juhendajast, üldiselt mingit sügavat analüüsi ei ole.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Tagasiside andmine oleneb suuresti juhendajast. Residentuuripäevikute tagasiside osa tundub olevat suhteliselt mittekonstruktiivne (enamik residente saab väga positiivse hinnangu, kuid seda, milliseid aspekte peaks rohkem arendama, välja ei tooda).

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

4. kuu lõpul räägime täpsemalt, pisidetaile lihvime tavatões.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Tagasisidet on võimalik juhendajatel saata otse dekaanati oma meiliaadressilt, nii saab juhtuda, et resident ei saagi tagasisidet näha.

sisemeditsiini eriala resident

Mis tagasiside? Ma ei ole ühtegi oma juhendaja tagasisidet näinud, kuigi olen maininud, et võiks ka mulle saata. Mitte kunagi ei arutatud minuga tagasisidet ei juhendajate ega üldjuhendaja poolt (ka lõpueksamil mitte).

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Paljuski oleneb juhendajast. Sageli antakse tagasisidet, mis on liiga positiivne, vigadele ei taheta viidata. Teisalt kiputakse jälle tegema kriitikat asjus, mis võib-olla polegi nii olulised arsti töö kui sellise juures.

Otsest tagasisidet on vähe, pigem tekib arusaam mida oskad ja mida teised oskavad ja võrdlusmoment sellega.

kirurgilise eriala residendid

Tagasisidet tuleb ise aktiivselt küsida, nõuda juhendajalt tsükli lõpus ja tsükli käigus.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Kõik sõltub juhendajast.

Tagasisidet residentuuritsükli kokkuvõtte päevikus ei arvestata residentuuri eriala juhendaja poolt. Residentuuribaasi juhendajad ei oska anda tagasisidet (suhtlemise probleem). Tagasiside ei ole konstruktiivne arengu suhtes.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Juhendamine on küllalt individuaalne ja seega ka tagasiside vahetu.

Oleneb otseselt juhendajast, kas ütleb kui midagi ei meeldi või mitte.

Teoreetilise materjali põhjal vastuste sisu ja vorm on juhendaja sõltuv, isegi õppekeskuse põhiselt. Sisu on reeglina ühesem kui vorm.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Haigusjuhud arutatakse läbi.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Konkreetselt ja otsest tagasisidet väga tihti ei saa. Enamus juhendajaid täidavad ka hinnangulehe mõtlemata parimate hinnetega ja muud tagasisidet ei anna.

Oleneb juhendajast, tagasisidet saab, kuid mõnelt juhendajalt liiga vähe. Üldjuhendaja poolt koostatakse kord aastas läbitud tsükli kohta eksam, mille tulemustest teavitatakse.

sisemeditsiini eriala residentid

Anname tagasisidet, aga see ei ole oluline residentuuri läbimiseks. Nt juhendaja negatiivne hinnang ei katkesta residentuuri.

Oleneb baasist.

Sõltub juhendajast .

Tagasiside ulatus sõltub residentide soovist.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Absoluutselt mitte mingit sisulist tagasisidet ei saa.

Juhendajad enamasti ei vaevu süvenema residentide hindamisele või nõrkustele viitamisele. Pigem täidavad residentuuri päeviku kiirelt ära ja saadavad edasi.

Kahjuks ei meeldi arstidele liialt täita residentuuri tagasiside vormi ja hinnangulehte.

Normaalset juhendamist olen saanud vaid minu eriala tsükliks. Teistes tsüklikes on tihti juhtunud seda, et juhendaja palub lõpus minul endal residentide hinnangulehe ära täita. Üksiku juhendajad on andnud tagasisidet, aga umbes sellel tasandil, et olid tubli, aga seda ei saa eriti tagasisideks nimetada.

Oleneb jällegi juhendajast, mõnel juhendajal on sisukat tagasisidet, sageli jällegi mitte. Kasuks tuleb pigem selline eneseanalüüs ja enda oskustele/teadmistele ausalt otsa vaatamine.

Sõltub juhendajas. On neid, kes on oma hinnangutes vägagi konstruktiivsed ning põhjalikud. On neid, kelle jaoks on tagasiside pigem tüütu formaalsus.

Usun, et enamik residentuuripäevikuid, kus ideeliselt juhendaja peaks hindama ja tagasiside andma, kirjutatakse residentide enda poolt valmis ja küsitakse lihtsalt allkiri alla. Paremad juhendajad viitsivad muidugi pikemalt jännata ja annavad pidevalt tagasiside.

sisemeditsiini eriala residentid

Kust tagasisidet? Juhendajalt? Õppetoolist? Patsientidelt? Olenevalt tsükli kohast ja juhendajast.

Oleneb jälle juhendajast, olen saanud väga põhjalikku ja asjalikku tagasisidet, aga ka lihtsalt "ristitatud" tagasisidelehe.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Sõltub juhendajatest.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Kui seda otseselt ei küsi, siis keegi mingit tagasisidet ei anna.

Tagasisidet on vähe. Tavaliselt tuleb seda ise spetsiaalselt küsida. Isegi kui juhendaja täidab residentide tagasiside vormi, siis ta enamasti residentidele seda ei näita ega ei kommenteeri.

sisemeditsiini eriala residentid

Tagasisidest ei olene residentuuri lõpetamine. Kui ajada oma dokumente digitaalselt, siis ei ole residentidele endale tagasiside nähtav. Tore oleks, kui tagasiside kohta oleks iga aasta lõpus kokkuvõtte koos residentuuri üldjuhendajaga, samas on kaheldav, kas neil äärmiselt hõivatud professoritel sellise asja jaoks lisaaega jätkuks.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Eestlased on kohati tagasihoidlikud hinnangute andmises.

Pigem vaatavad juhendajad sind kui konkurenti, kes peagi võib nende töö endale saada ja seetõttu õpetatakse sind nii minimaalselt kui võimalik.

Üldiselt pannakse resident lihtsalt graafiku järgi mingit tööd vorpima ning hea kui juhendaja üldse seda päeva lõpus kontrollib. On olnud tsükleid, mil juhendajat pole sinu õppimise ajal tööl – viibib puhkusel või koolitusel, siis vaata ise kuidas hakkama saad ning keegi sinu tehtavat tööd ei kontrolli ega juhenda.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Juhendaja hinnangulehed on siiani reeglina saadetud ainult dekanaati ja üldjuhendajale, aga mitte residendile endale. Juhendajalt saab tagasisidet ainult suuliselt tsükli käigus. Üldjuhendajaga on praeguseks räägitud, et hinnangulehed võiks siiski ka residendile endale saata.

Kui juhendajaga on suhted pisut paremad e. räägitakse omavahel vabamalt, siis saab personaalset tagasisidet töö käigus. Formaalne tagasiside res. päevikute ja juhendaja hinnangute kaudu on praktiliselt olematu. Meie erialal on 2 vaheksamit, mis annavad residendile ülevaate mingi ajahetke seisust, kuid sisulist arutelu sellest lähtuvalt väga ei eksisteeri.

Pigem on tagasiside lakooniline ning osad juhendajad ei saada tagasisidet residendile endale kui ei ole eraldi küsinud.

Pooldan süstematiseeritud arenguveestluste süsteemi, mida meie erialal hetkel ei toimu. Selle korraldamine on küll kindlasti ka väga keeruline väljakutse (residendid on eri baasides).

Tagasiside on formaalsus kohalkäimise kohta. Meie eriala vaheksamid annavad infot residendi progressi kohta ja see on sisuliselt hea, kuid peaks toimuma iga tsükli kohta.

Tagasisidet saab nii palju, kui resident seda küsib (ja ka siis ei pruugi saada) või olenevalt juhendajast. Residentuuripäevikud (teoorias kokkuvõtte residendi õpitust/tehtust) on puhtalt formaalsus ning selle kohta keegi tagasisidet ei anna (kas neid üldse loetakse?)

Tagasisidet saab siis, kui midagi ära käkid. Positiivset saab harva ja pigem LTKH-st.

Tagasisidet saab vähe.

Vajalikud oleks kindlasti arenguveestlused

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Tagasiside on minimaalne ja juhuslik. Pole õrna aimu enamasti, mis on hästi ja mis on halvasti ja kas üldse on lootust.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Sõltub ka juhendajast ja loomulikult ka juhendatavast. Juhendajatel ei ole piisavalt aega põhitöö kõrvalt ka juhendada. Ja see ei ole juhendaja süü.

Kahepoolse tagasiside süsteem peaks toimima regulaarselt, residentidel võimalus anda hinnanguid õppebaasidele, samuti saada sisukat tagasisidet juhendajatelt. Võib-olla on probleemiks Eesti väiksus "kõik tunnevad kõiki, peavad edaspidi koos töötama", kuid praegu on tagasiside enamasti formaalne. Eriti peljatakse rääkida puudustest ja probleemidest, ehk ka seetõttu, et see seaks kohustuse juhendajale ja õppebaasile otsida kitsaskohtade lahendusi. Ka tagasiside andmist peab õpetama! Olen 2005. aastal osalenud vaatljana Suurbritannias (The East Anglia Deanery) residentide ja residentuuribaaside hindamisel, see oli korralikult ettevalmistatud, kindla standardi järgi toimuv intervjuude ja tagasiside tsükkel. Eestis saaks küsitlus ja tagasiside toimida näiteks TAI või Terviseameti baasil (kes ise ei ole õppeprotsessi osalised).

Residentuuri päevik sageli ei ole mõttega täidetud. Lisaks sellest ei olene midagi, isegi kui seal oleks halba kriitikat.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Iga tsükli lõpus annab juhendaja tagasiside, aga mõni juhendaja saadab selle otse dekanaati ära ja mina residendina ei teagi, kas olin tubli või ei. Lisaks on tagasiside nn positiivsed hinded "väga hea" või "vastab nõuetele", aga midagi vahepealsed ei ole, kuigi väga hea ja vastab nõuetele vahel on suur jupp maad.

Juhendajad on võrratud olnud siiani. Eks nemad põhiliselt tagasisidet annavadki ja kujundavad meid.

Osadelt juhendajatel on väga raske konstruktiivset tagasisidet saada.

Tagasiside võiks rohkem olla, praegu see kujutab endast sageli seda, et juhendaja ristitab sulle kõikidesse kastidesse "väga tubli" hinnangulehel ja patsutab õlale. Mulle väga meeldib, kui mõni juhendaja viitsib näiteks detailselt minu epikriise lugeda ja nende kallal n-ö norib – mina ju õpin sellest! Näiteks kui minu lause on kaheti mõistetav ja tema sellele tähelepanu pöörab. Väga teretunud.

Viimases valves juhendav arst turtsatas, kui ta mõne mu idee või tegevuskäiguga rahul ei olnud, paremal juhul ütles, mis tema hinnangul teha tuleks, kuid seletused miks jättis endale otsida -> väga juhendajast sõltuv.

Oleneb juhendajast, kui see tagasiside ei ole piisav või alati reaalsusele vastav (nt resident näib tublim kui ta tegelikult on).

sisemeditsiini eriala residendid

Juhendaja tagasiside iga tsükli lõpus annab päris hea ülevaate.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Päris hästi toimivat mentor-süsteemi meil veel ei ole, kuid liigume selles suunas. "360 kraadi" tagasiside ja regulaarsed individuaalsed hinnangud meil juba on.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Hindamislehed tunduvad olevat isikliku läbisaamise põhised või siis mitte midagi ütlevad (indiferentsed) nii palju, kui inimestega rääkinud olen.

Hinnangud, mis antakse juhendajate poolt, on üsna umbkaudsed. Konstruktivne kriitika puudub.

Residentuuripäeviku esitamisel saadav tagasiside on vähene ja praktiliselt ainus saadav kommentaar.

Siin on palju arenemisruumi. Tagasiside võiks olla näost näkku. Kolm punktiirrida ja viisakusest linnutatav leheke EI kvalifitseeru tagasisidena olukorras, kus juhendaja a) ei ole residentide vahetu juhendaja/ ei ole temaga kokku puutunud b) ei viitsi süveneda c) teda ei koti. Juhul kui antud tagasisideleht jääb püsima, siis peaks sellele kindlasti kaasnema suuline tagasiside.

Sisulist ja konstruktivset tagasisidet või tunnustust Eestis praktiliselt ei jagata. Pigem on tagasisideks rahulolev patsient.

Tagasiside on tavaliselt tagantjärgi ja tihti kirjalik. Ootaks vahetumat tagasisidet nt. kohe peale operatsiooni/protseduuri/keerulisemat patsienti.

Tagasisidet saad enamasti siis kui on halvasti. Või kui ise küsid. Mõni juhendaja täidab tagasiside ankeedi väga korralikult ja sa saad sealt ka kasu, teine teeb ülejala igale poole nr 5 juurde tärnikesed. Super! Tartus nüüd ka kahel korral viidud läbi ka 360 residentide hindamist, kus residentide pehmeid väärtuseid/oskuseid hindasid arstid, ämmaemandad, õed, hooldajad (15 tk) ja selle järgselt toimus üldjuhendajaga individuaalne vestlus!

Väga oleneb juhendajast.

kirurgilise eriala residendid

Minu jaoks jääb hinnangu andmine liiga pinnapealseks ja sisutuks. Kuna puudub mentor, siis puudub inimene, kellel on reaalne ülevaade üldisest arengust ja selline tagasiside puudub sisuliselt, sest see toimub ainult paberite alusel, aga paber kannatab kõike.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Oleneb tsüklijuhendajast, mõni teeb seda väga hästi.

Suur ümmargune null – mitte mingit tagasisidet.

Tagasiside üldjuhendajalt puudub.

sisemeditsiini eriala resident

Kahjuks ei saa patsientidelt tagasisidet ja arsti tagasiside sõltub ka sellest, kui palju ta oma ajast kulutab sellele tagasisidelehele. Mõni arst saadab tagasisidelehe otse dekaanaati ja seetõttu ei ole võimalik üldse mingisugust hinnangut saada. Ehk siis ei teaks ennast ka parandada, kui midagi halvasti oleks.

Osades tsüklites ei saa piisavalt praktikas osaleda – seega oskuste/ teadmiste hindamine ei ole piisav ja seega tagasiside ebapiisav.

sisemeditsiini eriala residentid

5 aasta vältel 1 arenguvestlus.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Ega väga ei viitsita midagi öelda, hinnangulehele ristikeste tõmbamine on juba tohutu pingutus. Pean silmas 2-aastasest kirurgia baaskoolitust, erialaõppes on seis parem.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Residenti töö hindamise tabel on "hambutu". Kõike ei ole võimalik hinnetega hinnata. Pigem võiks olla iseloomustus praktikakohalt. Praegu on kõige tublimate ja kõige laisemate hindamisel väike vahe. Sageli panevad ristikesi residentid ise. Samuti peaks resident hindama ka juhendajat, siis saaks välja praakida juhendajad, kes ei viitsi õpetada ja parimad esile tuua ning residentidele soovitada.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Arenguvestlusi teevad väga vähesed juhendajad, juhendaja tagasiside leht on praktikas puhas formaalsus ja asjalikku tagasisidet saab minimaalselt.

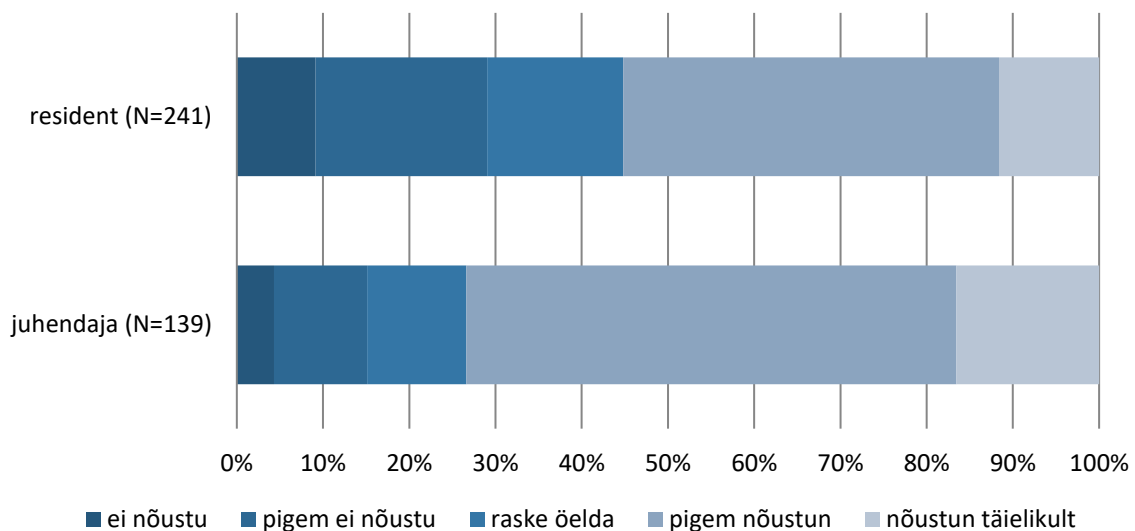
Sõltub juhendajast.

Tagasiside minimaalne või olematu. Harva keegi realselt süveneb arengusse.

kirurgilise eriala residentid

VÄIDE 11: RESIDENTI VASTUTUSE MÄÄRA TERVISHOIUTEENUSTE OSUTAMISEL TÕSTETAKSE JÄRK-JÄRGULT KOOSKÖLAS TEMA OSKUSTE JA TEADMISTE SUURENEMISEGA

JONIS 13. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTI VASTUTUSE MÄÄRA TERVISHOIUTEENUSTE OSUTAMISEL TÕSTETAKSE JÄRK-JÄRGULT KOOSKÖLAS TEMA OSKUSTE JA TEADMISTE SUURENEMISEGA“



VÄITE 11 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Vastutuse määr sõltub juhendajast. Mõni juhendaja järk järgult laseb sul rohkem vastutada. Mõni ei lase üldse, mõni laseb üleliia.

sisemeditsiini eriala resident

Teatud tingimustel olen nõus jätma residentide üksi operatsioonituppa.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Järk-järgult võimaldatakse järjest iseseisvamalt töötamist operatsioonitoas. Probleemiks on iseseisva kogemuse omandamine intensiivravis – vanema aasta residentidel võiks võimaldada rohkem iseseisvalt valvata (tagavalvajaga). Rohkem iseseisvat valvetööd võiks võimaldada ka anesteσίας.

Residentuuri vältel ei ole kindlat eristamist eri aastate residentide vahel.

See on nii ainult mõnedes baasasutustes ja osakondades.

Sõltub täielikult juhendajast.

kirurgilise eriala residentid

Olin esimese aasta resident, kui mind pandi nädalateks ühe haigestunud arsti asemele ambulatoorseid vastuvõtte tegema, kuigi programmi järgi hakkab resident alles 3. aastast iseseisvaid vastuvõtte tegema.

Väga varieerub, üks arst ei luba residentil midagi üksi teha ja teine juhendaja vastu residentide soovi kohustab tegelema vastutusrikaste ülesannetega, milleks noorel arstil pädevust pole.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Algusest peale vastutad ühepalju.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Jällegi väga problemaatiline. Mul oli sel teemal just ühe mu juhendajaga diskussioon. Järeldus oli, et kuni resident on resident ei vastuta tema millegi eest, vastutab juhendaja. See tähendab, et residentil puudub õigus sisuliselt vastutada. Minu arust suur probleem. Residentil võetakse seoses sellega ära ka võimalus oma vigadest õppida.

Oleneb. Siiski muu eriala tsüklis ei jagata EM residentidele eriti vastutust.

kirurgilise eriala residentid

Sõltub residentuuribaasist ja hetkeseisust töötajate arvust. Kui on vaja töögraafikus "auke" täita, siis ei pöörata tihti tähelepanu arst-residentide kompetentsusele.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Pigem visatakse vette ja ise vaata kuidas välja ujud. Nt 1.-2. aasta residentid valvavad üksi nii Regionaalhaiglas kui ka Ülikooli Kliinikumis. Sõltub palju juhendajast, kas on võimalik konsulteerida või oledki üksi.

Üldjuhul nõustun. V.a valvetöö, mida peab iseseisvalt tegema alates II aastast olenemata varasematest tsüklitest või valvekogemusest. Väidetavalt peab residentil ka valves olema juhendaja, kuid reaalsuses seda ei ole. V.a ITK, kus sisevalvete asemel tehakse EMO valveid koos juhendajaga, kuid need valveid ei ole sisuliselt poolelt võrdväärseid.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Iseseisvale tööle lubame pärast kompetentsuse hindamist.

Jah, esimestel aastatel töötab noor kolleeg kogenud kolleegi abiliseks, alates kolmandast aastast iseseisvalt vanema kolleegi juhendamisel.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Pigem vastavalt puuduvatele töökohtadele/täitmata valvegraafikutele.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Juba teise aasta alguses pannakse resident üksinda III etapi haiglasse valvama ning see ei muutu residentuuri jooksul.

Kohati esinevad küll suured hüpped a la residentide iseseisvalt majavalvesse panemine ilma juhendava arstiga (eeldatavasti siis kolleegid arvavad, et ta teadmised on piisaval tasemel).

Põhimõtteliselt pannakse I aasta resident III etapi haiglas valvearstina tööle ilma formaalse back-up'ita.

See oleneb pigem juhendajast ja tema tööstiilist.

Sõltuvalt osakonnast jäetakse resident (ka alles esimese aasta resident) koheselt üksi tegutsema oma haigetega ilma erilise juhendamiset. Kui juhendajalt patsientidega seoses nõu küsida või tahta arutada haigusjuhtusid, on sageli näha, et juhendaja ei keskendu ega anna ka sisulist tagasisidet. Pärnu Haigla siseosakonnas oli juhendajal endal nii palju tööd, et residentide juhendamiseks aega enam ei jäänud. Minu oskusi ning teadmisi ei hinnanud juhendaja kordagi. Mille alusel sai tsükli lõpus täidetud hinnanguleht minu tööle ei oska kohe kuidagi öelda. Abi sain teistelt kolleegidelt, kes tulid appi heast tahtest, mitte kohustusest. Samas jälle mõnes teises osakonnas antakse residentidele jällegi väga vähe ülesandeid ja vastutust või tehakse kogu töö topelt juhendaja poolt üle ilma minu tööga tutvumata. Järk-järgulist vastutuse määra tõstmist küll ei ole, oskusi ning teadmisi jooksvalt tegelikult väga ei hinnata. Ning valvegraafikusse lisatakse samuti väga varakult ilma vastutava juhendaja määramiseta.

Vastuse määra on väga juhuslik ja sõltub väga palju osakonnast ja juhendajast. Kipub varieeruma kahe äärmuse vahel – vaatleja-üliõpilase positsioon kuni täiesti iseseisev töötaja, kellel ei ole vastutavat juhendajat käepärast, kellelt nõu küsida.

sisemeditsiini eriala residentid

Siiani on see just sellisel viisil töötanud.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Konkreetselt oma erialal küll, kuid muidu – valvad suhteliselt kohe, ja see töö sinu teadmistest ei sõltu. Lihtsalt vaja teha.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Vanemad residentid töötavad enam üksi.

sisemeditsiini eriala resident

Kõikide aastate residente käsitletakse enam-vähem võrdselt, erinevus on teiste erialade residentidega, kes on tsükli kuskil mujal kui oma erialal – neile antakse mõnel pool vähem vastutust/kohustusi.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Tundub, et ka esimese kursuse residente pannakse samamoodi üksinda valvama nagu kolmanda kursuse omasid.

sisemeditsiini eriala resident

Mingil määral, kuid see tulenes pigem sellest, et keegi peab ju eriarsti töö ära tegema ja selleks olid vanema aasta residentid paremad.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Jällegi oleneb paljuski juhendajast. Mõnikord antakse liialt vastutust ning teinekord ei lubata isegi väiksemaid asju ise otsustada. Tase on väga ebahühtlane.

kirurgilise eriala resident

Juriidiliselt see nii ei ole. Resident on tervishoiuteenuse osutaja ja palgatööline, kuid ta ei ole päris iseseisev. Tema eest vastutab tema juhendaja, isegi residentuuri viimasel päeval.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Muidugi, mõnes mõttes usaldad residentidele rohkem, kui ta osutub osavaks ja põhjalikuks. Selle usalduse tekkimiseks on vaja muidugi pikemat aega kui üks ühekuuline tsükkel.

Mida rohkem resident õppinud on, seda enam teeb ta tavaarstiga sarnast tööd.

residentide juhendaja kliinilis-konsultatiivsel erialal

Koostöös juhendajaga lihtsamalt raskemale liikumine.

Kõik vastused/lõppdiagnoosid läbivad juhendajapoolse kontrolli va üks keskus. Lahangute ülevaatamine saab mõne lahangu järel protokollide ehk tekstipõhiseks.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident

Vastavalt pädevuse kasvule.

Vastutuse määr on vähenenud, võrreldes varasemate õppesüsteemidega.

Vastutuse määr sõltub väga suurelt tsüklist ning juhendajast.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Pigem oleneb residendi isikuomadusest, aktiivsemad residendid saavad rohkem vastutust (algusest peale), kuid siiski jääb seda väheks.

V.a. valvetöö. Valvetoas ei toimu alati residentide juhendamist. Kui on kiire ja palju patsiente, siis peab igaüks saama hakkama.

sisemeditsiini eriala residendid

Ma arvan, et residendi vastutus suureneb hüppeliselt iseseisvalt tööle asudes ning järgmise sammuna residentuurist väljudes, ma ei oska kirjeldada siinkohal sujuvat tõusu protsessi käigus.

Sõltub residendist, millal ja kui suures mahus see toimub.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Enamus erialadel oodatakse residentidelt varasemaid süsteemseid erialaseid teadmisi ja oskusi ning seega antakse ka koheselt põhjendamatult suur vastutus.

Iseseisva töö võimalused residentuuri jooksul kasvavad.

Jällegi... oleneb osakonnast ja juhendajast. Ideaalis see nii toimida võiks, reaalsuses alati kindlasti mitte.

Mina pidin kohe residentuuri esimesest päevast alustama iseseisvat vastuvõttu, kuna töötajaid oli puudu.

Olenevalt muidugi erialast, aga enamasti nõ visatakse vette.

Peremeditsiini tsükli küll, kui töötada 6 kuud ühes keskus, siis antakse aja edenedes rohkem ülesandeid, aga jälle, see tohutult sõltub keskest, kus töötatakse.

Praktikal vist tuleb nii välja; juriidiliselt ei ole see nii: tekst ametijuhises on kõigil kursustel üks ja sama.

sisemeditsiini eriala residendid

Tallinnas piisav töökoormus, võimalus töötada iseseisvalt suurem võrreldes Tartuga.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

1. päevast saame oma patsiente, kellega tegeleme iseseisvalt. 1.aastast iseseisvad valved 3x kuus. Arvan, et residendi vastutus on liiga suur.

Igal pool mujal on alati olnud head kogemused, kuid pean siia välja tooma kardioloogia valiktsükli ITK südamekeskuses – teise eriala residendina pidin valvama juba teisel nädalal tervet haiglat koos EMO-ga, mis on pehmelt öeldes absurdne. Juhendaja oli ka maja peal kusagil olema ja telefoniga kättesaadav, kuid mitmele ägedale infarktihaigele hilines õige abi seetõttu 10-20 minutit ja see on minu arvates lubamatu. Tulemuseks oli minu jaoks küll äärmiselt intensiivne kardioloogioskuste õpe, mis tulevikus mulle kindlasti kasuks tuleb, kuid sellest hoolimata on sellise õppevormi kasutamine potentsiaalselt patsienti ohustav. Tean, et taolisi probleeme on olnud pea kõigil residentidel, kes seal on olnud.

Kohe algusest suur vastutus.

Oleneb praktikabaasist ja juhendajast. Kohati kipub toimuma n-ö vette viskamine ja vastutuse määr on kogenematule residendile liiga suur.

Sõltub osakonnast. Näiteks psühhiaatria residendina kohustus hakata esimesel nädalal kardioloogi valveid tegema on minu meelest küll ebaadekvaatne.

Vastutus on kohe esimesest aastast alates väga suur, kahjuks mingit diferentseerimist selles vallas ei ole.

Vastutus on ühtlaselt suur alates esimesest aastast viimaseeni.

sisemeditsiini eriala residendid

Jah, aga võiks tõsta rohkem.

Nii esimesel kui ka viimasel kursusel võivad residendid teha omapead tööd, keegi ei vastuta vigade eest. Kuna Eestis patsiendid kaebavad vähe või kui kaebavad, siis haigla mätsib kaebused kinni, siis resident oma tehtud vigade tõttu üldiselt ei kannata – kannatavad vaid patsiendid.

Võib erialade lõikes olla erinev.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Mingi trepp on aga see on umbes 2 astmega.

Erandiks on teatav osa valvetööst, mil sõltub konkreetsest juhendajast, kui iseseisvalt hakkama peab saama.

Pigem on see loomulik jätk ja oleneb rohkem residentide praktikabaasist. Tsentraalset olulist eristust peale residentuuriaasta numbri ei ole.

Sisuliselt vastutus kasvab järk-järgult, kuid üleminek täisvastutusele tuleb reeglina järsult pärast lõpetamist.

Sisuliselt see nii toimib ja järk-järgult vastutus kasvab. Kuid kohati ka vastavalt tööandja vajadusele lisa-tööjõudu enam kaasata. Kindlat kokkuleppelist süsteemi ei ole.

Sõltub väga tugevalt haiglast. Mõnel pool on keeruline rihma otsast ära saada, teisel pool jälle on raskusi rihma ülesleidmisega.

Teatud oskuste omandamisel antakse residendile rohkem õigusi uuringuid iseseisvalt teostada ja vastata. Alati jääb võimalus vanema kolleegiga konsulteerimiseks ja nõupidamiseks.

Varasematel aastatel on alustatud iseseisva tööga mõnes residentuuribaasis pigem liiga vara. Praeguseks on seda probleemi residentuuribaasis arutatud ja leitud lahendus.

Võiks olla rohkem vastutust aga suurem kontroll.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Üldiselt nii toimub, annaks paremaks timmida.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Vahel mõnes keskkuses proovitakse ikkagi liialdada.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Oleneb haiglast ning konkreetsest osakonnast, kus hetkel olla.

Sõltub töökohast ja juhendajast.

Vastutuse määr on ikka endine – juhendaja vastutab.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

On tunne, et keegi ei tea, kes kus ja millal vastutama peaks.

Usaldus on selle alus ja lubatakse kenasti tööd teha ja end täisväärtuslikuna tunda.

sisemeditsiini eriala residendid

Residentide vastutus sõltub osakonnast, kus ta tsükliks on, ja varieerub suurel määral.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Residentide eest vastutab juhendaja ja kui eriala eksam on tehtud, siis vastutab juba ise.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Algul oli see nii. Nüüd ei tohi meie asutuses enam ühtegi iseseisvat otsust langetada.

Hetkel piiratakse väga meie iseseisvat otsustusõigust.

Jah, aga probleem on selles, et valves oled ikka resident, kas oled I aasta oma või IV, aga tegelikult see, mis sa teed ja kui iseseisev sa oled, on väga erinev. Siit ka kaasvalvajate mõnikordne lause: "Mina ei taha I aastaga koos valvata, siis peab kõik ise tegema". NT 4a residentiga koos valvates võib vanem valvearst enamuse valvest omi asju ajada, haigusjuhte lõpetada jne.

Mitte igas töö aspektis (suhteliselt ruttu pead residentuuri alguses iseseisvalt väheste teadmiste ja oskustega hakkama saama), kuid üldiselt küll.

Pannakse valvetöösse ka siis, kui ei ole läbitud kõiki valvamiseks vajalikke tsükleid.

Sageli toimub palju iseseisvat tööd (nt päevakirurgias teeb resident üksi operatsioone) ja keegi ei kontrolli.

Seaduse ees on 1. aasta ja 5. aasta resident võrdsed.

See oli senimaani sedasi. Aga käesoleval õppeaastal on pigem see, et iga residentide otsus peab olema konsulteeritud juhendajaga, ehk vastutus praktiliselt puuduks.

Vastutuse määramine sõltub haiglast, kus residentuuri teed.

kirurgilise eriala residentid

Pigem tõstetakse vastutust vastavalt sellele, millisele tööloigule on vaja residentide panna. Kuna ei toimu süsteemset pädevuse hindamist, siis ei saa toimuda ka kooskõlastatud vastutuse suurendamist.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Lükatakse väga tundmatusse – esimese aasta residentide ei peaks seadma fakti ette et ta peab tegema iseseisvat vastuvõttu ja sellisel ajal/päeval/kohas, kus ühtegi juhendavat arsti olemas ei ole.

sisemeditsiini eriala resident

Informeerimine töö protsessist (majasisene töökorraldus) nt EMO-s puudulik, sageli lihtsalt paigutatakse töökohale, kus abikäsi vaja on – ülesandeks arstiabi andmine+ töökorralduse tundmaõppimine.

sisemeditsiini eriala resident

Eeldatakse, et teatud ajaks peab oskama.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Residentide arstiks saamisel peab vastutus tõusma.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Tihti tundub, et residentide kasutatakse "odava tööjõuna" paberitöö ja osakonna arsti/EMO arstina (ka teiste erialade residentide) üsna minimaalse juhendamisega.

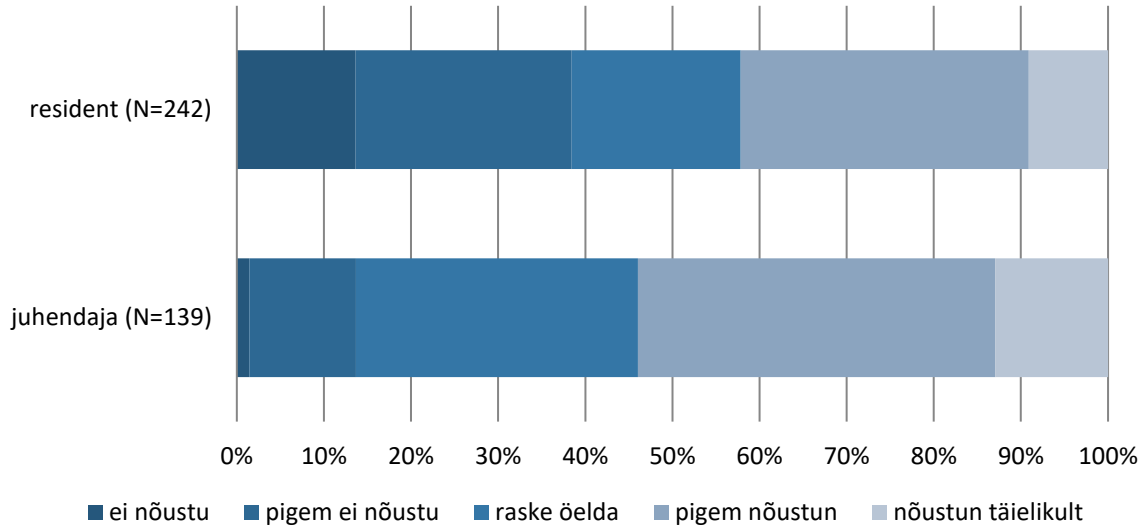
kirurgilise eriala resident

Residentide osas võiks lähenemine olla individuaalsem, kuna residentide tase on siiski veidi erinev. Aga sageli eeldatakse juba esimese aasta residentidelt rohkem kui peaks (nt. sisekliiniku valved ilma kindla juhendajata).

resident, eriala täpsustamata

VÄIDE 12: RESIDENTUURIÕPE ON KORRALDATUD VIISIL, MIS HOIAB RESIDENDI VAIMSET JA FÜÜSILIST TERVIST

JOONIS 14. NÕUSTUMINE VÄITEGA RESIDENTUURIÕPE ON KORRALDATUD VIISIL, MIS HOIAB RESIDENDI VAIMSET JA FÜÜSILIST TERVIST



VÄITE 12 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Arvan, et see õppeprogramm ei ole üldse arvestanud selliste asjadega. Nii hoiab tervist, kuidas ise suudad.

sisemeditsiini eriala resident

Juttude põhjal ei ole see teistel erialadel nii.

Väga väike koormus võrreldes paljude teiste riikidega.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Enamjaolt on vaimne ja füüsiline koormus OK ning suuresti enda teha, mõni õppebaas teeb aga ebainimlikke graafikuid, nt valvamine ainult öösiti ja nädalavahetuseti, üle öö, ainult koos kehvade juhendajatega (kui osakonnas on väga erineva tasemega residentide juhendajaid).

Saab üldiselt nõustuda. Tasustamata ületunde tegema ei sunnita. Mõnes osakonnas on resident sunnitud tegema palju öövalveid, kuna korraga on osakonnas töö suur arv residente (nt 6) ja kõigile ei jagu päevast tööd.

Vastutust ja töökohustusi tuleb üsna sujuvalt juurde.

kirurgilise eriala residentid

Sõltub kollektiivist.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Ei tunne, et keegi oleks selle peale mõelnud.

Residentuuri ajal võetakse sinust viimast ning eriala tsüklites on tööpäevad tihedalt tööd täis. Kui on vaja lugeda ravijuhendeid või artikleid, siis see tuleb oma vabast ajast

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Meie baasis ei erine residentide ja põhikohaga arsti töö muus osas kui valvete arv kuus. 1 valve nädalas ei tohiks tervisele halvasti mõjuda.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Resident koostab ise oma residentuuriplaani ning määrab sellega, kui palju ta oma vaimset ja füüsilist tervist säästab või ei säästa.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Hahahahahaha.

Norm töötunnid. Lisatöö tegemine on vabatahtlik. Tasuta tööjõu mentaliteeti ei ole.

Pigem on eeldus see, et isiklik elu ja heaolu tuleb residentuuri ajaks (ning vaadates vanemaid kolleege ka edaspidiseks) jätta tahaplaanile. Tugevalt on eelisseisus residendid, kellel pole haiglast väljaspool erilist elu.

Olen ise üritanud oma residentuuriprogrammi oma vaimse ja füüsilise tervise hoidmiseks vastavalt kohandada. Et jätkusuutlikult tööd teha, peab taustsüsteem paigas olema, era- ning tööelu tasakaalus. Õnnelikud, puhanud, ilma ülemäärase stressi all töötavad inimesed on produktiivsemad.

kirurgilise eriala residendid

"Surutakse" peale liiga palju lisavalveid – need on küll tasustatud.

Sõltub liiga palju konkreetsest situatsioonist ja konkreetsest inimesest. vaimset tervist sageli ei arvestata, kuid see on meie ühiskonna üldine probleem ka muudes valdkondades.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud

Sõltub väga juhendajast, kui ülekoormatud residendid on.

sisemeditsiini eriala resident

Suhtun residentide kui noorde kolleegi lugupidamisega, mis põhimõtteliselt ei erine suhtumisest kellesse iganes. Tööd korraldame nii, et kõik säilitaksid vaimse ja füüsilise tervise.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Suure töömahu tõttu venivad tööpäevad sageli pikemaks ja vajalikud asjad tehakse ära vaba aja arvelt.

sisemeditsiini eriala resident

Inimeste võimed ja taluvus on väga erinevad. Teiseks peaks olema residentuuri nimetatud raskus (nii vaimne kui füüsiline) kooskõlas valitud erialaga – nt perearst (päevane ambulatoorne töö) vs. kirurg (pikad lõikused, öövalved)

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ammu juba on läbipõlemise märke. Ei lasta võtta lisapuhkust, isegi ametliku puhkusega on probleeme.

Kuna residentuuris enamasti puudub vastutus oma patsientide eest, siis ei ole vaimne koormus liiga suur. Samuti ei sunnita tegema ületunde, vastupidi, vahel kipuvad tööpäevad liiga lühikeseks jääma

See on pigem individuaalne ja oleneb isikuomadustest.

Sõltub suuresti juhendajast ja osakonna töökorraldusest.

Viimane kuu töötasin 220 tundi.

Üle töötama üldiselt residentuuri raames ei sunnita.

sisemeditsiini eriala residendid

Tööpäevad on pikad (ilmselt oleneb ka erialast ja tsüklist/juhendajast), lisalugemiseks jääb seetõttu vähe aega. Vaba(d) päev(ad) erialase kirjandusega tutvumiseks võiksid olla ametlikult erialakavasse sisse kirjutatud, et ei peaks eraldi juhendajat tülitama ja tööajast vaba aega küsima. Füüsilisest poolest: jah, isikukaitsevahendid ja vaksineerimise võimalused on tõesti olemas ja mõnes haiglas saaks isegi kohalikku spordisaali kasutada. Ilukirjanduse lugemiseks aga ei jää kohe üldse mitte aega :)

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Loodan, et on nii.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Kohati olen vaimselt ikka väga palju kannatanud.

Tööaegadest peetakse üldiselt kinni. Endal pole terviseprobleeme olnud.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Ei näe, et residentuur oleks kuidaski sellega seotud... Ei saanud sellest aru.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Tavapärasele tööle osakonnas lisanduvad valved, mis olenevalt osakonnast ning aastaajast (näiteks suvine puhkuste aeg) annab hulga ületunde.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ent siiski on ka teatud tsükleid, kus see mõnikord kahtluse alla satub. Kui kõik tööandjad ka mõistaks, et meie residentuuri leping on ka dokument, millest võiks kinni hoida ja ehk meenutaks vähem, seda kuidas nende ajal oli (oleme ehk kõik kuulnud "meie ajal ei saanud nädalvahetustki" jne), siis ilmselt oleks ruumi kindlasti ka tervele vaimule ja füüsilisele.

Resident olla on kergem, kui oli olla üliõpilane.

Residentuuri ajal võiks olla võimalus ka ületöötamisstressi tõttu võimalus võtta akadeemilist puhkust omal soovil ilma arsti tõendita.

sisemeditsiini eriala residentid

Sõltub samas erialast – nt kirurgilistel erialadel on mõnel pool ootused (tihti liiga ülemäärased) residentide panusele suuremad.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Eks iga residentide vaimse ja füüsilise tervise eest hoolitsemine on residentide enda asi.

Pigem nõustun, kuigi oftalmoloogia residentuur on väga intensiivne (vaid 3a) ja tööd ja õppimist palju ja intensiivselt.

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Oleneb tõenäoliselt keskusest.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Puhkust saab võtta ainult tervisetõendi alusel, olles 6 aastat õppinud, on loomulik, et inimene tahaks ka reisisida ja vahel puhata rohkem kui 30 päeva aastas.

sisemeditsiini eriala resident

Vaimset tervist küll mitte – pigem oli pidev iseendas kahtlemine, kulgemine ja katsetamine, mis minu vaimsele tervisele küll hästi ei mõjunud. Füüsilise tervise osas oli vist rohkem enda asi, et ma kunagi ühtegi trenni enam ei jõudnud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Oleneb kui heaks kirurgiks resident saada tahab. Kui ta tahab palju näha ja õppida, siis füüsilist tervist see väga ei hoia.

Olenevalt õppebaasist. Residentuurikorraldus ise otseselt ei kaitse residentide tervist. On olnud kogemusi residentidena, kus töö- ja puhkeaja seadus oli formaalne, kuid reaalselt pidi tööd tegema nagu orav rattas. Pidevalt sunniti valvesse. Pidevalt pidi olema peale 24 h valvet veel ühe tööpäeva 8 h tööl – tihti ka kauem. Lõunapause ei olnud. Kirjandust isegi ei jõudnud normaalselt lugeda, sest töö kulges valvest valvesse (iga 2.-3. päev oli valve). Isegi trennis käia ei saanud ja tervis käis alla.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Esineb kõikumisi tsüklite ja haiglate vahel. Sageli siiski tunne, et pigem füüsilise tervis kannatab. Tööpäeva jooksul sageli lõunapausiks aega ei jää. Sageli töökoormus liialt suur ja ka vaimne tervis hakkab kannatama.

Et saavutada minimaalne kompetents, on minimaalne keskmine töönädala pikkus 70+ tundi.

kirurgilise eriala resident

Kirurgiks ei ole võimalik saada 8-st 16-ni tööl käies, mistõttu on valvetöö, sh õine töö eriala paratamatus, mitte residentuurikorralduslik viga.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Enam kergemaks ei saaks teha. Niigi vähe peab pingutama.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Minu eriala ei oma füüsilise tervise ohtu. Vaimse tervisekahjustuse oht ei erine tavaarstist.

Sõltub inimese iseloomust ja vastupanust. Üldiselt, praegune residentuuri programm, kui teha seda punkti järgi täies mahus on liiga mahukas ka juba 5 aastat töötanud patoloogile.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Residentuurikorralduses on tervise aspektist kõik korras. Küll aga on väga problemaatiline töötervise nõuetest kinni pidamine haiglate patoloogia osakondades. Sellest on aga kõik haiglajuhid teadlikud ja aastad probleemi toksiliste ainete (formaliini ja ksüleeni aurud) kasutamisel ohutuse tagamist ignoreerinud. Residentuuriõpet selles kuidagi süüdistada ei saa. Noore lapsesaamiseas naisena see mind aga väga häirib.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident või residentuuri lõpetanu

Ületunde pole planeeritud, kuid resident ise töötab mujal, siis see on tema valik – rahaline kate on residentuuris piisav – 33 % arstidest saab sama palka

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ikka vahest on töökoormus suur, kuid keegi ei sunni peale seda – lihtsalt enda arengu nimel mõnikord jäävad vabad päevad välja võtmata valvete eest vms.

Residentuuriõpe on pigem kurnav ja eeldab täielikku pühendumist (ületunnitööd peetakse enesestmõistetavaks, samas seda ei tasustata). Osakoormusega töötamist ei võimaldata. Valvetööd peavad tegema ka väikeste laste vanemad.

sisemeditsiini eriala residendid

Residendi töökoormus on siiski oluliselt väiksem arsti praksisepidaja töökoormusest.

Tööd peab tegema (iseseisvat tööd on palju)

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

1 kuu kaupa pidev töökeskkonna (uus personal, uued juhendajad, uued reeglid, uued ülesanded jne) vahetus on minu jaoks väga raske.

Kuna endal on vähe võimalusi midagi muuta ja juhendajast sõltub väga palju. Kui satub tsüklile hea juhendaja, siis on kergem. Samas "hea juhendaja" tähendab väga palju erinevaid asju erinevatele residentidele.

Oleneb täiesti erialast ja kui palju (ja mis kursusest alates) hakatakse valvetööd tegema

Oleneb väga erialast – vaesed kirurgia residendid...

Peremeditsiini residentide töökorraldus on vägagi mõistlik.

Puhkuste süsteem on idiootne, lisaks kui kuuajase tsükli keskel haigeks jääda pikeneb residentuur.

Puudub normaalselt korraldatud võimalus haiguslehe või ka nt palgata puhkuse võtmiseks. Samuti puhkust on võimalik realiseerida ainult terve kuu kaupa.

sisemeditsiini eriala residendid

Nii ja naa. Kui olla stabiilselt tsükliis, siis jah. Vahepealsed sõidud vabariigi piires (Tartu, Tallinn, Paide) on kurnavad.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Koormus on mitmeid kordi väiksem tavaarstiga võrreldes, pärast residentuuri lõpetamist on isegi raskusi tavakoormusega toimetulekul.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Arvestades seda, et kõik on uus, pingeline ja emotsionaalselt raske ning seda kui vähe me puhkust saame, siis vaimse tervise hoidmisest siin küll rääkida ei saa.

Esimesest aastast, juba enne kliinilist tööd peaksid olema sissejuhatavad psühhoteraapia kursused.

Ka eneseregulatsioon aitab siin.

Peaaegu vajalikuks võimalust läbida residentuuri osalise koormusega. Residentidel peaks olema võimalus võtta tasustamata puhkust.

Minu jaoks on koormus täiesti okei, kuid arvan, et see on pigem juhus ning programmi koostamisel lähtutakse ikka sellest, et resident õpiks võimalikult palju.

Praeguseks on psühhiaatrias see väga paranenud – sageli on residentidel võimalus osaleda grupi-supervisioonis. Kolleegid ja õppetool on väga toetavad. Õppekava ei ole liiga tihe ning on küllalt paindlik.

Sellele ei pöörata üldse tähelepanu.

sisemeditsiini eriala residentid

Kindlasti erinevused erialade vahel. Sage osakondade vahetus ning erinevad valved, kus vajalik osaleda, võivad olla väsitavad. Vahel kohustuslikud tsükliid, mis viivad kodust ja perest eemale. Ka ebakindlus tulevikus suhtes (residentuuri läbimine alati ei garanteeri töökohta).

Tänapäeval on väga raske täpsustada, mis "hoiab residentide vaimset ja füüsilist tervist". Kas 24h valve seda hoiab? Aga kes siis neid valveid residentuuri lõppedes tegema hakkab? Üldiselt usun, et pigem pulmo residentuur hoiab vaimset ja füüsilist tervist, sest suurt tööhulka ei nõuta kuskil. Pigem teeb resident lisatööd (oma residentuuri jooksul tegin Viljandi haiglas sisevalveid ja Rakvere haiglas kopsuarsti vastuvõttu) omast vabast tahtest.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Jah. Maailmas on palju kohti, kus ollakse märksa karmimad, aga seal on enesetappe ka rohkem.

Päevade pikkus ja töö koormus ei arvesta seda, et ka residentidel võivad olla juba lapsed ja perekond. Eeldatakse, et lähed peale pikka ja rasket tööpäeva veel koju või raamatukokku lugema. Millal siis neid lapsi peaks kasvatama? Muidugi on laste soetamine residentuuri või põhiõppe ajal vabatahtlik, samas tulevad meie günekoloogid pidevalt meelde, et noored lükkavad töö ja õpingute tõttu laste saamist edasi kaugesse tulevikku ning lõpuks erinevatel tervislikel põhjustel neid enam ei saagi.

Võib erialade lõikes olla erinev.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Füüsilisega pole eriti hullu, kui ise hoogu ei sattu. Vaimsega on asjad hapumad.

Kohati on inimlikud suhted residentide suhtes liiga paternalistlikud ja käskivad.

Kohati on tuntav hierarhia, aga see on pigem üldises mentaliteedis kinni kui konkreetsetes residentuuriõppes.

See sõltub inimesest, erialast ja tema isiklikust elust.

Õiglased töötunnid, vabade päevade võimalus, vastutulelikkus juhendajate ning üldjuhendaja poolt.

