

BLAŽ VRHNJAK

VLOGA KOMPETENC PRI ZDRAVNIKIH DRUŽINSKE MEDICINE



Blaž Vrhnjak

Vloga kompetenc pri zdravnikih družinske medicine

Izdajatelj in založnik: Fakulteta za družbene vede

Za založbo: Hermina Kranjc

Copyright© FDV, 2016

Vse pravice pridržane.

Dostopno: <http://knjigarna.fdv.si/>

Knjiga je nastala na podlagi doktorske disertacije avtorja na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani (2016).

Recenzenta: dr. Miroljub Ignjatović in dr. Tomaž Deželan

Lektoriranje: Mateja Melink

Prelom, oblikovanje in fotografija na naslovnici: Peter Cimprič

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

005.336.2:616-051(0.034.2)

VRHNJAK, Blaž, dr.med.

Vloga kompetenc pri zdravnikih družinske medicine [Elektronski vir] /
Blaž Vrhnjak. - El. knjiga. - Ljubljana : Fakulteta za družbene vede, 2016

ISBN 978-961-235-780-1 (pdf)

284925696

KAZALO VSEBINE

Kazalo ilustracij.....	3
Kazalo tabel	3
Predgovor k znanstveni monografiji	5
1 Uvod	6
1.1 Teoretski kontekst kompetenc	10
1.2 Raziskovalna izhodišča in cilji	11
2 Teoretska kontekstualizacija kompetenčnega pristopa	13
2.1 Sociološki vidiki medicine in zdravniške profesije.....	13
2.1.1 Perspektive sociologije medicine.....	15
2.1.2 Razvoj družinske medicine	22
2.1.2.1 Zdravnik družinske medicine.....	24
2.1.3 Zdravnik družinske medicine z gledišča sociologije profesij.....	27
2.2 Zdravniki in upravljanje človeških virov	33
2.2.1 Kompetenčni pristop pri upravljanju človeških virov	36
2.3 Slovenska perspektiva zdravnika družinske medicine.....	41
2.3.1.1 Izobraževanje in usposabljanje zdravnikov pri nas in v svetu	45
2.3.1.2 Delovno okolje zdravnikov družinske medicine	53
2.3.1.3 Kompetence zdravnika družinske medicine	55
3 Izkustveni del.....	61
3.1 Metodologija raziskovanja	62
3.1.1 Fokusna delavnica	63
3.1.2 Rezultati fokusne delavnice	66
3.1.3 Operacionalizacija merskega instrumenta	68
3.1.4 Spletni vprašalnik.....	72
3.1.5 Obdelava in interpretacija podatkov	74
3.1.6 Kvalitativni del raziskave.....	75
3.2 Analiza podatkov ter testiranje hipotez	75
3.2.1 Podatki o opazovani populaciji	75
3.2.2 Obdelava podatkov	76

3.2.2.1	Faza čiščenja podatkov	76
3.2.2.2	Osnovne lastnosti vzorca - opis	76
3.2.3	Uvodni rezultati	78
3.2.3.1	Delovno okolje	78
3.2.3.2	Učenje	80
3.2.3.3	Kompetence	81
3.2.3.4	Vloga delovnega okolja	92
3.2.3.5	Vloga ovir pri izpolnjevanju poslanstva	94
3.2.3.6	Kompetence in opravljanje temeljnih nalog zdravnika družinske medicine	95
3.2.3.7	Generične in poklicno specifične kompetence – medsebojni vpliv	96
3.3	Ugotovitve raziskave z uporabo ankete	97
3.4	Ugotovitve pogovora s strokovnjaki	102
3.5	Prednosti in slabosti raziskave	104
3.6	Prednosti in slabosti raziskave v odnosu do sorodnih študij in modelov ter pomembne razlike	104
3.7	Nadaljnja vprašanja	107
4	Zaključne ugotovitve in predlogi	109
	Predlogi	114
5	Literatura	118
	Stvarno in imensko kazalo	138

KAZALO ILUSTRACIJ

Ilustracija 2.1: Shema izobraževanja in usposabljanja zdravnikov.....	44
Ilustracija 2.2: Sinteza teoretskega loka v "meta model" generiranja kompetenc zdravnikov družinske medicine.....	60
Ilustracija 3.1: Koncepti in spremenljivke, uporabljene pri raziskovanju ter medsebojni odnosi.....	69
Ilustracija 3.2: Prikaz povezav, testiranih v empiričnem delu	98

KAZALO TABEL

Tabela 2.1: Matrika virov profesionalnega prestiža.....	29
Tabela 2.2: Struktura in trajanje specializacije iz družinske medicine.....	52
Tabela 2.3: Pregled obstoječih kompetenčnih okvirjev oziroma modelov.....	58
Tabela 3.1: Dobljeni nabor kompetenc na fokusni delavnici.....	67
Tabela 3.2: Ocenjevanje dejanske stopnje prisotnosti kompetence in ocenjene potrebe po njej.....	68
Tabela 3.3: Sestavljanje končnega nabora kompetenc za testiranje.....	71
Tabela 3.4: Prikaz sestave vzorca po spolu	77
Tabela 3.5: Starostna struktura vzorca.....	77
Tabela 3.6: Akademska izobrazba vzorca	78
Tabela 3.7: Država diplomiranja v vzorcu	78
Tabela 3.8: Delovni staž v vzorcu.....	78
Tabela 3.9: Zaposlenost po sektorju v vzorcu.....	78
Tabela 3.10: Samoocenjena in pričakovana raven izraženosti kompetenc v vzorcu.....	83
Tabela 3.11: Nevešči posamezniki v vzorcu	84
Tabela 3.12: Ovire pri izpolnjevanju poslanstva	86
Tabela 3.13: Zadovoljstvo s kakovostjo opravljanja lastnega poslanstva	87
Tabela 3.14: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na spol.....	87
Tabela 3.15: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na državo diplomiranja	88
Tabela 3.16: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na starost.....	88