Ületunde ei tehta. Öövalvete osas ollakse paindlik. Puhkuste osas ei ole probleeme olnud. Töökeskkonna ergonoomsus oleneb õppebaasist ja selle võimalustest, põhiliseks probleemiks on erialast tulenevalt töö hämaras ruumis/akendeta ruumis.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Pigem töötab resident rohkem, kui eriarst (seda eriti valvetöö arvelt). Samas on need ühed kõige arendavamad osad residentide tööst.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Palju ebamäärasust, nii eriala kui õppekorraldusega seoses. Vabatahtlikult võetud valved erinevates raviasutustes, >60-tunnised töönädalad. (USA-s on residentide koormus 80-100 tundi nädalas!)

Selles mõttes hoiab, et kui päriselt tööle hakata, siis ei ole mingit vaimse ja füüsilise tervise hoidmist enam.... Aga tegelikult on ikkagi pingelised töögraafikud, puudub supervisioon, ei ole seni olnud võimalik teha residentuuri poole kohaga, tihtipeale tsüklites ei arvestata seda, et residentidel on väikesed lapsed!

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Ei ole nt normaalne, et nii arst kui resident teevad sama valvetööd ja täidavad samu kohustusi, kuid valvete kuupäevi saavad valida ainult arstid, residentid topitakse aga suvaliselt aukudesse – ka resident on täiskasvanud täieõiguslik inimene oma eraelu, pere ja lastega.

Igal pool ei saa ise otsustada, kui pikki valveid ja millisel kellaajal valvetööd teha sooviks.

Igaüks vastutab oma tervise eest siiski ise. Vajadusel lubatakse töölt puududa, et arsti juures käia.

Ma küll olen suutnud mõlemat siiani hoida, kuid praktikas on ikkagi vähemuses need kohad, mis sellele punktile suurt tähelepanu pööraks. Näiteks sүhhiaatriakliinikus on residentidel supervisioonid ja nad saavad oma muredest rääkida... pärast valvet saadetakse nad koju, et nad saaks puhata.. mujal üldiselt pigem suhtutakse nii, et resident on noor ja peabki tahtma teha ja õppida ja kui selleks on vaja näiteks kauem haiglas olla, siis mis parata. Kuigi võib-olla see on osalt ka meis endis kinni... igatahes palju on konkreetsest kohast ja juhendajast, ega ma ei ütle, et kõik ei hooli. Aga kindlasti üks aspekt, mida saaks ja peaks parandama!

Oleneb erialast ja praktikabaasist.

Oleneb haiglast. Mõnes haiglas on võimalik valvetöö kokku leppida – mitu valvet, kas öö/päeva valved, valvete tasustatus. Mõnes haiglas on ette nähtud kindel arv valveid, mida ei tasustata kunagi ja kus sõna sekka ei ole mõtet öelda, kuna vastus on selline, et nii meil lihtsalt on.

On teatud probleeme. Näiteks tasuta valved residendina, mis eelkõige puudutavad SA TÜK. Teistes haiglates saab kas palka või vaba aega. Eriti oluline on see neile, kellel on juba pere ja lapsed. Residentuuriplaani koostamisel ei arvestata alati residentuuri soovidega (alati pole võimalik ka kompromiss, kahjuks). Probleemiks ka öövalved, kus oled üksinda ja nn tagalat ei ole, nõu pole kellelki küsida (vajadusel saab vaid III astme intensivisti kutsuda).

Osakonnad on erinevad, mõnes saab rohkem puhata, mõnes vähem. Aga elu on selline. Kogu aeg galoppi joosta ei jaksaks, kuid suurimad õppe ja arenemise perioodid on siiski nn kiiretes osakondades.

Töökoormus on vähemalt näiliselt piiratud, kuid kui esimesel aastal määratakse juhendaja, keda suurem osa ajast füüsiliselt kohalgi ei ole, siis see on päris erakordne stressiallikas – kelle käest ma küsin, kui mul tekib pärast kl 11 mõni küsimus? Haiglatöös esineb ka erakorralisi situatsioone.

sisemeditsiini eriala residentid

Residentuur paneb vaimse ja füüsilise tervise proovile.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Arsti amet reeglina ei hoia ei arsti ega residentide vaimset ega füüsilist tervist

Eriõppe puudumine, puudub kindlus tuleviku osas.

Ja puhtust ja terveid hambaid ja suguhaiguste puudumist.

Resident peab olema vaimselt ja füüsiliselt tugev, sest koormus on suur – öövalved, pikad tööpäevad, ületunnitöö.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Absoluutselt vastupidi. ITK naistekliinikus resident pigem visatakse vette ja lastakse rõõmuga ka uppuda.

Juhul kui oled osakonnas, kus saad öövalvejärgselt minna koju (nagu seadus ette näeb), siis küll. Me ju teadsime, et meie erialal on öövalved. Aga kui on vaja valvejärgselt tööle jääda, siis see küll nüristab.

Kindlasti mitte. Eriti süüdistamine. Kartus eksida.

Kohustuslikud 24 h valved baashaiglas ka siis, kui ollakse teises haiglas residentuuritsükliis.

Puhkuse võtmine residentuurist võiks olla paindlikum. Puuduvad vaimse tervise hoidmise koolitused.

Residentuuriõppes ei ole ühtegi praktilist ega teoreetilist koolitust residendi enda vaimse tervise hoidmiseks, on olnud kliiniku läbiviidavaid supervisioone (üksikud). Samas mitmed probleemid lahendatakse tihti kritiseerimise ja süüdistamisena, mitte rahuliku arutelu ning konstruktiivse tagasiside näol.

Siin on erialade vahel erinevusi. Pelgalt residentuuriõppe korraldusega kellegi vaimset ja füüsilist tervist ei lõhu. Küll aga võivad seda teha mittetoetavad ja kurjad kolleegid, ülemused kes dikteerivad kärke hierarhiameetodil ja igasuguse tagasiside ja toe puudumine (otsuste langetamisel).

Valveid on palju, vahel peab 24 h valve järgselt jääma ka edasi tööle.

Professor [nimi] arvab, et tema statistikatööd peab resident tegema kasvõi uneajast, aga kindlasti mitte tööajast. Residendi vaimsele tervisele ei keskenduta.

kirurgilise eriala residendid

Korralduslikke meetmeid ei näe, kas või rasked situatsioonid patsientidega – selliseid meetmeid pole paigas isegi tegevarstide jaoks.

See jääb pigem igapäevase isiklikuks küsimuseks. Mul puudub teadmine, kuivõrd on võimalik näiteks saada abi raske juhtumi korral, nt surmaga lõppenud juhtumi korral.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud

Residendid on kohatäide, kes tulgu tööle nii haigena kui tahes. Töö on kõige tähtsam.

sisemeditsiini eriala resident

Kindlasti mitte – residentuuritsükli üle kogu Eesti – lisatasu lähetuste/majutuse eest ei saa, isikliku elu korraldamine keeruline, nt lapsehoid, majanduslikult keeruline. Tööaeg/leping (valvete tegemise kohustus) sõltuvalt baasasutuse spetsiifikast. Töötervishoiu kontrollid puuduvad, kui tsükli pikkus 2 kuud, sisuliselt ei ole minu tervist arst tööle sobivuse suhtes kontrollitud.

Minu eriala puhul nõustun, aga olen kuulnud, et nii mõnegi residendi töömaht on üpris suur ja võib olla mõni juhendaja ka jäärapäisem kui teine.

sisemeditsiini eriala resident

Erialaoõppes on valdavalt 8 tunnine tööpäev.

kirurgilise eriala resident

Kindlasti mitte.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Ega väga ei ole küll nii. Vanad arstid võivad igasugu sigadusi teha, noored mitte.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Esimestel aastatel kindlasti mitte.

Töökoormus ei ole väga suur, vaba aega on piisavalt.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Koormusnorme pole.

Olen saanud tegeleda spordiga ja ka hoida oma vaimset tervist residentuuri kõrval. Leian, et praegune residentuuri korraldus (kui seda järgitakse) võimaldab seda.

Resident teeb nii palju ja nii kaua kui vaja.

kirurgilise eriala residendid

Sõltub erialast. On erialasid, kus sellele kindlasti rohkem tähelepanu pööratakse, kui teistel. Samas osadel erialadel eeldatakse, et eriala heaks omandamiseks tuleb teha palju ületunde.

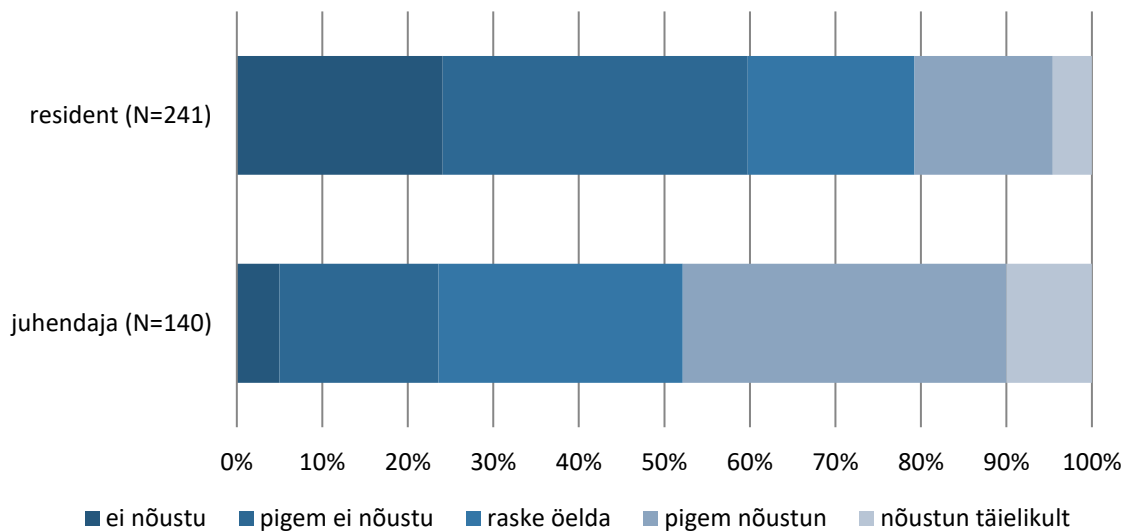
2,5a [asutuse nimi] on mõjunud täiesti laastavalt minu vaimsele tervisele ja mõjutanud kahtlemata ka füüsilist tervist. Samas residentuuribaasis olen kogunud süstemaatilist ja pikaajalist tagakiusamist kliiniku juhataja ja tema elukaaslase poolt, mis päädis täieliku läbipõlemise ja tööväime kaotusega. Sama kliiniku juhataja

leidis täie veendumusega, et surmajuhumiga seotud resident ei vaja mingit psühholoogilist tuge, vaid peaks ise hakkama saama. Kui rääkisin tagakiusamisest ja läbipõlemisest eriala üldjuhendajale, eitas ja pisendas ta seda probleemi täielikult ning asus ise mulle residentuuribaasi vahetamisega seoses takistusi tegema. Selle kogemusega seoses tarvitan pikaajaliselt antidepressante ja uinuteid ning pole siiani suutnud oma täielikku töövõimet, energiataset ja meeleolu endisele tasemele viia. [Asutusele] tagasimõtlemine kutsub minus esile hirmu, õõvastustunde ja flashbackid – ma tunnen end ka aasta pärast sealt lahkumist nagu traumaohver ja ma ei kujuta ette, millal ma sellest täielikult üle saan.

resident, eriala täpsustamata

VÄIDE 13: RESIDENTUURI VÄLTEL PÕÖRATAKSE SÜSTEEMSELT TÄHELEPANU SUHTLEMISOSKUSELE KOLLEEGIDE, TEISTE TERVISHOIUTÖÖTAJATE, PATSIENTIDE JA NENDE LÄHEDASTEGA

JONIS 15. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURI VÄLTEL PÕÖRATAKSE SÜSTEEMSELT TÄHELEPANU SUHTLEMISOSKUSELE KOLLEEGIDE, TEISTE TERVISHOIUTÖÖTAJATE, PATSIENTIDE JA NENDE LÄHEDASTEGA“



VÄITE 13 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Sõltub juhendajast.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Anesteesias suhtlemine piiratud.

Suur probleem!

Süsteemselt mitte.

kirurgilise eriala residentid

Kaoõtilist tähelepanu.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Suhtlemisoskused peavad olema kodust kaasa saadud ja nende arendamise ja lihvimisega ei tegeleta.

Suhtlemisoskust peetakse millekski, mis on juba olemas või tuleb töö käigus iseenesest.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Eraldi suhtlemistreeningut läbi ei viida, aga ilmselt tuleks kasuks seminaride vormis selliseid treeninguid edaspidi teha.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

See on jällegi ilmselt see aspekt, mis tuleb kaasa inimloomuse ja koduse kasvatusesega, õpitav on see väiksemas osas, usun.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Minu arvates residentuuri aspektist ei ole küll kedagi, kes seda pidevalt, jätkuvalt ja süsteemselt teeks. See on kirjas juhendaja poolse hinnangu paberil – et mingi hinnangu on juhendaja kohustatud andma – aga kui ongi tähele pannud, siis ei tundu, et keegi ses valdkonnas häid nõuandeid jagaks.

Mulle on üks juhendaja elu sees suhtlemise kohta head nõu andnud ja see piirdus ka paari lausega, kui üliõpilasena vabatahtlikult EMOs praktiliselt käisin. Mingit süsteemset rõhku suhtlemisuskustel ei ole.

Patsientide ja nende omastega suhtlemise koolitusi ei eksisteeri, see puudujääk annab ka paljude vanemate käitumises väga tunda.

kirurgilise eriala residentid

süsteemselt tähelepanu ei pöörata, "õppimine" toimub töö käigus.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Suhtlemisuskusele ei pöörata tähelepanu.

Taaskord sõltub juhendajast, sest on ka „hoiatuslask pähe“ tüüpi suhtlejaid.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Ei ole märganud. Kas ülikoolis on üldkursusi sellel teemal nii residentidele kui juhendajatele?

Võib-olla süsteemselt mitte, empiirilisel küll.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Õpid omast kogemusest.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Oleneb kindlasti juhendajast, aga pigem mitte.

kirurgilise eriala resident

Suhtlemisuskus tahab paljudel residentidel parandamist.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ainult töö käigus õppimine, süsteemseks seda nimetada ei saa.

Leian, et see on iseenesest mõistetav ja pole residentuuri õppe osa.

See, kuidas keegi suhtleb, on sügavalt igaühe enda asi ning sellele tähelepanu ei pöörata.

Süsteemset lähenemist kindlasti ei ole. Hakkama tuleb saada oma olemasolevate teadmistega ja töö käigus jooksvalt õppida suhtlema nii eesti kui vene keeles.

Väga palju sõltub juhendaja "lastetoast".

sisemeditsiini eriala residentid

Süsteemselt tähelepanu ei pöörata. Ka on nõuandjaid palju ja kõik suhtlevad erineval viisil.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident

Mingit suhtlemisuskust parandavaid asju pole olnud.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Sellele ma ütleks, et ei pöörata üldse tähelepanu. Eriti muret tekitab on see nähes residente, kellele see endale nii oluline ei tundu.

Selles eraldi ei räägita alati. Tuleb pigem töö käigus.

Süsteemset lähenemist ei ole.

Vahel pööratakse, suurema osa ajast mitte.

sisemeditsiini eriala residentid

Sõltub juhendajast.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Eks tähelepanu pööratakse, aga mitte süsteemset.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Kõige häirivam osa: peaks algama kodust ja koolist pihta ja arst intelligentse inimesena oskama erinevates olukordades käituda. Tundub, et osa arstiteaduskonna lõpetanutest on sinna juhuslikult sattunud.

Süsteemset tähelepanu ei pöörata, üksnes isiklike eeskujude kaudu.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Patsientidega suhtlus jääb tihti ainult oma teha, nii palju kui polikliinikus saab arsti kõrval istuda, niipalju õnneks saab ka kõrvalt jälgida, tihti ka juhendajad ise ei suhtu kolleegidesse või patsientidesse nii, et tahaks neid oma eeskujuks võtta.

sisemeditsiini eriala resident

Absoluutselt mitte, pigem pidevalt mõtled, et "oi nii küll ei tohiks kolleegide ja patsientidega suhelda". Taaskord vaatad ja mõtled, et peaasi, et ise samasuguseks ei muutuks.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Sellele pöörati tähelepanu juba põhiõppe ajal ja ei oska kommenteerida, kas seda tehakse just süsteemset, aga seda peetakse oluliseks.

hambaravi eriala resident

Olenevalt õpetajast. Ise üritan alati õpetada noorkolleege viisakalt käituma.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Sõltub juhendajast, kollektiivist.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Kuna suhtlemisoskus ei ole minu eriala prioriteet või töövahend, siis ei pöörata sellele erilist tähelepanu.

Sihipäraselt sellega keegi ei tegele.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Pole süsteemi.

Puudub igasugune sellealane koolitamine.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Eraldi ei tegelda.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Otseselt oskusi ei arendata, head suhtlemisoskust pigem eeldatakse ja soositakse.

Konkreetselt tähelepanu ei pöörata, kuid soodustatakse küll end arendama – kui tööülesanne ikka ütleb, et pead ühele või teisele kolleegile helistama, patsientide või nende lähedastega pikemalt suhtlema, siis sa õpid seda käigu pealt. Vastutus selles osas järjest suurem.

sisemeditsiini eriala residentid

Proovime pöörata, aga mõnikord ei õnnestu hästi...

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Juhindun sisemisest tundest.

Meil pole isegi põhiõppes ühtegi ainet, kus patsientide ja kolleegidega suhtlemist õpetatakse, veel vähem pööratakse sellele tähelepanu residentuuris. Seega peamiseks õppemeetodiks on teiste kolleegide tegevuse jälgimine ja selle pealt õppimine.

Pööratakse küll tähelepanu, kuid vastavasisulisi koolitusi või õppematerjale ei eksisteeri.

Süsteemset tähelepanu pigem ei pöörata, ehk üksikute kindlalt suhtlemise/psühholoogia temaatikaga seotud seminaride läbi.

Teoreetilise õppe kursustel pööratakse sellele valdkonnale suurt tähelepanu.

sisemeditsiini eriala residentid

Ei pöörata. Oskad nagu oskad.

Mis mõttes süsteemset? Pööratakse nii palju, kui olukord nõuab, sõltuvalt juhendajast.

Sõltub otseselt juhendajast.

sisemeditsiini residentuuri lõpetanud

Enamus juhendajaid teeb seda.

Igaüks õpib ise.

Seda tehakse juhuslikult, sõltub juhendajast.

Siis kui juhendaja sellest rääkida soovib või kui ise küsida. Mina tunnen süstematiseeritud infost või koolitusest suhtlemise kohta väga puudust.

sisemeditsiini eriala residentid

Eeldatakse, et resident oskab seda ise.

Pööratakse tähelepanu, kas just süsteemset.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Enamasti suhtleb tähtsamatel teemadel juhendaja. Kui jääd üksi tööd tegema, siis suhtled kuidas meeldib/oskad.

Meie residentuuris sellele eraldi tähelepanu ei pandud ega rõhutatud.

Radioloogias suhtlemist vähem, kui paljudel teistel erialadel. Hea suhtlus klinitsistidega on oluline.

Süsteemset mitte. Sõltub juhendajast.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Jällegi oleneb juhendajast.

Kas on ka vaja? Seda ei õpetata arstiteaduskonnas ning residentuuri ajal saab iga hyposotsiaalne tegelane vajadusel ise asjaga tegeleda.

Need pööravad natuke tähelepanu, kel endal need oskused olemas on. Aga suur osa radioloogide erialavalikul on isikuomadustel, mis väldivad kontakti kolmandate isikutega.

Tähelepanu pööratakse, aga süsteemset mitte, pigem siis, kui tekivad probleemid.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Süsteemset tähelepanu ei pöörata. Sõltub jälle juhendajast.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Nagu ka eetika, on suhtlemisoskus südametunnistuse asjaks jäänud kogu residentuuris. Kahjuks näen mõnelt erialalt, et seda ei peeta ka prioriteediks (mitte küll sisehaigused, sest siin on suhtlemisoskus kriitiline, aga pigem kirurgilised erialad).

Puudub koolitus, sõltub juhendajast, õppebaasist, eeskujudest ja residendi enda isiksusest.

Suhtlemisoskus on eeldus, et üldse arsti tööd teha, Selles osas kuidagi residentuuri ajal koolitusi teha tundub mulle, et rongist on juba maha jäädud (või pole üldse rongi peale saadud). Ei ole ise kunagi saanud koolitust suhtlemisoscuse alal. Arvan, et see on "lastetoa" teema. Ei kujuta isegi ette kuidas täiskasvanud inimesi saab selles osas spetsiaalselt koolitada.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Ainult nii palju kui ma sellele ise tähelepanu pööran (vähemalt senise kogemuse alusel), kogemus peab õpetama.

Elu õpetab. Ja taas – juhendaja eeskuju.

Hiljuti just sain tunda, et tegelikult tahaks koolitust, kuidas teatada raskeid uudiseid patsiendile ja lähendastele, kuidas ise sellistes olukordades end säästa jne.

Keegi ei pööra sellele eraldi süsteemselt tähelepanu.

Kõik tuleb töö käigus.

Õpid töö käigus, juhendajaid jälgides. Süsteemne tähelepanu? Raske öelda.

sisemeditsiini eriala residentid

Suhtlemisoskus on suur probleem, eelkõige kolleegide vahel, vanemad kolleegid näitavad pigem halba eeskju.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Süsteemsust ei ole õppekavas, suhtlemisoskus omandatakse igapäevatöö käigus.

Ülikool ei paku piisavalt deontoloogia õpet. Haiglal võimalused puuduvad.

Meie kliinikus kindlasti.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Pehmeid teemasid käsitletakse vähe ja kindlasti mitte süsteemselt. "Soft skills" on residentuuri ja arstiõppes täielik vaeslaps. Mehed ei nuta...

Residentid ise on selles osas tubliks eeskujuks. Meile on ülikoolis seda räägitud ja rõhutatud. Praegused 50a ei ole sellist õpet saanud.

Räägitakse palju suhtlemisest patsiendiga, ülejäänud on pigem eeskju vanemate kolleegide poolt.

See on iga residendi enda asi ja südametunnistus õppida. On juhendajaid, kelle kohutav käitumine kolleegide ja patsientidega annaks isiksusehäire mõõdu välja, aga sellele ei järgne kunagi midagi.

Süsteemset tähelepanu ei pöörata. 1 kord on läbi viidud 360 kraadi tagasiside projekt, kus erinevad kolleegid said hinnata residendi suhtlemisoscust kolleegide patsientidega jne ning anti tagasisidet selle kohta

Suhtlemiskoolitusi ei ole.

kirurgilise eriala residentid

Tähelepanu pööratakse vähe, see on justkui taaskord "iseenesest mõistetav" oskus.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Ebakollegiaalne juhendaja kannab edasi täpselt samasugust suhtumist.

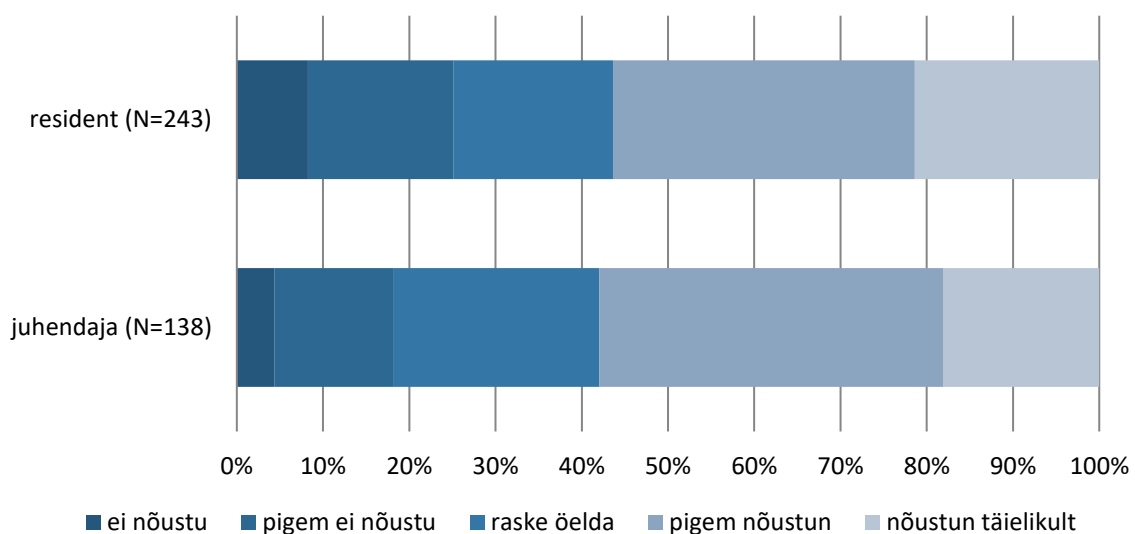
sisemeditsiini eriala resident

Residentuuri käigus võimalik iseseisvalt omandada, erilist tähelepanu, oskuste jagamist ei ole piisavalt

| | |
|---|--|
| <i>Süsteemselt küll tähelepanu ei pöörata.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Antud küsimusega süsteemselt ei tegeleta.</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Jällegi pigem juhendaja eeskuju</i> <i>Võiks olla õpetus, kuidas suhelda. Sageli on see lastetoa küsimus – kuidas kodus on õpetatud. Kahju kui hea spetsialist ei oska suhelda.</i> | residentide juhendaja kirurgilisel erialal |
| <i>Suhtlemisoskusele väga suurt tähelepanu ei pöörata.</i> <i>Töö käigus õpime. Eraldi koolitust programmis ei ole.</i> | kirurgilise eriala residendid |
| <i>Resident õpib kõrvalt, kuidas tuleks suhelda. Sinna hulka kuuluvad ka negatiivsed kogemused, kuidas inimestega suhelda ei tohiks.</i> | resident, eriala täpsustamata |

VÄIDE 14: MINU ERIALA RESIDENTUURIS ON KESKSEL KOHAL TEADUSLIK LÄHENEMINE, KÄSITLEMIST ON LEIDNUD MEDITSIINILINE UURIMISTÖÖ, SH KLIINILISTE UURINGUTE JA KLIINILISE EPIDEMIOLOOGIA ALUSED.

JOONIS 16. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MINU ERIALA RESIDENTUURIS ON KESKSEL KOHAL TEADUSLIK LÄHENEMINE, KÄSITLEMIST ON LEIDNUD MEDITSIINILINE UURIMISTÖÖ, SH KLIINILISTE UURINGUTE JA KLIINILISE EPIDEMIOLOOGIA ALUSED“



VÄITE 14 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Teaduslik lähenemine kindlasti on kesksel kohal. See eeldab residentidelt üldiselt ise ravijuhiste lugemist ja artiklite lugemist. Harva suunavad juhendajad uusi artikleid lugema.

sisemeditsiini eriala resident

Nõustun väite esimese osaga. residentuuri käigus pigem meditsiinilise uurimistöö aluseid ei käsitleta.

Saiensi tegemise võimalus on huvilistele kättesaadav, soositud üldjuhendaja poolt.

Teadustöö tegemine on väga soositud, teoreetiliste kursuste/koolituste ettekanneteks töötame läbi palju teadusartikleid, neid ka teistpidi aeg-ajalt kritiseerides.

kirurgilise eriala residentid

Neid teemasid käsitletakse doktorantuuris.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Pigem domineerib kogemuslik lähenemine stiilis "alati on nii tehtud, teeme nüüd ka". Teaduspõhisust võiks rohkem olla, samas on aega igapäevaselt selle jaoks väga vähe (samas, kellel seda palju oleks).

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ei, kahjuks mitte. Intuitsiooni usaldatakse endiselt rohkem kui tõenduspõhist meditsiini ja tõenduspõhise materjali presenteerimine otsuse mõjutamiseks viib ikka selleni, et "on väikesed valed, suured valed ja statistika" vms ja tehakse endiselt nii nagu on alati tehtud.

Minu andmetel (ja vabandan, kui eksin) pole isegi sellel erialal PhD-kraadiga isikut või professorit. EMO valdkonnas ei tea küll olevat teadustöö võimalustest. Muidugi lähenetakse/üritatakse vähemalt/ läheneda teaduspõhise meditsiini alustel.

kirurgilise eriala residentid

Kesksel kohal õppimine läbi kliinilise kogemuse. Kord aastat korraldatakse seminar haigusloo esitamiseks.

sisemeditsiini eriala resident

Ei ole võimalik nõustuda, absoluutselt mitte. Probleem algab juba osakondade tasemel, mitte niivõrd residentide tasemel. Kas osakondade suuri viisite viivad läbi akadeemilise kraadiga arstid või mitte?

Püüame tõesti.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Huvilistel on alati võimalused loodud.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Loeme pidevalt kirjandust ja kanname üksteistele ette.

kirurgilise eriala resident

Kuna olen doktorikraadiga, olen need teadmised doktorantuuris omandanud. Residentuuris peetakse seda väheoluliseks.

Omalt algatusel ainult, residentuuri osa see ei ole.

Residente on aeg-ajalt kaasatud kliinilise auditi juures haiguslugude läbivaatamise ning andmete sisestamise juurde.

Residentuuri ajal ülikooli ega õppetooli poolt mingit koolitust teaduslikuks tööks eraldi tehtud ei ole.

sisemeditsiini eriala residentid

Võiks residentide enam haarata uurimistöösse süstemaatiliselt. Seda ei tehta tihti.

sisemeditsiini eriala resident

Teaduslik lähenemine on küll, aga eraldi teadusega seotud põhimõtteid residentuuris ei tutvustata. See on igapähe enda teha huvi korral.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Arutati pidevalt küll uusi uuringuid ja teaduse tähtsust, samas väga teadustööd (osades haiglates) küll ei tehtud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Väga harva.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Teaduslik lähenemine küll, kirjandusest lähtutakse raviotsuste tegemisel, kuid epidemioloogiaalane harimine ei kuulu residentuuri programmi.

kirurgilise eriala resident

See on väga nõrk punkt.

Teadusliku lähenemise maht oleneb väga residentuuribaasist, kus kolmanda etapi haiglates on olemas vajalik kirjandus, kuid keskhaiglates mitte. Põhimõtteliselt eeldatakse residentilt põhjendatud tööd, mille aluseks on kirjandus.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Teaduslik lähenemine jah. Teadustööd aga patoloogias paraku ei tehta suure töökoormuse ja varasema kogemuse puudumisel. Kuigi paljudel noortel oleks huvi, siis vanemaid teadustöö kogemusega kolleege ei ole.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Ikkagi praktiline eelkõige.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Kindlasti Tartus (ülikoolikliinik), Tallinnas vähem (kuigi paljuski järgitakse).

Otseselt ei ole teemaks olnud, kuid alati otsitakse tõenduspõhisust. Kuna ka eriala on selline, et haigused pigem harvad kui sagedased, siis teadusartiklid on peamine infoallikas ja seetõttu peab olema teadlik ka epidemioloogia ja uuringute alustest – kuid need teadmised loodetavasti põhiõppest.

Teadustööd olen teinud doktorantuuri raames.

sisemeditsiini eriala residentid

Iga-aastane residentide konverents, mis toimub 2 päevaseks, on igal aastal väga sisukas ja uurimistööd kõrgel tasemel.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Jälgitakse ravijuhiseid, väärtustatakse ravijuhiste uuendamist ja kaasajastamist. Eriala liidrid ise panustavad palju tõenduspõhiste ravijuhiste väljatöötamisse.

Kahjuks nii ei ole, ravijuhised on küll au sees, kuid väga palju (eriti vanemad arstid) tuginevad siiski kogemusele.

Meie erialal on kohustuslik teha residentuuri jooksul väiksemahuline uurimus.

sisemeditsiini eriala residentid

Residenti teaduslik uurimistöö on pigem kohustus, mis tuleb täita. kasu sellest ei ole – ei teadusele, ega omale.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Enamik tegevustest on tugevalt tõenduspõhisusest lähtuvad.

Meditsiiniline uurimistöö, sh kliiniliste uuringute ja kliinilise epidemioloogia alused käsitlemist leidnud ei ole, kuid teaduslik lähenemine on kesksel kohal.

sisemeditsiini eriala residentid

Seminarid on teaduslike publikatsioonide baasil, ent meditsiinilist statistikat ning uuringute korrektset tõlgendamist iseenesest ei ole käsitletud.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Võiks rohkem olla, aga see eeldaks jälle subspetsialiseerumist ja vastutusalade jagamist inimeste vahel, et kiirelt areneva teadusmaailmaga kaasas käia.

Üldse mitte.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Palju on ettekannete koostamist ja teadusartiklite refereerimist. Eesti Arstis artikli avaldamine on kohustuslik. Teadustöö tegemine, doktorantuur, erialastel konverentsidel esinemine on soositud.

Uurimistöö ja abiteadused on hinnatud, kuid spetsiaalset sellekohast ettevalmistust ei ole. Mõned seminarid käsitlevad seda põgusalt ja igati on soositud teadustöö tegemine, kuid eraldi ajalise ressursi eraldamine on residentuuri ajal raskendatud.

Ühest küljest on keskel kohal lähtumine kirjandusest ning tõenduspõhisus, kuid uurimistöödesse kaasamine või "teaduse tegemisele" suunamine on vähene. Jäetud residentide enda initsiatiiviks.

Seda on kindlasti liiga vähe.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Eesmärgiks on uurimistöö lisandamine õppekavasse.

Iga tsükkel ja juhendaja erinevad.

Uurimistööga tegelemine ei ole programmi osa.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Vabatahtlik lisategevus. Uurimistööde ja artiklitega tutvumine ja õppimine on siiski soositud.

Arstid teevad kliinilist uurimistööd, tegemist on pikaajalise protsessiga ja mina pole neid veel aidata saanud.

sisemeditsiini eriala residentid

Kes soovib, saab teha teadustööd, aga see pole kohustuslik.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Selleks ei ole ressursse ette nähtud.

Suure töökoormuse juures on uurimustööd väga raske teha. Samas kõik ei olegi võimelised seda tegema. Samuti juhendajaid on vähe.

Teadustööks reeglina aega ei jää.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Jah, soodustatakse artiklite esitamist, uurimustöös osalemist, on seminarid, koolitused med.uuringute teostamiseks, analüüsiks.

Meil on sellealane väga hea teadusliku kirjalugemise oskus.

Neid teemasid on residentuuri vältel pisut käsitletud. Samas töötab väga märkimisväärne hulk juhendajatest juhiseid või uuemat kirjandust täielikult ignoreerides. Kohati on minu soovi tõenduspõhiseid soovitusi jälgida ka alavääristatud. ITK naistekliinikus töötamise puhul on suure töökoormuse ja halva töökorralduse ning juhtkonna suhtumise tõttu teaduse tegemine praktiliselt välistatud.

Toimuvad journal clubid, kohustuslik on ise artikli avaldamine.

Viimasel ajal on sisse viidud teadusklubid.

Õnneks on tegemist enamasti teaduspõhise meditsiiniga!!!

kirurgilise eriala residentid

Meie erialal on teadustöö koondunud Tartusse, mistõttu on ka sellega tegelemine geograafiliselt väga erinev.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Lõputöö on eksperiment-analüüs.

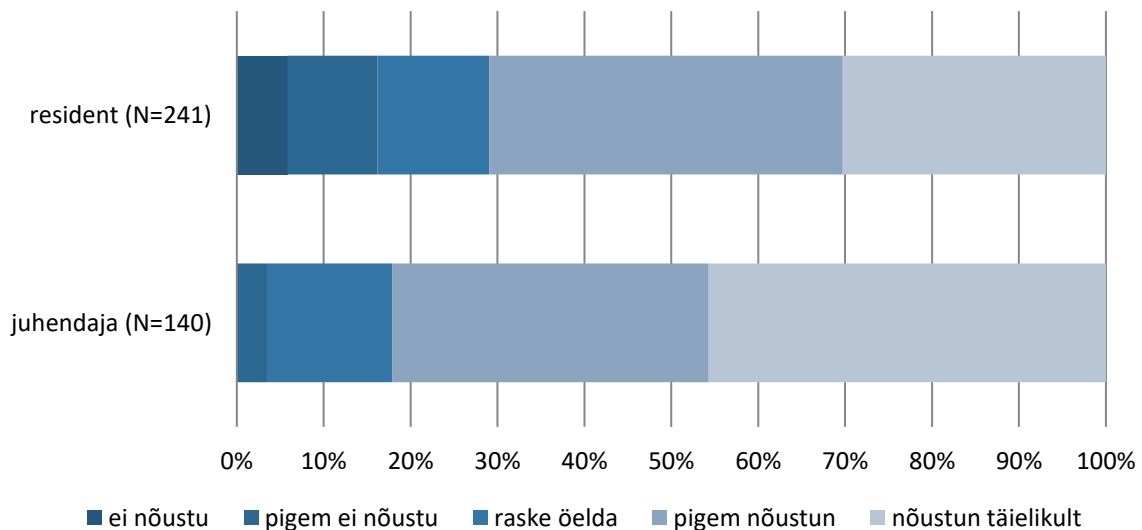
Uurimustöö nõue.

sisemeditsiini eriala residentid

| | |
|--|--|
| <i>Jah olen nõus.</i> | |
| <i>Seda kõike on residentuuri esimestel aastatel ikka vägagi palju.</i> | sisemeditsiini eriala residentid |
| <i>Ravitöö baseerub ravijuhistel ning võimalused teadustöö tegemiseks on loodud.</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Ravijuhendid. kongressid, artiklid.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Enamus otsuseid vähemalt esialgu siiski põhineb nii enda kui ka kolleegide empiirilistel kogemustel.</i> | residentide juhendaja kirurgilisel erialal |
| <i>Aeg-ajalt põhinevad raviotsused "vanadel harjumustel", mille efektiivsust teaduslik kirjandus pole tõestanud või on näidanud ebaefektiivsust</i> | |
| <i>Minu baasis ei ole uurimistööga tegelemine kohustuslik. Leian, et see võiks olla kohustuslik ja korralduslikult eraldatud selleks ette nähtud aeg.</i> | kirurgilise eriala residentid |
| <i>Absoluutselt mitte. /---/ Pidin paluma 6 "vaba" päeva kohustusliku aine läbimiseks doktorantuuris, selle peale soovitas mu residentuuri üldjuhendaja võtta mul akadeemilise puhkuse, kuna ma ei pidavat saama residentuuri ja doktorantuuri paralleelse sooritusega hakkama. Kui tõin talle välja, et meil on õigus 20% nädalast tegeleda teadustööga, mida ma ei ole 7 kuu jooksul nende osakonnas töötades kasutanud, siis mainiti mulle korduvalt, et mulle on doktorantuuri tegemisega väga palju vastu tulnud.</i> | resident, eriala täpsustamata |

VÄIDE 15: MUL ON/RESIDENTIDEL ON HEA LIGIPÄÄS ERIALASELE TEADUSKIRJANDUSELE

JONIS 17. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MUL ON/RESIDENTIDEL ON HEA LIGIPÄÄS ERIALASELE TEADUSKIRJANDUSELE“



VÄITE 15 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Ei ole. Residentidele võiksid automaatselt olla juurdepääsud PubMedi kui ka UpToDate andmebaasidele. Läbi TÜ saab küll lubasid küsida, kuid see liigne paberimajandus.

sisemeditsiini eriala resident

Haigla arvutist peamiselt.

Sõltuvalt residentuuribaasist. Tartu Ülikooli Kliinikumis on ligipääs ülikooli andmebaasidele. Tallinnas residentuurisüsteemid tehes seda kahjuks ei ole.

kirurgilise eriala residendid

Anestesioloogia residentuuris on kõik vajalik kättesaadav.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Arstide toas pole mitte ühtegi eriala kirjanduse raamatut. Kõik on viidud raamatukokku, mis asub maja teises tiivas ning kus on pidevalt sees üliõpilased.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Oleneb baashaiglast. TÜK-is on see väga hästi korraldatud.

sisemeditsiini eriala resident

Kõik on organiseeritav.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ei saa kurta. UpToDate töötab, andmebaasides saab suurematele uuringutele ligi, kui ei saa, siis kuidagi ikka saab.

Oleneb haiglast, kus resideerun, internetist vabalt kättesaadavast materjalist. Ja sellest, kas olen ise nõus millegi eest raha välja käima, et saada juurdepääsu kõige uuemale ja up-to-date kirjandusele.

TÜKi medinfokeskuse kaudu.

kirurgilise eriala residendid

Kui ainult endal soovi on.

Üldiselt jah, kuid mitte täielikult. See küsimus peaks olema suunatud ülikooli raamatukogule.

sisemeditsiini eriala residendid

Ainult ülikooli proxy kaudu.

Füüsiliselt ei ole ülikooli raamatukogus ühtegi tänapäevast raamatut minu erialast, aga ligipääs teadusartiklitele internetis on hea.

kirurgilise eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Tänapäeval on pigem probleemiks info üleküllus, mitte selle puudumine. Mitte enam info leidmine, vaid selle selekteerimine – oskus, mida tuleks samuti õpetada (nt milliseid teaduslikke uuringuid/väiteid pidada põhjendatuks ja väärt praktikasse lülitamiseks).

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Interneti ligipääs ongi hea ligipääs erialasele teaduskirjandusele.

Kahjuks olen selleni jõudnud ise, mitte ülikooli abiga.

Kliinikumis on üldiselt rahuldav juurdepääs, aga see ei ole residentuurispetsiifiline. Mingeid otseseid soovitusi ei ole antud.

Kui ise otsida, siis midagi leiab ikka. Ja konverentsidelt saab ise raamatuid osta.

PERHis juurdepääsu ei ole, aga tänu enda asjaajamisele olen juurdepääsu saanud.

Tänu Tartu Ülikooli Kliinikumi Medinfokeskusele.

sisemeditsiini eriala residendid

Lisaks instituudile ja raamatukogule saab alati ka ise läbi interneti materjale otsida.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Athensi kaudu ei saa kahjuks ligi. Enamik kõrgelt hinnatud teaduskirjanduse andmebaase ei ole avatud ligipääsuga ja sinna ei saa ka UT paroolidega.

Läbi Tartu infokeskuse on see võimalus olemas, kahjuks ei saa päris kõike kätte.

Residentuuri korralduses ei ole ette nähtud ligipääsu materjalidele.

sisemeditsiini eriala residendid

Nii TÜ Raamatukogu kui ka Medinfokeskuse kaudu on juurdepääs teaduskirjandusele olemas.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Eldatakse, et tead kohe ise, mis erialane kirjandus üldse on oftalmoloogias olemas ja mida peaks lugema. Nt 1. aasta residentil pole aimugi, mis ajakirjad üldse oftalmoloogias olemas on!

Ligipääs olulisematele teadusajakirjadele on peamiselt tänu sellele, et mõni resident on end mõne suure organisatsiooni liikmeks teinud, maksab liikmemaksu ja jagab seeläbi saadud ligipääsu ajakirjadele teiste residentidega.

kirurgilise eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Interneti ajastul piisab vaid tahtmisest.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Näiteks võikas olla tasuta juurdepääs ka kodus Ülikooli haigla tunnustega UpToDate portaalile.

sisemeditsiini eriala resident

Tartu Ülikooli kaudu osadele asjadele ei saanud, Regionaalhaiglas ei saanud millelegi ligi. Nad isegi ei võtnud UpToDate-i.. Et kui sa tahtsid mingit uuringut, siis vahepeal sai ülikooli kliinikumist ligi või oma isikliku Euroopa organisatsiooni liikmemaksu kaudu.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Suurim probleem on see, et puudub teadmine kust leida, mida lugeda.

kirurgilise eriala resident

Residentidele jagatakse kvaliteetset ortopeediaajakirja; teisalt on artiklite kätte saamiseks vajalik kasutada Kliinikumi serverit, haigla infosüsteemid juurdepääsu reeglina ei võimalda.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Sõltub asutusest.

Teaduskirjanduse maht on väga erinev residentuuribaaside lõikes ehk ei ole hea ligipääs.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Kliinikumi andmebaaside kättesaadavus on residentide tahtmise küsimus – käekõrval seda teha ei saa.

Sõltub asutusest/haiglast, kus parasjagu tsüklis viibitakse.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ülikool/kliinikum on omandanud ligipääsu põhilistele teaduskirjanduse internetilehtedele, lisaks on olemas oma raamatukogu.

sisemeditsiini eriala resident

Tallinnas meditsiiniraamatukoguga keerulisem, kui Tartus.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ainult seetõttu, et ülikool on pärast põhiõppe lõpet unustanud kinni keerata utlibi paroolid. Tõenäoliselt esineb ka võimalus medinfokeskuse kaudu kirjandust lugeda, pole uurinud.

Mingil määral üldisem info tasuta kättesaadav ülikooli võrgus. Erialane välismaine kirjandus on huvi korral siiski igäühe enda rahakotist.

Palju tasuta allikaid.

Residentuuriprogrammi põhiselt mingisuguseid lisa ligipääse kirjandusele ei anta.

Saan ligi medscape-ile ja eestikeelsetele ajakirjadele.

Uptodate'i keskkonnale ligipääs võiks kõikidele residentidele olla tasuta tagatud, olenemata sellest, kus ta parasjagu töötab.

sisemeditsiini eriala residentid

Lisaks rahvusvahelisele kirjandusele on meil väga sisukas ja praktilise lähenemisega perearstide ajakiri.

Sõltub endast.

Torrentid, rahvusvahelised saidid.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Sõltub residentuuribaasist.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Paljudes praktikabaasides ei ole ligipääsu kaasaegsetele digitaalsetele andmebaasidele nagu uptodate.com.

See on haiglast sõltuv – kõikidel haiglatel ei ole suurematele teadusandmebaasidele ligipääsu. See võiks olla ülikooli poolt tagatud kogu residentuuri vältel (k.a lapsehoolduspuhkusel olles).

Utlib.ee, erialane ajakiri kliinikus paberkanal, online koolitused.

sisemeditsiini eriala residentid

Professori käest saab vajadusel küsida teaduspublikatsioone, kui ligipääs puudub.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ei tea. Kasutan ise rohkem välismaiseid kanaleid.

residentide juhendaja kliinilis-konsultatiivsel erialal

Erialaseltsi kaudu on ligipääs peamistele ajakirjadele.

Ülikooli ja TÜRa kaudu – jaa!

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Arvan, et residentidel on samad võimalused, mis tegevarstidel. Miks ei peaks olema?

Suurtes raviautustes (TÜK, PERH, ITKH) on andmebaaside valik piisav, väiksemates haiglates mitte.

Suurtes haiglates viibimise ajal on. Väiksemates baasautustes ei ole andmebaaside kasutajaõigusi ostenud. Seega sõltub juurdepääs erialast ja baasist.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Kes otsib, see leiab.

Oleneb baasist – TÜK-is on nt ligipääs uptodate'ile, PERH-is ja LTKH-s mitte. Samas kõikidele ajakirjadele pole ikkagi ligipääsu, ise aga ligipääsu kahjuks osta ei suuda.

Oleneb haiglast. Uptodate keskkonnale on ligipääs TÜKis. Nt. LTKHs seda ei ole ning siis tuleb google-st abi otsida.

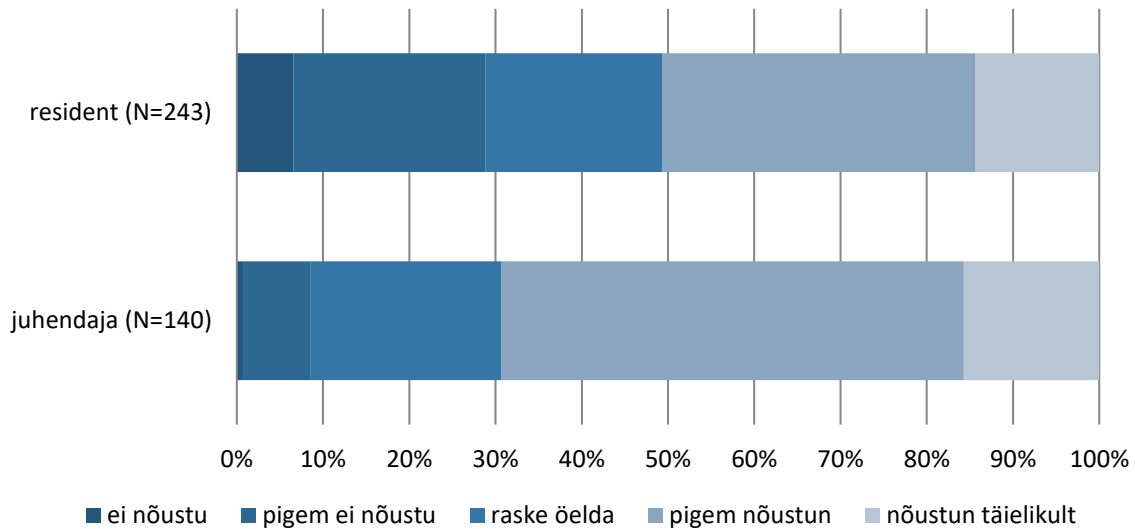
Sõltub haiglast.

Tartu Ülikooli Kliinikum on hea juurdepääs, kuid maakonna haiglates töötades tunnen sellest puudust. Ühenduvus TÜ võrguga on aeglane ja mitte toimiv.

| | |
|---|--|
| <i>UpToDate'ile pääsen ligi.</i> | sisemeditisiini eriala residendid |
| <i>Arvutisüsteemis jah, raamatute osas pigem mitte.</i> | |
| <i>Läbi TÜ kliinikumi medinfo andmebaaside. Baasautuse arvutivõrgus samas ligipääs enamikele andmebaasidele puudub (baasasutus samas peaks tegelikult tagama selle).</i> | |
| <i>Läbi ülikooli serveri on ligipääs andmebaasidele, lisaks on haiglas erialakirjandust.</i> | |
| <i>Medinfo Keskuses pääseb ligi kenasti. Uusi raamatuid muidugi haiglas pole, tuleb ise osta.</i> | |
| <i>Ülikooli andmebaaside kaudu.</i> | kirurgilise eriala residendid |
| <i>Võiks olla parem. Võin nimetada mitmeid väga kasulikke ja kolleegide poolt soovitatud materjale, millele ligipääs on tasuline ja tuleks siis residendi oma taskust maksta.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Olen kursis käesolevalt aktuaalsete teemadega erialast lähtuvalt.</i> | sisemeditisiini eriala resident |
| <i>Tartu Ülikooli infosüsteeme residendina kasutades on teaduskirjandus kergesti ligipääsetav.</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Ei tea täpselt, aga osakonnas on kirjandus olemas.</i> | residentide juhendaja kirurgilisel erialal |
| <i>Meile on võimaldatud juurdepääs läbi ülikooli serveri residentuuri ajal ning ka baasis on võimalused olemas.</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Mul on ligipääs rahvusvahelisele erialasele kirjandusele (eelkõige teadusartiklite näol).</i> | |
| <i>Kõik materjalid pead ise ostma.</i> | residendid, eriala täpsustamata |

VÄIDE 16: MINU ERIALA RESIDENTUURIPROGRAMMIS ON PRAKTILINE JA TEOREETILINE ÕPE OOTUSPÄRASES TASAKAALUS.

JOONIS 18. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MINU ERIALA RESIDENTUURIPROGRAMMIS ON PRAKTILINE JA TEOREETILINE ÕPE OOTUSPÄRASES TASAKAALUS“



VÄITE 16 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Teoreetilist võiks olla rohkem, kuigi seis tundub teiste erialadega võrreldes olevat väga hea.

kirurgilise eriala resident

Teoreetilisele õppele jääb liiga vähe aega.

sisemeditsiini eriala resident

EM osakonnas (oleneb haiglast/osakonnast ja valvearstist), aga on pigem tunne, et ollakse "töö ära tegija". Juhendamisest (s.t. selle puudumisest) on negatiivsed mälestused.

Residentuuris on teoreetiline õpe. Praktiline õpe on see, et sa teed oma tööd ja proovid selle käigus ise midagi õppida.

kirurgilise eriala residentid

Residentuur ei peaks olema 24/7 töötamiseks, vaid vahel ka õppimiseks.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Teoreetilist koolitust peaks olema rohkem, sh eraldada enam aega iseseisvaks teoreetiliseks õppeks.

sisemeditsiini eriala resident

Iseseisvaks teoreetiliseks õppeks jääb vähe aega. Viimasel ajal on hakatud teostama minu erialal teoreetilise õppe seminare, kuid sageli jääb teema käsitus pinnapealseks ja ebavajalikus. Teemade valikut ei kooskõlastata residentide soovidega.

sisemeditsiini eriala resident

Sõltub üldjuhendajast. Praktiline õpe on lihtsalt osakonna tavatöö, ma ei ole olulist õppimist täheldanud. See on aga küsimus osakondadele, mitte residentidele.

Arvan, et teoreetilist õpet võiks rohkem olla.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Kord kuus toimuvad oma eriala residentide vahel seminarid. Kord kuus tuisistunud haigusjuhtude arutelu.

Teoreetiline õpe lonkas. Praegused residendid saavad rohkem teoreetilist koolitust ka.

kirurgilise eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Teoreetilist õpet võiks olla rohkem

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Pigem näeb asi välja nii – 100% praktika. Teooriat tuleb ise vabast ajast kodus lugeda.

Teoreetilist õpet on väga vähe.

Residentuur seisneb valdavalt igapäevases ravitöös.

Teoreetiline õpe puuduks. kui residendid ise ei teeks omakeskis seminare. Meil on tore noorarstide erialaline töögrupp, kes viitsib ise organiseerida õnneks.

Ülikooli poolt korraldatud teoreetilist õpet on selgelt liiga vähe.

sisemeditsiini eriala residendid

Pigem mitte. Praktiline osa toimub tsüklibaasis ja teoreetiline õpe kodus omal käel. Olen kasutanud l võimalust muude erialade teoreetiliste koolituste läbimiseks.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Praktikat peaks rohkem olema

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Kui oled juba residentuuris, siis üldiselt teooriaks aega ei jätku

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Võiks enam teoreetilisele õppele keskenduda, sest neuroloog peab harima end haruldasemate haiguste suhtes. Vaid insuldi haigete pidamisest jääb väheseks. Selleks tuleks alati jagada haruldasi põnevaid juhtumeid kolleegidega.

Suur osa on praktiline õpe.

sisemeditsiini eriala residendid

Kuigi toimuvad erialaseminarid on väga head, siis jääb igapäevase teoreetilise õppega süstematiseeritult tegelemiseks liiga vähe aega.

Teoreetiline õpe toimub õhtuti kodus peale tööpäeva.

kirurgilise eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Ootaks rohkem teoreetilist õpet, samas võibolla järgmistel aastatel see osakaal suureneb, kui pääsen ka onkoloogia osakonda.

sisemeditsiini eriala resident

Praktilist õpet ei olnud eriti üldse. Teoreetiline õpe oli rohkem "vaata mida mina teen" stiilis, mitte otseselt õpetamine.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Praktilist osa on kordades rohkem.

hambaravi eriala resident

Suuresti praktika, vähem teooriat.

kirurgilise eriala resident

Olenevalt juhendajast. Residentuuriprogramm otseselt ise tõsisemat teoreetilist õpet või teadustööd ette ei näe, kus teoreetilise õppe käigus peaks resident ka ise mingi teaduslikuma tööga hakkama saama.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Teoreetiline õpe on iseseisev, aga selleks võimaldatakse tööaega.

See on residendi enda otsus, kui palju aega millelegi pühendada.

Väga raske öelda, kuna puuduvad teooriaõppe loengud vms siis enamus sõltub nähtud uuringutest. Kuna puudub süsteemne õpe siis pigem case by case õppimine.

Sõltub õppebaasist.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Praktiline õpe on prioriteet, aga kuna praktilise õppe eeldus on iseseisev teooria läbitöötamine, siis käivad need kaks käsikäes.

Teoreetilist õpet võiks olla rohkem.

Sõltub residendist, kui ta loeb kirjandust/ artikleid siis tasakaalus. Baasasutus annab praktilist tegevust ja liigipäasu kirjandusele.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Ikka kujuneb nii, et erialakirjanduse lugemiseks aega ei jää. Kenasti lubatakse käia koolitustel, kuid tööaja sees ennast ise harida ei saa, see jääb ikka õhtutundidele, kuid kui on pere, siis on raske eneseharimiseks aega võtta.

Mõlemat on palju.

sisemeditsiini eriala residendid

Praktiliste oskuste arendamine võiks saada suuremat tähelepanu.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Teooriat võiks olla rohkem; haigusjuhtude aruteluna.

Kui ka programmis see nii on, siis reaalsuses on igapäeva töö olulisem kui teooria ja koolitused.

Teoreetiline õpe toimub regulaarselt ja reeglipäraselt.

Võiks isegi teoreetilist rohkem olla.

sisemeditsiini eriala residendid

Isiklikult minu jaoks jäi teoreetiline õpe napiks.

Käelist tegevust jääb väheseks.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Praktilist osa on oluliselt rohkem, kuid arvan, et see on ka vajalik, et varem omandatud teoreetilisi teadmisi igapäevatoos rakendada.

Teooria osas nõutav iseseisev töö. Paljud arvavad, et õppima peab ainult siis, kui on õppetöö päevad.

Käelise tegevuse sh. günekoloogia õpetamine on perearsti praksises keerukas töö suhteliselt vähesel hulgal töttu.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Teoreetilist õpet on vähem ja seda eeldatakse, et tehakse omast vabast ajast.

Küsitavaks on jäänud, miks ei või meie erialal osaleda teoreetilistel koolitustel, kui oled residentuuri ajal lapsehoolduspuhkusel, see tagaks võimaluse residendil end paremini kursis hoida. Paraku on eriala üldjuhendajal vastupidine seisukoht, isegi infot residentuurikoolituste kohta enam ei saadeta.

sisemeditsiini eriala residendid

Üldiselt nõustun, ideaalis muidugi võiks olla iga päev paar tundi tööajast, et tutvuda uusima kirjandusega.

Teoreetiline õpe võiks olla hajutatumalt ning stabiilsemalt, miks mitte iga nädal paar tundi. Praeguse süsteemi üheks suureks miinuseks on, et tihti saab teoreetilise osa kuupäevad ja kellaajad alles viimasel hetkel teada – võiks sättida konkreetsemaks. Näiteks on teada, et kogu aprill on midagi, samamoodi kaks aprillile eelnevat nädalat ning kaks septembri viimast nädalat – saaks juba varakult neid oma teiste plaanidega klappitada.

Teoreetiline õpe on suuresti enda teha, samas ei ole keegi kunagi selle vastu kui loed töö artikleid või valmistud ettekandeks.

Raske öelda. Teoriaõppe asukoht on natuke kaootiline.

Teoreetilist võiks olla rohkem.

Üldmahult isegi on tasakaalus, ent sellest suhtes jälle ei ole, et kohati üritatakse kõik teooria korraga ära õpetada ja vastuvõtumaht saab hetkega täis. Parem oleks teooria järkjärgult ära jaotada, stiilis igal nädalal midagi jne, mitte, et kuu aega järjest loenguid jne

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Olenevalt õppebaasist võib praktilist tööd isegi rohkem olla.

residentide juhendaja kliinilis-konsultatiivsel erialal

Võrreldes teiste riikidega on erinevusi.

hambaravi eriala resident

Praktiline koolitus puudub, nt i/a süstimistehnika, propedeutika... õpid kõike ise töö käigus.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

On olnud juhuseid, et ei lubata koolitusele, kuna osakonnas palju tööd, aga kohati see mõistetakse.

Oleneb osakonnast ja juhendajast.

Teoreetiline õpe on integreeritud päevatöösse – õpid oma juhendaja käe kõrval. Tööpäevas spetsiaalset aega kirjandusega tutvumiseks ei ole, seda peaks vabast ajast tegema.

Teoreetiline õpe on suuresti residentide enda asi ajada. Võiks olla paremini reguleeritud.

Teoreetilisi koolitusi võiks olla ehk veidi rohkem, praegu on paaripäevased koolitused kaks korda aastas.

sisemeditsiini eriala residentid

Teoreetilisi kursusi võiks olla rohkem kui kord aastas.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Programm on kestnud alla 5 aasta, vajab nii residentide kui juhendajate poolseid hinnanguid, ilmselt ka korrigeerimist.

Tundub, et on üsna tasakaalus. Sisehaigustes on teoorial väga suur roll, mistõttu alati võib veel rohkem teooriat õppida/lugeda.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Arenguruumi veel on, aga võrreldes varasemaga on asi läinud paremaks.

Enamus tööajast võtab praktiline osa, teoreetiline õpe tuleb omast ajast.

Meil on olemas teoreetilised kursused, mis teinekord aga toimuvad kaootiliselt ning mõnda pole juba enam aastaid toimunud.

Teoreetiline õpe sõltub ülikoolist, praktiline aga haiglast.

Praktilist poolt oluliselt vähem.

kirurgilise eriala residentid

Minu ootustele see ei vasta.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud

Teoreetiline õpe on puudulik.

Puudub teoreetilise õppe korraldus. Residentuurikavas on küll nimekiri olemas, kuid valitseb suur segadus kus mingi koolitus toimuma peaks.

sisemeditsiini eriala resident

Kui praktiline õpe tähendab töötamist ilma erilise juhendamiseta (ei ole aru saanud, mis on praktiline õpe), siis on tasakaalus.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Teoreetilist õpet võiks olla rohkem, nt seadusandliku poolt võiks rohkem käsitleda teoorias.

Ootuspäraselt arvasin, et I aastal on rohkem praktilist õpet, tuli välja, et esimesel aastal domineerib teoreetiline õpe. Edaspidiselt peaks see asi siiski muutuma. Iseenesest pean positiivseks, et esimesel aastal on õppimine kesksel kohal.

sisemeditsiini eriala residendid

Teoreetiline õpe saab väga vähe tähelepanu.

kirurgilise eriala resident

[Vaja on] rohkem teooriat: kaasaegse kirjanduse ülevaade, case'ide arutelud, kliinilised seminarid.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Domineerib kliiniline töö.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Teoreetilist õpet võiks olla rohkem, tihedamalt.

Teooriat vähe, praktiline õpe seisneb lihtsalt töö käigus õppimises.

Residentuuri teoreetilise õppe kvaliteet annab kohati soovida, olen osalenud ka programmivälistel koolitustel.

kirurgilise eriala residendid

Resident teab, mis operatsioon järgmisel päeval on ja valmistab end teoreetiliselt ette.

Teoreetilist on liiga vähe.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Samas võiks teoreetilist olla veidi rohkem, praktika ja teooria sümbioos võiks suurem olla.

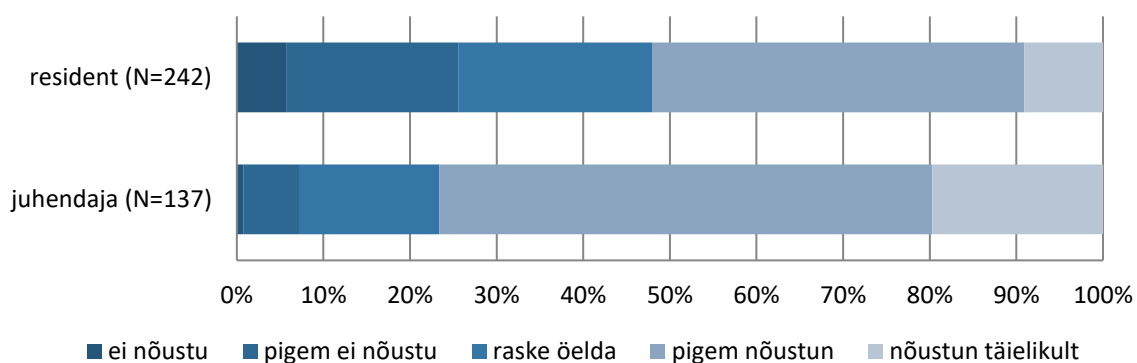
residentide juhendaja, eriala täpsustamata

Teoreetilist õpet on, kui ise otsida seminare ja loengud, kus osaleda. Kuid erialast õpet on vähe.

resident, eriala täpsustamata

VÄIDE 17: ARSTKONNAS SUHTUTAKSE RESIDENTI KUI TÄISVÄÄRTUSLIKKU ARSTI

JOONIS 19. NÕUSTUMINE VÄITEGA „ARSTKONNAS SUHTUTAKSE RESIDENTI KUI TÄISVÄÄRTUSLIKKU ARSTI“



VÄITE 17 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Üldiselt jah.

sisemeditsiini eriala resident

Enamustes osakondades jah, aga on üksikuid, kus oled sabas lonkija.

Osakonniti väga erinev. "Vanemasse" (3.-4. aasta) residentide suhtutakse üldiselt hästi, kuna käelised oskused on esimese aasta järel enamikul head.

Suhtutakse erinevalt. On jätkuvalt arste, kelle jaoks resident pole inimene. Samas valdav enamus peab meid kui mitte täisväärtuslikuks arstiks (1 aastal pigem ootuspärane), siis vähemasti kolleegiks.

Sõltub väga palju residentuuribaasist. Tallinnas pigem hinnatakse residentide tööd ja panust rohkem.

kirurgilise eriala residentid

See on osakondades erinev ja sõltub sageli eriarstist ja sellest, milliseid ülesandeid on vaja täita.

Sõltub kollektiivist ja sellest kui kaua selles oled viibinud. Igasse uude kohta minek on alguses nullist enesetööstamine.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Oleneb baashaiglast ja osakonnast. Tartus hinnatakse residentide üldiselt vähem.

sisemeditsiini eriala resident

Sõltub konkreetsest residentuuritsüklist.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Pigem ikka tuleb hierarhia argumendiks, kui mingis suhtes eriarvamused on. Residentide hinnangut ei loeta eriarsti (või ka EMOs töötava üldarsti) hinnanguga samaväärseks. Valvearsti otsus jääb alati lõplikuks.

Resident on tasuta tööjõud juhendajatelt ja valvepersonalilt koormuse eemaldamiseks.

kirurgilise eriala residentid

Sõltub palju osakonnast ja juhendajast. Tehes tsükleid väljaspool oma eriala osakonda suhtutakse tihti residentide kui paberitöö tegijasse või kui vaatlejasse.

On osakondi, kus puudub residentidele töö tegemiseks vajalik koht. nt peab tööd tegema õepostis arvuti taga.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Igasse inimesse tuleb suhtuda hästi. Resident on väljaõppel olev arst, mitte eriala spetsialist. Mul on seda küsimust raske mõista, kas sellel teemal on probleeme ette tulnud?

Isiklikult oman kogemust vaid eriti suurepäraste noorte kolleegidega, kellelaolistega sooviks vägagi koostööd teha.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Tutvustades end kui residentide, saan sageli tõrjuva suhtumise osaliseks, enamasti soovitakse vestelda juhendajaga.

sisemeditsiini eriala resident

Esineb küsimust residentidele: "Kas mõnda arsti ka kuskil on?"

"Kas ma mõne pärisarstiga saaks rääkida?" "Mingi resident tuli mulle ütlema, mida ma tegema peaks".

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Enamasti on ikka erinevus 1. ja 5. aasta residentide kogemuse ja oskuse vahel.

Suhtumine oleneb paraku ka residentide enda oskustest, käitumisest jne.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Jällegi sõltub konkreetsest inimesest, ebakompetentsete otsuste puhul muutub arst-resident kiirelt sõimusõnaks.

Kohustusi ja vastutust jagatakse pigem palju, samas hüvesid, mida saavad eriarstidest kolleegid residentidele sageli ei laiene. Residentil on vähem sõnaõigust.

Mitte ainult Maris Lauri ei ole eksinud kui nimetab eriarsti pärisarstiks. Ka arstide enda jaoks on resident kohati kohatäide.

Sõltub juhendajast ja kollektiivist. Loomulikult ka residentide kliinilistest oskustest.

Valveid pannakse iseseisvalt tegema küll, kuid muidu on resident siiski "õpilane".

sisemeditsiini eriala residentid

Kohati on see puudulik.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Sõltub siiski konkreetsest arstist.

sisemeditsiini eriala resident

Sõltub erialast, ma arvan.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Arstkonnas üldiselt: pigem nõustun. Oma eriala raames: nõustun täielikult.

kirurgilise eriala resident

Enamjaolt küll. Kuigi jällegi – eks on kohti kus seda nii hästi ei taju.

Minusse on õnneks alati kõikides erinevates osakondades hästi suhtunud.

Oleneb kollektiivist, pigem on suhtumine olnud hea.

sisemeditsiini eriala residentid

Isiklikult negatiivsed kogemused puuduvad. Kui resident näitab huvi üles, on usaldusväärne ja töökas, siis ei ole probleeme.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Eks see suhtumine areneb vastavalt residentide arenemisele.

Nooremad arstid hindavad residentide. Paljude vanemate kolleegide jaoks on resident aga tühi koht või keegi, keda mõne lihtsama töö tegemiseks ära kasutada.

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Väga kinni konkreetsetes noores kolleegis.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Seni on jäänud mulje, et resident on tülik, kuna juhendajad on tihti üle töötanud ja ei ole motiveeritud selgitama ja õpetama, paljud eeldavad, et resident peaks kõike oskama.

sisemeditsiini eriala resident

Enamasti olin üliõpilane, 4. aastal olin veidi rohkem "päris arst".

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Sõltub residentuuribaasist, kuid mitte igal pool ei ole suhtumine kollegiaalne, vaid pigem "ülemus-alluv" stiilis.

hambaravi eriala residentuuri lõpetanu

Olenevalt kolleegist ja haiglast. Üldiselt küll!

Suhtumine oleneb residentidest endast. Kui resident on asjalik, siis suhtutakse ka paremini temasse.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Üdiselt on arstide poolt suhtumine hea. Kuid sageli ikka tuleb tõgavaid nalju või vihjeid, mis annavad mõista, et päris samal tasemel vanemate kolleegidega resident ikkagi pole.

kirurgilise eriala resident

Taas sõltub kollektiivist, haiglast.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Patoloogias pigem jah kui ei.

Residenti suhtutakse kui erialaarsti, kelle prioriteet on õppimine, mitte töömahu täitmine.

residentide juhendaja kliinilis-konsultatiivsel erialal

Residendid on saanud haiglatöös üha suurema osakaalu.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Oleneb arstist, enamasti küll; samas iseseisvat vastuvõttu resident Eestis reeglina ei tee, nt Soomes saab seda teha kohe 1. päevast.

Oleneb erialatsüklilist. Nt psühhiaatrias võetakse residentide suhteliselt võrdsena, samas on seal ka kohe vastutus suurem. Kuna me roteerime erinevates tsüklites ja oleme sageli ühes tsüklis 2-3 kuud, siis ei saa me paratamatult olla samaväärsed kogemustega arstidega, oleme ikkagi õpipoisi rollis. Samas enda erialal saame olla rohkem täisväärtuslikud arstid, sest oleme sellel alal rohkem ja süvendatult tegelenud.

Põhimõtteliselt jah. Suhtumine alati sõbralik ja positiivne. Probleemiks pigem see, kui iga paari kuu tagant on osakonna vahetamine, siis ei saagi nii totaalselt osakonda kuuluda kui seal aastaid töötavad arstid – selle osas midagi parandada ei anna.

sisemeditsiini eriala residendid

Seda juhul kui eeskuju näitavad juba vanemad ja kogenumad kolleegid.

Kui võtab kohustusi, täidab neid ning on heade teoreetiliste teadmistega ning meeskonna töötaja; kui ühte neist ei ole, siis käib "arstiks küpsemine" – sellist residentide on ka juhendajal raske juhendada, kes "ei viitsi" "ei saa" "ei taha" ...

Oleneb doktorist.

Perearstikeskuses kindlasti.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Kahjuks nii see ei ole, eriti patsientide poolt vaadatuna.

Oleneb jällegi juhendajast/osakonnast, olen kohanud väga meeldivat ja võrdset suhtumist kui ka pigem alandavat ja nõmetsevat suhtumist.

Oleneb väga, mis resident sa oled ja millises osakonnas, samuti konkreetsetest inimestest jällegi. Peremeditsiini resident kirurgias... kogemused väga seinast seinast.

Paar korda puutusin kokku sellega, kui residendile öeldud 'istu siin, ära sega'. Tegemist oli mitte-erialase tsükliliga polikliinikus. Juhendaja ei olnud huvitatud oma kogemust jagama.

Perearstide hulgas küll, kuid haigla-tsyklites mitte.

Sõltub erialatsüklilist, peremeditsiini tsüklis üldiselt suhtumine väga hea.

Ühelt poolt antakse küll suur vastutus ning oodatakse palju, kuid teiselt poolt kohati ei suhtuta residentide kui võrdsesse kolleegi. Ühtlasi on lapsekingades paljude juhendajaks määratud arstide huvi ja oskused igasuguse õpetamise suhtes.

sisemeditsiini eriala residendid

Haiglata-osakonniti on suhtumine väga erinev.

Psühhiaatrite taoks oleme 100% kolleegid. Teistes tsüklites olles kogesin halba suhtumist teiste erialade arstide poolt.

See on hämmastav, kui suur see erinevus erialati ja praktikabaasiti on. Psühhiaatrias on üldiselt saavutatud seda, et resident on võrdväärne kolleeg.

Sõltub asutusest, kuid üldiselt jah.

sisemeditsiini eriala residentid

Pigem oled alaväärne.

Sõltub kohast.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

On (eri)arste ning muud med personali (õed, abilisid, tehnikud), kes ei pea resident arstiks.

Oleneb täielikult arstist, korduvalt on olnud kuulda, et I-II aasta residentid on üsna kasutud, III-IV juba midagi oskavad ja alles lõpetamise paber annab teadmised.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Sõltuvalt asutusest tundub olevat resident heal juhul alamarst, halvemal juhul alamhooldaja abiline vms.

Eestil on Soomega võrreldes veel arenguruumi.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Asi paraneb iga aastaga (ja personalipuuduse kasvuga...)

Enamasti jah.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Aeg-ajalt kiputakse kritiseerima ja arvustama, selle asemel, et õpetada ja selgitada (nt. valve üleandmised)

Kolleegiaalne suhtumine annab ikka tunda. Eriti valvetöös, kus resident vastutab isiklikult nt sisekliiniku kohtade arvu ja kõigi siseosakondade töökorralduse üle.

Mitte päris, aga seda ei saagi oodata – mu teadmised ei ole veel nii head, et nõu anda samal tasemel vanemate kolleegidega.

Oleneb osakonnast, erialast ja konkreetsetest arstidest. Kahjuks on ette tulnud ka väga ülbet ja üleolevat suhtumist, lisaks ka erialapõhist diskrimineerimist.

Tegelikult sõltub osakondadest ja haiglastest jällegi. Siinkohal PERHis olen saanud oluliselt meeldivama suhtumise osaks kui TÜK sisekliinikus.

sisemeditsiini eriala residentid

On ikka pärisarstid ja "mänguarstid" ehk residentid. Suhtumine on jälle osakonniti väga erinev. Kõige enam märkasin probleeme TÜK Sisekliinikus, kus kohati oli suhtumine lausa vaenulik.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Kindlasti sõltub see residentuuribaasist, aga vähemalt Tartus me armastame ja hoiame oma residente.

Residenti suhtutakse siiski kui õpilasse.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Kolleegiti erinev. Mõni ikka väidab, et on residentid ja siis on arstid. Eriti kui on mingi arstkonna probleem/palgad vms arutlusel osakonnas, siis tahetakse rääkida ilma residentideta.

On "residentid" ja "arstid". Residentidele tehakse kohe selgeks, et ta pole veel keegi (minu puhul öeldi, et suu tee lahti siis, kui midagi saavutad).

On üksikuid erandeid, aga üldiselt suhtutakse meie baasis resident kui kolleegi.

Osakonniti erinev, kuid pigem kasutatakse resident sageli nõ augutäitena (vastuvõtude asendamised, pigem paberitöö kui kirurgia jne).

Otsustusõigust piiratakse, kuna seaduse järgi resident väidetavalt ei tohi midagi ise otsustada.

Pigem siiski paljud kolleegid ei pea residenti "päris arstiks". Lisaks ei ole lubatud LTKH-s ka lihtsamaid otsuseid iseseisvalt langetada. Jääb mulje, et kohati on üldarstil rohkem õigusi kui residentil.

Residendi töökoormus, nt valvetes, tihtipeale võrreldes vanemate kolleegidega kõige suurem.

kirurgilise eriala residentid

Pigem oled tüütu tegelane, keda peab õpetama ja kes samal ajal "ei vastuta" oma tegude eest. Muidugi on suhtumises ka erandeid.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Väga palju sõltub baasasutusest ja juhendajast. Sageli paigutatakse resident tööle sinna, kus parajasti töökäsi napib, residentide arvamus oluliselt kuulamata, sama kehtib ka valvegraafiku osas.

sisemeditsiini eriala resident

Üldiselt küll.

kirurgilise eriala resident

Residente usaldatakse isegi liiga palju. Näiteks ei tohi resident üksi opereerida, kuid siiski seda lubatakse. Samuti valvavad residentid maakonnahaiglates üksi, mis ei ole alati päris õige, eriti nooremate residentide puhul

Viimasel residentuuri aastal võib-olla küll aga mitte algul.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Kohati jääb residentide staatus ebaselgeks, sageli ei ole järgitud residentuuri eeskirja residentide ülesannete andmisel.

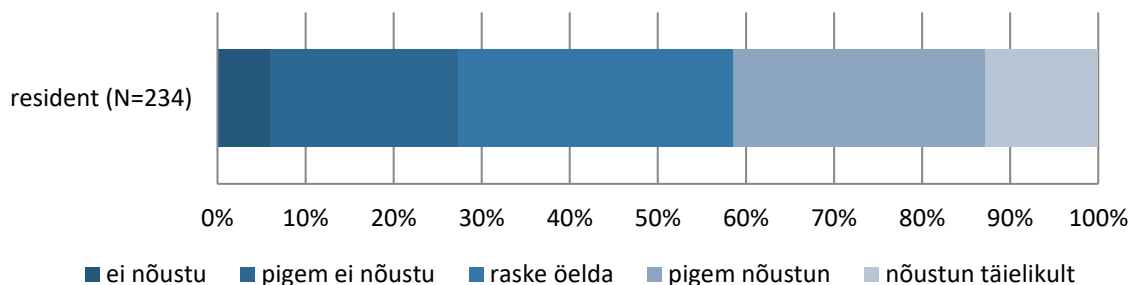
Resident on ikka kolmandajärguline.

kirurgilise eriala residentid

Vaid residendid ja residentuuri lõpetanud

VÄIDE 18: MULLE ON/OLID LOODUD EELDUSED, ET TEGELEDA RESIDENTUURIS ERIALASE TEADUSTÖÖGA MULLE HUVIPAKKUVAL TEEMAL.

JOONIS 20. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MULLE ON/OLID LOODUD EELDUSED, ET TEGELEDA RESIDENTUURIS ERIALASE TEADUSTÖÖGA MULLE HUVIPAKKUVAL TEEMAL“



VÄITE 18 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Ei ole huvitatud teadustööga tegeleda.

Kõiksugu teadustöö, mis ei vaja eraldi rahastust, oli soodustatud, aga vähegi raha nõudvat projekti ei õnnestunud alustada.

Ma ei ole kunagi teadustööd teinud ega pürgi hetkel selle poole.

kirurgilise eriala resident

Pole ise huvi tundnud, aga kõrvalt vaadates tundub küll.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Professori poolt on loodud tingimused, kuid eriala üldjuhendaja teinud kõik, et doktorantuuri tegemine residentuuri ajal oleks maksimaalselt ebamugav.

sisemeditiini eriala resident või residentuuri lõpetanud

No eeldus on see, et mind ei ole graafikusse igaks päevaks 24/7 tööle pandud, ehk mul on vaba aega. Samuti pole keegi keelanud mul teadustööga tegeleda. Kuidagi seda soodustatud loomulikult ei ole.

Otsin ise võimalust.

Pakkumisi on, kuid aeg tuleb norm.tundidele lisaks. Ehk siis pere või hobide arvelt.

kirurgilise eriala residendid

Töövälisel ajal võib teadustööd teha nii palju kui vähegi jaksad.

kirurgilise eriala resident

Ei ole erialase teadustööga residentuuris tegelenud.

Ei ole isegi keegi võimalust pakkunud. Selleks tuleks doktorantuuri astuda..

Ei ole selleks eraldi aega ette nähtud. Tuleb võtta akadeemiline puhkus, mis on lubatud ja mille vormistamine ei ole keeruline.

Olen osakoormusega ülikooli õppejõud ja teadur ning teadus/õppetööga tegelemist peetakse kliinikutes (sõltumata haiglast) absoluutselt vaid ebameeldivaks kohustuseks ja/või enda hobiks.

Võimalik on tegeleda kellegi teise teadustööga – olles ise odav tööjõud.

sisemeditiini eriala residendid

| | |
|--|--|
| <i>Vahel lihtsalt pannakse tegelema projektidega olenemata asjaolust, kas sa tahaks nendega tegeleda või mitte.</i> | sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu |
| <i>Ise polnud väga motiveeritud, kuid kui paluti, siis osalesin küll.</i> | sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu |
| <i>Ei ole veel hetkel doktorantuuris, kuigi ilmselt huvipakkuval teemal teadustöö tegemine ei oleks problemaatiline.</i> | kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu |
| <i>Seda residentuurikoormuse kõrvalt ei ole alati lihtne teha.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Teadustöö jaoks tuleb leida aega residentuuri kõrvalt.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Seda julgustatakse, kuid praktilist suunamist on vähe. Endal peab olema initsiatiiv, ise tuleb leida võimalus, teadmised ja oskused. Hea sõnaga ollakse ikka abiks.</i> | |
| <i>Selleks ei ole eraldi aega ega ka juhendajaid ja kogemust.</i> | |
| <i>Teadustööga tegelemine eeldab seda, et ma ise otsin teema, juhendaja ja leian töövälisest ajast aja, et sellega tegeleda.</i> | kirurgilise eriala residendid või residentuuri lõpetanud |
| <i>Tartu ülikooli kliinikumis veidi oli, Regionaalhaiglas polnud midagi.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Teadustöö osas on samuti erinevates haiglates erinevad võimalused. Võib-olla probleem ka minus, et ei huvitunud teadustööst piisavalt.</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Tavatöö võtab enamuse ajast.</i> | kliinilis-konsultatiivse eriala resident |
| <i>Residentuuri ajal ei ole eriti võimalik teadustööga tegeleda. Kui päeval 8 tundi teha arstitööd, siis õhtul jõuab heal juhul midagi juurde lugeda, aga mitte teadustööga tegeleda. selleks peaks andma siis vaba kuu.</i> | |
| <i>Tartus soositakse teadustööd kindlasti.</i> | |
| <i>Teadustöö võimalusi on.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Meie erialal on kohustuslik teha väikses mahus teadustöö.</i> | |
| <i>Meie residentuuri lõpetamise eeldus on uurimustöö tegemine ja esitlemine omal valitud teemal.</i> | |
| <i>Meile on pandud kohustus tegeleda uurimistööga, samas ei ole selleks vahendeid, aeg ja võimalus tuleb ise leida.</i> | |
| <i>Olles nõ enda tsüklis on see võimalik, mujal mitte.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Residentuuris ei ole tõsise teadusliku töö jaoks aega.</i> | |
| <i>Õppetooli poolt jah.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Mingit infotki, kuidas osaleda teadustöös ei ole edastatud.</i> | |
| <i>Puudub raamistik selleks, nt doktorantuuri ja residentuuri samaaegne läbimine, nt 0,5 koormust residentuuris ja samaaegne doktoriõpe, residentuuri lõpetamist eeldatakse ikka nominaalajaga.</i> | |

Teadustöö ei huvita mind.

Võimalusi on suhteliselt vähe ja neid ei promota eriti. Asi on ilmselt ka kliinilise meditsiini instituudi Psühhiaatrikliiniku väikeses koosseisus.

sisemeditsiini eriala residendid

Ei ole endale huvipakkuvat teemat leidnud.

Ei ole ise huvi tundnud ning ei ole saanud ka vastavat informatsiooni.

Ei oska öelda, kuna teadus hetkel ei paku huvi.

Teadustööd antud erialal tehakse pigem vähem.

Tõenäoliselt saaks teha, kui ise oleks entusiastlik ja initsiatiivikas.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Ehk ma ei ole neid ka väga palju ise otsinud.

Ei ole huvi tundnud.

Ei tunne teadustöö vastu huvi.

Pole kokku veel puutunud. Pole ka väga aega olnud tegeleda ja huvi üles näidata. Kui tahaks, siis ilmselt saaks.

sisemeditsiini eriala residendid

Aega selleks vähe professor on nõus juhendama vaid seda teadustööd, mida tema ise oluliseks peab.

Ei ole süvendatult tegelenud teadustööga. samas arvan, et soovi korral on eeldused olemas.

Innustatakse teadustöö tegemist.

Kui ise midagi ei paku, siis keegi ei hakka sinuga väga tegelema ja pakkuma.

Kui väga tahaksin, siis ilmselt keegi ei keelaks, aga ei jaksa.

Kuna vanemad kolleegid suure töökoormuse tõttu ei tegele, siis on raske ka ise alustada.

Võimalus on oma vabast ajast teadustööd teha.

kirurgilise eriala resident

Oma kogemusest: teadustöö on koondunud Tartusse, teistes haiglates suuresti puudub inimestel teadustöö kogemus ja seetõttu ka juhendamise oskus – seda peetakse Tartu "leivaks".

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Teemad, materjal on olemas, kuid puuduvad teadusgrupid, pädevad juhendajad, mistõttu protsess ei ole efektiivne. Suur sõltuvus ja varieeruvus residentuuri baasasutusest lähtuvalt. Teadustöö ja praktiline töö ei ole integreeritud, praktilise töö juhendajate poolt väärtustatakse rohkem praktilist tööd, mistõttu puudub aeg teadustöö tegemiseks.

kirurgilise eriala resident

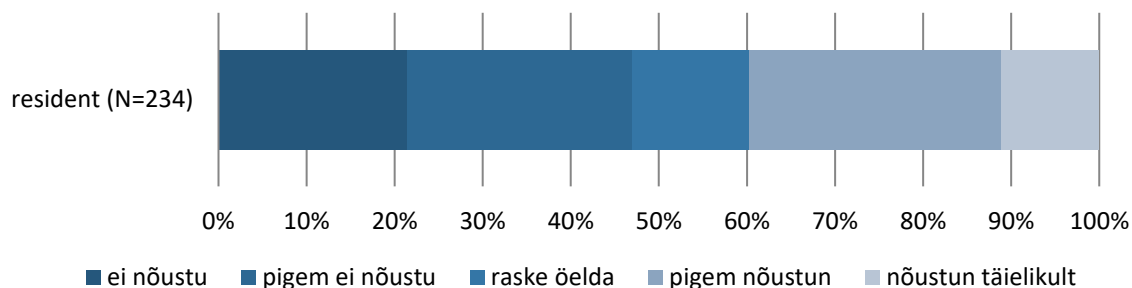
Pole aega teadusega tegeleda.

Soovi korral on võimalik tegeleda teadustööga, kuid töö mahtu arvestades on raske leida motivatsiooni.

kirurgilise eriala residendid

VÄIDE 19: OLEN RESIDENTUURI VÄLTEL SAANUD ÕPET/JUHENDAMIST ERIALASE TEADUS-KIRJANDUSE JA ERIALASTE ANDMESTIKE KRIITILISEKS HINDAMISEKS.

JOONIS 21. NÕUSTUMINE VÄITEGA „OLEN RESIDENTUURI VÄLTEL SAANUD ÕPET/JUHENDAMIST ERIALASE TEADUSKIRJANDUSE JA ERIALASTE ANDMESTIKE KRIITILISEKS HINDAMISEKS“



VÄITE 19 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Kui oli vaja midagi selgeks teha alati sain abi.

kirurgilise eriala resident

Residentuuri ajal mitte.

sisemeditsiini eriala resident

Ei, kuid seda oleks väga vaja. Probleem pole mitte info kättesaamises, vaid sodi hulgast heade uuringute leidmises.

Kui õigesti mäletan, siis kuskil sügaval põhiõppes oli meil selle teema kohta üks (!) arvutipraktikum. Residentuuris pole seda poole sõnagagi puudutatud.

kirurgilise eriala resident

Seda ei pea minu arust ka residentuuri ajal tegema. Olen vastavat õpet ja juhendamist saanud põhiõppe ajal.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Puudub selline õpe.

sisemeditsiini eriala resident

Sain baasasutuses käia teaduskirjanduse ja andmebaaside kasutamist käsitleval koolitusel.

sisemeditsiini eriala resident

Ei ole keegi seda näidanud ega juhendanud.

Need teadmised on mul doktorantuurist. Juhendajad on sageli väga algeliste teadmistega teaduskirjanduse otsimises ja selekteerimises.

Seda käsitletakse põhjalikult doktorantuuris aga mitte residentuuris.

Seda võiks kindlasti rohkem olla. Hetkel meenub 1 seminar, mis oli ka residentide enda initsiatiivil korraldatud.

sisemeditsiini eriala resident

Olen seda ise õppinud.

sisemeditsiini eriala resident

Ei ole saanud, olen ise õppinud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Pigem olen ise võtnud eraldi kursusi, et sellest aru saada.

Puudub üldse ülevaade, mis kirjandust vaadata!

kirurgilise eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Meil oli see teemaks ühel korral, kuid üldjuhendaja näitas meile lihtsalt erinevaid kohti internetis kust artikleid leida. Kriitilist hindamist küll ei olnud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Kindlasti mitte. Pole erilist sügavat selgust kuidas mingid protsendid päris elusse võiks kanduda. Näiteks mõningate värvingute positiivsus jne.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident

Ei ole sellist õpet vajanud, see on tulnud elu käigus.

Rohkem põhiõppe teadmiste põhjal.

Sellist õpet sain süsteemselt juba põhiõppes, residentuuris seda kordama ei ole hakatud, eeldatakse et resident seda juba teab. Teaduskirjandust käsitletakse palju, kvaliteedile pööratakse ikka tähelepanu.

sisemeditsiini eriala residendid

Pealiskaudne ülevaade.

Selle kohta oli üks seminar.

sisemeditsiini eriala residendid

Kuigivõrd jah

See oskus tuleb isikliku kogemusega.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Osalt on need teadmised olemas juba ülikooli põhiõppe ajast, aga kindlasti vajaks täiendamist. Kolleegid miskipärast ei mäleta, et ülikoolis seda ka õpetati :)

Toimus üks koolitus, kuidas lugeda artikleid.

sisemeditsiini eriala residendid

Ei residentuuri raames mitte, küll varasema doktorantuuri raames.

Enne residentuuri astumist räägiti sellest piisavalt.

Olen omandanud seda mujal.

Seda peetakse pigem doktorantuuri eesmärgiks, ent ühes tsüklis oleme ka sellealast koolitust saanud.

See oli osa põhiõppes.

Selle alast teoreetilist koolitust otseselt ei ole, kuid on artiklite refereerimine ja analüüs.

Veel mitte, aga kuuldavasti pidi tulema lähiajal.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Ei. Ja tundsin sellest puudust.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Ka ülikoolis jäi seda õpet väheks.

Need teadmised on pigem pärit põhiõppes.

Olen seda õppinud iseseisvalt ning põhiõppes.

sisemeditsiini eriala residendid

Algasime residentide keskel iseseisvalt journal clubi.

Medinfokeskuse koolitus.

On olnud koolitus nii residentuuri eriala kohustuslike koolituste seas, lisaks on baasasutuse poolt günekoloogia residentidele korraldatud lisakoolitus/seminare.

Teadusklubide põhjal; olnud koolitus infosüsteemidest.

Toimus eraldi koolitus, kuidas otsida teadusartikleid andmebaasidest.

Üks asjalik residentuuri kohustuslik seminar sel teemal ja meie residentide omaalgatuslik journal club.

Üks kursus oli kunagi.

kirurgilise eriala residentid

On olnud mingeid õpetussõnu.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Puuduvad rutiinsed seminarid, arutelud.

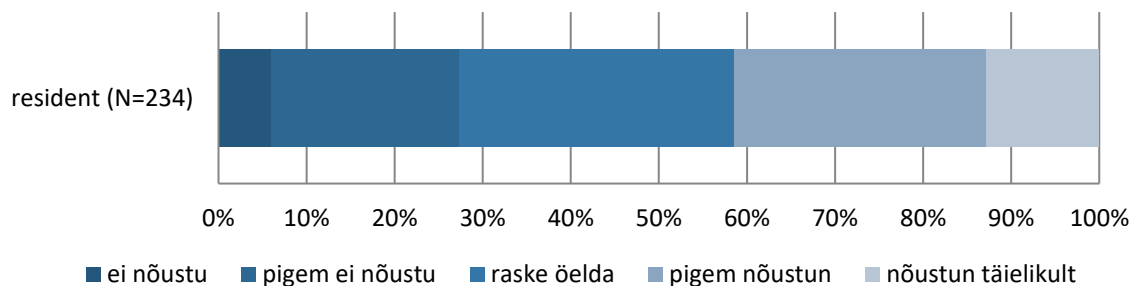
kirurgilise eriala resident

Residentide seminarid on abiks.

kirurgilise eriala resident

VÄIDE 20: OLEN RESIDENTUURI VÄLTEL SAANUD ÕPET/JUHENDAMIST KLIINILISTE OTSUSTE TEGEMISEKS.

JONIS 22. NÕUSTUMINE VÄITEGA „OLEN RESIDENTUURI VÄLTEL SAANUD ÕPET/JUHENDAMIST KLIINILISTE OTSUSTE TEGEMISEKS“



VÄITE 20 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Juhendajad on aidanud, kui olen küsinud.

sisemeditsiini eriala resident

Juhendajate viitsimine oma otsuseid põhjendada varieerub õppebaasiti-osakonniti tohutult.

kirurgilise eriala resident

Jah, selle kohta on ikka õnnestunud kolleegide käest õppida.

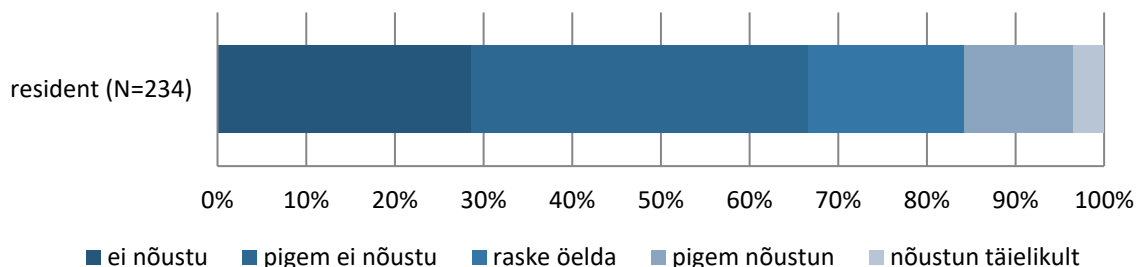
Kindlasti olen, aga kas määral, millega rahule jään? Oleneb nii palju juhendajast.

kirurgilise eriala residentid

| | |
|---|--|
| <i>Mitte kõikides, kuid mõnedes osakondades on olen tõesti vastavat õpet saanud.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Pigem on see õpe olnud juhupõhine ning jooksvalt töö käigus.</i> | |
| <i>See enamuse aja residentuurist ilmselt hõlmabki.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Juhendaja ja kolleegide käest.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Olen teinud kliinilisi otsustusi, kuid suur õpet või juhendamist ei ole küll olnud.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Jah, alati on saadaval kogenum kolleeg, kellelt nõu küsida.</i> | |
| <i>Loomulikult, see ju õppe eesmärk ongi.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Meid suunatakse toetuma tõenduspõhiste ravijuhistele.</i> | |
| <i>Residentuuri esimesest päevast olen teinud iseseisvalt vastuvõttu ning enamasti õppinud tagantjärele nõ oma vigadest. Küll aga ei ole saanud juhendamist enne.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Oleneb juhendajast ja kohast</i> | |
| <i>Sõltub juhendajast.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud |
| <i>Osakonniti on see erinev.</i> | |
| <i>Üle supervisiooni</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Ei ole ega vaja seda</i> | kliinilis-konsultatiivse eriala resident |
| <i>Sõltus konkreetsest juhendajast ja tema pühendumisest, aga midagi õppisin ikka igas residentuuritsüklis.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Töö käigus korjad ikka midagi üles. Süstemaatilist juhendamist on väga vähe.</i> | |
| <i>Alati on võimalik konsulteerida kliiniliste otsuste tegemiseks. Alati aga ei kaasne aga sellega selgitust, et miks just selline otsus.</i> | kirurgilise eriala residendid |
| <i>Eesti meditsiini õpetamise süsteemis puudub suuresti süstemaatiline lähenemine või oma otsuste põhjendamise oskus ja seetõttu seda ei õpetata ka edasi: miks keegi mingisuguseid otsuseid teeb – enamasti on vastuseks, et kogu aeg on nii tehtud.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Residentuuriõpe on fokuseeritud kliinilisele tööle.</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Enamasti on vanemarst kättesaadav.</i> | kirurgilise eriala resident |

VÄIDE 21: MIND ON RESIDENTUURI VÄTEL JUHENDATUD ENNETAMA JA LAHENDAMA KOMMUNIKATSIOONIPROBLEEME VÕI (POTENTSIAALSELT) KONFLIKTSEID OLUKORDI, MIS TULENEVAD SOOLISTEST, KULTUURILISTEST VÕI RELIGIOOSSETEST ERIPÄRADEST

JONIS 23. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MIND ON RESIDENTUURI VÄTEL JUHENDATUD ENNETAMA JA LAHENDAMA KOMMUNIKATSIOONIPROBLEEME VÕI (POTENTSIAALSELT) KONFLIKTSEID OLUKORDI, MIS TULENEVAD SOOLISTEST, KULTUURILISTEST VÕI RELIGIOOSSETEST ERIPÄRADEST



VÄITE 21 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Erigruppide (jehovistist patsient või jehovistisest vanemate laps jm) käsitlust eraldi seni pole õpetatud.

kirurgilise eriala resident

Hahahah. Ei, Eesti ei ole veel seal maal.

Mitte Eesti residentuuri raames – siin ei pöörata sellistele asjadele tähelepanu. (Siiski meenub 1: Kiirabi konverentsil käsitleti islami usu teemat).

kirurgilise eriala residendid

Selliseid konflikte ei õpeta kahjuks keegi lahendama, kuid nooremad kolleegid saavad õppida vaadates, kuidas vanemad kolleegid probleeme lahendavad.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Need juhendamised on tulnud olukordade põhjal, kui on juba vaja mingit kindlalt probleemi lahendama hakata.

Pigem olen need oskused ise omandanud.

sisemeditsiini eriala residendid

Peamiselt antud asutuse (asutus, kus tsüklil toimub) sees ja teatud isikutega tekkida võivate olukordade suhtes.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid või residentuuri lõpetanu

Keegi pole seda minuga käsitlenud.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Süvendatult küll mitte, aga põhimõtteliselt.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Sellest võiks seminari teha.

sisemeditsiini eriala resident

Ei meenu, et oleks just neid eripärasid välja toodud, kuid kommunikatsiooniprobleeme on õpetatud ennetama küll.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Kommunikatsiooni ei ole kunagi õpetatud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Seda õpetati põhiõppes piisavalt.

hambaravi eriala resident

Ei ole selliseid olukordi ette tulnud ning ei leia et antud eriala juures need ka eraldi mainimist vääriskid. Oluline on et patsient sooviks saada ravi ning saaks aru oma ülesannetest selle juures.

kirurgilise eriala resident

Mitte otseselt, kuid jällegi läbi praktika.

Väga vähe käsitletud teema üldse, otsesest õpet sel teemal ei ole olnud.

sisemeditsiini eriala residendid

Probleemsete patsientide käsitlemise õpe nii põhiõppes kui ka residentuuris marginaalne.

See on minu jaoks pigem isikus kinni, et missugused võimed probleemide lahendamiseks/ennetamiseks on konkreetsel inimesel olemas. Residentuuriga ei oska ma seda hetkel kuidagi seostada...

sisemeditsiini eriala residendid

Oleneb juhendajast, minu kogemuses kõik mu perearstidest juhendajat tegid seda, samuti mõni erialaarst või ka nt osakonna juhataja.

Sellega ei tegelda.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Ei ole toimunud vastavaid koolitusi ega juhendatud sel teemal .

Oli selline koolitus.