Tabela 3.17: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na študijsko oceno	89
Tabela 3.18: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na študijsko mobilnost med študijem in specializacijo.....	91
Tabela 3.19: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na število zamenjanih delodajalcev med specializacijo.....	92
Tabela 3.20: Kompetenčni profil in razlike povprečij glede na sektor	93
Tabela 3.21: Kakovost opravljanja poslanstva in korelacije z bolj generičnimi kompetencami	95
Tabela 3.22: Kakovost opravljanja poslanstva in regresije z bolj generičnimi kompetencami.....	95

PREDGOVOR K ZNANSTVENI MONOGRAFIJI

Zdravniška profesija dosega glede na sociološko teorijo med vsemi profesijami najvišjo stopnjo profesionaliziranosti, kar kaže na kompleksnost in raznoterost razvoja kompetenc v tej profesiji. Opisano problematiko lahko opazujemo na različnih ravneh in v različnih okoljih. Težavnost proučevanja razvoja kompetenc zdravniške profesije pa ni pogojena le s kontekstualnimi dejavniki in determinantami razvoja kompetenc, temveč tudi s kompleksnostjo generičnih in poklicno specifičnih kompetenc samih. Te namreč odražajo kompleksnost pridobljenega profesionalnega znanja, ki se stalno razvija, vedno večja pričakovanja pacientov in težave financiranja sistema. Težave uporabe znanja zdravnikov so povezane z raznovrstnimi pritiski na delovnem mestu, pluralnostjo, osebnostnimi lastnosti ter motivi izvajalcev zdravniške profesije. Kot navaja avtor, kompetence zdravnikov družinske medicine niso samo strogo znanstveno-tehnične narave, temveč so vpete v kontekst časa, okolja in okoliščin, v katerih jih njihovi nosilci, zdravniki, morajo uporabljati.

Področje knjige se nanaša na različne teoretske pristope, med katerimi se je avtor še posebej naslonil na upravljanje človeških virov, medicinsko sociologijo, sociologijo profesij ter analitične predstavitve dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja in usposabljanja zdravnikov. Poleg razvoja kompetenc je avtor proučeval tudi sorodna področja, kot sta recimo (samopercepcija) delovne uspešnosti in aktualno področje (ne)ujemanja kompetenc.

Izvirnost znanstvenega dela je večplastna. Prvič, omeniti velja utrjevanje interdisciplinarnega povezovanja področij sociologije dela, sociologije medicine, teorij človeškega kapitala, kot tudi specifično razvoja področja družinske medicine v delu, ki je povezan z razvojem človeških virov. Pristop k uporabi virov je originalen in odraža avtorjevo strokovno usposobljenost. Drugič, izvirnost znanstvene monografije se kaže v (omejeni) triangulacijski zasnovi raziskave, pri čemer pa je avtor uspel operacionalizirati merski inštrument na zavidljivi ravni. To je še posebej očitno ob dejstvu, da je raziskavo izvedel samostojno in ne kot član raziskovalnega projekta. V izvedbeni del anketiranja, na katerem temelji knjiga, je bilo vloženega veliko truda. Dobro zastavljen metodološki del je bil tudi solidna osnova za analizo podatkov, kar lahko omenimo kot tretje področje izvirnosti. Četrto, pristop k proučevanju izbranega poklica/profesije je relevanten za področje raziskovanja kompetenc na nacionalni in regionalni ravni: tudi za primer drugih poklicev in profesij. Petič, avtor je s preverjanjem hipotez ponudil odgovore na temeljna vprašanja razvoja kompetenc zdravniških profesij, kar prinaša posebno veljavo za področje izobraževanja, usposabljanja in dela zdravnikov. Pridobljen kompetenčni profil zdravnika družinske medicine, kot tudi vzpostavljeni merski inštrument, uteg-

ne koristiti zdravstvenim organizacijam, strokovnim združenjem zdravnikov, fakultetam in drugim izobraževalnim ustanovam na področju razvoja človeških virov na področju medicine.

Samo Pavlin

Ljubljana, 5. maj 2016

1 UVOD

Ustvarjanje, prenos in uporaba znanja se v današnji družbi poudarja na vseh ravneh: individualni, organizacijski, sektorski in (med)nacionalni. Zato ne preseneča, da je obsežen dokument s smernicami o Upravljanju znanja s poudarkom na razvoju človeških virov v zdravstvu izdala tudi Svetovna zdravstvena organizacija (WHO 2005).