On olnud kokkupuudet nn Eesti venelastega ja roma päritoluga inimestega. Teistega on kokkupuudet olnud vähe ja teoreetilisi teadmisi ka ei ole.

sisemeditsiini eriala residendid

Eriala on muidugi selline, et suhtlemist võrreldes teiste erialadega on pigem vähem

Hea oleks, kui vähemalt keeleküsimumust hakataks tähtsustama. Näiteks venekeelseid patsiente on Eestis palju ja vene keele oskamist eeldatakse vaikimisi. Ka oma erialase teadmise kommunikeerimine on peaaegu et käsitlemata teema (nt radioloogia kontekstis: kui palju peaks rääkima vahetult uuringutulemustest patsiendile või laskma teha seda saatval arstil).

Pole kokku puutunud.

Sellealane tegevus Eesti residentuuris puudub.

Süsteemset lähenemist ei ole.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Tavaliselt on konfliktid persoonid juhendaja endale võtnud ja ma olen saanud rohkem kõrvalt jälgida.

See on väga sõltunud residentuuritsüklid.

sisemeditsiini eriala residendid

Eraldi selles osas ei ole juhendatud.

Kõike ei saa ka residentuuris õpetada, pigem võiks sellele rõhku panna juba põhiõppes.

Pole kunagi jutuks olnud. Pigem jällegi igaühe enese südametunnistuse küsimus.

Seda teemat pole eraldi käsitletud.

kirurgilise eriala residendid

Selgeid juhthõõre ei ole antud.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Ei ole selliseid olukordi veel ette tulnud, aga usun, et juhendaja ilmselt aitaks nende lahendamisel.

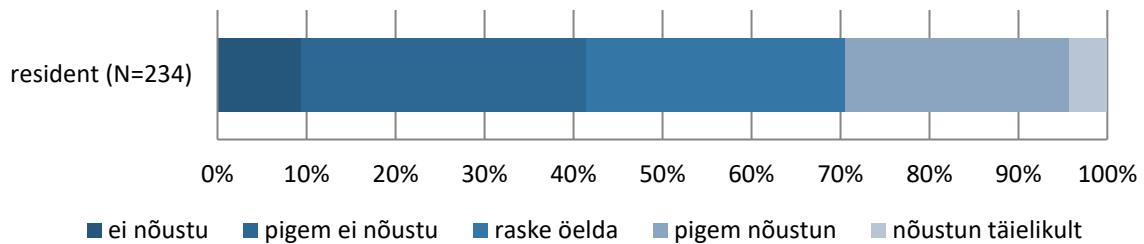
Teemat ei ole käsitletud.

sisemeditsiini eriala residendid

| | |
|--|-----------------------------|
| <i>Puudub.</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Selliseid olukordi on ette tulnud vähe ja juhendamist seetõttu raske hinnata.</i> | kirurgilise eriala resident |

VÄIDE 22: RESIDENTUURIS KASUTATAVAD JUHENDAMISE MEETODID VASTAVAD TÄIELIKULT MINU OOTUSTELE

JOONIS 24. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURIS KASUTATAVAD JUHENDAMISE MEETODID VASTAVAD TÄIELIKULT MINU OOTUSTELE“



VÄITE 22 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Minu ootused on olnud teised. Eeldaksin rohkem arutamist või kasvõi arutamise võimalust.

sisemeditsiini eriala resident

Ei vasta täielikult. On väga halbu ja ka suurepäraseid juhendajaid.

Üksikutes osakondades/juhendajate puhul on see puudulik, aga suurem osa siiski vastab ootustele.

Sõltub väga palju erinevatest residentuuribaasidest.

kirurgilise eriala residendid

Suur enamus juhendajaid on head.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Residentuuri juhendaja eriala tsüklites [oli] praktiliselt kättesaamatu. Õhtupoolsetes (kell 12-16.00) ambulatoorsetes vastuvõttudes ei ole viimase tunni jooksul võimalik juhendajat kätte saada, kuna teda enam majas ei ole. Vahepeal oli määratud ka teine juhendaja, kes helistas kell 13.30 ja küsis kas ma saan edasiste (kuni 15.40) esmaste patsientidega hakkama ning kas ta võib koju minna. Mainin ära, et esmaste patsientide puhul ei ole tegemist inimestega, kelle puhul ma teaksin, mis probleemiga nad tulevad.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Alustame sellest, et enamikes tsüklites ei ole mul juhendajatki. Mul on siimaani kahe aasta jooksul olnud üks kahekuuline tsükkel, kus mul oli kindel juhendaja kes minuga tegeles (anestesioloogia). Mujal pole resident kellegi mure.

kirurgilise eriala resident

Oleneb juhendajast.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Väga varieeruv erinevate juhendajate seas. Vältida võiks ülemus-alluv meetodit.

Esineb vananenud juhendamisstiile nt avalik häbistamine.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Juhendajatel sageli palju tööd, residentidele jäävad sageli need ülesanded, mida juhendaja ise ei jõua teha.

sisemeditsiini eriala resident

| | |
|---|---|
| <i>Rohkem tahaks ise teha, et juhendaja seletaks suuliselt.</i> | kirurgilise eriala resident |
| <i>Sõltub juhendajast.</i> | |
| <i>Vahel ei olegi residendil otsest juhendajat, kuna juhendaja on kas puhkusel või läks just pensionile või on hõivatud mõne teise tööga.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Ootan pigem põhjalikumat juhendamist tsükli alguses, seejärel võib juhendamine olla vastavalt olukorrale.</i> | kliinilis-konsultatiivse eriala residendid või residentuuri lõpetanud |
| <i>Sõltub väga palju juhendajast.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Sõltub väga suurel määral juhendajast.</i> | kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu |
| <i>Sooviks, et oleks enam haige arutelusid stimuleerimaks mõtlema keeruliste juhtumite üle.</i> | |
| <i>Võiks olla palju rohkem juhendamist, aga arvan ka, et paljud arstid on tööga ülekoormatud ja aega jääb väheks.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Juhendamise meetodid sõltuvad juhendajast.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Juhendajaid oli erinevaid ja meetodeid erinevaid. Ei oska öelda, kas juhendajad on saanud ka juhendamise alast koolitust, pigem õppisime nende tavatöö kõrvalt.</i> | |
| <i>Täiesti sõltub juhendajast (meil üks tsükkel 3 kuud, seega juhendaja vahetub tihti).</i> | kirurgilise eriala residendid või residentuuri lõpetanud |
| <i>Ei ole näinud neid meetodeid, ainuke oli "vaata mis mina teen" meetod ja siis ka ei seletatud, mida ta täpselt teeb.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Juhendajaid pole koolitatud juhendama. Juhendamine taandub läbisaamisele juhendaja ja juhendatavaga.</i> | |
| <i>Osaliselt. Iseseisev töö on loomulik aga võiks olla rohkem üldise temaatika selgitamist.</i> | |
| <i>Iga juhendaja on väga erineva lähenemisega.</i> | kliinilis-konsultatiivse eriala resident |
| <i>Osaliselt, oleneb palju juhendajast, enamasti on juhendaja roll konstruktiivne. Kindlasti jääb väheks iseseisvast tööst (pediaatrias valvetöö ja osaliselt osakonnatöö on iseseisev, kuid ambulatoorne töö koos juhendajaga).</i> | |
| <i>Sõltub juhendajast, enamasti jah.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Minu enda eriala tsükklis on juhendamisega olnud asjad enam vähem korras, kuid teistes tsüklites on enamasti juhendamine praktiliselt puudunud. Tihti näen seda, et juhendaja ei tea, mida residendiga peale hakata ning ootab, et resident ise endale tegevust leiaks. Mõistan, et juhendajatel ei ole aega, et juhendamisega tegeleda ning samuti puuduvad neil oskused, kuna sellega ei tegele keegi.</i> | |
| <i>Mitte kõik ei ole head pedagoogid.</i> | |
| <i>Paljud haiglaosakondade juhendajad pole kompetentsed ega motiveeritud õpetamiseks. Ühtlasi ei julgustata residentide juhendajalt abi küsima.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Enam-vähem. Ei oskaks selles olukorras ja selliste tasude puhul midagi muuta.</i> | |

Juhendajad paljud võtavad oma juhendamiskohustust formaalselt. Ise tead, mis teed.

Enam võiks olla tsükleid, kus juhendaja esimesel päeval uurib, milline on minu enda täpsem huvi antud erialaga seoses.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Juhendajate tase on kõikum. Valdavalt on juhendajad siiski toetavad, sõbralikud ja mõistvad.

Juhendajatel on väga vähe aega.

Palju on ikkagi iseseisvalt pusimist.

Piisavalt iseseisvust ja võimalus alati küsida nõu erinevatelt kolleegidelt.

sisemeditsiini eriala residendid

Juhendajad on väga erinevad ning nende ettevalmistusest lähtuvalt ka täiesti erinevad lähenemised.

Meie erialal juhendajad vahelduvad väga tihti, seetõttu sõltub jälle konkreetsest juhendajast – eeskätt tema isikuomadustest.

Sõltub tugevalt juhendajast. Kuna juhendajaid ei juhendata, siis on tase äärmiselt kõikum.

Oleneb ikka inimesest. Reegleid juhendamiseks minu meelest eriti ei ole

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Tagasisidet on rohkem vaja.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanud

Mulle meeldiks rohkem arutleda raviotsuste üle.

On juhendajaid, kes võtavad neile antud ülesannet väga tõsiselt ja püüavad anda oma parima. Enamasti tundub, et juhendajatel puudub õpetamise metoodikast ülevaade ja nad ei oska oma teadmisi edasi anda. Mõnel pole tahtmist/aega juhendada.

Sõltub baasist, osakonnast ja juhendajast. Kvaliteet on väga varieeruv.

Õlg-õla kõrval teeme tööd.

Üldiselt olen oma juhendajatega rahule jäänud küll.

sisemeditsiini eriala residendid

Nagu eespool öeldud, juhendajaid oli erinevaid, mõni suurepärase, mõni andis soovida.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

"Meetod" on selle juhendamistegevuse kohta ikka hirmpalju öelda.

Juhendamist võiks kohati olla rohkem.

Juhendamiste kvaliteet on äärmiselt erinev, palju sõltub ka praktikabaasist

Mõne üksiku särava näite tõttu ei vasta "üldse mitte". Aga süsteemset juhendamist kindlasti ei toimu ja kindlasti ka mitte mingite meetodite alusel.

Näiteks operatsioonide või protseduuride ajal võiks juhendaja kõva häälega rääkida, mis ta teeb ja miks.

Tagasiside on liiga vähene, vaid entusiastid on andnud.

Väga oleneb tsüklist, baasasutusest, juhendajast. On suurepäraseid juhendajaid ning on ka juhendajaid, kes eriti juhendada ei oska.

kirurgilise eriala residendid

Residentuuripäeviku formaat ei võimalda adekvaatset tagasisidet.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Juhendamine on kesine, kuna juhendajad püüavad oma intensiivse töö kõrvalt veel juhendamisega tegeleda.

sisemeditsiini eriala resident

Sõltub juhendajast. Kirurgilisel erialal sooviks rohkem kogemust kirurgina assisteerituna juhendaja poolt.
kirurgilise eriala resident

Juhendamises praegu puudub järjepidevus. Minu hinnangul võiks olla igal residendil üks juhendaja läbi kogu residentuuri, kes suunaks programmi koostamisel ja hindaks arengut.

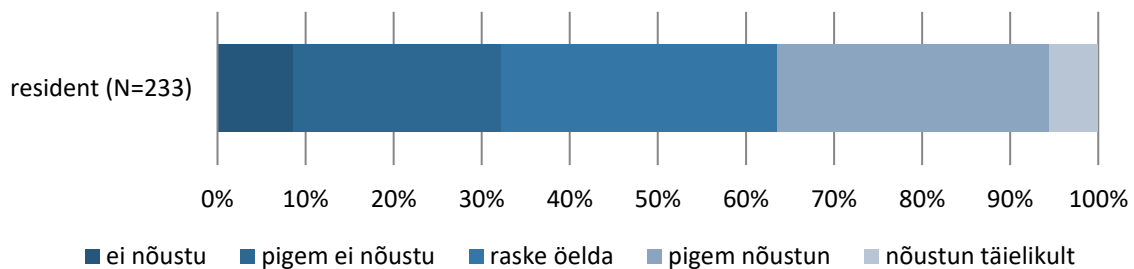
Kirurgias enamus oskustest "õpid töö käigus". Puudub igasugune võimalus mulaažidel, laipadel vms harjutada.

Oma vigadest õpib muidugi kõige paremini. Juhendamine minimaalne.

kirurgilise eriala residendid

VÄIDE 23: RESIDENTUURIS KASUTATAVAD TEOREETILISED JA PRAKTILISED ÕPIMEETODID VASTAVAD TÄIELIKULT MINU OOTUSTELE.

JONIS 25. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURIS KASUTATAVAD TEOREETILISED JA PRAKTILISED ÕPIMEETODID VASTAVAD TÄIELIKULT MINU OOTUSTELE“



VÄITE 23 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Arvan, et minu erialal on teoreetiline õpe hästi korraldatud. Ka käelisi praktilisi oskusi õpetatakse hästi. Selgelt jääb puudu kommunikatsioonioskuste õpetamisest.

kirurgilise eriala resident

Mitteerialastes tsüklites on ilma juhendamiseta praktiline koolitus väga madala kasuteguriga.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Teoreetiline õpe pigem iseseisev.

sisemeditsiini eriala resident

Praktilised õpimeetodid ootuspärased, teoreetilist osa vähe.

Sooviks saada rohkem teaduslikku põhjendamist juhendajate poolt raviotsuste tegemisel. Tihti tehakse asju, sest nii on alati tehtud.

Teoreetiline koolitus meie erialal põhimõtteliselt puudub.

Olen veendumusel, et arsti töös on siia maani liiga palju paberitööd, mida võiks teha õde või assistent. Kahjuks genereerib süsteem järjest rohkem paberitööd juurde. 4 patsiendi epikriiside kirjutamine on võtnud terve tööpäeva, mis tähendab et sisuliseks tööks pole aega jäänud.

sisemeditsiini eriala residendid

Sõltub samuti vägagi konkreetsest juhendajast.

sisemeditsiini eriala resident

Õpimeetodeid üldse vähe kasutatud, eriti teoreetilisi.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

| | |
|---|--|
| <i>Süsteemset õpet ei toimu</i> | |
| <i>Teoreetiline õpe on kidur. Tuleb ise tööd teha.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Oleneb taaskord juhendajast. Mõni juhendaja ootab lihtsalt, et resident teeb tööd. Ja ei õpetagi!</i> | |
| <i>Võiks olla rohkem võimalusi praktiliste oskuste harjutamiseks enne patsientide "kallale asumist" (näiteks wetlabid, simulaatorid).</i> | kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanu |
| <i>/---/ lihtsalt ei olnud neid õpimeetodeid.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Sooviks rohkem teoreetilisi koolitusi spetsialistidelt.</i> | hambaravi eriala resident |
| <i>Esimese kahe aasta "teoreetilised seminarid" Tartus kordavad suuresti arstiõppe 4. kursusel esitatud materjali.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Õpimeetod sõltub õppebaasist ja juhendajast, mis lõpuks taandub inimsuhetele.</i> | kliinilis-konsultatiivse eriala resident |
| <i>Teooria on olnud hea. Praktikast on palju, mis patsiendid parasjagu satuvad. Protseduure võiks saada rohkem teha (käsi vajab harjutamist), mujal kliinikutes võiks olla rohkem praktilist õpet (nt anestesioloogias patsientide intubeerimise harjutamine).</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Erialatsükli võiks olla rohkem integreeritud residentide põhialal ja õpe seega rohkem suunatud.</i> | |
| <i>Teooriat võiks olla rohkem.</i> | sisemeditsiini eriala residentid |
| <i>Teoreetilisi koolitusi on liiga vähe. Kohati võiks need ka sisukamad olla. Praktiline osa on liig vähene.</i> | |
| <i>Oleneb tsüklist ja juhendajast, samuti elust enesest. Nt teen 1 kuu kiirabi tsükli 5-6 24 h valvet ja ei juhtu ühtki kriitilist nt elustamise v teadvusehäire kutset. (Minul neid oli, paljudel kolleegidel ei olnud, sellest ka absoluutselt erinev tsüklist saadud kogemus).</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Ootasin rohkemas mahus koolitamist erinevatel teemadel.</i> | |
| <i>Teoreetilise õppe korraldus jätab soovida – vahel juhtub, et koolitustest teavitatakse alles paar nädalat ette; aastake tagasi koostati ilus teoreetiliste koolituste teemade kava, aga seni seda eriti ei ole jälgida suudetud.</i> | sisemeditsiini eriala residentid |
| <i>Käeliste protseduuride õppimiseks võiks olla ka erinevad mulaažid. Keerulisemate situatsioonide puhul simulatsioonid ja videotreeningud – nt erakorralise trauma käsitlemine, FAST-UH. Konkreetsed juhised, mida oodatakse valvetöös.</i> | kliinilis-konsultatiivse eriala resident |
| <i>Teoreetiline õpe on liiga teoreetiline, jällegi praktilist väljundit on vähe... pigem õpid ja loed ise.</i> | sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu |
| <i>Alati saab paremini!</i> | |
| <i>Sõltub baasist, osakonnast ja juhendajast. Kvaliteet on väga varieeruv.</i> | |
| <i>Teoreetilised koolitused võiks siiski rohkem praktilise suunitluse ja käsitlusega olla. Ülikooli ajal üldisi teoorialoenguid on piisavalt olnud. Koolituste ettekannete ülesehitus võiks rohkem probleemikeskne ja praktilist käsitlust hõlmav olla.</i> | sisemeditsiini eriala residentid |

4 a jooksul üks laparokkoopiline ja üks hüsteroskoopiline koolitus, kuigi minu eriala 1/3 osas kirurgiline.

Lähenedamine võiks keskenduda rohkem ka tegutsemisjuhiste nagu Soomes. Meil on a) kas teadus-uuringutepõhine uuringu"esitlus" või b) tudengi tasemel õpetus (ammu teadaolev info). Kahe vahepealset pole.

Teoreetilised õpimeetodid on heal tasemel, praktilisi koolitusi väga vähe.

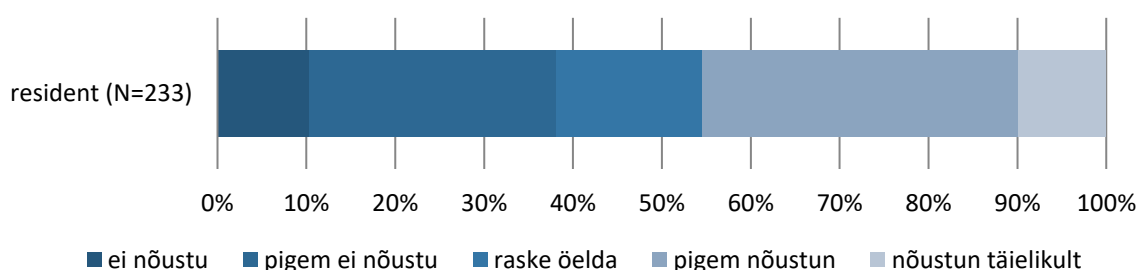
kirurgilise eriala residentid

Minul on tekkinud arvamus, et meie residentuurides suuresti puuduvad teadlikustatud õpimeetodid või teadmine, et täiskasvanute koolituses on üldse spetsiaalsed meetodid.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

VÄIDE 24: RESIDENTUUR ON KORRALDATUD VIISIL, MIS ARVESTAB MINU INDIVIDUAALSETE SOOVIDE JA VAJADUSTEGA

JONIS 26. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUUR ON KORRALDATUD VIISIL, MIS ARVESTAB MINU INDIVIDUAALSETE SOOVIDE JA VAJADUSTEGA“



VÄITE 24 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Siiani olen oma tsükli suures osas oma soovide järgi saanud kujundada.

sisemeditsiini eriala resident

Enamasti tullakse baasosakondades residentide soovidele vastu.

Tsükli/õppekava saab üldjoontes paika panna ise.

kirurgilise eriala resident

Kõik on suhtlemise ja kokkuleppimise küsimus.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Kui küsisin, kas ma saan teha pediaatrilist dermatoloogiat Tallinnas, siis selgus, et seda tsükli saavad teha vaid vastutulelikud residentid.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Olen proovinud residentuurikava ja ettenähtud tsükleid sel/parimal võimalikul moel korraldada.

Minu individuaalne soov ja vajadus on see, et kedagi huvitaks ka, kas ma residentina arenen või lõpetan residentuuri samal tasemel nagu sinna sisse astusin.

kirurgilise eriala resident

Ei arvestata enamasti soove residentuuribaasi valikus.

sisemeditsiini eriala resident

Tsükli kõikidele vastava eriala residentidele üheselt kindlaks määratud, ei arvesta erinevate residentide vajadusi ja soove.

sisemeditsiini eriala resident

Mulle on võimaldatud välistsüklit, mis on igati positiivne ning enesetäiendamise võimalusi.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Residendi soovid ja vajadused ei ole minu kogemuse põhjal olnud alati olulised. Kui vaja valvegraafik täita või keegi osakonda valvama jätta samal ajal kui valdav enamus kolleegide näiteks kongressile läheb, vaadatakse ikka esmalt residentide poole. Ülikool tahab pigem, et resident puhkaks 28 päeva järjest, sest nii on residentuuri tsüklite planeerimine ning lepingute sõlmimine lihtsam, samas SA PERHis on korduvalt antud mõista, et resident ei tohi puhata üle kahe nädala järjest, eriti suvel, sest valvegraafikud on vaja täita.

Vastu ei tulda ülikooli poolt – ei ole võimalust puhkuse poolitamiseks ega kiiresti tsüklite plaani muutmiseks. Mitu korda olen saanud dekanaadi õppekorraldusspetsialistilt kurje kirju, et tema ei suuda olla 24/7 tööl, et kõigi residentide muudatusi arvestada ning muudatus peab olema tehtud 2 kuud ette.

sisemeditsiini eriala residendid

Pigem on residentuuriplaani koostamine residendi enda teha, mis on hea hilisematel aastatel, esimestel aastatel on raske endal otsustada, milliseid tsükleid peaks läbima, kui kaua need kesta võiks, kus oleks kõige parem õppida. Pigem võiks olla süsteemne plaani koostamine, st esimestel aastatel võiks olla ikkagi kindel kava millal ja kui kaua mingit tsüklit läbida, milliseid oskusi peaks omandama.

Nagu eespool märgitud: vajalik oleks ametlikult fikseeritud aeg õppe-/teaduskirjandusega tutvumiseks, et seda ei peaks tegema uneajast.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Vähemalt mul õnnestus tsüklite järjekorda ja haigla baasi valida.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Alati on võimalik läbi rääkida juhendajaga, kes on mõistlikud inimesed. Ei ole arvestatud, et võiks ka residentuuri mingiks ajaks nõ peatada, kellel on soov näiteks keskenduda mingil perioodil teadusele vms.

Kõigile on kord üks.

sisemeditsiini eriala residendid

Individaalseid soovide võetakse arvesse viimasel residentuuriaastal, kui resident saab vastavalt oma suuremale huvile valida juhendajaid, kuid muus, just korralduslikus osas paindlikkust napib.

/---/ Sooviksin väga võimalust naasta tööle osalise koormusega. Muus osas on oftalmoloogia residentidele vastutulelik ja arvestab residentide soovide.

kirurgilise eriala residendid või residentuuri lõpetanud

Vaja oleks osalist koormust, et saaks vahepeal ka reisida.

sisemeditsiini eriala resident

Kindlasti mitte. Pigem oli küsimus, kuhu sa "mahud" ja mis osakond sind "on nõus võtma".

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Residentuur on oma olemuselt üpris riiidne. Arvestades lühikesi tsükleid (minu erialal enamus 2 kuu pikkused), on väga keeruline nt jaotada puhkus kuidagi teistmoodi kui võtta ühe jutina 4 nädalat järjest välja. Kuigi ka talvel vahepeal on tunne, et vajaks natuke puhkust... aga tsükleid ei saa niimoodi jagada, et jätad mingid lühemaks selle võrra, et olla 1 nädal puhkusel jne ja neid tsükleid niimoodi tõsta, et üks nädal siis nt suvel ette teha, et talvel saada lühemalt hakkama, et puhkust võtta... Väga keeruline. Lisaks sellele olen ka mina osakoormusega residentuuri pooldaja, mis annaks võimalust vahepeal natukeseks hoog maha võtta, et töö ajal entusiasm suurem oleks. Kuid osakoormusega residentuuri osas olen tundnud eriala siseselt, et nii-öelda "omaks lõbuks" osakoormusega töötamist peetakse pigem laiskuseks ja jätaks halva mulje ja suure tõenäosusega ei julgeks ma seda kasutada ka siis, kui see võimalus oleks. (Kuigi julgeks kasutada nt laste kõrvalt/doktorantuuri kõrvalt).

Teatud määral saab oma soovide järgi tsükleid valida ja paigutada, kuid üldiselt on süsteem suhteliselt riiidne. Koolitustel on enamasti võimalik käia. Tööpäevad on pikad (ka 0,8 koormuse juures eeldati vähemalt 40h

töönädalat), valved on kohustuslikud, ületunnitööd peetakse normiks ja ei tasustata, osakoormusega ei ole võimalik residentuuri teha.

sisemeditsiini eriala resident

Eks residendina ei saa nõ peale lennata ja kõike soovima hakata, mida tahad – alati pole võimalik vastu tulla, mis on mõistetav.

Individaalseid soovide austab see nii palju, et saan sõna sekka öelda, millises järjekorras ja millises haiglas soovin tsükleid teha. Võimalusel võetakse ka minu soovide arvesse. 1 kuu kaupa liikumine ei ole kindlasti minu soovide ja vajadustega kooskõlas.

Näiteks radioloogia tsükli kui vabavalik võik lisanuda.

Paljusid erialatsükleid pole üldse olemas! Näiteks taastusravi, nefroloogia, silmahaigused, kitsamad kirurgilised erialad, onkoloogia jne. Kõiki neid tsükleid teeks hea meelega kui antaks ainult võimalus.

Puhkust võiks saada jaotada kasvõi 2 nädala kaupa. Hetkel seda võimalust peremeditsiini residentuuris ei ole. Samas on see arusaadav – lööb sassi kuuajalised tsüklid.

Väga rigiidne süsteem.

sisemeditsiini eriala residendid

Osaline residentuur.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Ei ole võimalust töötada osakoormusega. Segane on korraldus pikema haiguslehe korral – haiguslehe esimesest päevast peaks taotlema akadeemilist puhkust haiguslehe kestvuse ajaks, aga sellisel juhul peaks ju teoreetiliselt katkema alus töövõimetushüvitise saamiseks, kuna tööleping akadeemilise puhkuse ajaks katkestatakse.

Kuna olen olnud residentuuri ajal /--/ lapsehoolduspuhkusel, on minu õpe jäänud väga lünklikuks. Hea oleks olnud väikse koormusega osaleda residentuuriõppes ka lhp ajal.

Residentuur on võimalik vaid 1,0 koormusega, selle raames paindlikkus on üsna vähene.

Saab läbi rääkida eri tsüklibaaside osas, saame töötada välismaal. Samas on valvekoormus liiga suur, väikeste lastega pere kõrvalt on raske teha 12 h valveid. Saaks nt. poolitada valvepäeva, oleks hea.

Väga paindlik.

sisemeditsiini eriala residendid

Hea on, et saame ise teha tsükli plaani. Küll aga sooviks võimalust teha õppesse paus.

Pigem on süsteem üsna jäik, aga vahel tulla vastu – sõltub ka põhjusest, ma arvan.

Positiivne, et saab üsna vabalt ise valida haiglat, juhendajat ja tsükli.

Radioloogia residentuur on isikliku elu mõttes küllaltki paindlik. Samas puudub osakoormusega töötamise ja õppepuhkuse võtmise võimalus.

Residente on erialal palju ning programm on kõigile üks, saab küll sättida veidi tsükleid ja juhendajaid, kuid raamid on siiski ees.

Residentuuri ei saa teha osalise koormusega.

Sõltub tugevalt haiglast.

Võiks olla võimalus võtta nn palgata puhkust ehk siis katkestada ajutiselt programm mõjuva põhjusega (näit maailma avastamiseks).

Võimaluste piires.

Õppeplaani koostamine on suhteliselt paindlik.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Jah, kui vähegi võimalik olnud, on neid arvestatud.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

/---/ lisaeriala tõttu ei mahu kahjuks programmi mitte midagi lisaks, sh intensiivravi, mis oleks vägagi vajalik meile. Aga samas, see oli minu valik.

Esimese aasta rotatsiooniplaani koostab sekretär ja kaasarääkimise võimalust ei olnud, heal juhul arvestati soovitud linnaga.

Meie erialal ei arvestata alati sellega, kus inimene sooviks oma tsükleid teha, kas tal on pere ja lapsed nt Tallinnas, kui kästakse teha tsükkel Tartus, siis nii ongi.

Oleneb olukorrast. Aastaplaanid koostamisel saab avaldada soove, neid ka võimalusel arvestatakse – positiivne. Samas valvetöö osas ollakse mõnes haiglas väga jäigad ja ei arvestata millegagi.

See on see lisa-aasta võtmise koht! Tunnen sellest võimalusest puudust, ilma, et peaksin luuletama end haigeks või sõjaväkke astuma.

Teistel meie eriala residentidel on olnud probleeme, aga minu soovidega on õnneks ikkagi arvestatud.

Soove arvestatakse residentuuritsüklite valimisel, mõnes osakonnas saab valida ka puhkuseaega.

Soovipõhist akadeemilist puhkust ei võimaldata. Seetõttu olen sunnitud residentuuri eriala vahetama, [kui peaksin] haigeks või rasedaks jääma.

sisemeditsiini eriala residentid

Ei võimaldata osakoormusel residentuuri läbimist.

Ise saab kaasa rääkida korralduse osas võrdlemisi vähe.

Mul pole eriti soove ega vajadusi :)

Olin akadeemilisel puhkusel tervislikel põhjustel 2 korda, seega minu õppekava [on] muudetud 3-4 korda vastavalt minu soovidele ja vajadusele. Mingeid takistusi polnud.

Saame ise koostada residentuuriplaani teatud piirides.

kirurgilise eriala residentid

Kuna sisuliselt puudub sisuline juhendamine ja pädevuse hindamine, siis ei saa ka toimuda individualiseeritud residentuuri.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Kui ise tungivalt võidelda ja avaldada mitmeid kordi oma soovi, siis vahel see ka õnnestub.

Peredega ning koduostuks laenu võtnud residentid sunnitakse mitmeid kuid kodust eemal tsükklites olema.

sisemeditsiini eriala residentid

Tsüklite läbimist saab vabalt planeerida üle Eesti kõigis residentuuri baasasutustes.

kirurgilise eriala resident

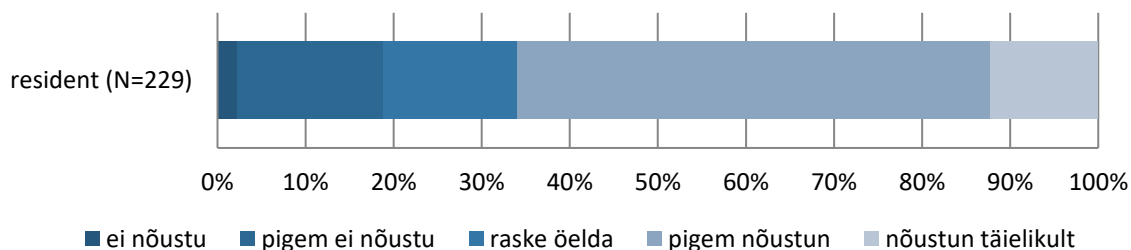
Mul on võimalik koostada ise programm, kuid reaalsuses kohendatakse see ümber vastavalt baasi vajadustele, mille tulemusena kujunevad lühikesed tsüklid või satun endale mitteoptimaalse juhendamisega osakonda ja soove paraku tihti ei arvestata. Tulenevalt elukorraldusest ei pruugi ka baasi vahetamine võimalik olla. Lisaks oleks abiks võimalus läbida residentuuri osakoormusega.

kirurgilise eriala resident

Residentuuriprogramm on minu erialal küllaltki jäik ja sõltub rohkem üldjuhendaja soovidest.

Kuigi olen läbinud juba ühe residentuuri ja osad tsüklid kordusid, ajavahe väiksem kui 10 a kahe residentuuri vahel – nüüd kordan uuesti samu tsükleid uue residentuuriga seoses – kasutegur sellest praktiliselt olematu. Oleksin vajanud ainult oma erialast residentuuriprogrammi.

residentid, eriala täpsustamata

VÄIDE 25: PATSIENDID ON KOGU RESIDENTUURI VÄTEL SUHTUNUD MINUSSE KUI TÄISVÄÄRTUSLIKKU ARSTI.**JOONIS 27. NÕUSTUMINE VÄITEGA „PATSIENDID ON KOGU RESIDENTUURI VÄTEL SUHTUNUD MINUSSE KUI TÄISVÄÄRTUSLIKKU ARSTI“****VÄITE 25 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED**

Esimesel aastal ilmselt end ebakindlamana esitledes pigem ei, hiljem pigem jah.

kirurgilise eriala resident

Sageli esinevad eelarvamused residendi kompetentsi osas.

sisemeditsiini eriala resident

On olnud üks erand.

sisemeditsiini eriala resident

Naisena öeldakse mulle 95% ajast öde.

Kui mõned korrad välja arvata "te olete nii noor?" "TEIE opereerite mind?"

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Loomulikult on ka neid, kes residendi juttu tõe pähe ei võta ja nõustuvad uuringute- ja raviplaaniga alles siis, kui juhendaja on täpselt sama jutu üle korranud, kuid valdavalt on suhtumine olnud siiski positiivne.

Siiani probleeme olnud ei ole, valvetöös suhtutakse küll hästi.

sisemeditsiini eriala resident

On olnud olukordi, kus nõutakse arsti, sest arst-resident ei sobi.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Noor naiskirurg kindlasti ei tekita kõigil 100% turvatunnet, aga suuremat probleemi pole olnud :)

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

On olnud juhte, kus patsient või tema lähedased on keeldunud, et neid raviks resident.

Sõltub patsiendist. Tihtilugu nad ei mõista, kes on resident ja paluvad päris arsti.

sisemeditsiini eriala residentid

Üksikud erandid on olnud, kes ootavad "päris" arsti.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Ikka tihti soovitakse teisest arvamust päris arstilt.

kirurgilise eriala resident

Viimasel aastal veidi rohkem, aga enamasti oli ikka üliõpilane ja küsimus, et millal see päris arst tuleb.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Vaatamata sellele, et tutvustan end alati ameti ja nimega ei pea patsiendid mind sageli arstiks. Korduvalt on palutud, et kutsuksin juhendaja. Sageli ei peeta mind arstiks, vaid üliõpilaseks.

kirurgilise eriala resident

Jah, kuid olen ise olnud aktiivne ning võtnud vastutuse.

Üksikute ebameeldivate eranditega.

Seda on raske öelda – kui tegu on krooniliste haigetega, kellel on oma raviarst, kelle juures nad regulaarselt käivad ja mina olen seal kaheks kuuks ajutine nähtus, siis on loogiline, et mina ei ole "arst" – tahavad ikkagi arsti arvamust ja nõu kuulda, kes on nende looga algusest peale kursis jne. Kui patsiendid pöörduvad esmakordselt, siis on suhtumine teine.

sisemeditsiini eriala residentid

Esineb vastakat suhtumist ja arusaama residentide rollist ja pädevusest.

Perearsti tsüklis jah. Eriarsti tsüklis pigem ei.

See on olnud kuskil 80% täisväärtuslik arst, 20% - ah mingi tudeng/resident/mänguarst.

sisemeditsiini eriala residentid

Üksikud erandjuhud haigusseisundist tulenevalt (nt psühhooisis patsient).

sisemeditsiini eriala resident

Patsiendid eriti ei tea, mis see resident seal sildi peal tähendab. Kui ma suure UH-masinaga uksest sisse tulen, siis see lisab usutavust sajaga.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident

Mõni ikka küsib: "Aga millal mu pärisarst tuleb?". Samas mind see ei häiri. Enamasti jäävad patsiendid ka minuga rahule kui nad on aru saanud, et ma ka arst olen.

Oleneb patsiendist ja juhendajast.

Oleneb patsiendist. Mõni suhtub väga hästi. Mõni küsib, et kas päris arst ka tuleb.

Siiski vahel tuleb ette klassikalist olukorda, kus mõni pt ütleb, et pole haiglas oleku vältel arsti näinudki :)

On väga erinevaid kogemusi.

sisemeditsiini eriala resident

Kas saaks palun arstiga rääkida?

Enamik patsiente jah. Üksikud patsiendid /---/ soovivad, et nendega ei tegeleks resident või kes /---/ kahtlevad minu pädevuses.

kirurgilise eriala resident

Üldiselt küll. Kahjuks on olnud ka hetki, kus mind residentina ei peeta nõ päris arstiks.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Üldiselt küll, aga nii mõnigi kord on patsient tahtnud, et "päris" arst ta ka läbi vaataks.

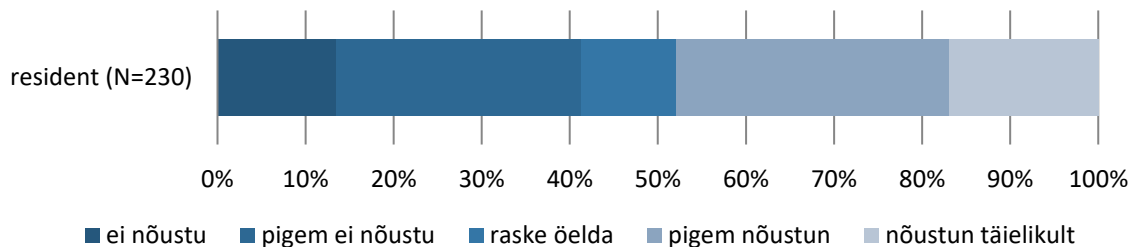
sisemeditsiini eriala resident

Sageli suhtutakse residentide kui üliõpilasesse, praktikanti või peetakse medõeks ja peab oma staatust selgitama.

kirurgilise eriala resident

VÄIDE 26: MA EI OLE RESIDENTUURI VÄTEL KOKKU PUUTUNUD OLUKORRAGA, KUS MIND VÕI KAASRESIDENTE KOHELDakse TÖÖANDJA VÕI JUHENDAJATE POOLT EBAVÕRDESELT VÕI RIKUTakse MUUL VIISIL MINU VÕI TEISTE ÕIGUSEID

JOONIS 28. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MA EI OLE RESIDENTUURI VÄTEL KOKKU PUUTUNUD OLUKORRAGA, KUS MIND VÕI KAASRESIDENTE KOHELDakse TÖÖANDJA VÕI JUHENDAJATE POOLT EBAVÕRDESELT VÕI RIKUTakse MUUL VIISIL MINU VÕI TEISTE ÕIGUSEID“



VÄITE 26 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Valvetöö on Tartus alarahastatud residentidel. On tulnud ette juhuseid, kus on valvetöösse sunnitud, kuid tegelikult selleks õigust ei olnud.

sisemeditsiini eriala resident

Olen sellega korduvalt kokku puutunud. Üks erialaresident sai teha kogu ambulatoorse poole Tallinnas, kui mina soovisin seda teha, siis öeldi, et ma pean tegema üle poole Tartus. Küsides, et kuidas saab olla nii, et üks inimene saab teha selle terves osas Tallinnas ja teine mitte, toodi põhjenduseks see, et kuna minul ei ole lapsi, siis selletõttu pean ma olema kauem Tartus.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Olen ikka. Pidime võitlema selle eest, et resident saaks ka ületunnitöö eest tasu ja ei peaks vabast ajast haiglas käima nt.

kirurgilise eriala resident

Mulle on öeldud "ilus resident", mitte nimega. Assisteerimisel pakutakse välja, et ikka võiks mees resident konksu hoidma minna, sest nad on tugevamad.

Objektiivsus ongi keeruline..

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Ebavõrdsust on päris palju, eelkõige "kirurgilisemates" kardioloogilistes erialades eelistatakse eelkõige meesresidente ning osasid residente survestatakse rohkem erakorralistes situatsioonides lisatööd võtma (nt vanemarst jääb haigeks või on vaja personali konverentsi ajaks osakonda juurde).

Valveid on ette nähtud 24 tundi kuus, mille eest eraldi tasu ei maksta, vaid see arvestatakse tööaja sisse. On ette tulnud ka olukord, kus valve järgselt juhendaja suunas protseduure tegema, mitte koju puhkama, seega vaba päeva valve järgselt ei järgnenud. Seda ei saa ka muidugi ainult juhendajale ette heita, oleksin pidanud ise rohkem enda eest seisma ja teatama, et lähen valve järgselt koju puhkama, nagu ette nähtud. Hiljem selgus, et töögraafikusse oli mind kogu kuu aja jooksul pandud kirja selliselt, et töötasin vaid 7 tundi päevas – ületunde näiliselt ei tekkinud ning paberil paistis kõik korras olevat. Juhendajale on sageli raske ära öelda, kui palutakse appi jääda.

Töö- ja puhkeaja seadust väga ei jälgita siiski.

sisemeditsiini eriala residentid

On ette tulnud ebavõrdset kohtlemist, mistõttu olen mõelnud isegi residentuuri katkestamisele.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Ilmselt väiksemaid probleeme on olnud, kuid üldjoontes pole olulisi konflikte esinenud.

sisemeditsiini eriala resident

Vahetevahel on olnud olukordi, kui resident ei kata nädalavahetusel või öövalves tema juhendaja (nt vajadusel kirurgiliselt).

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Kahjuks on seda päris palju – residentidele ei maksta nende öövalvete eest, üritatakse neid panna kohustuslikuks osaks residentuurist, et keegi selle töö lihtsalt ära teeks.. Samas nende valvete jooksul sulle midagi tegelikult ei õpetata vaid sa pead lihtsalt tööd tegema.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Põhimõtteliselt töötab kogu haigla meditsiinipersonal ebamõistlikes töötingimustes ja koormuse juures võrreldes muude lääneriikidega. Haiglasiseselt ei ole ebavõrdselt koheldud.

kirurgilise eriala resident

On tekkinud arusaamatusi ja viimasel hetkel ümbermuutmisi töögraafikutes, töökohtade planeerimisel.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident

Selle võin oma erialal enda baasasutuses välistada – kõigil on võrdsed õigused ja residentide õigusi ei rikuta.

Suhteliselt harv, pigem oleneb juhendaja isikust. Tööandja poolset ebavõrdsust ei ole kohanud.

sisemeditsiini eriala residentid

Haiglas suhtutakse peremeditsiini eriala resident sellisel, et sa nagunii ei hakka haiglas tööle, ei pea nii palju teadma. Olen kohanud ka sellised juhendajaid TÜK tsüklites, kes ütlevad otse välja, et sa oled üleliigne tegelane

Isiklikult ei ole sellisesse situatsiooni sattunud, kuid kuulnud rohkelt lugusid sellest, kuidas residente kasutatakse puuduva personali asendamiseks, pannakse üksinda valvama ja vastuvõttu tegema ning üldjuhul ei anta neile võimalust keeldumiseks.

PERHis tehtud ületööd ei maksta. Mu arvates ei pea ajapiire nii rangelt panema. Residentidel pere- ja muud olukorrad muutuvad. Lihtsal kestvus 5 aastat, mille võib 10 aastaga ära teha. Paindlikumad piirid ja paindlikumad graafikud. Ja teha mitte sisseastumis eksam aga väljaastumis.

Topelt-eitust on väga raske mõista alati... Enamasti on suhtlus siiski viisakas. On ette tulnud üksikuid juhtumeid, kus kollektiivist keegi on minu või kaasresidentiga halvasti ning ebaõiglaselt käitunud (nt kindlasti ei ole residentide tööülesanne koristada ravimfirmade toodud võileibade jäänuseid pörandalt... Selle tegemata jätmisega seoses tuli kaasresidentil vastu võtta korralik peapesu). Kohutavalt ärritav ja täiesti 100% lubamatu käitumine.

sisemeditsiini eriala residentid

Suvel puhkuste perioodil olen olnud ühe teise residentiga kogu osakonna peale ainsad arstid (osakonnas oli ligi 30 patsienti), polnud aegagi, et süüa, juhendajat üles otsida vms. Samas on olnud osakondi, kus suhtumine on mõislik, inimlik.

sisemeditsiini eriala resident

Personaalsel tasemel konflikte on olnud.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident

Ei meenu ühtegi sellist olukorda esmapilgul.

TÜK Sisekliinikus töötades eeldatakse, et resident teeb pärast öövalvet tööd edasi (lubatakse varem koju minna). On tulnud ette olukordi, kus valvejärgselt päeval antakse residentidele uus haige, kellega tegeleda. Samal ajal antakse justkui võimalus ka kohe koju minna, kuid siis jääb kellegi teise kolleegi ülesandeks residentide

patsientidega sel päeval tegeleda – negatiivne suhtumine. TÜK Sisekliinikus valvab resident alates 2. aastat üksinda nii öösel kui päeval ning sel ajal ei ole tal konkreetset valves olevat juhendajat, kellelt vajadusel nõu küsida. Argumendina tuuakse, et valveanestesioloog on ju majas.

sisemeditsiini eriala residentid

Tavapäraselt said (eelkõige nooremad) residentid valvetöö kohta kõige rohkem kriitikat nende vanemate kolleegide poolt, kes ise valveid ei tee. Seejuures polnud tegemist konstruktiivse kriitikaga. Eriliselt negatiivse kogemusena pean ära mainima, et väga halvasti suhtutakse residentidele, kes julgeb jääda haige lapsega haiguslehele.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Olen näinud ebaõiglast kohtlemist teiste residentide suhtes.

kirurgilise eriala residentid

On tulnud ette, et residentuuri baashaiglat ei saa valida, olgugi, et näiteks kogu elu on juba ühes linnas: laps seal lasteaia, mehel töö seal linnas.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Töö- ja puhkeaja seadus ei kehti residentidele.

sisemeditsiini eriala resident

On ikka olnud olukordi.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Näiteks muudeti meil palgalepingut ühepoolset, 2 kuud tasuta ületööd.

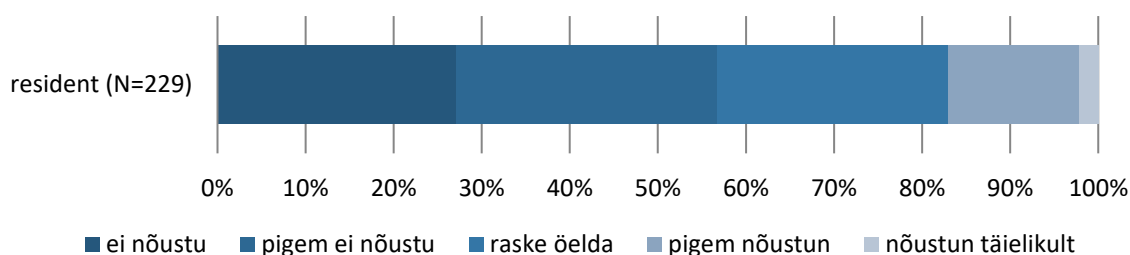
kirurgilise eriala resident

Olen olnud pikaajase ja süstemaatilise tagakiusamise ohver kliiniku juhataja poolt.

resident, eriala täpsustamata

VÄIDE 27: RESIDENTUURI BAASASUTUSED ON JUHENDAMISE KVALITEEDI TASEME POOLEST ÜHTLASED

JOONIS 29. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURI BAASASUTUSED ON JUHENDAMISE KVALITEEDI TASEME POOLEST ÜHTLASED“



VÄITE 27 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Erinevused tulenevad juhendaja motivatsioonist pigem. Mõnedes kohtades ei ole juhendaja üldse motiveeritud juhendamisest – see on kahjulik nii residentidele, juhendajale kui ka patsiendile.

sisemeditsiini eriala resident

SA TÜK piires on intensiivid juhendamise osas eri tasemel.

kirurgilise eriala resident

Kahjuks mõned baasasutused määravad juhendajat lähtudes sellest, kellel on aega ning viitsimist tegeleda residentidega ja mõned lähtuvalt sellest, et juhendajaks määratakse arst, kes on rahaliselt selles huvitatud, vaatamata sellele, et see arst on äärmiselt hõivatud erinevate ülesannetega ja sisuliselt ei paku residentidele midagi

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Endokrinoloogia erialal kindlasti.

sisemeditsiini eriala resident

Kindlasti mitte. Tase on sõltuvalt baasasutusest, osakonnast ja juhendajast (või tema olemasolust) väga erinev.

kirurgilise eriala resident

Väga suured erinevused on juhendajate osas. Kõik arstid ei sobi juhendajateks ja jääb ebaselgeks, miks neile residente määratakse.

sisemeditsiini eriala resident

Juhendamisest puudub paljudel inimestel ülevaade. Ei teata, mida üks või teine inimene teha suudab/ peaks suutma.

kirurgilise eriala resident

Kahjuks tehakse ühes baasis rohkem erinevaid keerulisemaid protseduure kui teises. Eesti on lihtsalt nii väike, et ilmselt see on paratamatu. Kuid juhendaja ei ole ju samuti mingit juhendamiskoolitust läbinud, nii et üks residentuur näeb pigem välja selline, et resident käib arstiga lihtsalt kaasas ja kui juba oskab, siis aitab tema töökoormust vähendada.

Kõik sõltub väga juhendajast. Ei oska teha üldistusi erinevate baasasutuse vahel.

Vanemad residentid annavad head tagasisidet, millises osakonnas ja haiglas tasub mis tsükli teha. Kindlasti ei ole osakondade tasandil baasasutused võrdsed.

sisemeditsiini eriala resident

Tallinnas hakatakse mitu kuud varem tegema residentide oma vastuvõtte kui Tartus.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Ühtlaselt halvad jah.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Juhendamise tase on hea PERHis ja TÜKis.

Väikses Eestis ja väikesel erialal on omad arusaamised residentuuriõppest.

Kindlasti erinevad. Eriti kuna puudub selge üldine programm. Sellel ilmselt nii positiivseid ja negatiivseid külgi ja põhjuseid, mis see pole nii väikeses riigis võimalik.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Pediaatrias on 2 baasasutust. Tartu keskendub rohkem teaduspõhisusele ja teooriaõpe on mahukam ning paremini korraldatud. Tallinnas on patsientide hulk suurem ning seetõttu praktilise kogemuse võib saada parema/kiiremini.

sisemeditsiini eriala resident

Absoluutselt ei nõustu. Eriti silmapaistev on selle koha pealt TÜK, kus kõik arstid on "arst-õppejõud", kuigi enamusel puudub selleks igasugune huvi ja seega ka kompetents.

Eriti erinevad on peremeditsiini baasid.

Minu kogemuse kohaselt ei saa väita, et kas suurtes või väikestes haiglates oleks juhendamine parem. Pigem sõltub juhendamise oskus isikutest, osad inimesed kuidagi loomulikult sobivad juhendajateks ning teevad intuiitiivselt seda paremini kui teised. Suurem osa aga ei oska seda.

Motiveerituse astmed residente juhendada võivad olla nagu öö ja päev.

sisemeditsiini eriala residendid

Juhendamine mitte "omal" erialal (valiktsükklis) erineb või vähemalt on tajutav erinevana.

Tase on ebahütlane mitte ainult baasiti vaid ka individuaalsete juhendajate vahel on väga suured erinevused.

sisemeditsiini eriala residendid

Kaugel sellest.

Pigem oleneb see indiviididest ning nende kompetentsist.

Suuremad on kriitilisemad, aga ülekoormatumad. Väiksemad on sõbralikumad, aga mitte alati taibukamad

Tase ei sõltu niivõrd asutusest kui juhendavast isikust või osakonnast.

Tase ei ole ühtlane. Reeglina siiski pingutatakse.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Kindlasti on erinevate erialade sees ikkagi erinevusi... Ja osakonna sees ka – väga palju on ju, kes saab residendi juhendajaks. Ma ei ütleks, et tase on sama.

Olen kahes erinevas baasis olnud. Aga lõpuks on ikkagi kõik sellest, et kuidas juhendajaga kontakti saad. Mõni ei taha üldse kedagi juhendada, kuid sunnitakse, siis loogiline, et kehvem juhendamine. Seda, et keegi istuks maha ja arutaks süstemaatiliselt, pole kusil kohanud.

Tihti on nii, et just maakonna haiglas, kus arstide töökoormus on palju suurem, leitakse ja võetakse rohkem aega residendi juhendamiseks.

sisemeditsiini eriala residendid

Olen olnud kahes erinevas baasasutuses ja kvaliteedi vahe oli päris suur

Põhja-Eesti Regionaalhaigla naistehaiguste osakonnas on resident lihtsalt arvuti eest, kes asju sisse trükib ja konkse hoiab. Tartus käib sellega võrreldes ikka väga intensiivne juhendamine ja kaasamine.

Eestis süstemaatilist juhendamist pole eriti kohanud.

kirurgilise eriala residendid

Kvaliteet vaheldub väga kõvasti. Juhendamine sõltub juhendaja tahtest ja võimalustest juhendada.

sisemeditsiini eriala resident

Suur varieeruvus baasasutuste vahel.

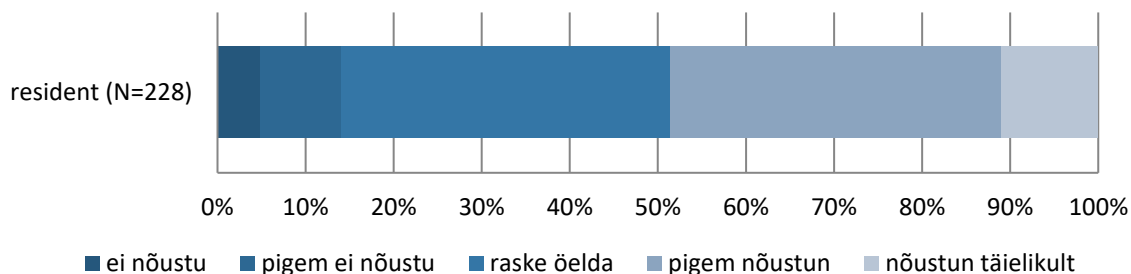
kirurgilise eriala resident

Baasides erineb oluliselt tase.

kirurgilise eriala resident

VÄIDE 28: MINU JA KAASRESIDENTIDE TEADMISTE, OSKUSTE JA HOIAKUTE HINDAMINE ON TOIMUNUD ÕIGLASELT, LÄBIPAISTVALT JA KOOSKÖLAS KAVANDATUD ÕPITULEMUSTE JA RAKENDATUD JUHENDAMISMEETODITEGA

JONIS 30. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MINU JA KAASRESIDENTIDE TEADMISTE, OSKUSTE JA HOIAKUTE HINDAMINE ON TOIMUNUD ÕIGLASELT, LÄBIPAISTVALT JA KOOSKÖLAS KAVANDATUD ÕPITULEMUSTE JA RAKENDATUD JUHENDAMISMEETODITEGA“



VÄITE 28 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Juhendaja hinnang residentide tööle (dokumentivorm) ei jõua alati tagasi residentidele, seega raske öelda.

kirurgilise eriala resident

Kus ja millisel viisil? Millistel erialadel üldse ja millal teadmisi kontrollitakse? Minu erialal on esimene teadmiste kontroll residentuuri lõpuksam. Euroopa soovib vaheksamit nn progressiooni-testi.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Raske hinnata, kindlasti on neid, kes oskavad rohkem ja tegemist on tugevalt juhendajast sõltuva probleemiga.

kirurgilise eriala resident

Enne lõpuksamit ilmselt ei hinda keegi.

Vahepealse ajal võiks olla näiteks arenguestlused residentuuri üldjuhendajaga, et selgitada välja kitsaskohad residentuuri õppes ning residentide arengus ja teadmistes. Seda kahjuks ei toimu. Mõni juhendaja annab sisulist tagasisidet, teine jälle mitte.

sisemeditsiini eriala residentid

Hinnatakse kiiruga ja tegelikult ei anta realistlikku tagasisidet.

sisemeditsiini eriala resident

Ainuke hindamine toimus lõpuksamil, mis iseenesest oli ok, kuid küsiti ikkagi suhteliselt suvalisi asju. Ülejäänud 4 aasta jooksul ei toimunud mingisugust hindamist. Kunagi pole tegelikult hinnatud hoiakuid.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Arvatavasti, residentuuri keskel pigem küll, lõpuksami hindamisel on olnud pingeid.

Sageli ei tea ma, kuidas on mind hinnatud.

sisemeditsiini eriala residentid

Residentide hindamist ja tagasiside andmist praktiliselt ei toimu üldse, seega ei ole võimalik öelda, et see oleks olnud õiglane, läbipaistev ja kooskõlas väljunditega.

sisemeditsiini eriala resident

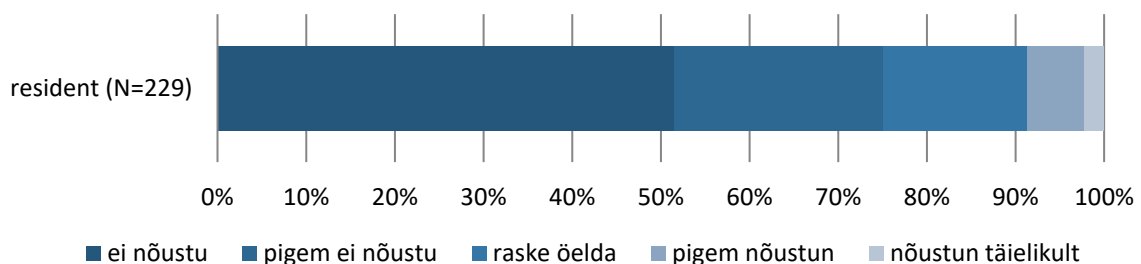
Ei hinnatagi.

Kohati kipub hindamine jääma formaalseks (juhendaja tagasiside üliloolile).

| | |
|---|--|
| <i>Ma ei tea, kuidas mind või teisi on hinnatud.</i> | sisemeditsiini eriala residentid |
| <i>Hindamine on siia maani toimunud ainult ühe aastalõpu eksami näol.</i> | |
| <i>Ma ei tea, kuidas minu oskusi on hinnatud. Juhendaja hinnangu täidetud dokumenti olen vaid paari tsükli puhul näinud.</i> | |
| <i>Tagasiside juhendajalt on ainult tsükli käigus suuliselt, hinnangulehte resident reeglina ei näe.</i> | kliinilis-konsultatiivse eriala resident |
| <i>Oleneb suhtest juhendajaga, minul on head kogemused olnud. Teiste halbu kogemusi olen kuulnud, aga eks kuulujutt pole päris adekvaatne info.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Ei tea, kas, kes ja kuidas neid üldse on hinnanud või mida aluseks võttes.</i> | |
| <i>Hindamine on ainult tsükli lõpus, kus enamasti kiidetakse, teiste residentide kohta hinnanguid ei näinud, nemad ka seda väga ei jaga. Teoreetiliste teadmiste kontroll mõnede koolituste lõpus testide näol. Ja lõplik hindamine residentuuri lõpueksamil.</i> | kirurgilise eriala residentid |
| <i>Kui teinekord pead ise ristikesi tõmbama hindamiselehele, siis pole see õiglane ei residentide ega patsientide suhtes.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Pole õrna aimu ka mille alusel mind hinnatakse, ei ole saanud kordagi tagasisidet oma juhendajatelt.</i> | sisemeditsiini eriala resident |

VÄIDE 29: MUL ON NII RESIDENTUURI EEL KUI KA AJAL OLNUD LIGIPÄÄS PÄDEVALE NÕUSTAMISELE KARJÄÄRI PLANEERIMISEKS VÕI SEOTUNA LÄBIPÕLEMISEGA VÕI JUHENDAJATE-KOLLEEGIDEGA TEKKNUD PÕHIMÕTTELISTE ERIARVAMUSTEGA

JONIS 31. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MUL ON NII RESIDENTUURI EEL KUI KA AJAL OLNUD LIGIPÄÄS PÄDEVALE NÕUSTAMISELE KARJÄÄRI PLANEERIMISEKS VÕI SEOTUNA LÄBIPÕLEMISEGA VÕI JUHENDAJATE-KOLLEEGIDEGA TEKKNUD PÕHIMÕTTELISTE ERIARVAMUSTEGA“



VÄITE 29 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Palju on aidanud kaasresidentid, kellega oleme üksteist toetanud vajadusel. Ülikooli poolset toetust ei ole. Väga sooviksin, et oleksid olemas üldised juhendajad/mentorid, kes vajadusel on kättesaadavad. Aastas võiks ehk olla arenguveestlus?

sisemeditsiini eriala resident

| | |
|---|--|
| <i>Ei olnud vaja, ei tea.</i> | |
| <i>Puudub minu teada täielikult.</i> | kirurgilise eriala residendid |
| <i>Kui ise otsida siis leiab vast neid vahendeid. Keegi neid pakkuma küll ei tule.</i> | |
| <i>Omapead – või siis n.ö. "mentor", kelle olen ise leidnud.</i> | kirurgilise eriala residendid |
| <i>Pole õrna aimugi, et kuhugi üldse pöörduda saaks.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>On? sõprade näol on nõustajad olemas :)</i> | kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu |
| <i>Kindlasti mitte.</i> | |
| <i>Residentuuri ajal ei ole mingit nõustamisvõimalust.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Pigem mitte, enamasti tuleb ise mõelda, otsustada ja otsida materjale/variante. Erialaga seonduva kohta sai infot varem lõpetanutelt, keda isiklikult varem ei tundnud ja keda pidi samuti ise otsima.</i> | kliinilis-konsultatiivse eriala resident või residentuuri lõpetanu |
| <i>Ei ole selle vastu huvi tundnud ning ei teagi, kas see võimalus on olemas.</i> | kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu |
| <i>See on ka üks valdkond, millest meile üldse ei räägita.</i> | sisemeditsiini eriala resident |
| <i>Ei tea, et selline asi oleks võimalik.</i> | |
| <i>Tunnen puudust karjäärinõustamisest, iseäranis kuna potentsiaalseid töökohti keskustes ei ole.</i> | |
| <i>Usun, et ligipääs on olemas küll, kuid ei ole seda ise otsinud ja ei ole ka keegi sellele osutanud.</i> | kirurgilise eriala residendid või residentuuri lõpetanud |
| <i>Ma arvan, et sellist asja pole olemas. Igatahes pole seda kunagi juhtunud.</i> | sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Pole ka otsinud – võimalik, et juurdepääs oli.</i> | kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu |
| <i>Kes sellist teenust pakub?</i> | kliinilis-konsultatiivse eriala resident |
| <i>Karjääriplaneerimine võiks selles mõttes parem olla, et minu erialal hetkel väga palju töövõimalust ei ole, siis oleks vaja teada, millisel alal saaks tööd lähitulevikus.</i> | |
| <i>Otsest nõustamisteenust ei ole uurinud (võib-olla on olemas, tutvustatud ei ole). Üldjuhendajaga on alati saanud tekkinud probleeme arutada. Residentuuri eel mingeid võimalusi küll ei olnud.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |
| <i>Nõustamist ei ole olnud, kuid peremed. residentidele on loodud Balint grupp, kus saab tööpingeid maandada.</i> | |
| <i>Puudub täielikult.</i> | |
| <i>Sellist asja väljaspool sõprusringkonda ei ole täheldanud.</i> | sisemeditsiini eriala residendid |

Ei ole mingit üksust, kes sellega tegeleks.

Iga kuu toimub supervisioon grupis, vajadusel ka individuaalselt.

Tartu Ülikooli kliinikumis on võimalik saada grupisupervisiooni. Juhendajad ja üldjuhendaja annavad oma teadmiste ja kogemuste najal nõu. Üldiselt õppebaasides ega ülikooli kaudu ei ole võimalik saada nõustamist.

TÜK psühhiaatrias on PERHi omas mitte.

sisemeditsiini eriala residentid

Ei ole seda vaja läinud, ei tea milline ligipääs oleks.

Keegi aktiivselt seda pakkunud ei ole, pole ka ise otsinud.

Mis te arvate, et siin on mingi Ameerika ve?

Residentuuris seda ei käsitleta. Olen teemat ise uurinud. Lisaks on ENÜ korraldanud läbipõlemise teemalise seminari.

Selle jaoks süstemaatilist lähenemist ei ole. Läbipõlemise probleemi ei teadvustata, pigem imestatakse, et miks mõned residentid on otsustanud residentuurist lahkuda. Karjääri planeerimine – oleneb baasasutusest, on neid, kes näitavad üles huvi residentide edasiste tööplaanide osas; on neid, kus tööpakkumised tehakse mõned kuud enne residentuuri lõpueksamit ja enne seda ei ole teada, kas üldse on plaan kedagi uut tööle võtta.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Ei ole kokku puutunud.

Minu meelest puudub selline asi nagu karjäärinõustamine Eesti haridus- ja meditsiinimaastikul üldse.

No kust küll sellist asja saaks?! Ma ei oska sellest unistadagi.

Pole kuulnudki.

Selline asi puudub täielikult.

sisemeditsiini eriala residentid

Läbipõlemise osas nõustamist vajaksid kõik arstid.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Kas selline nõustamine on üldse kuskilt saadav? Pigem on eriala üldjuhendaja ise kaasa kiusanud.

kirurgilise eriala resident

Sellises kinnises ringis nagu on Eesti meditsiin, on raske rääkida julgelt kellegagi oma probleemidest.

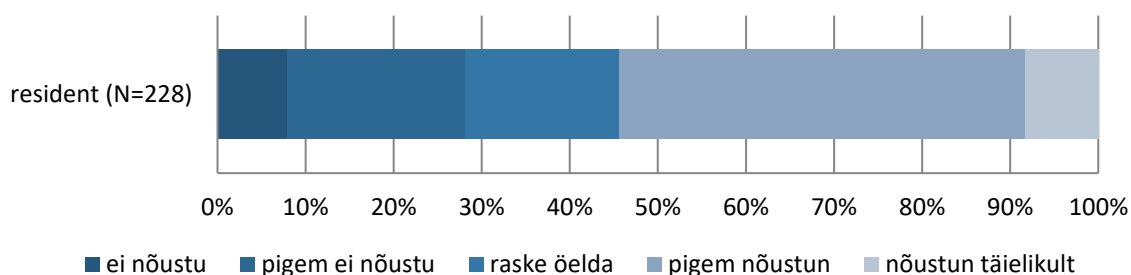
kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Mitte kunagi. Nõustamist olen saanud ainult välismaal tööl olles.

sisemeditsiini eriala resident

Karjääriplaneerimine sisuliselt puudub.

kirurgilise eriala resident

VÄIDE 30: RESIDENTUURIJUHENDAJATEL ON/OLI MINU JAKS ALATI PIISAVALT AEGA.**JOONIS 32. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURIJUHENDAJATEL ON/OLI MINU JAKS ALATI PIISAVALT AEGA“****VÄITE 30 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED**

Minu enda eriala juhendajal on alati aega. Teiste tsükklite kohta varieerub.

Sõltub väga tugevalt tsüklist.

sisemeditsiini eriala residentid

Esimesel residentuuri aastal oli sellega tõsisemid probleeme /---/, hiljem harjusin sellega, [et juhendajal ei ole aega].

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Ainuke kord kui mul juhendaja oli, siis oli küll aega. Eks valvearstid on ka nõus seletama ja arutama, kui vaja.

Olen läbinud tsükleid, kus mulle määratud juhendajat nägin kuu aja jooksul 2 korral, seda ei saa ju juhendamiseks nimetada.

kirurgilise eriala resident

Sõltub juhendajast. Erinevused jällegi väga suured.

Sõltub palju osakonnast ja juhendaja motiveeritusest.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Suure töökoormuse tõttu jääb juhendajatel residentidega tegelemiseks sageli vähe aega.

sisemeditsiini eriala resident

Eriliseks näiteks negatiivses mõttes ning minu jaoks seni kõige ebameeldivamaks ning traumeerivamaks kogemuseks on endiselt Pärnu Haigla siseosakonnas kogetu. Juhendajal oli minu jaoks vaid harva aega ning ka siis oli näha, et ta ei keskendu mu küsimustele.

Pole kunagi pöördunud residentuurijuhendaja poole.

Tihti juhtus see, et resident jäeti lihtsalt istuma ja ootama. Või resident pidi üksinda hakkama saama kui juhendaja oli puhkusel või haige või valvest vabal päeval.

sisemeditsiini eriala resident

Alati oldi valmis küsimustele vastama. Kui ei olnud enda juhendaja saadaval, sai alati kolleegidelt küsida. Vähemalt kord päevas küsis ka juhendaja, et kuidas läheb.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Sõltub täiesti osakonnast ja juhendajast endast.

Sõltub. Alati saab leppida kokku aja.

sisemeditsiini eriala residentid

Enamasti on olnud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Neil ei ole aega, kuid minu aitamise/ juhendamise tarbeks nad tihti lihtsalt altruistlikult võtavad seda oma muude toimetuste arvelt.

Pigem üks suuri probleeme ongi see, et kellelgi pole aega. Kui ma küsin oma küsimusi, siis tunnen, et viidan juhendaja aega. Kõigil on alati kiire.

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Olenes tsüklis, enamasti ma ise trüginis sisse ja küsisin asju, kui mul oli küsimusi.. Paljudes tsüklites eriti mingit õpetamist ei toimunud ja kui mul tekkis mingi küsimus, siis sain vastuse, aga mingit aega minu õpetamiseks ei vajatudki.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Kel pole aega, sel on pigem hea suhtumine. Kel on aega, sel pole head suhtumist. Juhendatav saab ise aru, kelle juurde on mõtet minna nõu küsima, kes annab seda piisavalt arusaadavalt ja piisavalt adekvaatselt.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident

Enamasti küll, oleneb pigem juhendaja isikust ja läbisaamisest residentiga. Teatud erialadel on ka juhendajad ülekoormatud ja seetõttu aega vähem.

Kui tööd on liiga palju (7-l juhul 10st), siis juhendamine on tagasihoidlik.

sisemeditsiini eriala residentid

On olnud olukordi, kus juhendaja lahkub asutusest ilma, et ta mulle ütleks, mistõttu on olnud olukordi, kus ei ole saanud vajadusel juhendajaga konsulteerida. Lisaks on toimub juhendajal tihtipeale minuga paralleelselt vastuvõtt, mis tähendab, et probleemi või küsimuse korral pean ma juhendajat vastuvõtul segama.

Perearst-residentil palju ühekuulisi tsükleid, seega juhendajate vahetamine on 'tavapärane'. Osal juhendajatest on väärarvamus, 'kui on üks kuu ja tegemist perearst-residentiga, siis temaga ei tegele'. Vastuvõtu käigus juhendaja ei kontakteeru residentiga, tegeleb ainult patsiendiga, resident lihtsalt istub nurgas ja kuulab, kuid isegi läbivaatuse protsessis ei osale.

sisemeditsiini eriala residentid

Arstil/juhendajal on endalgi väga tihed tööaeg, juhendamisele jääb väga vähe aega, sageli toimub see "ülejala", kiirustades.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Osakonniti erinev, tihti on nad ambulatoorse tööga hõivatud ja tundub kohatugi keset vastuvõttu sisse marssida.

See oleneb juhendajast. Mõni kord võtavad endale juhendaja kohustused inimesed, kellel selleks ilmselgelt aega ei ole.

TÜK psühhiaatrias on, PERHi omas mitte.

VÄGA oleneb juhendajast.

sisemeditsiini eriala residentid

Alati pole see võimalik, enamasti aga on aega olnud.

Oleneb. Enamikul on.

Sõltub tugevalt haiglast.

Sõltub väga juhendajast.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Neil ei ole spetsiaalset aega residendi paljudele küsimustele vastata. Sageli tundub, et juhendajal on tähtsamatki teha kui minule baasteadmisi õpetada (ma ju võin ise ka lugeda).

Oleneb jällegi baasist, osakonnast ja juhendajast.

sisemeditsiini eriala residendid

Sõltus juhendajast, aga nagu juba eelnevalt mainitud, on olemas tõeliselt pühendunud ja suurepäraseid juhendajaid, kellelt saab alati abi. Ka hiljem pärast residentuuritsükli lõppemist.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

ITK-s praktiliselt mitte kunagi. LTKH kohta on veel varavõitu öelda, tundub veidi parem.

Ka ise tuleb sobiv hetk valida :)

kirurgilise eriala residendid

See sõltus väga tsüklis, kuna igas tsüklis on erinev juhendaja

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Kui juhendajaks on osakonnajuhataja, siis aega residendi jaoks on neil täpselt niipalju, et öelda "sa oled siin, ma tegelen täna siis teiste asjadega, sa vaata patsiente/tee vastuvõttu". Seevastu värskelt residentuuri lõpetanud või mitte osakonnajuhatajad on olnud suurepäraseid juhendajad.

sisemeditsiini eriala resident

Kõigil on kogu aeg kiire.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Sõltub tsüklis ja juhendajast. Tihti oled "musta töö tegija" rollis, oskuste arendamisele mõnes tsüklis tähelepanu ei pöörata.

kirurgilise eriala resident

Sõltub juhendajast. Väga varieeruv. Mõni juhendaja ei soovi üldse oma aega residendile kulutada – sellised arstid ei peaks olema juhendajad ja neil võiks olla võimalus sellest kohustusest loobuda. Aga on ka vastupidiseid näiteid.

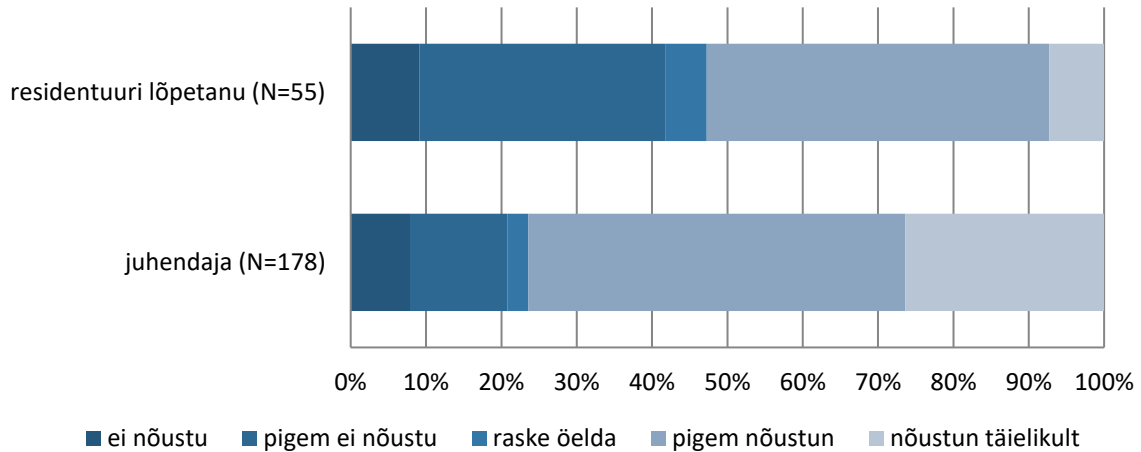
Mõnel üksikul residentuuri juhendajal on olnud. [Varem] läbitud residentuuriga võrreldes on juhendamine muutunud oluliselt halvemaks (juhendaja töökoormus ei võimalda tegeleda juhendamisega).

residendid, eriala täpsustamata

Vaid residentuuri lõpetanud ja residentide juhendajad

VÄIDE 31: MINU ERIALA RESIDENTUUR ON SISU JA KESTUSE POOLEST PIISAV, ET VALMISTADA ETTE PÄDEVAID ERIARSTE.

JOONIS 33. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MINU ERIALA RESIDENTUUR ON SISU JA KESTUSE POOLEST PIISAV, ET VALMISTADA ETTE PÄDEVAID ERIARSTE“.



VABATEKSTI TÄPSUSTUSED, MIS ON SEOTUD ERIALA RESIDENTUURI SISU JA KESTUSE PIISAVUSEGA

Aja- ja tsükliühik – puudub fookus kompetentsile.

Anestesioloogia residentuuriks piisaks 3 aastast.

Lisaks praktilisele tööle on teoreetiline ettevalmistus heal tasemel.

Residentuuri lõpetajad on heade teoreetiliste teadmistega ja praktiliste oskustega.

Viies aasta võiks olla pigem vajalik ja ei põhjusta liigset õppimise aega.

Võimalik, et tulevikus võiks minu eriala residentuur olla 4 asemel 5 aastane. Viimane aasta võiks olla täpsemaks spetsialiseerumiseks – anesteesia või intensiivravi suunale.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Kindlasti on veel arenguruumi, lisaks leian, et residentuuriprogramm osaliselt aegunud

Natuke pikem oleks võinud laste intensiivravi ja -anestesioloogia tsükkel olla.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud

Võiks olla rohkem iseseisvumist soodustav ja rohkem praktilist kogemust, lühemad perioodid lihtsalt arstide vastuvõttudel jälgimist.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Erialast lähtuvalt oleks võinud residentuur sisaldada suguhaiguste õpet, eraldi laste nahahaiguste õpet, immunoloogiat, rohkem nahakirurgiat.

Kestus oleks OK, kuid sisu jätab tugevalt soovida. Palju on tsükleid, mida üldse vaja ei ole. Ning on tsükliid, mida on vaja, kuid milles õppimine või kogemuste hankimine käib nii, et sellest kuigi suurt kasu ei tõuse. Eestis on nimelt nii, et arst-resident on nagu mingi suvaline üliõpilane, kes tõllerdab niisama enda juhendaja sabas. See kehtib nende tsükliite kohta, mis ei ole nõ eriala tsükliid. Iseseisev töö oli ettenähtud ainult dermatoloogias. Soomes seevastu antakse arst-residentidele kindlad tööülesanded, mille käigus on võimalik ka midagi õppida. Ülesannete keerukus sõltub sellest, mis eriala ja mitmenda aasta resident oled, ning kui pädev antud erialal oled. Minu jaoks oli kohutavalt igav Eestis residentuuris olla, sest mind ja minu oskuseid ei rakendatud piisavalt.

Tundsin ennast täiesti kasutuna. Loomulikult oli ka erandeid, mõned juhendajad rakendasid mu hästi tööle ning tunnen, et nendest tsüklitest oli ka kasu. Sain teha praktilist tööd ning ka ettekannetega esineda, mis andis tugevama teoreetilise tausta.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Nüüd 5aastane on piisav, kui residendid endal on ka huvi õppida.

Sisu võiks rohkem olla, ilmselt tuleks see ka pikema kestuse arvelt. Juhendamine (see sõltub küll konkreetsetest tsüklitest) võiks olla parem/juhendamisele kui sellisele rohkem tähelepanu pöörata. Kuna erakorralise meditsiini eriala residendid läbivad paljusid residentuuritsükleid teiste erialade juures, siis esines sageli juhendajate/selle teise osakonna poolset suhtumist stiilis "seda pole teil vaja teada/teha, kuna te siin niikuinii tööle ei hakka". Samas asjadest aru tahaks ikka saada. Oma residentuuritsükli (ehk erakorralise meditsiini osakonnas) kestel on aga sageli tööd nii palju, et konkreetsete patsientide põhjalikuks arutamiseks aega nappis. Lisaks põhineb töö paljuski printsiibil, et alati on nii tehtud, mis võib-olla ei ole enam kõige kaasaegsemad lähenemised.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Residentuur oli liiga lühike ja liiga praktiline (õppisime töö käigus).

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Üldarsti tööd võiks olla antud tsüklis rohkem, kuivõrd eriala nõuab sisearsti valveid. Viimased eeldavad väga laia silmaringi ja kogemust.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Eriala vajab tugevamat sisemeditsiini ja intensiivravi tausta ning 3–6 kuulist välismaal suures keskses töötamise kogemust.

Kui resident ei tee regulaarselt iseseisvat teoreetilist õpet, siis tulemus on kesine.

Euroopa Hematoloogide Assotsiatsioon soovitab 5 aastast residentuuri, meil on 4. Kooskõla selles suhtes ei ole. Curriculum, ehk mida õpitakse, on väga sarnane.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Vajalik oleks vähemalt aasta võrra pikem residentuuriaeg.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Kirurgia baasõpe on liiga pikk ja hakitud meie erialast lähtuvalt.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Kui inimesel on erialasoov kindel ja tundub ka erialaks sobivat, võiks 2 esimese nõ "üldkirurgilise" aasta jooksul olla võimalus teatud muudatusi teha (nt 5 kuud traumatoloogiat-ortopeediat asendada osaliselt kardioloogiaga, mida pole ette nähtud)

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Paljud residendid läbivad kõik tsüklid ainult ühes Eesti keskses.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Suurem enamus residentuuritsüklitest on ikkagi praktiliste oskuste mõttes kasulikud.

sisemeditsiini eriala resident

Võiks kaaluda ka 5a residentuuri

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Minu erialal pole praegu residentuuri, aga käivad läbirääkimised, et seda luua. Õpetan peamiselt neuroloogia residentide.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Parema ettevalmistuse saamiseks võiks residentuur olla 5 aastat. Samuti jäi puudu ambulatoorse töö kogemuse saamisest.

Teoreetilised oskused ületavad suhtlemisoskuse. Kliiniline oskus patsiendivoodi juures tuleb ehk kogemustega.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

3 aastat on liiga lühike aeg oftalmoloogi eriala omandamiseks. Mujal Euroopas on mitu aastat pikem (veidi sõltub riigist).

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Onko-günekoloogia kui subspetsialiteet üldse puudub Eestis. Peale günekoloogia residentuuri läbimist oleks vaja veel 2-3 aastat onkoloogilise kirurgia ja süsteemravi ning kiiritusravi põhimõtete omandamiseks.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Erialaline residentuur on kestvuselt lühem ja sisult mittekattev rahvusvaheliselt kehtestatud standarditega võrreldes.

Valitud suunal (kiiritus- või süsteemravi) praktiseerimise aeg jääb lühikeseks.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Ma arvan, et peaks vähemalt ühe aasta võrra pikem olema ning kindlasti peaks üle vaatama õpiväljundid-mida me igast residentuuritsüklilt saama peame. Esimesed nõ üldtsüklid ei tundunud ka väga sisukad olevat, keegi ei teadnud lihtsalt mis see resident teistest osakondadest saama peaks.

Oli ka palju niisama jalakõlgutamist ja ootamist, et tööpäev läbi saaks.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Aeg võiks olla pikem.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Erialaste tsüklite kestus on liiga lühike, liiga palju on "üldaineid". 55-st kuust õppes on ortopeediat vist 26...

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Liiga lühike aeg, mistõttu info ei jõua kinnistuda.

Peaks olema 5 aastat.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Residentuur on liiga lühike. Peaks vähemalt ühe aasta pikem olema.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Residentuuri programm ei vasta reaalsele õpetamise ja õppimise võimalustele. Ei ole piisavalt juhendajaid, kes sooviksid residendi arengusse panustada oma töö kõrvalt. Juhendajad ei oma õpet juhendamise ja õpetamise alal. (Ajalooliselt) peetakse residentuuri aluseks residendi iseseisvat õpet, mitte koostööd ja analüüsi juhendajaga. Residentuur võiks olla pikem 1 aasta võrra just erialaspetsiifilise õppe alal. Ei ole korraldatud residendi arengu hindamist ega omata kriteeriume selleks. Residentuuritsüklite hindamise paberite sisu ei oma mingit mõju juhendajale ja üldjuhendajale. Ei ole defineeritud kasutatav teooriakirjandus ning see mis on, ei ole kõigis baas-keskustes kättesaadav. Õppe kvaliteet sõltub oluliselt baasist ja seega ka residentide teadmised ei ole (residentuuriaasta suhtes) võrreldavad. Vaid residendid on need, kes tajuvad residentuuri puudujääke täna – juhendajatel on olukorda raske mõista, sest nemad hindavad olukorda oma õppimisaja järgi. Erialaselt ja tööandjad ei ole rahul residentuuriõppe kvaliteediga.

Selle residentuuri programmi jälgides saab saada kompetentset eriarsti aga nõrku punkte, mis ei vasta tegelikule olukorrale, on liiga palju. Praegune residentuuri programm on suunatud sellise „üldpatoloogi“ kasvatusesele ja ei arvesta seda, et praegu üldpatoloogi teadmisi erialapatoloogias juba ei piisa. Praegu juba peale residentuuri lõpetamist noorel patoloogil on vajadus olla nii öelda „noor spetsialist“ mingis patoloogia erialas, või

vähemalt valida sellist eriala ja olla veendunud, et selle eriala spetsialisti on vaja asutuses, kuhu ta planeerib tööle astuda. Teiseks, residentidele ettenähtud uuringute ja lahingute arvud on tegelikult liiga suured ja jälle suunatud sellise kiire aga pindmise tegelase kasvatamiseks. Parem oleks määrata kindel uuringute arv iga eriala raames) ja määrata diagnooside nimekirja (nii öelda erialase rutiini), mis resident kindlasti peab oskama ara tundma, teada diferentsiaaldiagnoose ja vajalikke lisauuringuid selle diagnoosi kinnitamiseks ja välistamiseks. Kolmas väga nõrk punkt on teadmiste kontroll. Kindlasti on vaja teha iga aasta lõpus residentide teadmiste kontrolli, lähtudes sellest, missugused erialad resident aasta jooksul tegi. See annab residentidele ülevaate ja kinnitust enda teadmiste kohta. Praegu residentid soorivad ainult lõpueksamit. Need on ainult mõned probleemsed punktid.

Patoloogiaeriala taotlust pikendada residentuuri 5-le aastale pole rahuldatud.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Ajaliselt on residentuuri pikkus piisav, kuid napib patsiente ja ajaliselt pole võimalik nii õpetada, et kõik residentid näiteks saaksid praktilise kogemuse protseduuride alal.

Hea õnne korral näed piisaval hulgal patsiente, kuid võib juhtuda ka nii, et mõnel kitsal alal jääb kogemus väikeseks.

Meid on nii vähe, et üritame anda residentidele kõik, et nende ettevalmistus oleks hetketeadmiste tasemel; muidugi sõltub mõndagi ka inimesest endast, kuid siiani on kogemus pigem positiivne.

Vajalik ka välisõpe.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Arvestades suurt alaerialade osakaalu, peaks õppeaeg olema pikem.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Minu erialal puudub residentuur.

residentide juhendaja sisemeditsiini alamerialal

Residentuur võiks olla peremeditsiinis 4-aastane, et mahutada ka näiteks silmahaiguseid, kardioloogiat pikemalt etc.

3 aastat on selgelt liiga lühike aeg praktiliste oskuste saamiseks, väga oluliste tsüklite mittesaamises (ortopeedia nt.)

Alati saab paremini, sõltub residentidest.

Enamus residente on väga hea ettevalmistusega.

Kestvus peaks olema vähemalt 4 aastat, 3 aastat liiga lühike

Kindlasti oleks vaja veel ühte aastat.

Liiga lühike, mitmed olulised erialad ei kuulu residentuuri (radioloogia, ortopeedia).

Meie tervishoiukorralduses ootused perearstile aina suurenevad, mistõttu võib osutada vajalikuks residentuuri programmi täiendamine. Näiteks silmahaigused.

Perearstile vajalike teadmiste omandamiseks peaks residentuur olema pikem 1 a võrra.

Võiks olla aasta võrra pikem ja teiseks võiks kõikide erialade residentid viibida kuu või kaks perearsti juures

Võiks olla erinevate erialade tsükleid rohkem (ja ehk lühema ajaga), parema ülevaate saamiseks perearsti-praksiste toimimisest võiks ehk residentid oma tsükli teha rohkemates keskustes (kuna perearsti töö on ikka sama – erinevused seisnevad enam töökorralduses ja lisateenuste pakkumises).

Perearsti eriala on väga laiahaardeline, praeguse residentuuri programmi ei mahu mitmed erialased tsüklid või need on liiga lühiajalised. Leian, et vajalik 4 a.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

3-aastane residentuur on liiga lühike; me isegi ei käi kõik osakonnad läbi, rääkimata sellest et mõnedes oleks vaja rohkem aega.

Liiga lühike õpe! Sooviks 5 aastat!

Sooviksin et residentuur oleks 4 aastat kestev,

Peaaegu kõik peremeditsiini residentuuri pikkust 3 aastat liialt lühikeseks, et omandada kõik vajalikud oskused ja teadmised. Kindlasti oleks vajalikud ka tsüklid, mida hetkel residentuurikavas ei ole (silmahaigused, taastusravi jne).

Peremeditsiin on kõige laiem eriala – kuidas on võimalik, et selle residentuur on kõige lühem ja ei hõlma ortopeediat, gastroenteroloogiat (valiktsükkel küll) jne!

Isiklikult oleksin vajanud pikemat aega (nt 4 aastat)

Kõik sõltub juhendajast ja parasjagu ravil olevatest patsientidest. Laste haiguste tsükkel oli liiga lühike, kardioloogia samuti, kirurgia võiks olla konkreetsem (2 nädalat lõikad punne ja 2 nädalat osaled amb vastuvõtul). Neuroloogias oleneb väga palju patsientidest, kes parasjagu juhtuvad haiglasse/vastuvõtule, 1k jooksul võib näha mõnda harvikaigust, aga ei pruugi. Peremeditsiini tsüklid olid normaalse pikkusega.

Nii laiapõhjalist baasi nõudval erialal oli 3 aastat residentuur ilmselgelt liiga lühike. Enamus eriarsti tsüklite pikkus 1 kuu oli täieliku pildi saamiseks liiga lühike.

Peremeditsiini residentuur peaks kestma ca kaks korda sama kaua kui praegu, pikendama eriarstitsükkeid kui peremeditsiini tsükkeid. Looks oluliselt parema ja laiemaga ettevalmistusega perearstid.

Residentuuri pikkus võiks olla 4a.

Teise erialade tsüklites jääb tihti puudu sellest, mida mul oma eriala igapäevatoos oleks vaja. Tihti selle pärast ka et muu eriala arstidel pole aimu või on valed arusaamad peremeditsiinist, meie töö korraldusest ja iseloomust. Mõnikord probleem juhendajas, mõnikord haigla v osakonna spetsiifikast nt, mõnikord puudu ajast jne.

Vajalik oleks 5 a.

sisemeditsiini eriala residentid ja residentuuri lõpetanud

Ideaalis võiks kesta 1 a rohkem, et jõuaks läbi käia kõik subspetsialiteetid eriala sees.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Täielikult iseseisvaks tööks tundub mõistlik rohkem praktilist kogemust.

Tänapäeva arstiteaduse arengutempot arvestades läheb üha rohkem ja rohkem aega kõigi kopsuhaiguste kaasaegse ravi ja diagnostikaga tutvumiseks. Samas kui pidevalt pikendada residentuuri kestvust, siis on tekkimas olukord, kus meil on palju residente, ent vähem praktiseerivaid eriarste. Seega usun, et kestus on momendil piisav.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Ise õppisin 4 aastat, nüüd on programm viidud 5 aastale. Arvan, et oluline ei ole mitte pidevalt residentuuri kestust pikendada, vaid vaadata üle, mida antud lühema aja vältel ära jõuaks teha. Hetkel soovitakse haiglate poolt pidevalt õppe kestust pikemaks venitada, et oleks olemas tasuta tööjõud, kes residentuuri liiga varakul lõpetamisel muidu nt Soome läheksid.

Nüüd on seda pikendatud 6-le aastale ja see tundub liiga pikk.

Radioloogia residentuur kestab 5a. Selle aja jooksul saab omandada nii üldise, kui võimaluse ja huvi korral keskenduda mingile spetsiifilisemale valdkonnale.

Residentid saavad väga laiapõhjalise erialase väljaõppe.

Radioloogia residentuuri kestvus on 5 aastat, jõuab omandada nii üldradioloogia, kui keskenduda kitsamale valdkonnale.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Kestuse poolest piisav, sisu poolest mitte päris.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanu

Eestis puudub geriaatria residentuur, on võimalik läbida sisearsti residentuuri geriaatria lisaerialaga. Minu arvates ei ole nii diplomieelne kui -järgne arstide koolitus geriaatrias piisav, et arstkont võiks adekvaatselt toime tulla kiiresti vananeva patsientuuri ravimisega ja kõigi vanadusega kaasnevate sotsiaalsete ja eetiliste probleemide lahendamisega.

Geriaatria sisehaiguste lisaerialana on residentuuris uus eriala, põhiprobleemiks ettevalmistuses on geriaatria osakondade puudumine Eestis. Õpe toimub valdavalt siseosakondade ja nn organ-spetsialiseeritud osakondade baasil. Kuna teiste erialade spetsialistidel puudub endal geriaatria-alane haridus, samuti ei ole õppekava läbiviimise detailid ja nõuded kirjeldatud (puudub syllabus), on õpetuses palju juhuslikkust.

Hõlmab kõiki vajalikke alaerialasid erinevates õppebaasides.

Tuleb osata valida tsüklite asupaiku ja juhendajaid, et saada igal alal hea haridus ning piisavalt näha patsiente.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

4 a asemel võiks olla 5 a.

[Piisav.] Erandiks on fetaalmeditsiin, reproduktiivmeditsiin, erialane ultrahelidiagnostika, urogünekoloogia, günekoloogiline endokrinoloogia, lastegünekoloogia ja günekoloogiline endokrinoloogia.

Hetkel on residentuur 4 aastat. Võiks olla 5a., see võimaldaks omandada rohkem oskusi ja kogemusi ning vajadusel ka eriala siseselt spetsialiseeruda.

Liiga lühike, vaja on 5 aastat.

Mõnel alerialal peaks olema eriresidentuur.

Residentuuri lõpetanu peaks olema suuteline iseseisvalt töötama. Kahjuks suure igapäevase töökoormuse tõttu (v.a. võib-olla Kliinikumis) ei ole aega residentidega korralikult tegeleda, mistõttu oskused võivad jääda lünklikeks. Samuti pannakse praegused residendid oma residentuuri ajal liiga vara iseseisvalt tööle ja valvama ning ei pruugi olla võimalust abi küsida. Pikem residentuuri aeg annaks parema ettevalmistuse.

Residentuuri kestus on liiga lühike. Pikkus peaks olema vähemalt 5 aastat. Sisu vastab EBCOG nõuetele, programm on akrediteeritud.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Gün residentuur on minu subjektiivse arvamuse põhjal paremini korraldatud, kui nii mõnigi teine eriala, kuid võiks kesta ikkagi pikemalt, vähemalt 5 aastat, et praktilist kogemust saaks rohkem.

Minu eriala koosneb sisuliselt kahest erialast ja nelja aastaga minu arvates täit pädevust mõlemal erialal ei saavuta sellises formaadis.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud

Taastusarsti roll on Eestis tõenäoliselt veel üldse väljakujunemata. Kõigepealt tuleb see ümber mõelda, siis saab ka residentuuri sisuliselt parandada.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Puhtalt erialast õpet residentuuri vältel on 22 kuud. mis on väga vähe. Lisaks ülejäänud nõ muud tsüklit.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Natuke proportsionaalselt liiga palju nt ortopeediat, kui veresoontekirurgiat ja uroloogiat läheb minu eriala valvetes enam vaja.

Vajalikud oleksid radioloogia ja günekoloogia tsükkel lisaks olemasolevatele.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

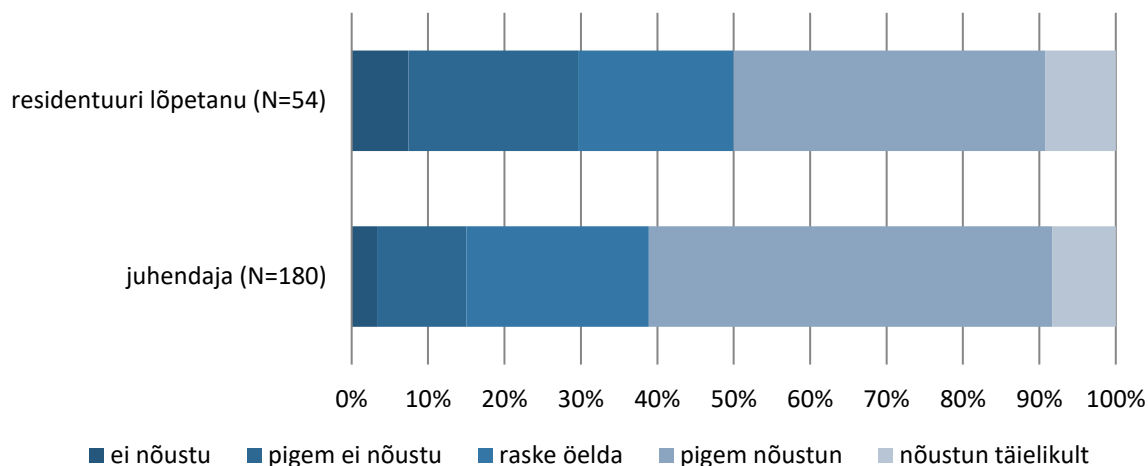
Erinevatel residentidel võib olla erinev väljaõpe vastavalt sellele, kus õppebaasis ta suure osa ajast viidab või millise juhendaja juurde satub - mõnel juhendajal väga ühetahulised operatsioonid.

Võiks olla pikem.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

VÄIDE 32: RESIDENTUURIÕPE ON KORRALDATUD SÜSTEEMSELT, TSÜKLID ON LOOGILISES JÄRGNEEVUSES.

JOONIS 34. NÕUSTUMINE VÄITEGA „RESIDENTUURIÕPE ON KORRALDATUD SÜSTEEMSELT, TSÜKLID ON LOOGILISES JÄRGNEEVUSES“



VÄITE 32 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Anestesioloogiaresidentuuris puudub väärtuslik tsükkel.

Residentidele on kolmandast aastast antud suhteliselt vabad käed tsüklite korraldamisel, kuid nad on neid ise arukalt korraldanud.

Tsüklite järgnevus on residentidelt väga erinev.

Viimaste aastate residentid võiksid enam olla rakendatud iseseisvalt.

Üldiselt küll. Esimesel aastal baasteadmised ja oskused – hiljem spetsiifilisemad valdkonnad.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud

Arvan, et anesteesia residentuur on üks süstematiseeritumaid residentuure. Puudu on laiapõhjalistest üldmeditsiinilistest tsüklitest

Tsüklite järjekorda sai ise valida (muidugi hoolikalt etteplaneerimisel).

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud

Mingit erilist süsteemi küll ei olnud.

Residentuuri plaani on mitu korda ümber tehtud. Kui alustasin, siis oli esimesel aastal suhteliselt vähe dermatoloogiat ning muid asju palju.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Raske öelda seetõttu, et tsüklid ei ole alati sarnases järjekorras. Mingisuguse loogilise järgnevuse printsiipi püüame küll arvestada, aga paraku ei sõltu ju tsüklite järjekord ainult meie otsusest, vaid pigem osakondade võimalustest residentide vastu võtta.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Alustatakse erinevalt, osad eriala, osad intensiiviga, osad veel millegagi. See on vae!

Resident saab ise oma residentuuri plaani koostada just sellises järjekorras, nagu talle sobiv tundub.

Tsüklid on, kuidas on võimalik, mitte kuidas vajalik.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Alati ei ole tsükli loogilises järgnevuses, sõltub konkreetse õppuri residentuuri plaanist.

Immunohematoloogia tsükkel on osa nii hematoloogia kui laborimediitsiini residentuurist, kuid selle läbimine on valikuline, ei ole süsteemselt korraldatud, sageli on residendid juhuslikult valinud tsükli varasema kogemuse alusel.

Tsüklite järjestus on suhteliselt vaba, igale residendile individuaalne.

Tundub, et valikud on osaliselt juhuslikud.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Tsükleid tehakse suvaliselt, kus kohta on.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Järgnevuse planeerib enamasti resident ise.

Tsüklite järjestamise eest vastutab resident. Ühtset süsteemi ja koolitusi kahjuks ei ole. Nõutud tsükliid on vajalikud kardioloogiks saamisel.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Arvan, et järjekord polegi nii väga oluline, vähemalt nn. väikeste tsüklite osas. Sageli on need võimaluse ja residendi soovide alusel.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Välisresidentidel võiks meie tsükkel lõpupoole olla, kasutegur on suurem.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ilmselt on stuudiumi vältel vähe saadud tegelda reaalse haigega. Enam enesekindlust, sest teooria on tugev.