Temeljna izhodišča in strategije, skladno z Lizbonsko strategijo, prevzema tudi Republika Slovenija. Večja učinkovitost javnega zdravstva pa je vpeta v večino ciljev izvajanja Lizbonske strategije. Še zlasti vpliva na kakovost in blaginjo življenja, aktivno staranje, učinkovitost in porabo državnih sredstev ter konkurenčnost gospodarstva in gospodarsko rast (Vlada RS 2005, 31). V Programu reform izvajanja Lizbonske strategije je izboljševanje zdravja zapisano kot peta prioriteta naloga (Lizbonska strategija, 41), v predlogih Ukrepov za bolj kakovostno in učinkovito zdravstvo pa je uvajanje menedžmenta v zdravstvo (ukrep 66, Vlada RS 2005b, 119) eksplicitni cilj, ki predvideva: vzpostavitev kazalcev učinkovitosti dela zdravnikov, vzpostavitev nacionalnega sistema zdravstvene informatike in stalnega sistema za celovito zagotavljanje kakovosti v zdravstvu ter zagotovitev sistematičnega in trajnega razvoja s področja zdravstvene ekonomike in menedžmenta v zdravstvu. Vse te stare cilje in zaveze lahko v sedanjosti slišimo tudi v debati okoli reforme zdravstvenega sistema v Sloveniji, ki se v trenutni obliki ne zdi trajnostno vzdržen.

V pričujočem delu so osvetljene zapletene korelacije med znanji in kompetencami ter danostmi iz strukturiranega okolja, v katerem naj bi bile uporabljane.

V Sloveniji je bilo na področju zdravniških kompetenc narejenega relativno malo. Razna strokovna združenja občasno izdajajo sezname veščin, ki naj bi jih ob zaključku specializacije obvladal specializant, in jih včasih celo poimenujejo kompetence, vendar ti sezname (opisi vsebine specializacij Zdravniške zbornice Slovenije, Osnutek dokumenta Kompetence zdravnika specialista družinske medicine Združenja družinskih zdravnikov) niso povsem sorodni definiciji kompetence, kot je uporabljana v pričujočem delu.

Za uspešnejše upravljanje znanja v zdravstvu predstavlja vzpostavitev kompetenčnega profila splošnega zdravnika temeljni in izhodiščni korak. Pri tem ni zanimivo samo, kaj vse mora zdravnik vedeti in znati, da lahko svoje delo dobro opravlja, temveč predvsem, kakšen mora pri svojem delu biti. Šele ustrezno zasnovan kompetenčni profil omogoča identifikacijo kompetenčnih standardov: meril, po katerih lahko sklepamo, da je nekdo svoje delo dobro opravljal. V celotnem metodološkem postopku bo ugotavljana diskrepanca med dejanskim in želenim stanjem kompetentnosti zdravnika, pri čemer je dejansko stanje po pričakovanjih skoraj vedno slabše od želenega.

Pričujoče besedilo se torej ukvarja z opredelitvijo kompetenc zdravnikov družinske medicine, še posebej v razmerju do celostnega opravljanja njihove profesije. Teoretski okvir, v katerega je postavljen kontekst razprave, je izrazito multidisciplinaren in temelji na naslednjih znanstvenih disciplinah in teoretskih okvirjih:

- **sociologiji medicine** oz. zdravja in **sociologiji profesij** s poudarkom na zdravniški profesiji. Sociologija raziskuje zdravje in bolezni, kajti razumevanje percepcije pojavov, povezanih z zdravjem, nam osvetli tudi delovanje družbe. Obravnava dimenzije zdravja in bolezni, ki jih samo z medicinskim pogledom ni mogoče videti (Pahor 1999), sproža razmislek o tem, v katere kotičke življenja vse medicina sega ter o družbenih vzrokih obolevanja in bolezni (White 2009, 6). Sociologi, tudi s pomočjo empiričnega raziskovanja, pojasnjujejo vpliv interakcij družbenih razredov, poklicnih interesov, moči, spola in etnične pripadnosti na razumevanje zdravja in bolezni (White 2009, 7). Sociologija predoča raznolikost razumevanja bolezni, zdravja in zdravljenja ter omogoča uvid v pacientovo izkušnjo bolezni. Ob tem je izrazita tudi razmejitev napram medicini, saj sociologija ne posega v polje naravoslovnega raziskovanja, temveč je njen namen družboslovno umestiti in razložiti naše poznavanje bolezni in zdravja v politično, kulturno in socialno okolje (White 2009, 7). Humanistične oziroma družboslovne vede se večinoma ukvarjajo z boleznijo samo, ne s patofiziološkimi mehanizmi, ampak z načinom, na katerega se bolni ljudje spopadajo z ne-zdravjem (Ule 2003, 53). Sociologija medicine je torej stičišče dveh akademskih disciplin z bistveno drugačnima zgodovinama. Medicina se je ukvarjala z zdravljenjem bolezni že od nekdaj, sociologija pa je otrok misli 19. stoletja. Ime sociologija je bilo skovano 1839, ko je Comte združil latinsko besedo socius in grško logus (Hollingshead 1973). Že desetletje kasneje je še danes cenjeni zdravnik Virchow medicino prepoznal kot socialno znanost (Virchow 1851, v Hollingshead 1973). Sprva sta sociološka misel in medicina sodelovali pri reševanju popolnoma praktičnih težav – kako prepoznati vzorce obolevanja v družbi in preprečevati nalezljive bolezni. Iz tega sodelovanja se je z vidnimi uspehi razvila sodobna epidemiologija. Ta se z detektivskim pristopom sprašuje o skupnih lastnostih obolelih za določeno boleznijo ter z identifikacijo in po možnosti odstranitvijo sprožilnega agensa. V današnjem času je ta specialnost medicine nepogrešljiv sogovornik pri izzivih kot je pojav HIV/AIDS, porast pojavnosti kroničnih nenalezljivih bolezni (srčnožilna obolenja ipd.) in novodobnih pojavih v času globalizacije: izbruhov obolenj, kot so SARS (angl. Severe Adult Respiratory Syndrome), ebola, posamezni sevi gripe ipd. Zanimivo je, da je Virchow, nemški zdravnik 19. stoletja, utemeljitelj patologije celice in odkritelj mnogih še danes veljavnih postulatov v medicini, vztrajal pri tem, da je medicina družbena veda. Zavzemal se je za to, da bi morali tudi revni imeti dostop do dobre zdravniške oskrbe, imeti pravico do svobodne izbire zdravnika, izboljšani pogoji zdravniške oskrbe pa bi morali iti z roko v roki s spremembami v socialnem okolju.