Kindlasti tundub olevat veider, et perearstidel on 17 kuud perearsti õpet, kuid eriarsti tsükleid 1 kuu kaupa. Neuroloogiat võiks kindlasti olla 2-3 kuud, siis oleks perearstidel tulevikus lihtsam oma nimistu neurooloogiliste haigetega. 1 kuuga ei pruugi näha piisavalt erinevaid haigusi.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Neuroloogia erialal saab tsükleid läbida vabalt valitud järjekorras.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Programm ei ole koostatud mingit loogilist järgnevust järgides. Residendid ka ise tõstavad tsüklite järjestust oma soovide kohaselt, mis sageli ei soosi tulemusrikast õpet.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Mingit süsteemi ei tundu olevat, palju tähtsam on et kuhu osakonda resident "mahub" kui see, et mis tal õppida vaja on. Mõned kohustusliku teadmised jäid näiteks saamata, sest mingid arsti olid puhkusel, haiged, osakond oli täis või üks lihtsalt eriti ei rääkinud eesti keelt.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Operatiivne günekoloogia peaks olema tehtud, enne kui tulla onkoloogiliste haigete operatsioonidele, alati see nii ei ole.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Residendid peavad ise valida kohti nagu nad kusagilt saavad vaba koha. Täiesti korraldamata on erialade järjestus. Kui varem oli kohustus alustada üldkirurgiaga ja saada sealt esmane selgitus, siis nüüd saavad residendid ise valida, kuigi nad ei tea teemast ju midagi. Samuti satub sageli samal ajal mitu resident korruga ühte tsükliks. Siis ei saa ju aga keegi midagi eriti teha ega õppida.

Tsükliid on selles järjekorras nagu erinevad haiglad ja osakonnad võimaldavad.

residentide juhendajad, ortopeedia

Järjekord on residendi enda teha, iga resident teeb oma õppekava ise.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Isegi kui tsüklid on märgitud residentuurikorralduse plaanis, siis neid ei jälgita, need ei ole kohustuslikud, ei oma kindlaid mahte. Loogiline järgnevus tsüklites tuleneb pigem õpetajate kättesaadavusest, mistõttu residendi teadmised ei ole järjepidevad ja süsteemsed. Residentuuri läbimise mõõdikuks on arsti töökoormuse norm, mitte töö sisu.

Patoloogia residentuuri programmis tsüklid ei ole lahti kirjutatud, mistõttu ei saa määrata nende loogilisust.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Alati saab ju veel paremini, aga oleme eriala nõudmised residentuuriks erialaseltis piisavalt selgeks väielnud.

Sageli on tsüklid ebaloogilises järjestuses, pigem nii et kuhu mahub, kui et kuidas loogilisem oleks.

Tsüklid püütakse panna loogilisse järjekorda, kuid osaliselt siiski sõltuvad baasi koormusest/ täidetusest residentidega – kui on pikk (nt 5 kuud) tsükkel ja väike osakond, ei saa panna mitut residenti korraga; seega võib tsüklite järjekord olla sellest sõltuv.

Tsüklid sõltuvad residentidele osakonnas mõeldud kohtade olemasolust.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Algab perearst tsükliga ja lõppeb sellega.

Ma tegelen ainult peremeditsiini tsüklitega – need on loogiliselt residentuuri alguses ja lõpus.

Minu teada residendid saavad seda ise valida.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Ei ole tsüklite järgnevuses loogikat.

Hea on, et peremeditsiini esimene tsükkel on peremeditsiin! Viimane ka! Nii peaks olema ka teistel erialadel – algus ja lõpp võiks muu eriala resident süsteemi ja üldarstliku hariduse parandamiseks just perearstikeskuses (siis muidugi lühemat aega nt 1-2 kuud) veeta.

Kõik erialad olid residentuuris kajastatud ning loogilises järjekorras.

Tsüklid tulid täpselt siis, kui osakonnas oli koht, mingit loogikat ega süsteemi ei olnud.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Põhjalik ülevaade erinevatesse haigusrühmadesse haigestunud patsientidest, erinevad siseerialad, EMO – Tallinnas hea resid.baas.

Resident saab ise plaani koostamises osaleda.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Resident korraldab pea täielikult ise oma tsüklite järjestuse ja sageli sõltus see kohtade olemasolust.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Enda lõpetamisest alates on residentuurikava koostamine (tsüklite järjestus) muutunud paindlikumaks ja võimaldab loogilisemat lähenemist.

Resident saab ise residentuuritsüklite järjekorra valida, ent on antud soovitusel nende tsüklite loogiliseks reastamiseks.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Tsüklid on suvalises järjestuses, nii nagu residentile sobib ja millal osadel juhendajatel aega on. Sageli juhtub nii, et väga peeneid oskusi nõudev tsükkel on alguses ja lihtsam lõpupoole.

Võrreldes enda residentuuriga on palju lisandunud erinevaid loenguid esimesel sissejuhataval aastal. Enda 1. aasta oli minimaalse kasuteguriga, nüüd on programm kõvasti muutunud.

Residentuuri õppes olevate tsüklite arv ja maht on vähenenud. Arvan, et aastas korra või kaks kokku tulla, et 2–3 päevases tsüklis osaleda, on liialt vähe. Eeldatakse, et iga õpilane/tööline loeb ise kodus raamatut. Samas on ka see raamatute lugemise aeg õpilaselt käest võetud. Kui enne said residendid töölt vabaks u kl 14.30, et minna koju lugema, siis nüüd pead haiglas reaalselt tööd tegema vähemalt 8h (paljudel teistel erialadel teevad residendid ka tasuta tööd ja seda isegi kuni 24h ulatuses). Seega lugemiseks praktiliselt aega ei antagi. Eeldatakse, et küll inimene lihtsalt töö käigus midagi meelde jätab.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Sõltub väga palju residendist, millised tsüklid ta endale "välja võitleb", milline on tema suunitlus; ja millisesse osakonda ta millal mahub; mõned tsüklid tulevad seetõttu "liiga vara", et nendest täit kasu tõuseks.

Teoriaõpet annaks natuke parandada teemade järjestuse poolest.

Tsüklid võivad oma nimetuste poolest loogilises järjestuses olla, aga kas tsükli nimetus vastab alati reaalsele sisule on eri asi

Veidi on asjad paranenud. Varem võis olla tsükli nimi vahetuda (näiteks uroradioloogia), aga tegelikult tehti alati ikka üldradioloogi tööd. Nüüd järjest enam sisu vastab nimele, aga siin on veel parandamise ruumi.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanud

Tsüklid täiesti suvalises järjekorras, ei lasta omal väga otsustada.

Õppekava on arenemas, vajab edaspidi muutmist. Eesti Geriaatrite Seltsi kui eriala esindaja poolt on olemas huvi ja valmisolek. Ootuspäraselt võiks TÜ kui õppe korraldaja erialaseltsi(de)lt rohkem koostööd ja tagasisidet küsida.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Mingisugust järjestust ei ole. Tsükleid tehakse sellises järjekorras, milles saab ja mida võimaldatakse ülikooli poolt tehtud plaanides. Residendi arvamust arvestatakse vähe.

Tsüklite järjestust saab üldiselt resident ise valida, välja arvatud mõned erandid.

sisemeditsiini residentuuri lõpetanud

Arvan, et "tsüklite" järjestusel ei ole tähtsust. Residendi oskused /---/ sõltuvad kogemusest, ehk praktikale kulutatud ajast.

Korraldati nii hästi kui võimalik.

Loogiline järgnevus on oluline. Seda võib mõjutada, et vajalikku tsüklit ei saa sobival ajal teha (ei ole kohta, plaanis on tekkinud muudatused, vahepeal ollakse lapsepuhkusel jmt).

Päris alati ei ole tsüklid loogilises järgnevuses, kuid pingutame selle nimel, et oleks.

Tsükleid ei saa loogilisse järjestusse panna, kuna residente korraga mitu ja kõik ühte kohta ei mahu.

Tsüklid on üsna juhuslikus järjekorras, aga see ei sega õpet.

Vahel satub mitu resident ühte tsüklisse korraga ja pädevaid juhendajaid ei pruugi leiduda. Samuti eeldavad osad tsüklid rohkemaid erialalisi teadmisi.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Puudub tegelikult kindel tsüklite järjestus, see on suuresti enda teha, v.a esimesel aastal.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

2 aastat võiks olla kõigil üldkirurgia, 3 aastast alles valik, mis erialale spetsialiseeruda.

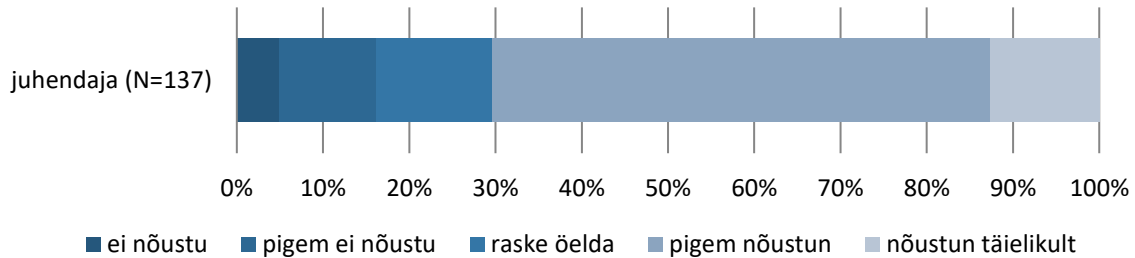
Tsüklite järjekorda saab ise valida.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Vaid residentide juhendajad

VÄIDE 33: LÄHTUN JUHENDAMISEL RESIDENTUURIPROGRAMMIS SÕNASTATUD ÕPITULEMEIST JA OODATAVATEST OSKUSTEST.

JOONIS 35. NÕUSTUMINE VÄITEGA „LÄHTUN JUHENDAMISEL RESIDENTUURIPROGRAMMIS SÕNASTATUD ÕPITULEMEIST JA OODATAVATEST OSKUSTEST“



VÄITE 33 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Residentuuriprogrammis puuduvad valu- ja palliatiivne ravi täielikult.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Harva, kui selleks aega jääb. Enamasti on valvete ajal töö nii intensiivne, et ka residentide juhendamine kahjaks kannatab.

Residentuuriprogramm ei ole vastavuses eriala tegelike vajadustega.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Lähtun pigem omaenda kogemustest ja parimatest soovidest.

Puuduvad fikseeritud õpitulemid.

Sõltub konkreetset juhendajast, ülikooli mõistes ei ole konkreetseid üheselt ja objektiivselt mõõdetavaid standardeid, võib-olla ei saagi olla.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Minu residentid peavad asjadega hästi hakkama saama.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Püüan anda kõik endast oleneva.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Pole ju nõuetest täit informeeritust. Olen toonud põhjenduseks, et ei saa juhendada, kuna puudub koolitus, kuid noorele on abi vaja ja rõhutakse mu pikale kliinilisele kogemusele, suhtlemisoskusele ja kiirele reaktsioonile, et kõigega toime tulla.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Õpetan praktikuna, ei tööta ülikoolihaiglas.

Teen seda pigem enda parema äranägemise järgi.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

See programm ei ole kogu aeg silme ees.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Kuna residentuuriprogramm ei vasta reaalsusele, siis lähtun oodatavatest oskustest.

Ei jälgi residentuuri programmi, aga igapäevane tegevus ja jooksvate probleemide lahendamine residentiga üldiselt katab nõudmisi. Kui resident vajab lisateadmisi, et täita kindla residentuuriprogrammi punkti, siis ma ootan, et ta mainib sellest.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Programmi ei vaata – õpe on praktiline, mis hetkel pakkuda on, ja lisaaega programmi läbivõtmiseks ei ole.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Lähtun individuaalselt residentide residentuuri erialast lähtuvalt. Näiteks psühhiaatria eriala residentidele (kui ta ei näita ülesse huvi kopsuhaiguste vastu) õpetan vähem ja ka nõuan talt vähem kui kopsuhaiguste või sisehaiguste eriala residentilt.

Olen juhendanud mitte enda eriala residentide ning tema eriala residentuuriprogrammi ei lugenud läbi.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Pigem lähtun oma lugemusest ja praktikast.

Püüan kohandada igapäevatööd nii, et jääks aega residentide töö ülevaatamiseks ning omavaheliseks aruteluks.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Olles ise programmi üks koostajatest, olen nõuetega kursis. Ilmselt töötab Eestis juhendajaid, kes enda juhendatava eriala programmi ja selle nõudeid lugenud ei ole.

Programm ei sõnasta väga täpselt mõõdetavate indikaatoritena, mida resident peab oskama. Samas sisaldab residentuuriprogramm oskusi, mida sisearstid tavaliselt ei tee (silmapõhjade vaatlus näiteks), seega ei saa ka seda õpetada.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Esimene eesmärk on koolitada hea erialaspetsialist ja hea kolleeg. Näpuga protseduuride arvu normide täitmises järje ajamine ei ole alati kõige tähtsam.

Juhendamisel lähtud käesolevast olukorrast, kuna suur töökoormuse tõttu ei ole aega juhendit jälgida.

Residentiga töötamisel saab lähtuda konkreetsest kliinilisest olukorrast.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Kindlasti võtan arvesse enda kogemusi ja seda mida tahaksin muuta ja mis ei meeldi.

Mingid teemad tuleb läbi võtta, isegi kui temaatilisi haigeid parasjagu ei ole.

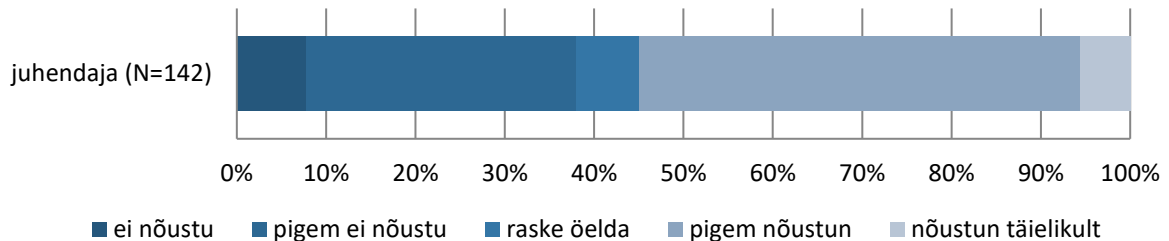
residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Keskendun konkreetse residentide vajadustele, tema soovidele ja huvidele.

residentide juhendaja, eriala täpsustamata

VÄIDE 34: MINU TÖÖ ON KORRALDATUD VIISIL, MIS VÕIMALDAB TEGELEDA PIISAVALT MÄÄRAL NII RESIDENTIDE JUHENDAMISE, TERVISHOIUTEENUSTE OSUTAMISEGA NING KA UUTE TEADMISTE OMANDAMISEGA.

JONIS 36. NÕUSTUMINE VÄITEGA „MINU TÖÖ ON KORRALDATUD VIISIL, MIS VÕIMALDAB TEGELEDA PIISAVALT MÄÄRAL NII RESIDENTIDE JUHENDAMISE, TERVISHOIUTEENUSTE OSUTAMISEGA NING KA UUTE TEADMISTE OMANDAMISEGA“



VÄITE 34 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Töökoormus ületab 1,0; aktiivse tööpäeva sees enesetäiendusele jääb liiga vähe aega samuti on piiratud koolitusvõimalused rahaliste vahendite nappuse tõttu.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

See kõik peaks mahtuma tööaja sisse. EM eriala tööajast muuga peale klientide ei ole võimalik tegeleda. Muu tegevus on korraldamata ja tasustamata. Altruismi ma leivale määrada ei oska.

Kõigepealt pead ära tegema oma töö, siis aja leidmisel juhendad residente ja siis alles tegeled enesetäiendamisega. Kurb, aga nii see kipub praktikas olema.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Piisavalt aega ei ole ühekski nimetatud tegevuseks.

See ei ole reaalsusega kooskõlas.

Sel aastal oli juhus, kus residentide tulek meie majja "unustati", tööjõu puuduse ja ülekoormuse tõttu ei ole võimalik juhendada nii palju kui tarvilikuks pean.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Residentide juhendamine käib töö kõrvalt. Jällegi – osakonnapraktikas ei pruugi see kõige halvem variant olla – nn. tegelik elu. Eeldusel, et on piisavalt seminare/loenguid.

Residentide juhendamiseks ei jää piisavalt aega.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Töö on ikka väga pingeline ja koormus suur. Juhendajaks saab olla kiire inimene, kes suudab kõigeaega toime tulla.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Juhendamine toimub põhitööle lisaks, mitte selle asemel/sees. Aega-energiat residentide jaoks on krooniliselt vähe.

Minu praktiline tegevus on selgelt ülekoormatud, vähemalt ei ole sisse arvestatud aega süvendatult residentidega tegelemist

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Olen ülekoormatud ja õpetan oma põhitöö kõrvalt.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Õpetamine heas mõttes "sunnib" ise kõvasti juurde õppima. See on hea!

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

See pole võimalik kuna süsteem seda ei toeta. Haigla mis tegeleb residentide koolitamisega, saab sama teenuse eest sama tasu mis haigla kes residente ei õpeta. Resident teeb enamasti protseduure ja operatsioone poole aeglasemalt. Kui ma lasen residendil opereerida, siis see tähendab, et ma pean järgmise operatsiooni tegema topelt kiiremini. See lisab stressi ja tõstab tüsistuste arvu. Ah et miks ma vähem ei planeeri? Loe uuesti teist lauset. Päeva lõpuks peab ju haigla olema hästi majandatud ja palgad makstud.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Mitte alati tasakaal on võimalik, aga me püüame.

Residentide juhendamine võtab palju aega, mida võtan tavatöö arvelt, mis paratamatult kannatab. Prioritiseerin residentide kõrgemaks kui tavatööd.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Töö tuleb ära teha, vaatamata koormusele.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ei saa alati nii öelda, tegeleme paljude asjadega ning võib esineda olukordi, kus resident peab ka ise initsiatiivi näitama, et midagi arutada.

Kõik sõltub hooajast, hetke töökoormusest, kindlasti on perioode, kus residentide jaoks jääb liiga vähe aega.

Talveperioodil, kui haigusi tavapärasest rohkem, tunnetan, et mul ei jätku piisavalt aega residentide igale küsimusele vastata. Eeldan, et juba läbitud teemasid ei pea otsast peale läbima...

Uute teadmiste omandamiseks napib aega.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Kõigeks on vähe aega. Tihtipeale kannatab kas patsient, kes saab pinnapealse käsitluse osaliseks või resident, kelle õpetamiseks aega ei jää. Uusi teadmisi saab omandada vaid kongressidel, sest muuks aega ei jää. Minu puhul tuleb võtta arvesse lisafaktorina väike laps kodus, kellega tegelemine neelab omajagu energiat.

Teen oma parima, sõltub, mis on "piisav määr".

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

1) Minu töö on haigete ravimise töö. Sellega saab terve päev ja mõned ületöötunnid ka sisustatud. Haigekassa ei maksa haiglatele residentide õpetamise eest. 2) Residentidele eraldi aega ette pole nähtud. Haridusministeerium ka ei maksa residentide juhendamise eest, sest kui eeldada, et arst juhendab residentide kasvatamist arsti miinimumpalga eest, siis see teeb praegu u 3 eurot tööpäevas residentide kohta, et siis 15-20 minutit päevas??!! Ehk et kui juhendaja juhendab rohkem kui selle aja, siis see ongi missioonitundest juhendamine. Ehk et sisuliselt kogu residentuur on praegu juhendajate missioonitundele ehitatud – mul kulub residentidele vähemalt 1-2 tundi aega päevas, mille eest ei tasu ei haigekassa ega haridusministeerium. Resident eeldab juhendamist (mis on normaalne), aga normaalne oleks see, kui töö on tasustatud ka juhendajale. 3) Uute teadmiste omandamiseks on ette nähtud 10 tööpäeva aastas, mille jooksul säilitatakse miinimumtöötasu. Koolituskulusid tasutakse seejuures 2-3 päeva eest. Komanderingutasu jääb unistuseks.

Kuna Eesti arstid töötavad juba pikemat aega ülekoormuse tingimustes, siis nagu enam teisi ei oskagi. Ma ei näe võimalust kuidas minu tööd saaks ümber korraldada nii, et kõigeks jääks rohkem aega. See tähendaks ju oluliselt vähem tööd teha?

Tervishoiuteenuste osutamise osakaal minu kui arsti poolt on viimase kümne aasta vältel pidevalt suurenenud, muudeks tegevusteks jääb aega minimaalselt. Enamasti loen erialakirjandust, teen teadustööd jne. väljaspool ametlikku tööaega.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Ajapuudus on alati teemaks.

Minu töö on korraldatud viisil, mis võimaldab osaliselt tegeleda residentide juhendamisega, pigem ainult tervishoiuteenuste osutamisega. Uute teadmiste omandamine on arstile igapäevaselt vajalik ja seda tuleb enamasti teha vabast ajast.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

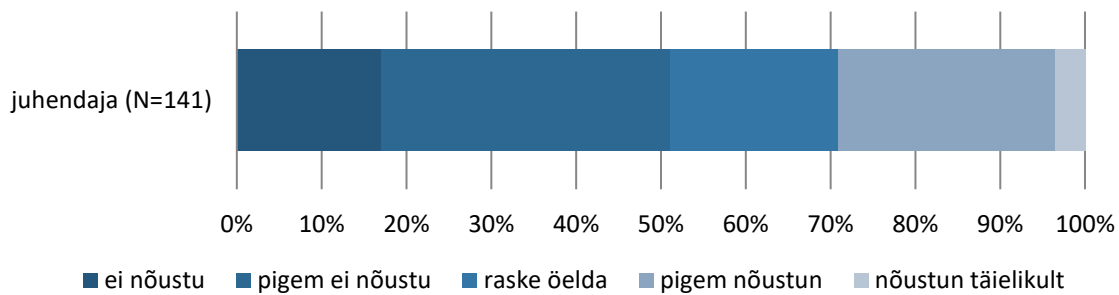
Ise tuleb oma töö nii korraldada.

Resident töötab minuga paralleelselt.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

VÄIDE 35: OLEN SAANUD PIISAVAS MÄÄRAS ÕPETAMISALAST TÄIENDÕPET, MIS VÕIMALDAB MUL OLLA JUHENDAJANA TASEMEL

JOONIS 37. NÕUSTUMINE VÄITEGA „OLEN SAANUD PIISAVAS MÄÄRAS ÕPETAMISALAST TÄIENDÕPET, MIS VÕIMALDAB MUL OLLA JUHENDAJANA TASEMEL“



VÄITE 35 HINDAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

0 õpet!

[Jah] aga seda mitte residentuuri vaid doktorantuuri ja täiendõppe raames.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Täiendõpe on vajalik pigem auditoorse töö tegijatele (kuidas loengut lugeda, slaidiprogrammi üles ehitada, kuidas olulist vähemolulisest eristada jne.). Reaalse töö juures juhendamine tähendab ju arutamist ja nõupidamist; ma täpselt ei kujuta ette, kuidas arutamisoskust täienduskursustel parendada saaks.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Ei ole üldse saanud õpetamisalast väljaõpet.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ei ole üldse saanud vastavat täiendõpet.

Ei oma ühtegi sellealast tunnistust.

Ülikool pakub asjakohaseid täienduskursusi.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Praktiliselt ei ole täiendõpet saanud – info kursustest, kuhu võiks minna, tuleb liiga hilja (kui kliiniku tööplaanid on juba tehtud).

Sellist täiendõpet ei ole saanud.

Võib-olla ei ole otsinud?. Ei tea, et selliseid koolitusi oleks.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Olen iseõppija ja baseerun oma parimal äranägemisel.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Alul ei saanud mingit õpet, siis tuli nõue koolitada juhendajaid, kuid põhitöö tuleb ära teha ja õppel osalemine on küsitav. Pealegi ei jätku meil väljaõppinud juhendajaid.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

| | |
|---|--|
| <i>Eks kogemus on tulnud aastatega.</i> | residentide juhendaja kirurgilisel erialal |
| <i>Pole vastavat õpet üldse saanud.</i> | |
| <i>Tegemist peamiselt iseõppimisega sel teemal ning olnud võimalus osaleda kahel Ülikooli poolt korraldatud juhendajate seminaril.</i> | residentide juhendajad sisemeditsiini erialal |
| <i>Pigem katsun nii juhendada noorkolleege, nagu seda ise residentina soovisin. Konkreetset õpetamist täiendkoolitust ei ole saanud.</i> | residentide juhendaja kirurgilisel erialal |
| <i>Ajaga on kitsas. Prooviks oma igapäevatööga hakkama saada.</i> | residentide juhendaja kirurgilisel erialal |
| <i>Ei ole saanud mingit õpetamist täiendõpet.</i> | |
| <i>Juhendajaks olemise arusaam on tulnud iseenda residentiks olemise ajast, kus jälgisin oma juhendaja häid ja halbu külgi.</i> | |
| <i>Pole saanud õpetamist täiendõpet.</i> | residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal |
| <i>Pole saanud üldse</i> | |
| <i>Õpetamisalane täiendus puudub, oskused omandad pigem kogemusega.</i> | residentide juhendajad sisemeditsiini erialal |
| <i>Alati võib õpet rohkem olla.</i> | |
| <i>Igal aastal residentide juhendajatele mõeldud koolitused .</i> | |
| <i>Kunagi ei ole küllalt. Juhendaja õpib alati ka koos residentiga. Üldteoreetilisi õpetamise kursuseid residentide juhendajatele pean vajalikuks.</i> | |
| <i>Olen juhendanud lühikest aega, koolitusi juhendajatele on harva.</i> | |
| <i>Olen osalenud residentuuri juhendajatele mõeldud koolitustel, kuid ei tunne end tugeva juhendajana.</i> | residentide juhendajad sisemeditsiini erialal |
| <i>Olen saanud, aga mitte TÜ arstiteaduskonna kaudu.</i> | residentide juhendajad sisemeditsiini erialal |
| <i>Olen omaalgatuslikult läbinud õpetamisalase koolituse, muidu peaks vastama "ei nõustu".</i> | |
| <i>Pean ise oma teadmiste eest hoolitsema, et olla juhendajana tasemel.</i> | residentide juhendajad sisemeditsiini erialal |
| <i>Olen edasi andnud oma praktilisi kogemusi; esmatähtis on residentide enda initsiatiiv ja tahe</i> | |
| <i>Õpetamisalast täiendõpet ei ole saanud. Kogemust küll ja tagasisidet.</i> | residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal |
| <i>Ma tean, et korraldatakse koolitusi, aga pole sinna jõudnud. Kui me võtame kohad, kus on rohkem vaba aega ja rohkem väljaõpet, siis me saame ainult suured haiglad, aga väga palju tööd tehakse ka väiksemates haiglates ja ma väga kardan, et igasuguste juhendamiskvaliteeti parandavate nõuete kehtestamine tähendab seda, et residentide valik (see võiks olla kohustus hoopis) teha erinevate haiglate tsükleid väheneb, mistõttu õppe kvaliteet lõpuks halveneb.</i> | |

Olen saanud mõne tunni osas juhendamist. Arvan, et isiklik eeskuju ja igapäevase töö käigus saadud isiklik kogemus on noorele arstile parim õpe, eeldusel ,et sellega kaasneb alati vanematelt kolleegidelt kvaliteetse nõu ja abi saamise võimalus.

Üheksakümnendatel sain läbida perearstide koolitajate koolitusi nii Eestis kui rahvusvaheliselt (2-nädalane koolitus Londonis 1996; aastane õpe Tartu Rahvaülikooli andragoogika kursusel 2005/2006; Kristjan Jaagu stipendium residentuuriõppe korraldusega tutvumiseks Suurbritannias 2-nädala vältel 2005; kolmel korral (2000, 2004, 2015) olen osalenud arstidele korraldatud nädalastel Salzburgi seminaridel, kõigil seminaridel on olnud olulisel kohal õpetamislane õpetus. Kirjutan detailselt, kuna valdavalt on mind mõjutanud koolitused olnud väljaspool Eestit. TÜ-s olen osalenud haridusteaduskonna õppejõudude pakutud koolitusel tookordse arstiteaduskonna õppejõududele, pigem negatiivne kogemus.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Ei ole eriväljaõpet juhendamises

Tegelikult ei ole täiendõpe piisav. Viimastel aastatel olen saanud esimesed (!) residentide juhendamisele suunatud koolitused. Mõnevõrra on abiks olnud varasemalt õpitud kutsepedagoogika TÜ-s ja ämmaemandate praktikajuhendajate koolitused Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis.

Õpetamisalast täiendõpet ei ole üldse saanud.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

juhendaja peab olema eelkõige hea spetsialist

Olen käinud residentide juhendaja täienduskoolitusel

täiendõpe on siiaamaani olnud vaid üks koolituspäev, mis pole kindlasti piisav.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

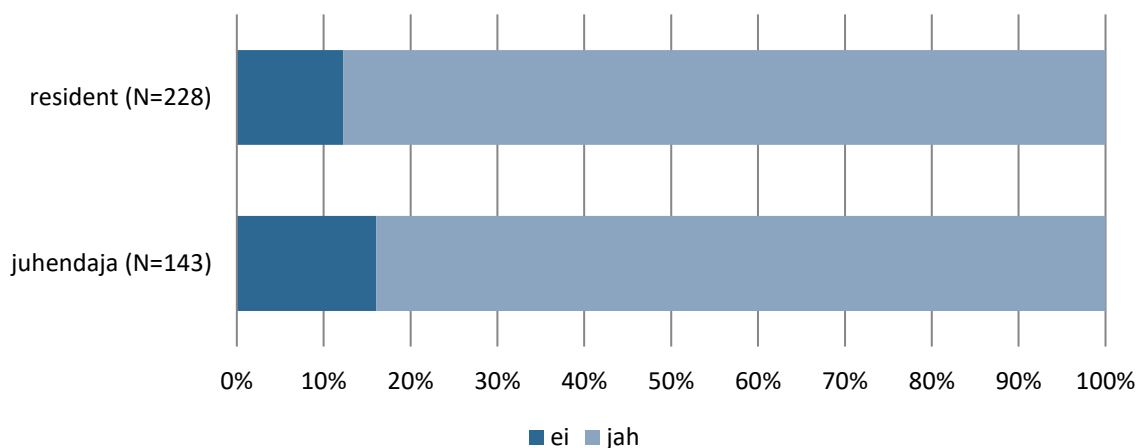
[Jah], kuid olen pidanud selleks ise vahendeid otsima, tööandja seda oluliseks ei pea.

residentide juhendaja, eriala täpsustamata

Kõik vastajagrupid

KAS EESPOOL TOODUD KÜSIMUSED KÄSITLESID TEIE SILMIS PIISAVAL MÄÄRAL RESIDENTUURIGA SEOTUD OLULISEMAID KÜSIMUSI?

JOONIS 38. VASTUSED KÜSIMUSELE „KAS EESPOOL TOODUD KÜSIMUSED KÄSITLESID TEIE SILMIS PIISAVAL MÄÄRAL RESIDENTUURIGA SEOTUD OLULISEMAID KÜSIMUSI?“



KÜSIMUSELE VASTAMISEL LISATUD VABATEKSTI TÄPSUSTUSED

Kuidas anda tagasisidet, kui on tunda, et resident ei sobi valitud erialale?

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Väga palju oli küsimusi väljapoolt nõ argimeditsiini ja pole harjunud selle mõttega, et see minu kui residentide õppes väga suurt rolli mängib. Küsimused olid kohati ka väga üldised, mistõttu neile oli raske vastata konkreetselt.

kirurgilise eriala resident

Võiks olla arenguveestlusi, residentide visioonide selgitamiseks ja vajaduste hindamiseks.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Residentuuriõppe läbiviimist tuleks enam praktiseerida ka üld(maakonna)haiglates, mitte niivõrd kõrgema etapi haiglates!

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Mõned aspektid nagu vaimne tervis, läbipõlemine jne ei pruugi olla seotud residentuuri halva korraldusega vaid on ühiskonna hoiakute mõju. Ka muude kutsete puhul ei pöörata nendele aspektidele piisavalt tähelepanu.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Esialgseks ülevaateks vast piisab.

Küsimus võiks olla ka selles, kas residentid soovivad õppida ja palju või on juba sissesaamisel vastava eriala spetsialistid ja asuvad koheselt tegema osakonna rutiintööd. Kui soovitakse teadustööd, kas selleks on olemas eraldi tasustatud aeg või toimub see peale kella 16:00-i.

Mul on väga hea meel, et olete teema ette võtnud. Pean residentide endi seisukohti ja ettepanekuid kõige väärtuslikumaks residentuuri parendamiseks. Võtan residentidelt alati tagasisidet ka oma osakonna töökorralduse osas, nii mõnigi kord olen saanud ausat, läbimõeldud kõrvalpilku, mis on minu tarbeks hindamatu väärtusega.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Küsimused olid liiga üldsõnalised.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Erialad on väga erinevad, mulle tundub, et minu erialast ei saanud ehk tasakaalustatud pilti ette nende küsimuste alusel, ehk oleks intervjuud residentidega hoopis mõistlikum meetod.

Lisaks võiks veel muidugi mainida, et residentidele võiks olla ka oma koht haiglas. SA PERHi kardioloogia keskuses ei ole residentidel oma töökohta, tuleb otsida vaba arvutit, millega tööd saaks teha. Riitumiseks ning tööriiete hoidmiseks ei ole sageli garderoobis kappigi. Valvetuba ei ole, resident, kes pannakse valvama peab ise muretsema selle eest, et tal oleks öösel kuskil olla ning võimalus ka hetkeks pikali heita diivanile. Sellest probleemist on olnud juttu aastaid, kuid isegi uue korpuse ehitusega olukord ei paranenud.

sisemeditsiini eriala residentid

Üldises aspektis jah, üks igal erialal ole omad probleemid, aga see ei ole ka antud uuringu teema.

sisemeditsiini eriala resident

Minu jaoks on hetkel olulisim osalise koormusega residentuuri võimalus ja seda puudutavad küsimused.

Residentuuri pikkuse teema jäi käsitlemata.

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Küsitud on vaid, mida juhendajad peaksid paremini residendi heaks tegema, kuid puudu on täiesti osa, millised eesmärgid resident endale peab seadma. Millised omadused endas arendama, millised praktilised oskused omandama. Millest ta on nõus loobuma, et saada heaks spetsialistiks. Residentuur ei ole lapsepõlve pikendus, tulevad ka kohustused. Ainult oma õigusi taga ajades ei juhtu midagi.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Puudusid mitmed tõsised teemad, mida tuleks residentuuri teemaga seoses arutada – mõlema poole informeeritus õigustest ning kohustustest, kollegiaalsed suhted, vastastikune tagasiside, kvaliteedi mõõdikud, res ja juhendajate motivatsiooniteema jpm.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Käsitlesid, kuid kohati on küsimused liiga "pinnapealsed" ja üldised.

sisemeditsiini eriala resident

Ülikoolipoolseid muresid oli ka residentuuri jooksul palju – sealt ei tulnud eriti mingeid adekvaatseid vastuseid küsimustele, kõikidele küsimustele enamasti vastati "ei" ning paindlikkusest polnud juttugi. Pidevalt oli tunne, et ülikoolil puudub absoluutselt huvi meie õppe vastu ning samas ka puudub neil vastutustunne.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Alati saab põhjalikumalt! Aga olulised küsimused olid esitatud! Tänan!

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ületundide ja valvete korraldus on nii arstide kui residentide jaoks absoluutselt vastuolus sellega, mis seaduses kirjas. Selle teema kohta võiks rohkem küsimusi olla.

kirurgilise eriala resident

Esineb mittemõistetavaid, raskesti mõistetavaid küsimusi.

Lõviosa küsimusi olid praeguse olukorra kirjeldamiseks. Vähe oli selle kohta, et mis edasi saab. Juhendaja kohta puudusid küsimused a la kas ma olen motiveeritud juhendamise tööd tegema, kas see on väärtustatud, vääriliselt tasustatud, kas ma üldse viitsin seda teha?

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Sageli on meie erialal probleemiks liigne töökoormus (nii residendil kui juhendajal) ning seetõttu on süsteemse teoreetilise koolituse andmine sageli raskendatud.

residentide juhendaja kliinilis-konsultatiivsel erialal

Jah aga enamused olid residendi õiguste kohta. Siiski on kohustused ka, mida peaks samuti jälgima.

kohati on küsimused sõnastatud liiga üldiselt või idealistlikult. eetika, karjäärinõustamine jne on mõisted, mida igapäevatoos ikkagi ei kasuta. küsimustik võiks olla pigem problemlahendamise vormis a la "mida teed kui ...", "mida arvad kui ...", "kui on nii, siis mis saab ...".

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Erialati on ilmselt suur erinevus residentide iseseisvuses – kui pediaatrias on peremeditsiini resident, on tema iseseisvus tagasihoidlik; pediaatria resident aga alates 2. aastast on iseseisvam, kuid enamiku pediaatria alaerialatsüklites siiski juhendaja tööd jälgiv, mitte antud valdkonna patsientidega iseseisvalt töötav.

Suhteid kolleegade ja patsientidega olid vahest liiga esiplaanil. Residentuuris saadav kogemus patsientidega tagaplaanil.

Küsimused on püstitatud ju residendikesksetena, juhendajana ei ole ju võimalik küsitud hinnanguid andagi.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Hetkel on jäänud välja Eesti residentuurinõuete võrdlemine nt Euroopa omadega ehk siis küsimus, kas Eestis antav haridus on piisavalt kvaliteetne. Nt Eestis on residentuur tavaliselt lühem, kui Euroopa miinimumnõuded ette näevad.

sisemeditsiini eriala resident

Osaliselt.

Sõltub uuringu läbiviijate eesmärkidest.

Resident on noor inimene, tal peaks olema pere, elukoht, tema juhendajal peaks olema ressursi teda juhendada nii, et resident saab proovida erinevaid lahendusi, erinevaid võimalusi, residendil peaks olema avar silmaring, aega MÕELDA oma tegevuse üle, samuti juhendajal.

Vajaks täpsemalt defineerimist residendi ametijuhend ning oskuste hindamine iga teema lõppedes ning õppekava individuaalne plaan.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Põletavamad küsimused esitati, ent võiks olla veel rohkem ja detailsemaid küsimusi.

Hea, et sai ise täpsustada.

Pole küsitud tsüklite pikkuse ega tõhususe kohta.

sisemeditsiini eriala residendid

Täpsustavaid küsimusi võiks enam olla seoses erinevate residentuuribaaside/tsüklite tingimuste võrdlemisega.

Võiks küsida ka, kui palju oleks residendid huvitatud osalise koormusega tsüklite läbimisest (aeg pikeneks), et teha paralleelselt nt erialalist v teadus v muud tööd, et täita ka puuduvaid lünki meditsiinis. Nt läbiksin EMO tsükli ühe kuu asemel kahega, töö oleks poole kohaga ja oleks võimaldatud töötada perearsti asendajana kohas kus nt pole üldse perearsti vms.

Väga palju küsimusi oli tahtlikult sellised, et ei saagi muud moodi vastata kui ei nõustu.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Arvestades vaimset pinget ja seda, et residendil pole välja kujunenud süsteeme efektiivsemaks töötamiseks, nõutakse temalt sama palju, kui erialaarstidelt, andes residentidele vähem puhkust. Küsimusi võiks selle kohta olla.

Võiks käsitleda teemasid: osalise koormusega residentuur (õpe nt. siis selle võrra pikem); residentide naasmine lapsehoolduspuhkuselt (olen mitmelt arstist emalt kuulnud, et kohanemine raske), kuidas tagada teoreetiline koolitus lapsehoolduspuhkusel.

sisemeditsiini eriala residendid

Residendi iseseisva töö korraldamise suhtes on vajalik suurem tähelepanu.

Residendi õppeprotsessis on oluline, et resident on õppes 100 %, mitte 5 päevast kolmel.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Kommunikatsiooniga seotud küsimuste osas oli ainult "probleemsituatsioone" küsitud. Oluline on ka tava suhtlus (patsientide ja kolleegidega) ning suhtlus või mittesuhtlemine meediaga. Lisaks: kuna tegemist on alaga, mis nõuab palju suhtlust ning enamus probleeme, mis erialaliselt tekib, on suhtlusest tingitud (kas kolleegidevaheline, patsientidega vms), siis leian et ka residentide hindamisel peaks suhtlust rohkem tähele panema. Residentuuripäevik iga tsükli lõpus ilma mingi tagasiside või vestluseta on täielik ajaraiskamine ning selle asemel või sellega koos peaks iga aasta lõpus toimuma mingit sorti kommunikeerumine residendi ja tema baasi/residentuuri üldjuhendajate vahel.

Küsimused olid head. Lisaks kuidas on korraldatud puhkus ja õppepuhkus? Eksamid?

Mulle jäi ebaselgeks, kas need küsimused peaksid ka minu jaoks olulised olema (pooled neist ei ole) ja kas residentuuri arvestatakse ka eelnenud arstiteaduskond (nt teaduskirjanduse ümberkäimist, suhtlemist patsientidega õpetatakse ikkagi ju enne arstiks saamist... iseasi kui palju keegi seda teha viitsis... ja spetsialiseerumisfaas ei peakski enam olema selle jaoks).

Residentuuri paindlikkus on üks olulisi teemasid.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Enamik juhendajaid võiks sellest temaatikast vist tunde rääkida tegelikult...

Igal erialal peaks ilmselt oma küsitluse läbi viima. Probleemid on ikkagi erinevad. Ja arstina näen ka natuke teise nurga alt, kui residendina nägin.

Vist ei olnud küsimust töötasu kohta – võrreldes arstidega võivad residentid ju rahul olla?!

Minu meelest mitte.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Minu jaoks on olulisem korralduslik pool, nt osakoormusega residentuuri läbimine jms

sisemeditsiini eriala resident

Küsimused olid väga üldised. Kui residentuuri jooksul pidi läbima u. 12 erinevat osakonda, siis igas kohas on oma plussid ja miinused, neid on raske kokku üldistada.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

/---/ nõukaaeg tuleb meelde. Tegelikult residentuuri põhiliseks probleemiks on EL tööaja direktiiv. Selle direktiivi valguses peaks residentuur kestma 6-7 aastat.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

*Sain oma peamised murekohad välja tuua: * süsteemi puudumine /---/ * ei saa paindlikumalt oma residentuuri planeerida.*

kirurgilise eriala resident

Minu jaoks on kõige olulisemad küsimused seotud juhendamise ja pädevushindamisega.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Residentuuriprogrammide korralduslik pool on puudu.

sisemeditsiini eriala resident

Võib-olla oleks võinud juures olla küsimus, kas residentid on üldiselt rahul juhendamisega. Lihtsalt ise ootasin seda küsimust, sest ma ei ole täpselt aru saanud juhendaja rollist enda eriala tsüklites (natuke siiski oleneb konkreetsest tsüklist).

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Puudusid küsimused haiglas olme- ja töötingimuste kohta alates sellest, kas on oma töölaud, -arvuti, rõivistu jne.

kirurgilise eriala resident

Loodan, et need arvamused jõuavad ka kuhugi ja tehakse muutusi.

Resident peaks arvestama, et ta on residentuuri ajal päriselt tööl – paljud käivad residentuuri ajast valveid tegemas ja niisama lustimas. Nende äraoldud päevade arvel peaks tsükkel ja vajadusel ka residentuur pikinema.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

VALIK VABATEKSTILISI TÄPSUSTUSI PALVELE: „ISELOOMUSTAGE PALUN 3–5 LAUSEGA KOKKUVÖTVALT TÄNAST EESTI RESIDENTUURI“

Leian, et residentuuril on mitmeid puudujääke, mida võiks parandada. Paremini võiks olla korraldatud residentuuritsükli (loogilises järjestuses nagu kirurgias), juhendamises on puudujääke, motiveerimises. Leian, et perearsti eriala arst-residentidesse võiksid haiglad paremini suhtuda ning nende residentuur võiks olla pikem ja põhjalikum!

Väga raske anda arvamust kogu residentuuri kohta. Kindlasti see tase väga varieerub sõltuvalt erialast ja konkreetsest osakonnast või tsüklist. Seetõttu oli mingil määral raske vastata küsimustele. Enda eriala kohta võin öelda, et see osa residentuurist, mis käsitleb allergoloogiat-immunoloogiat on väga tasemel. Muidugi on Eesti residentuuris suureks probleemiks koolituste rahastamine. Ülikool ei soovi anda isegi seda väikest koolitusraha, mis kuulub residentidele.

sisemeditsiini eriala residentid

Arvan, et nii mõnelgi erialal võiksid vanemate aastate residentid osutada eriarstiabi (ilma juhendajata) nendes valdkondades, mis nad juba omandanud on. Kindlasti on residentuuriõpe muutunud aastatega põhjalikumaks ja eesmärgipärasemaks. Juhendajatele võiks olla samuti õpetamiskoolitused – seni on see vähesüsteemne ja isikupõhine tegevus, mistõttu võib mõnes tsükliks olla õppimine ka väheefektiivne. Sellistes (arvan, et üksikutes ja erandlikes) situatsioonides saab määravaks residentide arusaamine õppida, kuidas kindlasti ei tohiks käituda ega toimetada tänases päevas ja kaasaegses arstiabis.

Esinevad suured variatsioonid erinevate erialade lõikes.

Hea teoreetiline, tõendus põhisele toetuv auditoorne õpe. Head võimalused praktiseerimiseks, tulenevalt ülesnäidatavatest oskustest ja isiklikust initsiatiivist ja isikuomadustest.

Liiga vähe töötavad residentid vabal ajal kirjandusega – pigem kohustuslikus korras. Koormus on residentidel liiga väike – 8 tunni jooksul päevas ei saa haigetest ülevaadet, valvete korral võib resident mitu päeva mitte tööl olla.

Minu erialal tagab residentuur piisavad tehnilised oskused ja kogemuse, et alustada iseseisvat tööd anestesioloogia ja intensiivravi erialadel. Residentuuriprogrammi raames läbib resident kõik vajalikud tsükli/ praktikakohad ja residentuuri kestus on piisav erialaste teoreetiliste teadmiste omandamiseks.

Minu meelest on residentuurist rääkides põhiohk vaid kestusel, kuid mitte niivõrd sisul.

Normaalne. Olemas piisavalt teoreetilist abimaterjale, vähem on praktilisi abimaterjale, mille peal saaks eelnevalt lasta harjutada.

Pole viga, aga saaks ka paremini. Nõuka aeg annab senini tunda.

Probleemkohaks residentide õigused. Lahendamata on küsimused, kes, mis viisil ja millal vastutab.

Residentid on toredad noored arstid, kellega on rõõm koos töötada. Korraldus saab alati parem olla. Põhiline on siiski õpetaja ja õpilase omavahelised suhted, vastastikune respekt.

Residentid on tublid, suhtuvad tööülesannetesse kohusetundlikult, on innukad omandama uusi teadmisi.

Residentid saavad väga mitmekülgse ettevalmistuse erinevates Eesti haiglates. Teoreetiline ja praktiline õpe on heal tasemel. Õppes lähtutakse kaasaegsetest teaduspõhistest eriala põhimõtetest.

Residentuur on liialt lühike, ülesehitus kaootiline – puudub struktuursus. Residentuuri lõpueksam peaks olema Euroopa eriala seltsi eksam või läbi viidama Eesti erialaseltsi poolt. Hetkel olukord, kus õpetajad = eksamineerijad. Seega läbikukutamise korral tunnistad oma õpetamise nõrkust.

Residentuuri kestus ja programmid on piisavad kompetentse spetsialisti ette valmistamiseks. Residentid on oma tööst huvitatud ja erialakirjandusega hästi kursis. Residentuuri lõpetanu on kompetentne eriarst.

Olemasolev Eesti residentuuri süsteem pakub piisavalt häid võimalusi noorte spetsialistide arenguks. Muidugi alati võib teha paremini. Mõned tsüklid võiksid toimuda välismaal.

Tööoskused pädevad, suhtlemisoskus eriti patsientidega puudulik, juhendamine sageli puudulik.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

(AI eriala) natuke liiga lühikese kestusega. Resident saab üsna head käelised oskused, kuid ilmselt mitte väga tugevad teoreetilised teadmised.

Arvestades Eesti residentuuri kestust, mis on Euroopa mõistes lühike, on tsüklid jaotatud hästi ning olemas võimalus endale huvipakkuvaid tsükleid pikendada. Minu erialal on ka regulaarsed igakuised teoreetilised koolitused, mida kahjuks enamusel erialadel ei ole. Puudu on minu arvates erinevate aastate residentide eristamine ning tööülesannete määramine (selle juures võiks eristada viimase ja esimese aasta residente).

Hea on see, et on konkurss ja etteplaneeritav vajadus, iseasi, kuivõrd see planeerimine tegelikkusega ühildub. Erialade ja baaside vahel on väga suured erinevused, osa pannakse kohe vastutama ja osad vastutavad minimaalselt ka residentuuri lõpus. Suhtlemispsühholoogiat, konfliktidega tegelemist jne praktiliselt ei olegi, vaid eeldatakse, et kõik on sündinud ideaalseks arstiks. Üldiselt on Eesti residentil siiski hea elu. Palk on õiglane.

Oskan iseloomustada ainult oma eriala residentuuri - kindlasti ei ole see kokkuvõtte kogu Eesti residentuurist, eriti arvestades jutte, mida ma teistelt residentidelt kuulen. Aga minu eriala residentuur on üldjoontest selline, nagu ma seda ette kujutasin – esineb nii praktilist kui ka teoreetilist juhendamist, residentid suhtutakse kui võrdsesse arsti ning kava saab vastavalt oma vajadustele korrigeerida.

Residentuur on Eestis üldiselt heal tasemel ja selle lõpetanud on valmis töötama iseseisvalt eriarstina. Residentuuri programm on mõnel erialal (sh anestesioloogia ja intensiivravi) liiga lühike. Programmi võiks pikendada, et võimaldada residentil täiendavalt spetsialiseeruda eriala piires. soovitud valdkonnale. Vähe pööratakse tähelepanu praktiliste mittekäeliste oskuste arendamisele (suhtlus patsientide ja kolleegidega).

Väga praktiline, mitmeid võimalusi iseseisvalt otsuseid teha. Teoreetilist õpet on piisavalt palju.

kirurgilise eriala residentid

Liigub positiivses suunas. Kes tahab õppida, saab seda igal pool teha. Kindlasti on veel kolleege, kes suhtuvad residentid kui abipersonali. Siiski reeglina on omavahelised suhted sõbralikud ja toetavad.

Mina jäin kokkuvõttes rahule. Mõni tsükkel oleks võinud pikem olla, aga samas on residentil küllalt lai vabadus teha endale sobiv residentuur. Lihtsalt selleks peab ise asju korraldama ja veidi vaeva nägema, mis on ka loomulik.

Väga kontsentreeritud. Resident töötab eriarsti "käe all". Kui juhendaja upub töösse, siis on resident nõ tulekahju kustutaja ja õppimiseks/ kliiniliste teadmiste omandamiseks võimalust ei jää.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud

Ei soovi iseloomustada.

Üldiselt toimiv, koolitab häid arste, kuid peaks koolitama ka üldise teenindusoskuse, läbipõlemisriski vähendamise jmt osas.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Erialati võib õppe kvaliteet olla väga erinev. Väga palju sõltub, millise juhendaja sa endale saad. 8-tunnise tööpäeva jooksul ei jää reeglina aega erialase kirjanduse lugemiseks.

Ravialased soovitud ja raviskeemid väga varieeruvad Tartu ja Tallinna vahel. Ravijuhendid, mida kasutame, on teiste riikide omad. Mõnede juhendajate professionaalne tase ei vasta ootustele. Puudub mingi residentide pädevuse kontroll.

Residentuuri võetakse inimesi selleks, et keegi töö ära teeks. Teatud erialade toodetakse residentide üle, nii et residentuuri lõpetades ei ole neil kindlat töökohta. Positiivse poolena toon välja palga, millega suudab ära elada.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Negatiivne: teatud erialadel on residentuur ebanormaalselt lühike (peremeditsiin näiteks; küsige arvamust ükskõik millise peremeditsiini residentide käest). Positiivne: endokrinoloogia erialal teevad residentid tsükleid nii Tartus kui Tallinnas erinevates haiglates -> annab pildi erinevatest töömeetoditest erinevates haiglates ja sellest tulenevalt võimaluse arutleda ühe või teise meetodi positiivsete ja negatiivsete külgede üle.

Eesti residentuur on edusamme teinud.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Piisavalt palju praktilist töökogemust. Vähemalt endokrinoloogia erialal on võimalus residentil end rohkelt täiendada erialaselt erinevatel Eesti-sisestel ja -välistel üritustel. Palgata puhkuse võtmise puudumine on negatiivne külg.

sisemeditsiini eriala resident

Loodetavasti millalgi kaob ära see reaalsus, et residentid on graafikutes nende aukude täitmiseks, mis omade jõududega kaetud ei saa. Kui resident on graafikus üksinda, siis ei ole tal reaalset ka juhendajat. Paraku tuli seda minu residentuuritsükli ajal korduvalt ette. Töö on intensiivne, guugeldamiseks aega ei ole, juhendajat ei ole, aga vastutad kõige eest. Natuke ebaõiglane tundus toona. Praeguseks on saabunud leppimine.

Olen õnnelik, et see on läbitud etapp mu elus.

Residentuuri tase on üldiselt hea, mille käigus omandatakse põhilised erialatöök vajalikud oskused.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Aegunud, mugavdunud, süsteemitu, korraldamata, ümbervaatomist vajav. Ei hakka igat sõna lauseks venitama. Tööruumi on teil igatahes palju.

Hetkel on residentuur pisut poolik – minu erialal on, nagu mainitud, seminarid liiga ühekülgsed ja korduvad. Liiga vähe pööratakse tähelepanu suhtlemisoskusele kolleegide/patsientidega. Residentuuriprogramm nõuab teatud arvu praktilisi protseduure, kuid tihed pole võimalust neid kõiki teostada piisaval hulgal ning pole ka stimulaatoreid, millel harjutada.

Hetkel üritatakse põhiõppe kui residentuuri aeg meile õpetada, milline oleks patsiendi parim ravi ja käsitlus. Kuid reaalses elus seda me tihti rakendada ei saa ressursside puudumise või varasemalt sisse kujunenud tava tõttu. Tunnistan, et meie erialal on koolituste osa väga hästi lahendatud, kuid tean et see pole alati nii kõigil erialadel. Ning see kui palju sa mingist tsüklis teadmisi või oskusi juurde saad, sõltub väga palju sellest, kes sulle juhendajaks satub.

Juhendajate tase on erinev. Juhendajate hulgas on pärleid ja on arste, kelle tänapäevastele teadmistele mittevastavate ravivõtete küsitavuse alla seadmisele vastatakse halvaks panuga. Üldjuhendaja on aga teinud meie programmiga suurepäraselt tööd, viinud selle Euroopa parimale tasemele.

Oluliste puudujääkidega.

On etteantud kava, mida tuleb jälgida. Mul on kahjuks negatiivse suunitlusega arvamus oma residentuurist, kuigi programm on hea ja ma olen ka VÄGA TOREdate tsüklites olnud (et kõik pole ainult halb). Leian, et suhtumise probleem ja suhtlemise probleem meditsiinis üldiselt – tunne, et mind residentina/inimesena ei väärtustata (ja ma ei tea, kust see on tulnud ja kuidas seda muuta, aga mingi negatiivne aspekt seal minu jaoks on). Vähene personaalne lähenemine residentidele – ei piisa vaid "tsüklis olemisest", sest "tsüklil" ja tsüklil võib olla väga suur vahe.

Tänane Eesti residentuur sõltub väga oluliselt erialast, mida omandad. Erakorralise meditsiini residentidesse suhtutakse alati imestusega – miks selline erialavalik? Ilmselt selle tõttu, et eriala on kurikuulus aina kasvava töökoormuse, konfliktide ja sagedase läbipõlemise tõttu. Residenti töötasuga võib rahule jääda – olen kuulnud, et mitte väga ammu oli olukord oluliselt kehvem. Puudu jääb minu meelest eelkõige personaalsest lähenemisest residentidele – pole kindlat juhendajat, minult eeldatakse sageli pea täielikku iseseisvust oma otsustes. Kõigis otsustes ma ei ole ega saagi olla kindel, kuid head juhendajat, kelle poole oma küsimusega pöörduda, tihti pole.

kirurgilise eriala residentid

Erakorralise meditsiini residentuur on üldjoontes väga hästi korraldatud. Nüüd ka lõpuks (kahjuks ei puudutanud enam mind) 5 aastase kestvusega. Teoreetilise õppe maht on olnud adekvaatne, residentuuri üldjuhendaja alati kättesaadav.

Kes võtab aega ja kel on jõudu, saab olenevalt erialast piisavalt head teadmised. Teadustööd on erak. med.-s vähe. Residentid teevad liiga palju valvetööd.

Liiga kõrge entroopiaga süsteem, ei ole süsteemselt korraldatud. Liiga palju sõltub residentide sikuomadustest, konkreetsest residentuuribaasist ja juhendajatest kohapeal ning üldjuhendajast.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanud

Residentuuri jooksul on kolleegil võimalik piisava huvi korral saada teadmisi ja oskusi, mida spetsialiseerunud arstina rakendada, et näha haiget inimest kui tervikut.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Residentuur on liiga jäik ja tihti residentide mitteametlik. Lisatsükli valik võiks olla paindlikum.

Residentuur on suunatud ülemäära täisväärtusliku arstina töötamisele ja vähem pööratakse tähelepanu residentide arendamisele. Liiga väga teoreetilist koolitust, sh aega iseseisvaks teoreetiliseks õppeks. Teoreetilist koolitust peaks olema 20% ulatuses tööajast, kuid reaalselt seda ei võimaldata. Samuti puudub konstruktiivne tagasiside, mis võimaldaks arendada enda puudujääke teadmistes ja oskustes. Puuduvad regulaarsed nn arenguevestlused ja teoreetiliste teadmiste/küsimuste arutelud.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Kahetsusväärne, et kõikidel residentidel pole kohustust olla väljaõppel erinevates haiglates. Residentid on järjest paremini teadlikud oma soovide ja õigustest.

Noored arstid astuvad residentuuri õppesse ja enamus ka selle lõpetab. Ühtne kvaliteedisüsteem puudub. Riik ei toeta Euroopa soovitusi, mistõttu residentuuri pikkus on lühem soovituslikust ja seega on oodata ka vähem kvaliteetselt väljaõpet võrreldes teiste riikidega, kes suudavad soovitusi täita. Võib mõelda ka sellele, et sisearsti väljaõpet võiks kombineerida teiste erialadega, nagu on Rootsis. See annab tööturul suuremad võimalused, ka Euroopa Liidu tööturul.

Noored residentid on väga head teoreetiliste teadmistega, motiveeritud ja õpihimulised. Tartu ja Tallinna vaheline reaalne koostöö minu erialal puudub. Transfusioonmeditsiini (alaeriala) residentuuri programm puudub.

Residentuur põhineb haiglas põhiliselt praktilisel töötamisel haigetega. Lisaks toimub teoreetiline õpe – seminarid, täiendkoolitused jm Residentuuri praktikabaasid on enamasti Tartus ja Tallinnas. Minu arvates vajaksid residentid vähemalt 6 kuulist haigla tsüklit Põhjamaades vm Euroopas.

Erinevatel erialadel on korraldus sisuliselt erinev.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Erialane residentuur Eestis on korraldatud piisava mahuga. See, et Eestis ei esine kõiki nakkushaigusi, on Eesti väikese populatsiooni probleem. Residentuuri jooksul omandatud materjal on nii praktiline kui kasulik. Teoreetilise poolega peab resident ise tegelema, et ennast kurssi viia/kursis hoida.

residentide juhendaja sisemeditsiini erialal

Tänane residentuur minu jaoks on tavapärase töötamine osakonnas, iseseisvad valved ning närvipinged, kuna pean tegema otsuseid olukordades, kus tunnen, et vajaksin rohkem teadmisi. Teoreetilist õpet on minimaalselt ja see on valdavalt olnud omaalgatuslik koolitustel osalemine. Piisav ettevalmistus tuleneb pigem tänu headele kolleegidele ja vanematele residentidele, kes on andnud loa endale kasvõi õhtusel ajal helistada ning nt valves nõu küsida.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Kel sära silmas ja ise mõistlik on saab väga hea ettevalmistuse. Väheentusiastlikud ja muidu intrigandid on kahtlemata raskustes, sest heade õpetajate baas on väike.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Kirurgiliste erialade residentuur võiks olla teistsuguse vastuvõtuga, nii et spetsialiseerumiseks kitsale erialale oleks peale baasõpet uus konkurs. Ilmselt sõltub väga palju konkreetselt juhendajast, haiglast ja erialast ning vajadusest residendi/temast tuleva pädeva eriarsti järgi.

Suurtes haiglates pannakse olukorda: uju või upu. Väikestest haiglates lubatakse rohkem teha, kuid teoreetilist õpet jääb vaheks. Süstemaatilist õpet on pigem vähe.

Saan iseloomustada seda omast kogemusest: kõik sõltub erialast ja juhendajast. Mina olen kitsa eriala resident, kellel juhtumisi oli üks suurepärasemaid juhendajaid ja kuna mind planeeritigi selle koha peale tööle, olid pigem kõik huvitatud sellest, et mind "treenida". Erialadel, kus residendid on mingi etapi ja liiguvad siis jumalteab-kuhu edasi, ongi raske saavutada õpipoisi-meistri/mentori suhet, mistõttu võivad need residendid tunda end "eksinuna". Residentuuris peaks olema kindlasti süstemaatilised teoreetilised koolitused ja interdistsiplinaarsed haigusjuhtude analüüsid, kasvõi 1 kord kuus.

kirurgilise eriala residendid või residentuuri lõpetanud

1. optimaalne kestvus; 2. teoreetiline õpe pigem vähene; 3. juhendajal võiks olla selgem pilt, mida resident tsükli järgselt teadma peab; 4. rahuldav palk; 5. osalise koormusega residentuuri tegemise võimaluse puudumine kui suur miinus.

Hästi korraldatud. Õpe TÜK-is ja PERH-is erineb kohati liiga palju, kuna ravimahud on erinevad.

Kardioloogia residentuur pakub head õpet igal kitsamal erialal. On võimalik residentidel käia seminaridel, kongressidel, kirjandus on suures osas kättesaadav.

Laialivalgus. Puudus headest juhendajatest. Vana mentaliteet segab arengut.

Residentide iseseisvust võiks suurendada. Teoreetiline õpe võiks olla paremini korraldatud.

Residentuuriprogramm kardioloogia erialal on koostatud vastavalt Euroopa nõuetele.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Erialakoolitus on enamasti pädev, põhiõppes saadud teadmised võiksid olla täpsemad lihtsamate üldarsti probleemidega tegelemiseks. Väga palju sõltub juhendajast ja seega ka eelteadmistest juhendaja valikul või juhusest juhendaja saamisel.

On hea, et meil on kindel residentuuriplaan ja kirjas läbimist vajavad tsükliid ning uuringud, samuti oodatav lõpptulemus. Samas puudub kindlus, et residentuuri läbinuna ka töökoht ees ootab. Jääb täiesti arusaamatuks, kuidas ei suudeta prognoosida vajalike eriarstide arvu ning mõnel erialal toimub süstemaatiline ületootmine (igal aastal võetakse 4 kardioloogia resident, samas eriala jääb arengukava alusel alles järjest vähematesse haiglatesse).

Residentuur erineb erialati väga. Residendi arengut ei hinnata ega toetata minu erialal süsteemselt, kellelgi ei ole enne lõpueksamit aimu, mida ma tean või oskan. Residentuuri tulemus sõltub ainult residendist endast – oled tubli, saad heaks arstiks, ei ole veel piisavalt tubli, et ennast ise motiveerida ja õpetada, ei saa heaks arstiks.

Residentuuride tase on ilmselgelt ebaühtlane. Kardioloogia residentuur kannatab väga nõrga teoreetilise õppe /---/all. Palk on residendil rahuldav, töökoormus on normaalne. Absoluutselt välditakse residentuurijärgse töökohta küsimust peaaegu kuni viimase hetkeni ehk residentuuri lõpueksamini. Kõige suuremaks probleemiks

peangi ebakindlust edasise karjääri osas – kuhu saab tööle, kuidas on erialased täiendusvõimalused, areng ametikohal.

Residentuur on seni olnud õppimine töö käigus vastavalt sellele, mis patsiendid ette satuvad. Süstemaatilist stuktureeritud õppimist ei ole. Väga palju sõltub sellest, kes satub juhendajaks – kui värsked on tema meditsiinilised teadmised ja kui palju ta tahab neid jagada ning selgitada, miks ta mingeid otsuseid vastu võtab.

Selgelt liiga vähe paindlikkust, osakoormusega õpe kas doktorantuuri või vanemapuhkuse ühildamiseks oleks hädavajalik. Juhendajate kvaliteet on väga ebaühtlane, see teeb baasasutuste valimise keeruliseks. Väga probleemne on vastutuse ja iseotsustamise õiguse küsimus – mõlemad äärmused (totaalne vastutus nt valves ja vaatlejapositsioon nt polikliinikus istudes) on kehvad.

Suures osas on residentuur korraldamata. Põhijooned ja põhiohused on ju kirjas, aga detailidesse keegi tegelikult tähelepanu ei pööra. Juhendajatel ei ole piisavalt ei aega ega motivatsiooni juhendada. Residentid pannakse III etapi haiglas üksinda valvama alates 2. residentuuriaasta algusest, kui veel isegi ühtki erialalist tsükli ehk olnud pole. Ülikool ei tule residentidele vastu ei puhkuste ega tsükli planeerimises. Teoreetilisi kursuseid on vähe ning erialalisi otseselt ei pakutagi.

Sõltuvalt erialalt teoreetiline õpe erinevalt korraldatud. Kardioloogias praktiliste oskuste omandamine heal tasemel, vastavas tsükli tavaliselt üks kardioloogia resident korraga. Interdistsiplinaarset käsitlust vähe. Residentide vastuvõetav arv ja tuleviku töökohtade arv ei ole selgelt kooskõlas.

Vähe iseseisvust. Vähe teooriat. Palju kirjatööd. Vähe juhendamist. Vähe palka.

Õeldakse, et Eestis omandatav kardioloogia eriarstiõpe on igati konkurentsivõimeline Euroopas. Me omandame põhilised teadmised ja oskused, kuid alati ei ole see lihtne just emotsionaalselt ning arenguruumi on kõvasti. Teoreetilist õpet tuleks kindlasti tõhustada. Erinevates haiglates läbi viidav õpe vajab samuti ühtlustamist.

sisemeditsiini eriala residentid

Annab suurepärase võimaluse enesearenguks. Võimaldab ühendada teoreetilise ja praktilise õppe. Võimalus täiendada oma teadmisi ka väljaspool Eestit. Residentid on piisavalt motiveeritud õppima.

residentide juhendaja kliinilis-konsultatiivsel erialal

Residentuuriõppe raames jääb puudu teoreetilisest ja praktilisest koolitusest, mis õpetaks patsientidega suhtlema nii, et ei tekiks suhtlemisprobleemidest tulenevaid konflikte. Praktilised õppetsükliid toimuvad enamasti ainult suurtes haiglates, mingil määral võiks midagi ka maakonnahaiglates läbi viia.

kliinilis-konsultatiivse eriala resident või residentuuri lõpetanu

Märksõnadeks: pingeline, vaheldusrikas, kiire, ajanappuses, veidi jäik. Rõõmu teeb, et resident on praktiliselt võrdsustatud erialaastiga ja saab ka töö-/õpiväärilist tasu. Juhendajad on professionaalsed ja kogemustega arstid, kellelt on palju õppida. Residenti juhendamine võiks pigem olla Eesti meditsiini jätkusuutlikkuse huvides ja ei tohiks pörkuda juhendaja isiklike probleemide (nt viitsimatus) taha. /---/. Tundub, et osalt ei ole juhendajatel siiski aega residentiga oma töö kõrvalt väga põhjalikult tegeleda (erineb tsükli). Kas saadav juhendamistasu võib siin rolli mängida? Jagatuna tööpäevadele ja arsti tunnipalka arvestades annab see ülimalt väikese juhendamistasu – lausa minutites päeva kohta. Hea oleks, kui läbitavasse tsükli minnes oleksid selgelt kirjeldatud selle tsükli väljundid, töökorraldus, kes hakkab residentit reaalset juhendama (nt laboris arst vs bioanalüütik). Sooviks rohkem infot residentuuri tegemise kohta välismaal. /---/ resident peab ise soovitud riigis/keskuses/haiglas vastutavaid inimesi "taga ajama" ja väga tihti ei vastata isegi e-kirjadele. Hea oleks kindlate baaside olemasolu välisriikides, sest seal saadav kogemus on hindamatu ja tooks värskest ja kasu Eesti meditsiini. Hea meelega vastaksin sellele küsimustikule paari aasta pärast uuesti.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Heal tasemel jätkuharidus ülikoolis omandatud teoreetilistele teadmistele. Residentid on enamasti motiveeritud praktilisi oskusi omandama ning leiavad kiiresti omandatud oskustele koha oma tulevases töös. Õpe on süstemaatiline ning erialade ülene käsitledes ka peerialaga seotud kõrvalerialasid. Teiste erialade residentide juhendamisest õpib tihti ka juhendaja.

Arenguruumi on, sest alati saab ju paremini. Noored on enamuses väga tublid – teoreetiline baas hea, motivatsioon kõrge.

Residentidele on residentuur on väga töörohke, pingeline ja isegi stressitekitav, kuid samas äärmiselt huvitav aeg. Väga oluline oli töötada erinevates osakondades ja asutustes ning saada tervikpilt Eesti tervishoiu toimimisest. Kõikidele residentidele oleks vajalik läbida tsükkel esmatasandi raviasutuses. Juhendajale on töö residentidega palju lisakoormust pakkuv, kuid samas ka stiimuliks enesetäiendamisel. Juhendaja töö maht ja saadav tasu on väga tasakaalust väljas.

Tänases residentuuris on hästi põimunud juhendatud tegevus ja iseseisev töö. Residentidel on piisavalt võimalusi enda teoreetiliseks koolitamiseks. Residentid on täisväärtuslikud arstid põhikoosseisulise arstide kõrval saades oma töö eest täisväärtuslikku palka.

residentide juhendajad sisemeditiini erialal

Eesti residentuur eeldab, et resident on ülikooli lõpetades ja residentuuri jõudes lisaks teooriale väga tugev ka praktikas. Tihtipeale võtavad juhendavad arstid residente iseenesest mõistetavalt ning paljud ei pea residentide ka täisväärtuslikuks arstiks. Kuna residentuurikohti on vähe, siis kõik inimesed residentuuri ei pääse, mistõttu ei ole neil eriti muud valikut kui välismaale tööle minna. Kui nad siis seda teevad, tõlgendatakse seda negatiivsena, sest arste on puudu ja seega tekib surnud ring. Ma väga loodan, et võrreldes tänasega on tulevikus arstikond oluliselt kollegiaalsem.

Residentuur on hetkel iseenesest mõistetav ja sisuliselt alternatiivitu jätk arstiõppele. Paljud olulised probleemid on hiljuti lahendatud (töötasu on hetkel minu arvates adekvaatne, st sidumine arsti miinimumiga on hea lahendus). Sellest tulenevalt ei ole ehk kõik residentide rollid veel paika läinud, aga liigutakse üha rohkem üliõpilase staatusest nooremardi staatusele lähemale. Leian, et paljud erialad on väga kenasti saanud residentuurisüsteemi tööle, samas teistel erialadel on ehk liiga palju vana inertsi (tehakse nii, sest alati on nii tehtud).

sisemeditiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Minu arvates süsteemsus puudub. TÜK-i Sisekliinikum on lihtsalt vastik olla ja vastik vaadata, kuidas inimesed omavahel suhelda ei oska, ei austa. See ikka põhiline mulje, kahjuks. See häirib mainet, tekitab olukorra, et residentid ei taha teha tsükleid sellises keskkonnas. Kusjuures teoreetiline osa seal ikka kõike kõvem.

sisemeditiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Normaalne. Resident areneb residentuuri käigus – eriti edukaks osutub see isikliku huvi ja kirjandusega tegelemise korral. Jõudu ja sitkust!

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ei puutu küll minu erialasse, AGA ei suuda ma mõista, miks suhtumine nt peremeditiini residentidesse nende programmi muude stats tsükli jooksul on nii halb? Tehakse avalikult maha? Sellest peab avalikult rääkima ja selle asemel, et mõnitada, et a la tegemist vaid perearstiga, kes nkn midagi ei tea, süvenema ning antud kuu jooksul just tegema talle selgeks maksimaalselt palju, et ta oma perearsti praksises hakkama saaks ja mõttetuid saatekirju ei annaks! See on kõigi teiste töö ju!!! Hirm jääda lapsega koju residentuuri ajal on kirurgilistel aladel liiga suur, see kindlasti mõjutab noori naisi negatiivses mõttes. Võimalik, et peaks ikkagi uuesti üle vaatama residentuuri programmide sisu, mõnesid tsükleid on liiga palju, mõnesid liiga lühikest aega..

Leian, et kui residentil on piisavalt omapoolset huvi ning valmisolek tööd teha (rohkem kui minimaalselt nõutud), on Eesti residentuurisüsteemis enamikul erialadest võimalik saavutada igati konkurentsivõimeline väljaõpe. Kui töötada ainult ettenähtud määral, siis see ilmselt ei õnnestu, aga see ei ole Eesti residentuurisüsteemi eripära.

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Minu eriala residentuuriprogramm on minu meelest tasakaalukalt koostatud, kuid probleemiks pidev ületöö, mistõttu ei jää residentuuri ajal aega iseseisvaks õppetegevuseks.

Palju teooriat, vähe praktikat. Üldmeditsiinis orienteerumine jätab soovida.

Võib rahule jääda.

residentide juhendajad sisemeditiini erialal

Juhendajate tase ja juhendamise viis on väga varieeruv. Residentuur on liialt range struktuuriga, vähe võimalusi korraldada seda enda konkreetsemate huvide järgi või ka soovitud töögraafiku järgi (nt. osajaga töötamine). Vähe pööratakse tähelepanu sotsiaalsetele aspektidele (nii patsientidega suhtlemisele, aga ka nt. residentide vaimsele tervisele).

Ma arvan, et residentuuri on arendatud väga õigetes suundades. Samas eks võtab aega, kuni kõik osapooled (ka ntk vanema kooliga juhendajad) sellega kaasa tuleksid. Üks külg, mida ehk veel võik arendada on kommunikatsioon ja karjääri planeerimine.

Neuroloogia residentuur on liiga lühike ja teoreetiline õpe on puudulik. See tähendab, et võrreldes väliskoolitustel käimisega on meie teadmised kesisemad teiste maade residentidega. Meid ei õpetata süstemaatiliselt keerulisemaid uuringuid tegema ja praktilisi nippe keeruliste haigete uurimiseks. Samas neist räägitakse erialakoolitustel. Soovin suuremat võimalust residentuuri ajal käia välistsüklites, st ka baaside poolt sidemeid välismaa haiglatega, et saada laiemapõhjalisemat haridust (näiteks võimalust praktiseerida kitsalt suberialale spetsialiseerunud keskuses vms).

Residentuur toimub pigem iga residendi iseseisva õppena, puudub pädev juhendamine ja aeg residendi õpetamiseks.

sisemeditsiini eriala residentid

Eriarstiõpe ei ole ühtlase tasemega, on väga hea programmiga residentuuriõppekavasid ja on programme, mille sisu ja ülesehitus vajavad kaasajastamist. Mõtlemata peaks senisest rohkem eriarstide vajadusele residentuurikohtade arvu planeerimisel.

Ma arvan, et igal residendil on erinev kogemus, mis sõltub erialast, juhendajatest ja haiglatest, kuhu resident satub. Residentidesse suhtutakse minu hinnangul siiski hästi, kuid oluline on olla proaktiivne. Teadustöö võiks soovijatel olla residentuuri osa, praegu sellist võimalust ei ole.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Resident on päris hea olla, kindel koht, kindel palk. Õppemeetodid, praktiliste oskuste omandamise hulk ja ka teoreetiliste teadmiste omandamine on väga kinni tsükli juhendajas (keda ise valida ei saa). /---/

Teoreetiline õpe sõltub 100% residendi enda motivatsioonist ja ajast. Praktiline osa sõltub juhusest (mis pt juhuslikult tema juhendajale satuvad) ja ka residendi suutlikkusest end kaasa rääkida.

Minu residentuur oli väga intensiivne ja tänu sellele, et tööd ja patsiente väga palju ning ise vabal ajal tegelesin teoreetilise õppega, siis usun, et saavutasin selle lõpuks hea teadmiste ja oskuste taseme. Väikeste laste kõrvalt või kui muudel põhjustel suurt osa oma vabast ajast ei ole võimalik panustada, ei oleks see võimalik. Tunnen veidi puudust, et ei olnud võimalust tegeleda teadustööga.

Residentuuri käigus luuakse eeldused saamaks heaks eriarstiks, kuid väga palju on residendi enda kättes (mis ei olegi nii halb). Väga suur roll on individuaalsetel juhendajatel ja sellel, kuivõrd on neil aega ja motivatsiooni residentide juhendamiseks.

kirurgilise eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Mulle tundub, et kõige olulisem on ajafaktor – teed 5 aastat ära ja tehtud. Vähemalt kirurgilistel erialadel peaks olema mingi minimaalne iseseisvalt tehtud operatsioonide ja protseduuride arv, et saaks asi arvestatud. Kui normajaga tehtud ei saa, tuleb palgata periood lisaajana. See, et oskusi ei ole, praktilist kogemust pole, kuid ikka saadakse täieõiguslikuks spetsialistik, on vale taktika. Ainult teoreetilised teadmised meist arsti veel ei tee.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Ajas paremaks muutuv, kuid rahastamise raskuste tõttu siiski mitte piisavalt kõikehõlmav.

Võrreldes 15-20 aastat taguse ajaga selgelt tajuda häid arenguid. Erinevate erialade residentuurid väga erineva sisu ja kvaliteediga. Ülikoolipoolne panus võiks olla kogu residentuuri ajal kandvam ning sisukam, eriti teoreetilises ettevalmistuses. Residentide juhendajad väärivad enam tähelepanu (koolitust, motiveerimist jne) ja tagasisidet. TÄNU ANKEEDI EEST!

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Keskendunud kiirele läbimisele, soositud on otse lõpetamise järgselt residentuuri siirdumist, kuna ainus teine võimalus oleks olla EMO-s mõnda aega, kuni ei ole veel otsustanud õiget eriala. Stressitekitav, ei soosi inimese muude unistuste täitumist.

Mõte on hea aga teostus jätab soovida. Liiga sõltuv individuaalsete juhendajate suvast ja viitsimusest. Süsteemset õpet ei ole.

On arenguruumi - eriti euroopa kvaliteedi standarditele vastava õppe tagamises. Aga on ka palju head nt patsientide ning kolleegide suhtumine.

Palju iseseisvat õppimist tööpäevajärgselt. Tihti on tunne, et juhendajatel on palju tööd (mida neil ongi) ning seetõttu ei tahaks neid oma küsimustega segada. Enamasti siiski kolleegide poolt meeldiv suhtumine. Residentid on erinevate haiglate kolleegide tülide/ebakõlade keskel.

Usun, et erinevate erialade vahel on väga suuri erinevusi residentuuriõppe kvaliteedis, mis on tegelikult suur probleem. Teatud programmid ei vasta kindlasti nõ "maailmastandardile" ning nende erialadega võiks tegeleda eelisjärjekorras. Arvestades, et Eesti on väike riik ning vahemaad on väikesed, saaksime palju tõhusamalt ära kasutada erialade korüfeed, eestvedajad, kes loomulikult ei paikne ainult Tartus. Kahjuks tundub, et residentid jäävad väga paikseks, kas ainult Tartusse või ainult Tallinnasse. Tegelikult peaks resident õppima just erinevates kohtades, et erinevatelt inimestel võimalikult palju teadmisi ammutada.

Väga positiivne on residentuuriplani koostamisel vabadus valida endale baasasutus, kuid esineb segadus kohustuslike TÜK tsüklite osas, mis on residentuuri alustades kokku leppimata ning kohati ebamõistlikud ja tekitavad probleeme, pingeid. Väga hea on võimalus osaleda välisriikides koolitustel, mis on enamasti baasasutuse poolt pakutud või leitud enda initsiatiivil. Negatiivse küljena on kohalike teoreetiliste koolituste puudumine, kuid esinevad regulaarsed residentide seminarid, mis sisaldavad ettekandeid residentidelt residentidele. Peamine roll õppel on baasasutusel, mitte TÜ residentuuriõppel. Probleemiks on ka juhendajate puudumine ja residentuuri rahade kasutuse ebaselgus.

sisemeditsiini eriala residentid

Mitte erialastes tsüklites oli palju kulgemist ja vaatlemist. Erialastes tsüklites oli palju suhtumist "resident peab ise ka lugema" samas ühtegi kirjandust/artiklit ei antud. Nõ erialaste baasteadmiste õpetamisega ei tegeletud – erialastes tsüklites räägiti küll kõige uuematest ravivõimalustest, kuid mitte kõige tavalisemast. Mulle tundub, et juhendajatel puudub täielikult arusaam ka Tartu ülikooli õppest – nad nagu arvaks, et seal antakse kõigile suurepärased teadmised kõikidest erialadest, samas juhendajatel endal puudub ka vastutustunne residentide õppe eest.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Pädeva juhendaja ning tema soovi korral residentiga tegeleda saab hea praktilise õppe osaliseks. Süsteemne teoreetiline õpe võiks olla paremini korraldatud. Minu erialal on paljud erialased tsüklid mõeldud jälgimispraktikatena, kuid juhendajad seda vahet ei tee ning tihti sattusin olukorda, kus teoreetilised baasteadmised ei olnud hambaravi erialal läbitud (vbl olid teemad arsti põhiõppes), aga praktilisi ülesandeid pidin täitma – nt vastuvõtt EMOs jne. Siit ka minu mõte: juhendajad peaksid olema kursis residentide baasteadmistega ja korraldama õpet vastavalt sellele. Residentide enda motiveerituse korral saab residentuuribaasist hea hariduse ning piisava kogemuse.

hambaravi eriala resident või residentuuri lõpetanu

Hetkel on residentide palgad väga hea võrreldes kogenud arstide palkadega. Samas võrreldes varasemaga on residentid rohkem rahale orienteeritud ja esitatakse rohkem tingimusi – nädalavahetusel ja pühadel tööd teha ei taha. Residentide liikumine [on] väga ebahühtlane osakondade vahel. Kohati osakonnas liiga palju residentide ja siis jälle väga vähe. Residentide täiendõppe võimalused muutuvad järjest paremaks.

Üldplaanis arvan, et residentuur on meil väga tasemel, sest üldiselt enamus residente on väga õppimis- huvilised ja heade baasteadmistega. Väga palju tehakse isiklikust huvist vabatahtlikku tööd, et saaks areneda. On paraku ka "musti lambaid" residentide seas (nii ka juhendajate seas). Arvan, et olenevalt residentuuri erialast on see Eestis Vabariigis väga erineval tasemel. Tihti on see seotud ka sellega, et residentuuri juhendajad ei ole saanud vastavat koolitust just oma eriala residentide juhendamiseks, et residentidele õpetada hetkel kõige ajakohasemaid patsientide käsitusi. Üldiselt arvan, et residentuur võiks olla paindlikum ja võiks soodustada eriala omandamist ka välismaal kuni kolmandiku residentuuri ulatuses (mõnel erialal ei lubata üle 6 kuu välismaal

õppida). Samuti peab olema residentil õigus võtta nt. talvepuhkust. Teisest küljest leian, et kui resident on kuskilt tsüklil puudunud laiskuse või haiguse tõttu üle 1/3 ajast, siis peab ta vastava tsükli puudunud osas järgi tegema (st residentuur pikeneb automaatselt). Hetkel on see osa väga lahtine, kuidas käituda residentuuri lõpetamisega...

Võimalusi on, kes õppida tahab. Kahjuks ei tehta selektsiooni. Kõik, kes sisse astusid ei pea saama lõpetada. Ka viiendal aastal peaks olema komisjonil pädevust ja julgust öelda, et see isik ei sobi ja ta ei saa seda kutset.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Tase on hea ja väljaõpe eriarsti oskuste omandamiseks piisav. Selle saavutamiseks tuleb töötada väga suure töökoormusega. Keegi selleks ei kohusta, kuid ilma sellise koormusega ei ole võimalik selle aja jooksul ka piisavat pädevust omandada.

Tegemist on raamistikuga, mis ei vasta residentide ootustele ja vajadustele. Paljuski on tsüklid pandud kokku arvestamata residentide arvamust ja tegelikke vajadusi. Tase juhendajate, töökoormuse, haiglate vahel on väga kõikumine.

kirurgilise eriala residentid

Residentuur peab suuresti tasandama põhiõppes vajaka jäänud praktilist patsiendikäsitlust. Residentuurist saadav kasu ja õpetus sõltub väga palju residentide enda aktiivsusest, mis on ka ootuspärane. Teoreetiline koolitus on nõrk, seda aitaks oluliselt parandada kasvõi soovitusel residentidele, mida lugeda. Teadustööle rõhku ei panda, ka selle aluseid ei õpetata, mistõttu on raske loota, et eriarst pärast residentuuri lõppu teaduslikult aktiivseks hakkab.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Arvan, et residentide õpetamiseks oleks vaja juhendajate poolt rohkem aega pühendada, võimalik, et juhendaja põhitöö koormust pisut vähendada. Resident peaks saama rohkem praktilist nõustamist, et tegutseda iseseisvalt.

Kokkuvõtvalt on hea, et residentuur meil olemas on. Süsteem on hea ja tingimused olemas. Rahvusvahelise täienduskoolituse võimalused on kehvad. Raha ei ole.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Oma eriala residentuuriga olen enam vähem rahul, kuid ikkagi on veel palju arengukohti (number üks on, et see peaks olema pikem). Suhteliselt palju on minu eriala valiku võimalusi, millega rohkem tegeleda, millega vähem ning saab valida ka õppebaase.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Patoloogia eriala keerukust arvestades on vajalik 5-aastane programm, mis võimaldaks viimasel aastal kitsamat erialast spetsialiseerumast, tervitatav on kohtumeditiini ja patoloogia eriala residentuuride eraldamine, edaspidi seoses digitaalpatoloogia tulekuga ja valgusmikroskoopia asendamisega skanneeritud digitaliseeritud uuringumaterjaliga on võimalik residentuuriprogrammi muuta sisutihedamaks kasutades kogu Eesti ühist patoloogiauurigute andmepanka.

Patoloogia residentuuri programm vajab kindlasti korrigeerimist.

Tänane residentuur on liialt praktiline, teoreetiline koolitus peaks olema paremini ja süsteemsemalt organiseeritud (ainult kavast paberil ei piisa). Hea, et süsteem pole liialt jäik ning individuaalne kava on kergesti muudetav. Oluline, et resident saaks olla mitmes õppebaasis, sest eriala väiksust arvestades võivad teadmised muidu ahtaks jääda. Residenti tuleb suhtuda austuse ja lugupidamisega, mida osal erialadest ei näe.

Residentuuri ootused on suuremad kui võimalused. Juhendajatel võib olla soov juhendada, kuid napib aega ja oskuseid õpetada. Juhendajad lähtuvad tihti omaenda noorusaja normidest ja neil on raske mõista kaasaja noore residentide soovet, vajadusi. Residentuuri kvaliteet ei vasta tööandja ootusele ja erialaselt arusaamale tulevases kolleegist.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Erialati sõltub residentuuri õppe efektiivsus. Kuna Eesti väike siis osaliselt pole võimalik kõiki ühtemoodi õpetada ja osaliselt sõltub palju juhendajast. Veidi tundub, et puudub soov olla innovaatiline (osaliselt seepärast, et palju tavatööd).

Residendina olen tundnud ennast väga oodatuna. Residentuuri korraldusega olen rahul. Vaadates tulevikku, ootan tulevase patoloogina enim füüsiliste töötingimuste parandamist (toksiliste ainetega töötamisel piisav ventilatsioon on kriitilisim!). Lisaks muidugi võiks ka kliiniliste arstide arusaam sellest, mida patoloog teeb ning eriala prestiiž olla paremad. Need teemad aga ei ole seotud residentuuri korraldusega.

Süsteemitu ja konnatiigine. Kas eksam residentuuri lõpus on vajalik – ei. Kas residentuuri peab pikendama – ei. Kas residentuuri võiks lühendada – jah. Igaüks tunneb ja ka kolleeg näeb, milleks keegi võimeline on.

Residentuur Eestis tagab palga ja (vähemalt formaalselt) juhendaja. Residentuuri läbimine ei taga töökohta. Residentuuriaga sisustamine praktilise ja teoreetilise õppega, tulevikuperspektiiv ja kitsama eriala valik sõltub suurel määral isiklikust suhtlusest ja kokkulepetest baasasutusega. Patoloogia residentuur Eestis ei ole jagatud erialatsüklikeks, erinevalt paljudest Euroopa riikidest.

kliinilis-konsultatiivse eriala residendid

Ei ole võimalik juhendada ega teha residendiga koostööd, kui resident töötab veel nt kahes töökohas – on valves mõnes teises osakonnas või välismaal – seega teda pole füüsiliselt kohal. Kui see on norm, siis tuleb ka juhendajaid vastavalt suunata – et resident käib palju käib ja saab palju saab, ärge võtke väga tõsiselt.

Eestis on põhimõtteliselt olemas kõik vajalik residentide kaasaegseks väljaõppeks. Arvestades riigi väiksust jääb praktilise poole pealt ilmseks väheseks kokkupuudet erinevate patoloogiatega piisava kogemuse omandamiseks. Meditsiini jätkuv alarahastatus ei ole motiveeriv ei juhendatavale ega juhendajale.

Heal tasemel teoreetiline õpe, praktilist iseseisvat tööd ja vastutuse võtmist varasemate, ise kogetuga võrreldes, vähem. Tasustamine õppimise eest pole vastavuses õpetamise panuse eest tasustamisega. Aga on ka õpetajale alati õppimise võimalus.

Residentidel võiks olla rohkem iseseisvust ja vastutust kui praegu – mujal maailmas see on nii.

Residentuuris omandatav teadmiste ja oskuste hulk sõltub enam residendist endast – ehk et kui palju ta on nõus ise initsiatiivi haarama ning kui huvitatud ta on. Kogemuste ja teadmiste omandamise juures mängib ka väga olulist rolli patsientide hulk – ehk et võib juhtuda nii, et näed tsükli jooksul väga vähe patsiente ning kogemus jääb ühekülgses.

Vähe juhendamist, osadel erialadel nn vette viskamine ilma õppeta, praktiline kogemus väga kõikum, puudub vahekontroll residendi oskuste üle ja sisuliselt ei määra tublidus residentuuri eksamil midagi - kõik saavad läbi, vaatamata sellele, kas nad midagi oskavad.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Eestis peab residentuur jätkama põhiõppest tulnud noore arsti kujundamist iseseisvaks arstiks, selle asemel et põhiõppest võiks residentuuri jõuda juba piisava praktilise kogemusega iseseisvad arstid, kes saaksid pühenduda eriala omandamisele. Suureks probleemiks on ka üldarstina töötamise (peaaegu) võimatus, mis aitaks noorel arstil välja kujundada praktilised oskused ning jõuda selgusele kitsama eriala valikule. Seetõttu on resident suuresti juhendatav ning iseseisva töö osakaal jääb residentuuri ajal vajaka. Kindlasti peaks tähelepanu pöörama kommunikatsiooni ja psühholoogia õpetamisele, probleemsete olukordade ja läbipõlemise ennetamisele. Eri residentuurialade lõikes on teoreetiline õpe vahelduv, teatud erialadel ei jää residentidel selleks aega, sest puuduvad arstikohad (nt valves) täidetakse residentidega. Süsteem on liigselt rigiidne ning resident ise saab teha vähe valikuid selle sees. Kindlasti saaks tõsta residendi iseseisvust ning lisada praktiliste oskuste õpet. Lisaks tasuks üle vaadata nõuded Euroopa kontekstis, et Eestis lõpetavad eriarstid oleks samal tasemel.

Iseenesest on residentuuri olemasolu kulla väärtusega – me saame sujuvalt siseneda arstimaailma ja tutvuda kõrvalerialadega.

Kommenteerin kitsaskohtasid: 1) kuigi see kõigub erialade kaupa, siis puudub hea ja struktureeritud teoreetiline õpe. (kuigi selles valdkonnas on toimunud väga palju positiivseid arenguid ja head juhendajad on astunud juba suuri samme, et seda muuta!) 2) Väga tihti on tegemist paberitöö lõpetamisega. 3) mingi taseme saavutamisel tuleks resident suunata ambulatoorse vastuvõtu tegemisele. Jällegi sõltub erialast, kuid otsene kontakt patsiendiga loob võimaluse areneda, õppida suhtlemist, teha ise raviotsuseid ning vajadusel konsulteerida targematega.

Väga sõltuv erialast. Residentuur on mõõduka koormusega, kuid mitte kõige konkreetsemalt organiseeritud. Suhtumine residentidele on minu erialal hea.

sisemeditsiini eriala residentid

1. residentide motivatsioon valitud erialal on erinev (peremeditsiini on sattunud ka residente, kes "mujale ei saanud sisse"); 2. residentide töö ja ametijuhend on täpsustamata - millal võib lasta iseseisvalt töötama on väga individuaalne. (mõnda ei või isegi 3 aastal...) 3. residentuuri juhendajate tasustamine on pigem sümboolne, aga võiks olla "motiveerivam".

Alati saab paremini. Aga vahel olen meie residentide üle ikka väga uhke!!!

Asjalik "sõel" sisseastumisel, motiveeritud noored arstid, soov individuaalselt areneda, süsteemne õppe ülesehitus, erineva motivatsiooni ja oskustega residentuuribaasid.

Enamasti hea teadmiste (tõenduspõhiste) ja kliiniliste oskuste pagasiga noor laia silmaringiga arst. Nõudlik ja kriitiline olemasoleva tervishoiukorralduse osas. Kohustusi võtab vähem, kui varasemalt seda on tehtud.

Heal tasemel.

Liiga haiglateskne, kõikide erialade residentid peaksid viibima VÄHEMALT 1 kuu perearstikeskuses, et mõista hilisemat koostööd esmatasandiga. Oluline on, et tänane residentide sissetulek, mis on väga sarnane juba eriala omandanud arstiga, peaks võimaldama keskenduda eriala ettevalmistamisele täiel määral.

Parem ikka kui mitte midagi. Peab korvama põhiõppe puudujäärke. Elab suuresti tegijate entusiasmist.

Peaks olema pikem, laiahaardelisem ja rohkem käsitlema seadusandlikku ja korralduslikku poolt.

Resident on õpihümniline, hea teoreetilise ettevalmistusega. Oskab teadmisi ja erinevaid andmeid süstematiseerida, kuid praktikas sageli ei oska teadmisi rakendada. Kahjuks on liialt analüüside ja uuringute usku, ei usalda oma kõrva, objektiivset leidu, anamneesi jne.

Residentide valikusõel on enamasti tihe. Residentuur sisaldab praktilist tööd ja teoreetilist õpet, mille mahtude ja sisuga ei ole kahjuks täpsemalt kursis. Tulevase eriarsti tugevuse määravad ära tema isikuomadused, teadmistejanu, töötahe ja juhendaja(te) oskuslik suunamine.

Üldiselt hästi organiseeritud, võimalik, et vajaks siiski üksikute ainetsüklite osas üle vaatamist. Baas-koolitusele tulevad l a residentid on üldiselt motiveeritud õppeks.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Arenguruumi on palju. Residentuuriprogrammid ei tohiks olla kivisse raiutud ja igavesti muutumatud, nende eesotsas ei tohiks olla tagurlikud ja muutuste vastased inimesed. Mõnedki residentuurid on hetkel liiga lühikesed – nt peremeditsiini jaoks on 3 aastat liiga lühike. Tore, et keegi küsis, mis on hästi ja mis mitte!

Erialati väga erinev. Peremeditsiini kui väga suure residentide hulgaga residentuuri puhul on selgelt puudu ühtlus – saadava koolituse tase sõltub konkreetsest keskusest, kus praktiseerida. Samuti on juhendaja ja praeguste perearstide tase, arusaamad ja meditsiinilised vaatenurgad, mida residentidega jagatakse, väga erinevad. Seetõttu ei saa ka uus põlvkond perearste olla tulevikus ühtlaselt haritud ja tasemel. Juba esimesel aastal on näha selgelt erinevad suunad selles, kuidas erinevates baasides patsiente käsitlema suunatakse.

Hästi tasustatud. Orienteeritud suurtele linnadele. Ei hõlma piisavalt väikeseid elukohti ja ida regiooni. Laseb kergesti residentid mujale riikidesse.

Jäik – ei ole võimalik osakoormusega töötada (olen hetkel lapsehoolduspuhkusel ja võimalusel jätkaksin alguses residentuuri programmi osakoormusega, kuna see võimalik ei ole, siis lükkan u 6 kuud edasi tööle naasmist). Olenevalt kliinikutest on töökoormus ja vastutus väga erineva suurusega.

Kui tegemist oleks aastaga 2000, siis ilmselt oleks Eesti residentuur päris okeil tasemel. Küll aga on maailm ja tervishoid muutunud, mis tähendab, et ka residentuur peab ajaga kaasas käima ja pidevalt arenema. Eesti residentuur on aga ajale jalgu jäänud, samal ajal kui paljude teiste Euroopa riikide eriarsti õpe on selle aja jooksul läbi teinud suuri muudatusi.

Liinitöö, juhendajatel vähe aega ja tahtmist, iseõppimis- ja katsetamissüsteem.

Minu jaoks tänapäeva Eesti residentuur on samasugune nagu Eesti arstkondki – rabab mitmel rindel, pidevalt läbipõlemise ääre peal (või on selle piiri juba ületanud).

Mittepaindlik, isikliku eluga mittearvestav, peremeditsiinis (mis peaks olema kõige laiaulatuslikum) õpe väga lühike.

Peremeditsiini residentuur on liialt lühike, vajaks vähemalt ühte lisa-aastat, et saaks käia väga vajalikes tsüklites, mis praegu võimalik ei ole – näiteks taastusravi ja silmahaigused. Mitmed tsüklid peaksid olema pikemad, et jõuaks näha ja omandada vajalikud teadmised-oskused, nt kardioloogia.

Peremeditsiini residentuur on selgelt minu jaoks liiga lühike, kokku võiks residentuur kesta sel erialal 4 aastat. Palk on õiglane. Erinevate erialade tsüklite juhendajad peaksid minu hinnangul rohkem tähelepanu pöörama ka peremeditsiini residentide juhendamisele, selgitamisele ja tagasiside andmisele. Kohati tundub, et peremeditsiini residentide koheldakse alamtasemel võrreldes teiste erialade residentidega ning nendega ei viitsita vaeva näha.

Peremeditsiini residentuurist rääkides: 3a on vähe. Tsüklite kestvuse suhe võiks olla teine. Kardioloogia jaoks üks kuu on ebapiisav, samas günekoloogia tsükkel on 2 kuud.

Residentuur on loodud läbimiseks, mitte sisuliseks arsti kasvatamiseks. Juhendajatel on raske anda päriselt ausat tagasiside ja seetõttu on meil arstide hulgas inimesi, kes ei peaks kunagi arstina töötama. Resident sageli ei huvita väga kedagi, eriti kui ta satub töötama oma erialavälises osakonnas (peremeditsiini resident haiglas). Juhendajad ei tea, mida resident peab tegema ja sageli pole juhendamisest väga huvitatud.

Residentuur on tasakaalust väljas, residentide solgutatakse erinevates liiga lühikestes tsüklites, kus neid koheldakse meetodil "sa oled siin ju vaid korraks, noh, mine jälgi siis sealt nurgast" või "sa oled ju resident, kas sa ei teagi kõike peensuseni meie erialast, missiis, et sa oled siin vaid kuus ajaks ja enne seda puutusid konkreetse erialaga kokku neli aastat tagasi põhiõppe ajal". Kohtab vähe juhendamissoovi (soovi õpetada uusi häid arste), pigem tiksutatakse see aeg lihtsalt läbi.

Residentuur on üksikutest tükkidest koosnev õppekava, mis ei moodusta väga harmoonilist tervikut. Tihti peale resident lihtsalt on residentuuris ning eeldatakse, et ta õpib peamiselt jälgides ning väga oluliseks ei peeta juhendajate poolt aktiivset juhendamist.