Vendar te ideje zunaj Virchowovega kroga niso naletele na plodna tla, saj so bile dojete kot preveč liberalne, hkrati pa je bil med izobraženci prisoten tudi pogled, da medicina nima nič s pozitivnimi učinki socialnih ukrepov na zdravje (Cockerham 2010). Pristopi k proučevanju stvari sociologije medicine se v glavnem razlikujejo glede na to, s katerega gledišča pristopajo k preučevanju: z družbenega ali z vidika posameznika (Pahor 1999). Teorije, ki se lotevajo preučevanja snovi z družbenega vidika, predpostavljajo, da je bolezen predvsem težava družbe kot sistema vrednot in norm. Glavni veji sociologije medicine sta funkcionalistični pristop in marksizem. Z vidika posameznika pa dogajanje osvetljujejo predvsem simbolični interakcionizem, Webrova teorija delovanja ter Giddensova teorija strukturacije. Feministični pristop je mogoče prištevati k družbenemu pristopu (Haralambos in Holborn 1995; Pahor 1999). Položaj zdravnikov v družbi opisuje še proces profesionalizacije in deprofesionalizacije, ki se mu posveča pozornost v teoretskem delu;

- **upravljanju človeških virov** oziroma kadrovskem menedžmentu in **upravljanju znanja**. Upravljanje človeških virov oziroma menedžment človeških virov ali tudi kadrovski menedžment je relativno mlada disciplina, ki se ukvarja s kadri in njihovimi lastnostmi. Pojavilo se je v času industrijske revolucije, prvotno predvsem zaradi občutljivosti nekaterih delodajalcev do socialnega stanja zaposlenih. Kmalu so se naloge področja širile s socialne dimenzije na področje usklajevanja delovnih nalog in delavcev. Razmah je kadrovski menedžment doživel v času obeh svetovnih vojn, ko se je pojavila potreba po hitri mobilizaciji velikega števila delavcev v kratkem času in njihovega učinkovitega integriranja v proizvodne procese (Bratton 1999, 4-35; Svetlik in Zupan 2009, 17-58). V zadnjem času se išče nove možnosti za večanje produktivnosti in zmanjševanje trenj med interesi posameznikov in organizacij – prepoznavanje vloge medosebnih odnosov in vseh struktur, ki jih lahko navežemo nanje (Bratton in Gold 1999). Izziv upravljanja s človeškimi viri je lahko definiran kot zagotavljanje optimalnega srečevanja med organizacijo in v njej delujočimi posamezniki, kar naj bi bilo vodilo do učinkovitega in uspešnega doseganja organizacijskih ciljev na eni ter čim polnejšemu zadovoljevanju potreb in interesov posameznikov na drugi strani (Svetlik 2005). Zanimanje za kompetence, ki so lahko v tem kontekstu orodje kadrovikov in vodij v delovnem okolju, je med prvimi sprožil McClelland, ko je leta 1973 začel poudarjati, da je bistvenjšega pomena kot faktografsko znanje tisto znanje, ki ga je posameznik v konkretnih okoliščinah sposoben konstruktivno uporabiti (McClelland v Pezdirc 2005). Na področju zdravstva je upravljanje človeških virov posebnega pomena, saj so človeški viri kritična in temeljna komponenta sistema, ki neposredno vpliva na način, kako bolnišnice in druge organizacije oskrbijo in skrbijo za bolnike, ter ima največji vpliv na kazalce uspešnosti in učinkovitosti (Zairi 1998, 48). Z nadaljnjo diskusijo in rezultati bo pokazano, na kakšni stopnji je razvoj upravljanja s človeškimi viri v slovenskem zdravstvu.

Razprava se v relevantnih delih nanaša še na zdravniški pogled razvoja lastnih kadrov s poudarkom na družinski medicini.

V razpravi bodo uporabljane naslednje opredelitve pomembnih pojmov (pot do opredelitve je opisana v odgovarjajočih poglavjih):

Zdravnik družinske medicine: profesionallec, ki vodi primarno zdravstveno oskrbo z zmožnostjo reševanja specifičnih problemov s celostni pristopom in usmerjenostjo v skupnost; s sposobnostjo celovitega oblikovanja modelov (v smislu kontekstualizacije zdravstvenih težav); operacionalizirano v namene raziskave – specialist družinske medicine v Sloveniji.

Kompetence: sposobnosti za izpolnjevanje kompleksnih (delovnih) zahtev.

Generične kompetence: sposobnost pisnega in slušnega razumevanja ter pisnega in ustnega sporočanja v maternem jeziku; sposobnost pisnega in slušnega razumevanja ter pisnega in ustnega sporočanja v tujem jeziku; sposobnost uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije; interpersonalne kompetence v smislu veščin s področja nekonfliktne komunikacije in empatije (v namen izvedljivosti raziskave so nekatere izpuščene).

Poklicno specifične kompetence: skupne pripadnikom poklicnih skupin, ki se nanašajo na podobna delovna opravila, ne glede na to, v kateri organizaciji je delo dejansko opravljeno.

Glede na zapisane dileme je glavno raziskovalno vprašanje raziskave, katere so poklicno specifične kompetence zdravnikov družinske medicine v Sloveniji in kako so vpete v kontekst okolja, v katerem so uporabljane.

Glavni raziskovalni problem, s katerim se ukvarja pričujoče delo, je poiskati nabor kompetenc v kompetenčnem profilu zdravnikov družinske medicine v Sloveniji ter identificirati dejavnike, ki vplivajo na njihov razvoj oziroma stopnjo izraženosti.

1.1 Teoretski kontekst kompetenc

S pregledom virov in teorij s področja sociologije medicine oz. zdravja in sociologije profesij s poudarkom na zdravniški je razgrnjen teoretski lok in raziskovalni problem umeščen v ustrezno širok teoretski kontekst. Sociologija medicine ponuja vpogled v stik med družbo in medicino ter tako nudi možnost o medicini razmišljati tudi kot o mehanizmu nadzora (disciplinatorsna vloga medicine) in hkrati opozori na avtoriteto, ki jo v ta namen družba podeli zdravniku ter s tem sooblikuje, kaj se od zdravnika v družbi pričakuje. Ponuja teoretske modele in razlage interakcij zdravnika z drugim zdravstvenim osebjem in z bolniki (Cockerham 2010; Toš in Malnar 2002). Vse to je bistvenega pomena pri razumevanju vsebine dela, ki ga opravlja zdravnik, in na kar se lahko navezujejo zanj potrebne kompetence.

Pri analizi za delo potrebnih znanj, veščin in vzorcev obnašanja je nujno poznati teoretično ozadje, ki ga ponuja pregled upravljanja s človeškimi viri in upravljanja z znanjem. Obe sta mladi disciplini, ki se mnogokrat prepletata. Skozi perspektivo kompetenc prva ponuja vpogled v to, kakšen naj bo zaposleni, da bo optimalno opravljal svoje delo v skladu s cilji organizacije in lastnimi razvojnimi cilji (Svetlik 2005), druga pa osvetli problematiko prilagajanja nepopolnega posameznika spreminjajočim se zahtevam na delovnem mestu in v širšem delovnem okolju (Storey idr. 2006). Za zdravnikovo delo je izjemnega pomena dopolnjevanje faktografskega znanja z osebno izkušnjo in vključevanje zadnjih dosežkov znanosti v vsakdanje delo, zato disciplina upravljanja z znanjem ponuja pomemben vpogled na faktorje, ki bi utegnili biti pomembni za delo zdravnikov.

Ob pregledu teorij in razlag izven strogih meja medicine je pri razumevanju razvoja kompetenc zdravnika družinske medicine nujno poznati poglede na razvoj lastnih kadrov zdravništva samega. Ta vpogled ponuja predvsem vrsta pravilnikov Zdravniške zbornice Slovenije, področna zakonodaja in predpisi delodajalcev, na katerih sestavo ima zdravniška profesija dokaj velik vpliv.

Kot že zapisano uvodoma, je med prvimi zanimanje za kompetence v delovnem okolju sprožil McClelland, ko je začel poudarjati, da je bistvenejšega pomena konstruktivno uporabljeno kot faktografsko znanje (McClelland v Pezdirc 2005). Še tesnejše kompetence z delom torej, kot je že bilo zapisano, poveže Boyatzis (1982).

Kompetence se torej nanašajo tako na (Spencer in Spencer 1993, 9-10) motive v smislu generatorjev posameznikovega delovanja, osebne lastnosti (*angl.* traits) kot fizične značilnosti ter načine odzivanja posameznika na situacijo, samopodobo (*angl.* self-concept) v smislu navad in vrednot ter znanja v smislu informacij, ki jih ima oseba na specifičnih področjih ali v smislu sposobnosti opraviti fizično ali umsko delo.

Pojem ključnih/temeljnih/generičnih kompetenc se nanaša na večfunkcijske in transdisciplinarne kompetence, ki so uporabne pri doseganju mnogih pomembnih ciljev, pri soočanju z različnimi

nalogami in pri delovanju v nepoznanih situacijah (Weinert 2001 v Kohont 2005, 57). Eurydice (v Kohont 2005, 57) izpostavlja tri kriterije določanja ključnih kompetenc: (1) Ključne kompetence morajo potencialno prispevati k dobrobiti vseh članov družbe. Pomembne morajo biti za celotno populacijo, ne glede na spol, razred, raso, kulturo, družinske korenine ali materin jezik. (2) Biti morajo skladne z etičnimi, ekonomskimi in kulturnimi vrednotami in normami obravnavane družbe. (3) Pomemben je kontekst, v katerem so ključne kompetence uporabljene. Kontekst ključnih kompetenc ne vsebuje določenih življenjskih stilov, temveč le najbolj običajne in verjetne situacije in družbene vloge v življenju pripadnikov družbe. Izpostavlja področja ključnih kompetenc: komunikacija v maternem jeziku; komunikacija v tujem jeziku; informacijsko-komunikacijska tehnologija; numeričnost in matematične, metodološke in tehnološke kompetence; podjetništvo; interpersonalne in državljanske kompetence; učiti se učiti; kultura. Na tem mestu naj obvelja opozorilo, da med avtorji obstajajo razlike pri poimenovanju generičnih/ključnih kompetenc ter da to ustvarja dodatne nejasnosti.