Residentuuri sissesaamise tegelikud kriteeriumid mitmel erialadel ei ole üldse läbipaistvad. Residentuuri süsteem on pigem rigiidne. Juhendajate tase on väga varieeruv-mitmed juhendajad kasutavad residentide juhendaja enda tööülesannete täitjatena ja panustavad vähem haigusloo koos analüüsimisele.

Residentuuriprogramm koosneb küll paljudest erinevatest erialatsüklitest, kuid tsüklites toimuv õpe pole enamuses integreeritud põhieriala suundade ja eesmärkidega. Paljud osakondadest määratud juhendajad võivad olla küll erialaselt väga kompetentsed, kuid pole piisavalt kompetentsed ega huvitatud õpetamisest/juhendamisest. Residentide roll ja positsioon ühiskonnas ja arstide hulgas on väga erinev.

Süsteemid on väga varieeruvad, puuduvad ühtsed aluspõhimõtted. Ruumi arenemiseks on küllaga.

Tase ebahühtlane. Valik ebaaus. Programmid väga erineva taseme ja pikkusega. Pole rahul.

Tänane peremeditsiini eriala residentuur on üsna hea sissejuhatus erialasse.

Tänane residentuur tundub olevat pigem formaalsuse täiteks, kui reaalseks õppimiseks. Residentid on väga erineval tasemel, keegi ei kontrolli vahepeal, kas vajalikud oskused on saavutatud. Juhendajad ei ole kursiski, millised oskused ja teadmised nad peaksid edasi andma.

Võrreldes Soome residentuuriga kehv.

Üldiselt pole oluliselt suuri pretensioone olnud, ent residentuur on kestnud ka ainult 6k. Hea on see, et residentide töötasu käib ajas suhteliselt hästi kaasas arstide minimaalse töötasu st mõnikord võib rohkem teenidagi kui juba kogemusega arstid, kelle töötasu tõstetud pole. Individuaalset juhendamist on pigem vähe, mis on selles mõttes mõistetav, et arstide töökoormus on juba meeletu (professionaalseid residentide nõ väljakoolitajaid a la Peep Talving on vähe).

sisemeditsiini eriala residentid

Ebaühtlane. Liialt juhendajast sõltuv. Vähe paindlik. Võiks olla rohkem individuaalset lähenemist, süsteemset isiklike eesmärkide seadmist ja selle põhjal tsüklite planeerimist jne, juhendajate koolitus, juhendaja tasustatus ja aeg residentide jaoks vajab parandamist.

hea ülevaade eesti meditsiini toimimisest. hiljem erialal töötades ei ole enam võimalik nii erinevatesse kohtadesse sattuda.

Kohmakas, haiglaarstide poole kaldu. Ebapiisav väljaõpe.

Kõik sõltub iseendast (teoreetilised teadmised, praktilised oskused, suhtlemisoskused, kohanemisvõime). Kokkuvõttes siiski piisavalt pingeline. Ise teeks ja korraldaks paljutki teistmoodi.

Suhtumine residentidesse on osakonniti ja erinevates baasasutustes juhendajate ja personali poolt väga erinev. Kohati tundub, et residentuurid on liialt erialaspetsiifilised (v.a. peremeditsiini ja erakorralise meditsiini residentuurid). Arenguruumi on, et muuta residentuuri veelgi efektiivsemaks

Suurem võiks olla juhendatavate arstide usaldus residentide vastu. Suurem võiks olla praktiliste osakuste arendamine. Eeskuju residentidele arstide omavahelise koostöö ning kollegiaalsuse osas võiks parem olla.

Residentuur Eestis peremeditsiinis on eelkõige liiga lühike. Nii teoreetilist kui praktilist õpet võiks olla oluliselt enam. Residentide juhendamise tase kõigub suures ulatuses, mitmes kohas väga konstruktiivne, mitmes kohas jääb peremeditsiini residentidele vaid vaatluspraktikaks.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Heade teadmiste ja oskustele suunatud õpe, mis võimaldab omandada hea erialase baasi. Samal ajal ei pöörata tähelepanu arstide emotsionaalsele arengule, suhtlemisoskuste tõhustamisele ega arendata juhtimis- oskusi. Meie juhtidelt oodatakse sageli akadeemilisi tulemusi (nt PhD), mis kahetuväärselt sageli ei korreleeru heade juhioskuste ega kliinilise mõtlemisega.

Juurdepäas tänapäevasele tõendus põhisele õppele, piisav aeg oskuste omandamiseks, residendid on positiivse hoiakuga, sügava huviga eriala vastu, iseseisvad ja vastutustundega.

Psühhiaatria kateeder peaks rohkem tähelepanu pöörama eriala populaarsuse tõstmiseks, pingutama huvi suurendamiseks – psühhiaatrite vanus lähiaastatel katastroofiline.

Residendid saavad piisava ettevalmistuse valitud erialal nii teoreetilises, praktilises kui ka psühhiaatrilises meeskonnatöös ja teaduskirjanduse kättesaadavuses ning võimaluse osaleda juba residentidena eriala-konverentsidel ja saada lisakoolitust näiteks meie erialal nii vajalik psühhoteraapias.

Residentuuriõpe on arenenud võrreldes 2000ndatega. Raske on saavutada õpiväljundeid lühikeste tsüklite käigus, 1 kuu tundub maha visatud aeg, eriti teise eriala residentide puhul (nt peremeditsiin, EMO psühhiaatria tsüklis). Puudub üheselt mõistetav regulatsioon, kuidas eemaldada residentuuriõppes isikuid, kelle psüühiline terviseseisund (rasked isiksushäired, sõltuvushäired, psühhoosid) ei võimalda tegelikult töötada arstina. Nt. Suurbritannias on regulatsioon olemas – põhiline määraja on potentsiaalne või toimunud oht patsientidele.

Teoreetilised teadmised on head, kuid paremad võiksid olla nende teadmiste seostamine praktikas ja suhtlemisoskused patsientidega.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

1 lause: "Saame hakkama". Kuna mõned juhendajad on (subjektiivselt) tööga ülekoormatud, siis ei ole alati võimalik saada piisaval määral juhendamist. Samas jälle see õpetab kiiremini iseseisvalt otsuseid tegema. Suureks miinuseks Tallinnas töötades on ebapiisav vene keele oskus: kui ma hiljuti mõtisklesin, mis oleks kõige olulisem asi terve residentuuri jooksul, mis tulevikus mu tööd lihtsustaks, siis selleks oleks just vene keele äraõppimine. Loodaksin väga, et tulevikus on iga baasasutuse juures võimalik võtta vene keele tunde – PERH-i Psühhiaatria-kliinikus oli see veel mõni aasta tagasi võimalik, kuid praeguseks on see kadunud.

Erialade lõikes väga erineva korralduse, töökoormuse, juhendamise kvaliteediga. Residenti suhtutakse kui igasse teise arsti, kes teeb oma igapäevast kliinilist tööd. Töökogemuse saab suure, vastutust on piisavalt, kuid teoreetiliseks õppeks, erialase kirjanduse läbitöötamiseks aega ette nähtud ei ole. Paindlikkust, et residentuuriga samaaegselt teadustöö või ka residentuuri välise erialase töö või laste kasvatamisega tegeleda ei ole, sest kliiniline töö on 1,0 koormusega.

Arvestades igipõlist rahapuudust, on täitsa hästi toimiv süsteem kokku pandud, vähemalt psühhiaatria erialal.

Eestis valmivad väga head eriarstid, kes saavad teiste riikide arstidega konkureerida. Mõned tähtsad residentuuri erialad on puudu.

Eriarsti töö, lihtsalt residentuurinimeline. Tasuta töötajad baasasutusele. Pea ees tundmatusse jääauku.

Juhendamise kvaliteet sõltub liiga suures osas juhendajast ja residentuuri baasist. Puhkust on liiga vähe, mis omakorda vähendab töö ja rahulolu kvaliteeti. Sõltuvalt baasist ja juhendajast võib olla väga õpetlik ja arendav.

Nõuab palju tööd. Noori arste hinnatakse. Residente meie erialal koolitatakse piisavalt.

On palju tugevusi: paindlikkus, võimalus töötada erinevates praktikabaasides, eriarstide heasoovlik suhtumine. Mulle väga meeldib, et hea juhendajaga tekib väga väärtuslik ja personaalne suhe. Aga on üksjagu vajaka-jäämisi: praktikabaaside väga kõikumine tase, vähene arvestamine residentide tervisliku seisundiga, tihti on kuulda kurtmist liiga suure töökoormuse üle, vähe on võimalusi saada tööalast nõustamist. Miskipärast näib olema suhtumine, et arstiks kõlbab ainult selline inimene, kes on võimeline töötama pingelises keskkonnas suure töökoormusega.

Parim, mida Eestis praegu võimaldada saab. Väga palju sõltub residentidest endast ja sellest, kuidas juhendajaga veab.

Resident on haiglale odav ja soovitud töötajad, samas residentidele sobivate tingimuste loomine on puudulik. Positiivsena näen, et pingutatakse koolitusvõimaluste loomise osas.

Residentuuri korraldus on üldiselt hästi organiseeritud, kuid erialade raames on organiseeritus ebaühtlane. Sageli jäävad residentid raskete haigetega üksi, puudub võimalus saada piisavat palju juhendamist ja supervisiooni. Vajalik oleks arenguveestluste läbiviimine.

Residentuuri alustamine uuel erialal ei oleks otstarbekas vanemalt kui 40 aastat. Töö tulemuslikkusele orienteeritud, paindlik, väljakutseid pakkuv, võimalusterohke, intensiivne.

Vähene paindlikkus. Isiklikud suhted ja läbirääkimisoskus on oluline. Tööd ja praktikad on palju. Emotsionaalset tuge ja superviseerimist vähe. Oht läbi põleda on suur.

sisemeditsiini eriala residentid

Eesti residentuuri ei saa küll kokkuvõtvalt iseloomustada, erinevatel erialadel on lähenemine väga erinev. Sisehaiguste väga kontrollitud või neuroloogia teaduskeskne, akadeemiline lähenemine erinevad väga psühhiaatria omast, kus töö käigus iseõppimisel on suur roll.

Kliiniline juhendamine enam-vähem. Läbipõlemise ennetamist, toimetulemist sellega ja suhtlemisostkuste arendamist võiks rohkem olla. Samuti puudub täielikult teaduslikule tööle suunav tegevus või isegi võimalus ennast huvitavate teemadega residentuuri käigus tegeleda.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Parem kui varem.

Residentidele on jäetud vähe iseseisvat töötamise võimalust, omavastutust.

Residentuur Eestis, nagu ka mujal maailmas, on ülesse ehitatud muu tööga hõivatud kliinitsistide entusiasmi. Eestis raskendab residentuuri muutmist see, et rahvastikupüramiidist lähtuvalt (loe: vähe inimesi) ei ole meil ainult õppetööga tegelevaid erialaspetsialiste ja ei ole nende olemasolu tekitamine tõenäoliselt võimalik ka tulevikus. Et aga residentid on oma loomuselt äärmiselt aktiivsed ja tublid, siis ei ole juhendaja pidev kohalolu tihtipeale vajalik ning juhendajal on pigem suunav roll.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Arvan, et süsteemset lähenemist ei ole ja väga palju sõltub juhendajast/ osakonnast. Info Eestis toimuvatest koolitustest väga hästi ei jõua residentideni.

sisemeditsiini eriala resident või residentuuri lõpetanu

Läbikukkunud, aegunud programm, täiskasvanud inimeste eraelu mittearvestav.

Ma arvan, et see on olenevalt erialast väga erinev. Minu eriala, ma arvan, on olnud suhteliselt leebe ja inimlik ja vägagi hea. Teiste residentuuride kohta raske öelda.

Minu erialal on viimaste aastate residendid väga tublid. Nad saavad parema ettevalmistuse iseseisvaks tööks kui aastaid tagasi.

Oluliselt sisukam ja tulemuslikum kui enda residentuuri ajal.

Residentuur on juhendatud iseseisev tegevus, millest saadav tulem sõltub ilmselt praktikabaasist, töökoormusest ja juhendajate oskustest läheneda igale residentile personaalselt.

Saan arvamust avaldada vaid radioloogia valdkonnas. Meie residendid on head spetsialistid residentuuri lõpuks.

residentide juhendajad kliinilis-konsultatiivsel erialal

Eestis on resident odav (odavam kui eriarst) tööjõud, kes visatakse tihti lihtsalt tundmatus kohas vette. Meile omistatakse tihti samad kohustused, mis eriarstil, kuigi oskuseid ja teadmisi on oluliselt vähem. Mina oma erialal saan aga öelda, et mul on alati keegi seljataga toetamas. Kõiki residente koheldakse üht moodi, minu arvates aga peaks vastutus aastatega kasvama ja seda peaks ka niiviisi tasustama.

Jäik süsteem, mis ei võimalda residentuuri kõrvalt teaduse/lastega tegeleda. Rohkelt on tugevat hierarhiat ja vähe kollegiaalsust. Võrreldes välisriikidega saab palju praktilist tööd teha kohe residentuuri algusest alates, samas koostöö ja suhtlemise õpetamine puudub täielikult – residendid kipuvad residentuuri lõpuks minema oma juhendaja "nägu" (nii heas kui halvas). Sihipärane teadmatuses hoidmine – resident teab sisse astudes väga vähe sellest, milline on tööturu seis, kui nad lõpetama hakkavad – tekitatakse kohati illusioone, millel puudub igasugune seos reaalse oludega (nt võetakse sisse liiga palju residente, kellele pole hiljem tööd pakkuda).

Kui hea või autonoomne või haritud arst kellestki kujuneb, sõltub siiski palju inimese enda hoiakutest ja kalduvustest. Süsteemset tagasisidet või karjäärialast nõustamist ei ole.

Lapsekingades ning väga sõltub konkreetsest residentuuri üldjuhendajast, juhendajast ning residentuuri-baasist. Residenti ei peeta arstiks, mis on kurb. Kohati hierarhiline süsteem, kus kohati jääb puudu kollegiaalsusest.

Ma arvan, et head baasi eesootavaks arstitööks on võimalik täiesti saada. Ei maksa oodata, et kõike kandikul ette tuuakse, vaid peab ise hoolt kandma ja motivatsiooni üles näitama, et sind kaasatakse ja hoidma häid suhteid kolleegidega, et nad oma kogemust sulle jagada tahavad.

Midagi halba ei oska tegelikult öelda. Probleem seisneb pigem residentuurijärgses ajas – ootaks, et eriarstiks saades palk, vaba aeg, staatus etc tõusevad, kuid see ei pruugi nii olla.

Palju "uju või upu" situatsioone/olemist, just alguses – oled võõras keskkonnas võõraste inimeste keskel ja kuidagi liiga üksi pead toime tulema. Jah, sa saad abi, kui sa seda küsid (tõenäoliselt), aga tunne on veidi, nagu ei tahaks tähtsaid arste tülitada ja segada ehk et arstid-juhendajad võiksid ise rohkem pakkuda/küsida/suhelda, tunneksid algajad residendid ka end paremini. Kindlasti on sellised "uju või upu" situatsioonid iseenesest arendavad, lihtsalt põhjustavad mõttetult kõrget stressitaset algajale.

Radioloogia residentuur Eestis on suures plaanis siiski piisavalt hea korraldusega. Olulised erialased teadmised ja praktika käivad stuudiumi jooksul käsikäes, kuid kohati võiksid ettevalmistusel olla konkreetsemad versta-postid. Residentuur üldiselt jätab kohati mulje, et tegemist vastavalt suurhaiglate vajadusele toimuva kombinatsiooniga, kus resident on vajadusel nn. tasuta tööjõud, kes läbib mõnel erialal tekkinud organisatoorseid auke. Väga vähe keskendutakse individuaalsele arengule ja suunamisele. Puudub adekvaatne juhtimis- ja leadership-alane koolitamine, et tagada residentide parem individuaalne ja meeskonnatöö areng, organisatsiooni jätkusuutlikkus.

Resident saab hea hariduse, kui ta ise selleks pingutab ja endale võimekad juhendajad saab. Puudu jääb hetkel teadustööle suunamisest, samas hea on, et jäetud suhteliselt palju vabadust (kuuldavasti küll mitte kõikidel erialadel).

Residentuur on lõdvalt juhitud. Erialadel on suur autonoomia, see on ühelt poolt hea, teisalt antakse selle autonoomia sees liiga kergekäeliselt liiga vaba voli tegutseda oma äranägemise järgi aastakümneteks mõnele sekretärile või suhteliselt suvalise pädevusega üldjuhendajale. Tihti on üldjuhendajad ilmselges huvide konfliktis TÜK administratiivtöötajana, kes vajab suveks valvearste, oma rolliga residentuuri korraldamisel, kus ta peaks tagama residentidele võrdse kohtlemise ja parimad õppevõimalused. Suurhaiglad on residentidega üleküllastatud ja seal on vanematele kolleegidele juhendamisest saanud tülin ja tüütus. Väikekohtades puudub juhendamiseks arstidel omal pädevus, sest neil pole töökoormuse tõttu aega endalgi uusi asju õppida, suhtlemis- ja õpetamis- oskustest juttu tegematagi, mistõttu on suur ring potentsiaalselt kasutatavaid asutusi residentuuribaaside seast välja jäänud.

Residentuur on põhiõppe jätk, kus üliõpilane saab aru eriarsti tööst ja saab ise selle käigus arstiks. Residentuuri õppetöö toimub läbi eluliste kogemuste ja praktika. Resident on arst, aga nagu päris ei ole ka, sest erialased teadmised ja oskused pole iseseisvaks tööks piisavad ning üldarstina töötamine pole kitsa eriala esindajana prioriteetne. Residentuur on arstiks kasvamine, kuid seda läbi erialase kitsendava koridori ja isiklikust huvist ajendatud GPS-i toel. Mentorlusel ja tagasisidel võiks olla rohkem tähtsust, et tuua esile residentide isiklikud tugevused ja nõrkused ning seeläbi saada paremad ja tugevamad arstid.

Residentuuri eesmärk Eestis ei ole järelkasvu koolitamine, vaid sotsiaalministeeriumi poolt tasustatud tööjõu tagamine suurtele haiglatele. Ühegi korraldava osapoole huvides ei ole seda olukorda lõpetada – eriala- seitsid esindavad suurhaiglate huve, ülikool ei soovi vastuvõttu vähendada ilmselgetel finantsilistel kaalutlustel.

Residentuuri korraldus on erialade vahel võrdlemisi erinev. Alates kestusest ja selle piisavusest kuni teoreetilise õppe võimaluste ja osakaaluni. Samuti erinevad erialad kuuldavasti residentide (rohkem või vähem) iseseisvale valvetööle rakendamise osas või selle tasustamise osas.

Residentuuri tase on veidi ebaühtlane olenevalt haiglast ning ei ole väga paindlik. Ei ole ära sõnastatud ühtlaselt erinevate tsükli eesmärgid. St nt perearstiresidentid ei ole samad eesmärgid radioloogilises, gүн tsükli kui antud erialadel õppivatel residentidel. Ehk siis kui ei vea juhendajaga võid sa tsükli ajal õppida enda residentuuri mõistes ebaolulisi või mittepraktilisi asju.

Võrreldes lääne variantidega puudub Eesti residentuuris teatud struktuursus, eriti meie erialal; kokkuleppel juhendajaga saab seda muidugi tekitada. Resident peab olema oma ala fanatt, väljast eriti sära juurde ei süstita. Samal ajal puudub rakendus üldarstidele, kes ühel või teisel põhjusel residentuuri minna ei taha (-> proovida, kas meeldib, ei pruugi olla edukas). Palun ära mine pärast lõpetamist Soome tööle, olgugi, et Sulle ei pruugi Eestis pärast lõpetamist töökohta olla ning suur osa praegustest kolleegidest on osakoormusega seal.

Tase on ebaühtlane, sest residentuuribaaside võimalused ja töö iseloom on ebaühtlane. Lihtsam on siis, kui valida üks konkreetne residentuuribaas, kuhu on hiljem ka plaan (ja tõenäosus) tööle saada, sellisel juhul saavutab residentuuri jooksul kogu tööks vajalikud oskused.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentid

Õpe on juhuslik ja suvaline ning seetõttu mitte eriti efektiivne. Ei ole ees konkreetseid teemasid ja oskuseid, mida järjest omandades saaks pädevaks eriarstiks.

Üsna OK. Võib-olla võiks vastutust rohkem olla (konkreetsed tööloigud, mida teevadki residentid ja õed ja kõik teavad seda). Selles osas küll järjest asjad paranevad. Ka võiks olla rohkem spetsialiseerumast radioloogide endi seas, mis võimaldaks ilmselt vastavate eri tsükli taset tõsta.

kliinilis-konsultatiivse eriala residentuuri lõpetanud

Ei ole süstematiseeritud nõudeid. Igal erialal on oma juhendaja, kes isiklikult otsustab kui palju ta lubab tsükli selles või teises keskuses teha. Residentide arvel püütakse lahendada haiglate probleeme (töötajate ülekoormus, nende puudus jne). Juhendajad pole alati residentidest huvitatud.

Meie erialal toodetakse praegu residente üle, mille tõttu ei leia tööd.

Võrreldes põhiõppes omandatavate kliiniliste teadmistega saab residentuuri jooksul edaspidiseks arsti/ eriarsti tööks piisavad oskused. Tunnen, et olen residentuuri lõppedes pädev reumatoloogi tööd tegema, kuid vajan pidevat edasiarendust.

sisemeditsiini eriala residentid või residentuuri lõpetanud

Erialati kindlasti erinev, palju sõltub üldjuhendajast. Kohati on raskusi adekvaatse praktikabaasi leidmisega ja residentuurikava täpse jälgimisega. Olen aru saanud, et väheks jääb teoreetilist õpet, seda soovitakse rohkem. Kindlasti sooviksin rohkem interdistsiplinaarset käsitlemist soodustavad õpet, haigete igakülgset käsitlemist, individualiseeritud otsuste tegemise treenimist – mitte kõiki ravijuhendeid ei pea näpuga ajades järgima. Rohkem oleks vaja eetikaprobleemide käsitlemist – informeeritud otsuse sõnastamisest/dokumenteermisest alates kuni teovõime hindamiseni, haige enesemääramine versus pereliikmetest hooldajate arvamused jmt.

Ilmselt sõltub väga erialast. Sisehaiguste eriala õppega olen üldiselt rahul, kuigi ambulatoorne õpe on täiesti puudu. Ei ole rahul sellega, kui kiiresti residendist saab arst. Residentuuri alguses oleks kõigile arstidele vaja teha mingi erakorralise töö / esmase praktilise arstitöö koolitus. Praegu võib 3. aasta resident tsüklite valikust lähtuvalt olla veel igapäevase praktilise töö aspektist üsna abitu. Ehk et maksame arsti palka inimestele, kes tegelikult ei suuda iseseisvalt üld- või valvearstina töötada. Ressursside efektiivsema kasutamise huvides oleks vaja saada inimesed kiiremini praktilisele tööle. Ise mäletan ka, et mugavalt hakkasin tundma end 4. aasta residendina. Ja praegugi on erialasid, kus resident ei tee mitte midagi peale jälgimise – ta saab Eesti mõttes täiesti head palka selle eest, et istub päevade kaupa diivani peal ja jälgib juhendajate tööd...

Kokkupuuted residentidega on jätnud mulje heast teoreetilisest ettevalmistusest. Praktika tuleb juba residentuuri käigus. Hetkel on minu juhendatavad olnud võimelised tööd tegema. Vajalik on kogemus ja enesekindluse saavutamine, sellega residentuuri käigus saabki tegeletud.

Minul puudub isiklik kogemus, pole residentuuri läbinud, kuid ei tunne end seetõttu kuidagi alaväärsema või rumalamana. Minu töökohas võetakse mind võrdse partnerina. Mul raske hinnata tänapäevast residentuuri kuna minu erialal on võimalik omandada vaid lisaerialana sisehaiguste residentuuri kõrval.

Residentuur sisehaiguste erialal on väga kõikuva tasemega. Kõik residendid ei ole võrdselt saanud praktikat residentuuri lõpuks. Olen kriitiline sisehaiguste residentuuris nõutava punktiga, et pool aega teha Tartus. Ka juhendajad võiksid olla valitud, kõik kahjuks ei sobi residente õpetama. Ja tsüklid, kus hetkeseisuga on liiga palju residente ja tudengeid, on ka nõrgema väärtusega. Paremat reguleerimist oleks vaja korraldada.

Residentuuri korralduse analüüsimine on väga tänuväärne tegevus, kuna Tartu Ülikool ei ole seni sellele teemaatikale (piisavalt) tähelepanu pööranud. Residentuuri korraldus vajab süstemaatilist lähenemist. Loodan, et küsimustik toob piisavalt vastuseid edasiseks analüüsiks ja argumenteerimiseks.

Sisehaiguste residentuur on laiapõhjaline, võimaldab läbida erialatsükleid nii maakonna kui regionaalhaiglates. Arvan, et antud erialale on võimalik spetsialiseeruda ka 4 aastaga.

residentide juhendajad sisemeditsiini erialal

Asjad liiguvad ilmselt õiges suunas, resident ei ole enam tasuta töötaja (sest töö on riigi poolt tasustatud), seda ei vaadata enam ülikooli pikendusena, vaid tegemist on ikka juba töötamisega valitud erialal. Samal ajal kasutavad haiglad sisuliselt jätkuvalt ära residente tasuta töötajana, kuna residente pannakse üksi residentuuri raames valvesse (palk tuleb sotsiaalministeeriumist), haigla hoiab kokku terve valve jagu palka, samas ei juhenda keegi resident (kaasresidenti vastus, kui küsisin, kes teda valves juhendab "ma ei tea, kas mu juhendaja lülitab ööseks telefoni välja"). Tundub, et seoses sellega, et meile palka makstakse, on tekkinud vastutamatus tunne, see ei ole enam juhendaja mure, sest mul on oma palk ja seega vastutan ise?

Iga eriala residentuur on niivõrd erinev, et üldistavalt midagi kirjutada ei saa. Sisehaiguste residentuuri kõige parem ja ka kõige halvem pool on see, et me oleme kogu aeg liikumises, st kolm kuud ühes osakonnas, siis järgmises, siis teises haiglas jne. See aga tekitab vahel mittekuulumise tunde, teistel erialadel on ikka kujunenud oma osakond, kus ollakse pikemat aega, meie oleme erialaliselt oma osakonnas umbes 12 kuu jagu ja sedagi enamasti eri haiglates ja 5 aasta jooksul. Samamoodi liikumine Tallinn-Tartu vahel, iseenesest arusaadav, et on vaja näha eri õpetamise ja töötamise viise, kuid 30ndatele eluaastatele lähenevatel inimestel on oma elu ühes kohas enamasti välja kujunenud, paljudel on ka juba lapsed, nende kõrvalt Eesti eri otstes elada-töötada on raske, et mitte öelda ebainimlik. Rääkimata sellest, et enamasti peab resident maksma kahes linnas korraka elamise eest.

Juhendajate juhendamisoskus on väga erinev. Kõik juhendajad võiksid läbida vastava koolituse. Valvetöö tegemisel peab olema alati olemas ka juhendaja, kelle poole pöörduda. TÜKi sisekliinikus on sellega suur probleem. Residentuuri võiks saada sooritada ka poole kohaga, eriti tulla lapsehoolduspühkuselt tagasi.

Jääb mulje, et residentuuri kulg sõltub tohutult sellest, kus baasasutuses mis tsükleid sa teed ja kes su juhendaja on. Võib juhtuda, et mõni tsükkel läheb täiesti raisku, sest klapp juhendajaga on halb või osakonna võimekus väike.

Kvaliteet on väga kõikum – on väga häid juhendajad ning väga halbu juhendajaid, on paremaid ning halvemaid residentuuribaase. On näha, et juhendajaid vajavad ka ise juhendamist – nimelt teemal, kuidas residente juhendada. Suur probleem on ka see, et teatud haiglates pannakse tööjõupuuduse tõttu üksinda valvesse esimese aasta residente, kuid selline asi on tegelikult ohtlik nii patsiendi kui residentide tervisele. Liiga vähe on õppe jooksul haigusjuhtude süvitsi minevat arutelu ning lahkamist, samuti peaks olema loodud sõbralik ja avatud keskkond ravivigade ning probleemide arutlemiseks.

Lühike. Võiks olla pikem ja resident võiks ise valida rohkem, kus ta tahaks töötada ja võiks pikemalt töötada, mitte ainult mõni kuu – resident ise näeb, mis talle vajalik on ja kus ta kõige rohkem areneb. Alustada võiks laiematest erialadest ja siis suunduda kitsamale, praegu on kõik segapudru. Töökogemus ei jookse mööda külgi alla ka kitsaste erialade residentidel ja erinevad patsiendid ja nende haiguste nägemine ja ravimine ainult rikastavad. Käelist tegevust võiks olla süstemaatilisemalt sees mittekirurgilistel erialadel, et saaks harjutada erinevaid protseduure, mida võib tulevikus vaja minna – sõltuvalt erialast, praegu on see täiesti juhuslik, tavaliselt ei saa üldse midagi harjutada. Seega see nn lisa-aasta võiks olla residentuuri lõpus vaba valiku aastana, alustada võiks kohustuslikult laiemalt ja siis kitsamale suunduda. Aga kõigil ei pea tingimata olema kirurgiat või peremeditsiini, peaks ikka vastavalt erialale olema.

Ma ei saa hinnata KOGU Eesti residentuuri, kui olen osalenud vaid ühes ja sedagi vaevu 5-6 kuud.

Olen rahul oma eriala valikuga ja igapäevatööga statsis ja ambis. Ebameeldiv depressiooni allikas on valvetöö, eriti EMO suhtumine residentidele.

Organiseerimata, ebaõiglane, põnev.

Paberil võivad programmid head välja näha, kuid erinevate baaside, osakondade ja juhendajate vahel on väga suured erinevused. Ei ole ühtset süsteemi, kuidas uues osakonnas kohanemisega hästi toime tulla, igal pool on oma poliitika ja ootused residentidele.

Residentuur on mõõdukalt paindlik. Residentidel on küllaltki turvaline, kuna igas tsüklis on määratud juhendaja.

Residentuur valmistab noort arsti hästi ette. Paraku väga mitmete erialade residentuur on väga lühike ning vajalike tsüklite pikkus liiga lühike.

Saab väga hea hariduse. Juhendajad on tublid ja pädevad, kuid kahjuks olen kohanud vanemate kolleegide seas arvamust, et tasuta töö ongi normaalne, sest nende ajal oli ka nii jne. Aga kokkuvõttes olen väga rahul, et jäin Eestisse. Eks meie ise saamegi muuta tulevikku.

Sisehaiguste residentuur ei ole eriti süstematiseeritud: lihtsalt õpid erinevate eriarstide käekõrval ja eks siis oleneb, kuhu ja kelle juurde satud, kui hea hariduse saad.

Siseresidentuur teeb noorest arstist laia silmaringiga ja tubli pärisarsti just Eestis töötamiseks, tulevikus võiks muidugi asjale vaadata ka laiemalt (arendada koostööd välisriikidega). Residentuur on hea ülemineku-periood arstiks kasvamisel, mis tagab rahalise kindlustunde ning juhendaja abistava käe. Üldiselt suhtutakse siseresidentidesse hästi ja see teeb südame soojaks. Rohkem võiks olla süstemaatilist toetust, näiteks emotsionaalsest aspektist, ja suhtlemise õpetamist.

Üldjoontes võib jääda rahule. Kõige suuremad murekohad on minu meelest teoreetilise õppe reguleerimatus, liigne residentuuri rigiidsus (lisa-aasta!) ja juhendamisoskused. Leian, et juba residentina tuleks meile õpetada, kuidas oma teadmisi edasi anda. Meditsiini järjepidevus ja kvaliteet sõltub suuresti sellest. Positiivne on see, et palk on igati konkurentsivõimeline.

sisemeditsiini eriala residentid

Residentuuri kava ja süsteemiga jään üldjoontes rahule. Teoreetilist õpet võiks olla isegi pisut rohkem. Ideaalis võiks süsteem olla paindlikum (nt. poole kohaga töötamine väikese lastega vanematele). Põhiline probleem on suhtumises ja suhtlemises, eelkõige kolleegide vahel.

Sõltub väga erialast. Sisehaiguste residentuur piisavalt hästi läbimõeldud. Samas mõnedes tsüklites kasutatakse residentide ainult tööjõuna, juhendajal üldse pole aega sinuga tegeleda, jooksed ühe kolleegi teiseni oma küsimustega, ning kokkuvõtvalt ei omanda teadmisi. Arvan et resident peab rohkem valvama, eriti üldsises ja EMOs, see laiendab teadmisi ja oskusi ning õpetab kolleegidega suhtlemist. Perearsti residentuur liiga lühike ning pinnapealne, samas töötades tegelikult üks raskemaid erialasi.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanud

Residentuuri edukus sõltub liigselt residendi ja juhendaja isikuomadustest. Mitmel erialal võiks olla eri-residentuuriprogramme, mis annaks residentuurile selgemad eesmärgid.

Kogu Eesti meditsiin töötab ülekoormusega, nii ka residendid. Nad on hädavajalik tööjõud ja väga tublid.

Kui resident on huvitatud ja soovib õppida, ei karda küsida, proovida, otsustada, vastutada, siis saab residentuuri vältel kõik vajalikud teadmised ja oskused.

Kui residendil on head isikuomadused, siis juba residentuuri ajal saab ta eeskujulikuks arstiks. Kui aga on resident probleemne: laisk, rumal, ülbe, ebarealistlike ootustega, vms, siis ei saa kuskilt abi.

Meie erialal on residentuuriõpe hea, residentuuri kestus võiks olla mõnevõrra pikem. Residendid saavad hea teoreetilised ja enam-vähem head praktilised oskused. Vähem pööratakse rõhku enda hoidmisele, refleksioonile, psühholoogiale, eetikale, suhtlusele. Residentide juhendajad ei saa piisavalt koolitust. Residendi juhendajaks õppimine peaks algama juba residentuuri ajal.

On palju parem kui 10-15 a tagasi. Praegune residentuurikorraldus palju residendisõbralikum. Residendid saavad piisavalt hästi tasustatud (võrreldes juhendavate arstidega) – see pole olnud alati nii. Residentidel on praegu palju enam võimalusi.

Residendid on tublid noored, oma tööst huvitatud. Kui Eesti arstkonna töötasu ei kasva, siis me nad kaotame, eriti tublimad.

Üldine korraldus on hea.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Eesti residentuur on arenemisjärgus suunaga paremuse poole. Veel jääb vajaka praktilistest koolitustest ja residentide soovidega arvestamisest. Kindlasti vajaks suuremat tähelepanu läbipõlemise ennetamine ning juhendajate poolt antava tagasiside andmise viisi.

Erinevate aastate residentidel pole vastutuse osas erinevust.

Heal tasemel, kuid baasasutuste vahel on aeg-ajalt suur erinevus. Mõned residentuuri programmid on praeguseks ajaks "vananenud", vajavad uuendamist.

Minu jaoks isiklikult tekitavad probleeme hetkel kõige rohkem otsustusõiguse küsimused, kuna kliiniku ülemused väidavad, et resident ei tohi üldse ise vähegi suuremaid otsuseid vastu võtta olenemata residentuuri aastast ja residendi võimekusest. Lisaks on probleemiks tagasiside saamine – on raske aru saada, kas ma vastan ootustele.

Olen suhteliselt rahul oma baasi, valvegraafiku ja palgaga. Juurde tahaksin saada praktilist operatiivset kogemust ja lisa-aasta, nii nagu enamikus Euroopa riikides. Individuaalset juhendamist ja mentorlust kindlasti pooldan. Residentuuripäevikud vajavad uuendamist, sest tänapäevaseid päevikuid keegi ei loe ega vaata.

On palju arenguruumi parandamiseks residentuuri korraldust. Puudu jääb suuremast praktilisest koolitusest, simulatsioonivõimalustest (mis on minu erialal väga vähe kättesaadavad, harjutamine toimub patsiendi peal!!!). Rohkem tahaks vahetut tagasisidet juhendajalt, õpieesmärkide täitmise pidevat hindamist residentuuri vältel.

Palju individuaalset tööd, vähe juhendamist.

Pikendatud tudengipõlv vanemate kolleegide arvates. "Päris arstiks" kasvamise periood vanemate kolleegide jaoks. Eelnev residendi jaoks rusuv. Eriti, kui ta on varem töötanud välisriigis...

Resident tundub haiglale olevat pigem tasuta tööjõud. Residendi ligipääs teoreetilisele õppele ja tema sisukas juhendamine kliiniku juhatajat ja eriala üldjuhendajat eriti ei huvita. Konstruktivist tagasisidet ja

tunnustamist Eestis naljalt ei kohta. Residendi tagakiusamine on lubatav ja kohati justkui isegi soositud ning pöörduda pole mitte kuskile.

Residentuur ei ole residendikeskne: kõik on surutud samadesse raamidesse, paindlikkust on vähe, välismaal tsükli teooriat vaadatakse mürgise pilguga. "Soft skills", eetika, läbipõlemise vähendamine, suhtlusoskused ja meeskonnatöö – on valdkonnad, mis kahjuks residentuuri teoreetilise ja praktilise õppes välja jäänud. Residentuuriprogrammid on puudulikud – et ühtlustada taset residentide ja residentuuribaaside vahel on vajalik kindlaks määrata lisaks umbmäärastele õpiväljunditele ("normaalne sünnitus") ka õppematerjalid: raamatud, ravijuhised, koolitused (mitte ainult residentuuri kohustuslikud koolitused), online kursused, videomaterjalid. 4/10- >2/5 saab residentuur hindeks.

Residentuurist saadav kasu on väga baasist sõltuv. Tartus patsiente vähem, seega saavad residendid ka teha vähem (nt op-e), sest põhiarstid tahavad oma kätt töös hoida. Tallinnas patsientidest puudust pole, saab parema praktilise kogemuse. Teoreetiline õpe on hästi korraldatud.

Vastuvõtt residentuuri kohati subjektiivne. Suurtes baashaiglates kirurgilistel aladel liialt palju residente, seega halvemad võimalused vajalikul hulgal operatsioone ja protseduure teostada. Sünnitusabi ja günekoloogia residentuur liialt lühike (4 aastat). Probleemid residendi vastutuse ja võimalike ravivigade tegemise osas. Alati pole konsulteerimisvõimalust. Juhendamise kvaliteet ebaühtlane.

Veidi ajale jalgu jäänud, kuid näen ka pingutusi paremuse suunas. Kahju on näha mõnes tsükli endiselt suhtumist, et resident on nõ "musta töö tegija". Loodetavasti muutub residentuurisüsteem paindlikumaks ning välismaiste tsükli tegemine lihtsamaks.

Väga ebaühtlase tasemega baasasetuse. Üldiselt tore ja huvitav aeg. Järjest rohkem tähelepanu teaduspõhisusele.

Väga erinev. Erialati ja osakonniti, haiglati. Äärmiselt kõikuv tase nii teoreetilistes kui ka praktilistes oskustes. Tartus saab nt naistekliinikus praktiliste oskustega oluliselt varem pihta hakata kui Tallinnas, kus on keskastme tegijaid (need, kes umbes 5–10 a tagasi residentuuri on lõpetanud) oluliselt rohkem ja nemad haaravad paljud lihtsamad protseduurid endale, jättes residendile tühjad käed. Ja siiski, väga palju esineb resident-residenti [tüüpi] juhendamist.

Väga kõikuv haiglati ja osakonniti, erialati. Suur probleem on teaduskonnapoolsete juhtide ignorantsus süsteemi seest (residentide) poolt tulevatele ettepanekutele. Väga raske on vanadel astuda välja nn endale mugavast tsoonist ja hakata midagi muutma. Juhendajatel EI OLE aega kliinilise töö kõrvalt, samas tahame ju et meid juhendaksid kliiniliselt pädevad inimesed. Juhendajatel on ka põhiõppe praktikumid, mis võtavad neilt palju aega ja teinekord ka motivatsiooni....

Üle tuleks vaadata residentide õiguseid, kohustusi ning vastutust käsitlev seadusandlus, mis on ajast ja arust ning üheski haiglas ei kehti. Residendil puudub seaduse silmis justkui võime mõelda ja on keeld iseseisvaid raviotsuseid teha. Tegelikult suure osa tööst teevad ära just residendid ja kõiki raviotsuseid, protseduure või lõikuseid puututavaid küsimusi ei pea konsulteerima juhendajaga.

kirurgilise eriala residendid

Minu arvates on asi jäänud ühte kohta seisma: kui ei toimu hindamist, siis ei toimu ka arengut, sest me ei tea, mis seisus me oleme. Kui meil on residentuur, siis see peab tähendama ka õpetamist – sellisel juhul ei saa me rääkida ainult puhtalt töö käigus õppimisest: siis meil seda raami siia ümber ei ole vaja. Samuti on vaja lõpetada laused, et meie omal ajal ja meie omal ajal, muidu residentuur kui süsteem edasi ei arene, sest omal ajal seda ei olnudki.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

"Teeme nii palju kui vaja ja nii vähe kui võimalik". Tunnen, et huvi residendi juhendamisse-suunamisse on madal, ei olda justkui huvitatud, et residentuuri lõpetaja oleks lõpetamise järgselt pädev kolleeg. Õnneks ei ole see läbiv igal pool ning on ka vaimustavaid juhendajaid-tsükleid, mis innustavad olema parem ja tegema rohkem. Kitsaskohana näen residentuuriprogrammi puudulikkust, mille osas residentide tagasiside ei huvita, muutusi ei soovita.

Eesti residentuur ei ole hetkel üles ehitatud sellele, et välja õpetada häid spetsialiste vaid sellele, et haigla saab tasuta tööjõudu. Residentid ei ole selleks, et epikriise kirjutada või analüüse määrata vaid selleks, et ÕPPIDA. Aga kui resident tegeleb õppimisega, siis pole tast osakonnale mingit kasu.

Kõik väga sõltub residentuuri juhendajast.

Residentuur on veidi õnneloos – tsükli sisu ja sinule antud vastutus ja tegevused olenevad, mis osakonda ja millise juhendaja juurde sattud. Igas osakonnas on oma kord ja reeglid, ette planeerida oma elu on üsna keerukas. Tsükli sisu oleneb ka sellest, millise subspetsialiteediga juhendaja juurde sattud (enamasti ei lasta ise valida).

Tööjõupuuduse leevendamine residentide arvelt. Üldjuhendaja hoolimatus oma residentide suhtes, kui konkreetselt taastusravi eriala silmas pidada.

sisemeditsiini eriala residentid

On jäänud mulje, et põhiline rõhk on asetatud epikriiside vormistamisele, sisuline pool on paljudel erialadel vajaka, juhendaja roll on kohati müstika. Head kollegiaalset suhtumist (austust kolleegi vastu, sõbralikkust) leiab suhteliselt harva ja kahjuks residentid õpivad sageli ebakollegiaalse suhtumise vanematelt kolleegidelt. Kindlasti on residentuur erialati väga erinev. Eelnev seisukoht ei ole kujunenud minu enda eriala põhjal vaid mitut erinevat eriala arvesse võttes.

sisemeditsiini eriala residentuuri lõpetanu

Juhendajast isiksusena ja osakonnapoliitikast sõltuv. On olnud au olla imelise juhendaja resident, samas kahjuks enamasti hea ja osav arst ei pruugi olla hea residenti juhendaja.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Residentuuriõpe ei anna piisavalt vajalikke teadmisi/ oskusi edasiseks tööks eriarstina. Paljudel juhtudel sõltub tsükli kvaliteet juhendaja võimalusest/ tahtest juhendada. Resident on sundseisus – kui on tahtmist eriala omandada peab sobituma ettenähtud tingimustega. Residente ei kohelda võrdselt teiste arstidega- neid võib saata residentuuritsükleid läbima erinevatesse Eesti piirkondadesse, arvestamata konkreetse residentide vajadusi. Suhtun suure lugupidamisega juhendajatesse, kellel on tahmist, aega ja missioonitunnet noorte kolleegide õpetamiseks. Ajafaktor on see, mis paljuski segab residentide õpetamist baasasutustes – kõigil on ju kiire.

Arvan, et residentuur on kindlasti edasi arenenud võrreldes varasemaga. Samuti ei saa ka palga üle kurta. Võib olla on puudujäägiks see, et residentidel tuleb nii palju erinevaid tsükleid teha erinevates osakondades, et selline sotsiaalne ja kollegiaalne pool jääb kesiseks.

sisemeditsiini eriala residentid

Paljuski nähakse residentide baasasutuse poolt kui töötajat mingiks määratud ajaperioodiks, mis muudab töökorralduse ajutiselt mugavamaks. Juhendajate poolt puudub mõiste mentorlus. Juhendajatel [on] valdavalt puudulik personaalne teadustöö kogemus, mistõttu ei osata residentide teadustööle suunata/kaasata.

kirurgilise eriala resident

Liiga üldine. /---/ ei arvestata konkreetse inimese oskuseid ja arengusoove. Puudub järjepidevus, suhtlus juhendajaga mitte piisav, ei saa enda kohta tagasisidet ja sisuliselt töö ei ole juhitud -> oleks suunatud sinna, et täita enda teadmistes või oskustes puudujääke. Selleks, et lihtsalt kõrvalt vaatajana õppida, ei olegi vaja juhendajat. Juhendaja peab juhendama.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

/---/ Erinevad residentuurid on väga erinevate sisude ja tasemetega, ning sõltuvad eelkõige eriala juhust ja konkreetsest juhendajast.

residentide juhendaja kirurgilisel erialal

Palju tööd, vähe juhendamist, suured ootused. Esimesel tööpäeval suunatakse üksi EMOSse valvetööd tegema ilma eelneva juhendamiseta. Palju on onupojapoliitikat ja meessoost residentide eelistamist igapäevases töös. Tihti antakse oma käitumisega halba eeskuju.

kirurgilise eriala resident või residentuuri lõpetanu

Konkreetne programm, kuid vahel vajalik paindlikum süsteem (valiktsüklid jms.). Kahjuks on olukord, et kes juba residentuuri saanud, siis see ka lõpetatakse – vahel vajalikum karmim selektsioon, sest alati ei ole inimene valitud erialale sobilike teadmiste/oskustega, kuid veetakse ikkagi residentuurist läbi.

Mugav ajaviide.

Rohkem võiks Eesti tingimustes olla kohustuslikku õpet välismaal – paraku meil patsientuur väike. Residentuuri üldjuhendaja peaks saama alati otseselt tagasisidet juhendajalt ja residenti vajadusel suunama. Kui leitakse, et residentidele ei sobi valitud eriala, peaks residentuuri katkestama – praegu seda ei tehta eriti sageli, tulemuseks on nõrga ettevalmistuse või erialale mittesobiv arst. Juhendajate tasu peaks olema motiveerivam.

Suhteliselt rahuldav tulemus, arvestades, et enamasti ei tea kirurgia residentuuri alustaja kirurgiast midagi.

Tänane residentuur Eestis on liiga ebahütlase kvaliteediga, sõltudes väga palju haiglast ja juhendajast. Kahjuks sunnitakse juhendama ka neid arste, kes seda ei taha teha ja ei tee seda piisavalt. Kindlasti oleks vaja rohkem teoreetilisi koolitusi ka peale residentuuri.

residentide juhendajad kirurgilisel erialal

Palju iseseisvat tööd. Vähe teoreetilist õpet. Olematu rahvusvaheline kogemus. Resident pole päris arst ja temasse võib vastavalt suhtuda.

Resident on tihti haiglas odava tööjõu rollis tulenevalt kaadrite optimeerimisest ressursi säästmiseks, tihti on resident "kasutusel" mitteerialaselt. Tulenevalt sellest on tekkinud piirangud nt koolitustes osalemises. Samas annab see teatud iseseisvust otsuste tegemiseks, kuid "harjutamine" toimub patsientide peal.

Residentuuri kvaliteet sõltub palju sellest kuhu keskusesse ja kelle juhendamisel residentuur läbitakse. Residentuuris tuleks suuremat tähelepanu pöörata residentide oskuste ja teadmiste süstemaatilisele arendamisele. Rohkem võiks kaasata, suunata residente tegelema artikli kirjutamise/teadustööga tegelema. Residentide koormus ja töökorraldus vajab mõnes asutuses reguleerimist, tihti nõutakse residentidelt " tasuta töö" tegemist.

kirurgilise eriala residentid

Liiga lühike aeg. Keskendutakse peamiselt praktilisele õppele, samas ei hinnata käelisi oskusi ametlikult kuskil. Teooria õpetamiseks on vähe koolituspäevi ja sageli pole edastatav info väga ajakohane (vananenud pigem). Isegi lõpueksamil loetakse õigeks vananenud ja tänaseks aegunud printsiipe.

kirurgilise eriala residentuuri lõpetanu

Erinevatel erialadel erinev st. on ülihaid ja pühendunud juhendajaid ja residentuuriprogramme, kuid enamaltjaolt kasutatakse residentide kui odavtööjõudu. Kõik juhendajad ja praktikabaasid ei tee oma tööd pühendunult, mistõttu residentide ettevalmistus jätab soovida.

residentide juhendaja, eriala täpsustamata

Ainult siis, kui astud residentuuri sisse, saad aru, et lõpetamisel töökohta ei tule. Mina ei saa aru, milleks iga aasta võtta residentide juurde, kui neid vaja ei ole, selle pärast tunnen ennast petetuna ja demotiveeritud.

Jäik, alarahastatud. Välismaale koolitustele saamine on küllaltki piiratud ja raske. Residentuurist puhkuse võtmine on väga keeruline, praegu on võimaldatud ainult tervislikel põhjustel või lapsehoolduspuhkuse näol. Võiks olla ka osalise koormusega residentuuri sooritamine. Osade erialade residentuuri kestvus on liiga lühike eriala heaks omandamiseks.

Lapsevanemana olen mures, kuidas tööle naasta saan ning muretsen ka sellepärast, kuidas juhendajad suhtuvad sellesse, et vahel pean panema lapse esikohale enne tööd (lapse haigus vms). Olen mures, kas ja kuhu saan tööle pärast residentuuri lõppu, absoluutselt puudub ülevaade, mis väljavaated mul üldse on.

residentid, eriala täpsustamata

Teed eriarsti tööd ilma juhendamiseta, hätta jäämisel küsid juhendajalt abi. Õpiväljundid valid ise.

residentuuri lõpetanu, eriala täpsustamata