Tipološko ožja stopnja so delovno specifične kompetence. So vidiki aktivnosti v določeni delovni vlogi, povezani z učinkovitim delovanjem v tej vlogi. Skupne so pripadnikom poklicnih skupin, ki se nanašajo na podobna delovna opravila, ne glede na to, v kateri organizaciji je delo dejansko opravljeno. Posameznika na konkretnem delovnem mestu je mogoče okarakterizirati s še ožjim naborom kompetenc, ki so odraz zahtev posameznih organizacij. Organizacijsko specifične kompetence posameznika so torej sredstva, s katerimi posameznik prilagaja svoj način delovanja organizacijski kulturi, ne glede na to, katero vlogo ima v njej. Delovno specifične kompetence, še ožja stopnja, so tako povezane z delovanjem na določenem delovnem mestu, funkcioniranjem v določeni vlogi; organizacijsko specifične kompetence posameznika pa s tem, kako bo posameznik odigral vlogo pripadnika organizaciji nasploh. Avtorji (npr. Boyatzis 1982) ločeno prepoznavajo še managerske kompetence, tiste, ki omogočajo menedžerju funkcioniranje v določeni delovni vlogi (Pezdiric 2005).

1.2 Raziskovalna izhodišča in cilji

Znanja in veščine zdravnikov družinske medicine niso samo strogo znanstveno-tehnične narave, temveč so vpeta v kontekst časa, okolja in okoliščin, v katerih jih njihovi nosilci, zdravniki, morajo uporabljati.

V pričujočem besedilu ne bo obravnavan le odnos med formalnim sistemom izobraževanja in kompetencami, vpliv ovir v delovnem okolju na kompetence ali medsebojnih vplivov med kompetencami, temveč bo obravnavano tudi, kako zdravniki ocenjujejo sebe (kar lahko ponudijo na delovnem mestu), kako ocenjujejo pričakovane zahteve delodajalca ter kako morebiten študij v tujini vpliva na razkorak med dojetimi samoocenjenimi sposobnostmi.

Ob tem je potrebno poudariti, da so kompetence pridobljene in uporabljane vedno v kontekstu organizacije in kulture. Njihov dobeseden prepis iz drugega okolja ni le neuporaben, temveč je lahko za organizacijo/sistem tudi škodljiv. Pridobljen kompetenčni profil in iz podatkov ter intervjujev izpeljani nasveti utegnejo koristiti celotnemu sistemu zdravstvenega varstva in še posebej:

- zdravstvenim organizacijam,
- strokovnim združenjem zdravnikov,
- fakultetam in drugim izobraževalnim ustanovam s področja zdravstva.

Je mogoče neizmerno pisano delo zdravnika družinske medicine popisati s seznamom kompetenc? Lahko kompetenčni profil zajame vse, kar mora zdravnik znati opraviti? Kakšna je praktična vrednost ukvarjanja s kompetencami pri zdravnikih družinske medicine? To so samo nekatera izmed številnih vprašanj, ki se porajajo ob razmišljanju o pričujoči tematiki. Odgovori nanje pa, na žalost, niso in ne morejo biti enoznačni. Ustvarjanje kompetenčnega profila že vnaprej pomeni omejevanje na obvladljivo število posamičnih kompetenc. Te seveda ne morejo zajeti prav vseh predvidenih in nepredvidljivih situacij, v katerih se lahko znajde zdravnik družinske medicine pri svojem delu v danem času in prostoru. Lahko pa ponudi tak seznam vpogled v to, kje se v danem trenutku poklicna skupina nahaja, kam utegne zajadrati ter predvsem ponuja vzvod kontroliranega prehoda iz enega sanja v drugega ter lahko tako pomaga preprečevati sistemski in osebni stres ob ustreznem planiranju za spremembe.

Jasno je, da se znotraj medicine v zadnjih desetletjih dogajajo ogromni premiki. Od zdravljenja pretežno nalezljivih bolezni in relativno jasnim odnosom znaki-in-simptomi-bolezni – povzročitelj – zdravilo, se je torišče medicine s spremembami v družbi (staranje, premožnost) premaknilo na eni strani k svetovanju in zdravljenju življenjskih slogov, na drugi strani pa je medicina postala soga-vornica na mnogo netradicionalnih področjih udejstvovanja (tako imenovana medikalizacija druž-be), z napredkom znanosti pa se v določenih kontekstih zdravniki ukvarjajo z zdravljenjem tako zelo fokusirano, da dobesedno spreminjajo telesu lastne molekule (npr. gensko zdravljenje). Še tako fokusirana zdravljenja pa ne potekajo v osami, saj k zdravniku ni prišla obolela molekula, temveč posameznik z vsemi svojimi prednostmi in slabostmi, s svojimi sanjami in predstavami, z bližnjimi ter mrežo kontaktov v svojem vsakdanjem življenju. Umetnost medicine, še posebej družinske medicine, je prehajanje med sferami razmišljanja – od molekul do populacij ter od posamičnih pojavnosti k skupnim pravilom ter nazaj. Pri tem obstaja upanje, da je najpomembnejši del družinske medicine vendarle mogoče opisati. Avtor sem se zatekel k uporabi nekaterih družboslovnih miselnih orodij pri opisovanju fenomena zdravnika družinske medicine ter upam, da bo bralcu pričujoče besedilo prav tako zanimivo, kot je meni ter da bo ponudilo drugačen vpogled v to, kaj zdravnik družinske medicine je in kaj počne. Če bo s publikacijo besedila vzpodbujena kakšna meddisciplinarna razprava več, pa je moj cilj tudi dosežen.

2 TEORETSKA KONTEKSTUALIZACIJA KOMPETENČNEGA PRISTOPA

Eden izmed problemov sodobne znanosti je kompartmentalizacija znanja. Znotraj medicine so to vidi tako, da določeno znanje postane takorekoč last posamezne (sub)specialnosti ter kot tako ločnica od drugih specialnosti ter vir strokovnega prestiža. Če takšne razlike obstajajo že znotraj ene veje znanosti, si je mogoče misliti, kakšne razlike obstajajo med vejami oziroma disciplinami. Razlike so tako velike, da raziskovalci, četudi morda govorijo o istem pojavu, ne govorijo nujno istega jezika, saj so med svojim izobraževanjem, usposabljanjem in raziskovanjem osvojili latovščino svojega raziskovalnega kroga. Posledično je pretok znanja med disciplinami večinoma otežen in to ne prispeva k hitrejšemu skupnemu napredku. Pri kompetencah je to še posebej izraženo, saj v klasičnem pomenu besede pomenijo nekaj povsem drugega kot v pomenu, ki je uporabljan v pričujočem besedilu.

V tem poglavju bo zato najprej govora o splošnejših vidikih raziskovanja: natančneje bo pojasnjeno, o čem bo v razpravi tekla beseda; opredeljeno bo žarišče pozornosti raziskave. S tem bo podan enoten jezikovni okvir ter definirani miselni procesi, ki bodo v nadaljevanju uporabljeni. Podan bo kratek pregled področja kompetenc z nekaj ključnimi definicijami ter kratek pregled delovnih nalog zdravnika družinske medicine.

2.1 Sociološki vidiki medicine in zdravniške profesije

S pregledom dokaj širokega polja sociologije medicine oz. zdravja je cilj umestiti pričujočo raziskavo v širši teoretski okvir, ki omogoča vpogled v stik med družbo in medicino ter tako nudi možnost o nalogah zdravnika razmišljati širše. Ponuja teoretske modele in razlage interakcij zdravnika z drugim zdravstvenim osebjem in z bolniki (Cockerham 2010; Toš in Malnar 2002). To je ključnega pomena pri razumevanju vsebine dela zdravnika, na kar se navezujejo potrebne kompetence.

Sociologija raziskuje zdravje in bolezen, kajti razumevanje percepcije pojavov, povezanih z zdravjem, nam osvetli tudi delovanje družbe. Obravnava dimenzije zdravja in bolezni, ki jih samo z medicinskim pogledom ni mogoče videti (Pahor 1999), sproža razmislek o tem, v katere kotičke življenja vse medicina sega, ter o družbenih vzrokih obolevanja in bolezni (White 2009, 6). Sociologi, tudi s pomočjo empiričnega raziskovanja, pojasnjujejo vpliv interakcij družbenih razredov, poklicnih interesov, moči, spola in etnične pripadnosti na razumevanje zdravja in bolezni (White 2009, 7). Sociologija predoča raznolikost razumevanja bolezni, zdravja in zdravljenja ter omogoča uvid v pacientovo izkušnjo bolezni. Ob tem je izrazita tudi razmejitev napram medicini, saj sociologija ne posega v polje naravoslovnega raziskovanja, temveč je njen namen družboslovno umestiti in razlo-

žiti naše poznavanje bolezni in zdravja v politično, kulturno in socialno okolje (White 2009, 7). Humanistične oziroma družboslovne vede se večinoma ukvarjajo z boleznijo samo, ne s patofiziološkimi mehanizmi, ampak z načinom, na katerega se bolni ljudje spopadajo z ne-zdravjem (Ule 2003, 53).

Sociologija medicine je torej stičišče dveh akademskih disciplin z bistveno drugačnima zgodovina. Medicina se je ukvarjala z zdravljenjem bolezni že od nekdanj, sociologija pa je otrok misli 19. stoletja. Ime sociologija je bilo skovano 1839, ko je Comte združil latinsko besedo socius in grško logos (Hollingshead 1973). Že desetletje kasneje je še danes cenjeni zdravnik Virchow medicino prepoznal kot socialno znanost (Virchow 1851 v Hollingshead 1973). Sprva sta sociološka misel in medicina sodelovali pri reševanju popolnoma praktičnih težav – kako prepoznati vzorce obolevanja v družbi in preprečevati nalezljive bolezni. Iz tega sodelovanja se je z vidnimi uspehi razvila sodobna epidemiologija. Ta se z detektivskim pristopom sprašuje o skupnih lastnostih obolelih za določeno boleznijo ter z identifikacijo in po možnosti odstranitvijo sprožilnega agensa. V današnjem času je ta specialnost medicine nepogrešljiv sogovornik pri izzivih, kot je pojav HIV/AIDS, porast pojavnosti kroničnih nenalezljivih bolezni (srčnožilna obolenja ipd.) in novodobnih pojavih v času globalizacije: izbruhov obolenj (npr. SARS (angl. Severe Adult Respiratory Syndrome), ebola, posamezni sevi gripe ipd.). Zanimivo je, da je Virchow, nemški zdravnik 19. stoletja, utemeljitelj patologije celice in odkritelj mnogih še danes veljavnih postulatov v medicini, vztrajal pri tem, da je medicina družbena veda. Zavzemal se je za to, da bi morali tudi revni imeti dostop do dobre zdravniške oskrbe, imeti pravico do svobodne izbire zdravnika, izboljšani pogoji zdravniške oskrbe pa bi morali iti z roko v roki s spremembami v socialnem okolju. Vendar te ideje zunaj Virchowega kroga niso naletele na plodna tla, saj so bile dojete kot preveč liberalne, hkrati pa je bil med izobraženci prisoten tudi pogled, da medicina nima nič s pozitivnimi učinki socialnih ukrepov na zdravje (Cockerham 2010).

Druga veja znotraj medicine, h katere nastanku je botrovalo sodelovanje med sociologi in zdravniki, je socialna medicina. Ta se ukvarja s socialnoekonomskimi vidiki obolevanja in tesno sodeluje z epidemiologi, predvsem pri preprečevanju bolezni. V Sloveniji sta obe veji združeni v specialnost javno zdravje, najvišja institucija tega področja pa je Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Zgodovinski razvoj vloge in poklica zdravnika od vračev ter šamanov primitivnih družb, kjer je bila smrt (in bolezen) dojeta kot posledica zunanjega agensa (zle misli soseda, demona, bogov ...) in je šaman pri obvladovanju bolezni in ritualov okoli smrti deloval na polju metafizičnega, preko zgodnjeresrednjeveškega dojemanja smrti kot stalne spremljevalke življenja (upodobitve plesov posameznikov z njihovimi mrtvimi odsevi) z vlogo zdravnika kot pomagalca naravnemu poteku stvari, se je trenutno razvoj ustavil pri modernejšem zdravniku. Zdravniku, ki se postavi med bolnika in smrt z znanstvenim pristopom - šele v začetku dvajsetega stoletja - ter je pravzaprav odraz družbenega

dojemanja bolezni in smrti skozi zgodovino ter (pol)zavedne težnje poklicne skupine k obvladovanju monopola na področju zdravja in bolezni. Tak razvoj in nepričakovana razširitev domene zdravja in bolezni na toliko sfer življenja ponuja veliko snovi za (sociološki) razmislek (Illich 2010, ponatis – originalna izdaja 1976).

Sociologija medicine kot veja sociologije je sprva vzcvetela v povojnih Združenih državah Amerike, ko so dobro sodelovanje iz vojnih časov zdravniki in sociologi nadaljevali tudi v miru. V vojnih časih je bilo namreč nujno čim učinkoviteje pristopiti k reševanju nastalih težav, tako doma kot na frontah, zato je bil prispevek vseh vpletenih k čim boljšemu izidu nadvse dobrodošel. Po vojni se je pojavilo zadostno financiranje, predvsem iz zasebnih virov, in začela se je razvijati samostojna in danes posamično najobsežnejša veja sociologije (dasiravno relativno pozno glede na ostala področja, ki so zanimala sociologe (Durkheima, Marxa, Webra) pri nastajanju sociologije kot vede). Kritičen preobrat se je zgodil, ko je Parsons 1951 objavil knjigo *The Social System*. V njej je predstavil kompleksen strukturalno-funkcionalistični model družbe ter v njej formuliral tudi idealno predstavo o tem, kako se ljudje v zahodni družbi obnašajo, ko zbolijo. Ključen za nadaljnji razvoj je bil tudi pogled na bolezen kot deviantnost (oboleli niso sposobni v polni meri prispevati k družbenemu življenju ali so celo kontraproduktivni) in medicino kot mehanizem za nadzor (identificiranje/certificiranje bolnih ter s tem upravičevanje predpisanega obnašanja bolnega za določen čas) oziroma korekcijo neželenega obnašanja.

Sledile so burne razprave in pomnožitev teorij, ki razlagajo, kako se obnašamo, ko zbolimo (Parsonsovemu modelu je utemeljeno mogoče očitati, da z njim ni mogoče razložiti prav vseh pogledov bolezni), začele pa so se tudi nadaljnje delitve znotraj sociologije medicine. Ameriški in evropski pristop je ena takih delitev (ameriški sociologi so si vsled zanesljivih virov financiranja lahko privoščili več teoretskega razlaganja, evropski so, nasprotno, s svojim znanjem običajno reševali konkretne probleme zdravstva). Nadalje je mogoče razločiti sociologijo medicine in sociologijo v medicini (prva se ubada z organizacijskimi, družbenimi in drugimi širšimi dimenzijami zdravstva, slednja pa odgovarja na konkretna vprašanja stroke). To so samo nekateri kriteriji delitev, ki pa so v zadnjem času vse manj pomembni (Pausolo in Rahkonen 1989). Reforme zdravstvenih sistemov, upravljanje, vpliv socialnoekonomskega statusa na zdravje, spremenjeni pogledi na zdravje in bolezen, vse širša domena medicine in drugi izzivi namreč predstavljajo zelo obširno področje, ki za razumevanje in morebitno vplivanje potrebuje celostne pristope.

2.1.1 Perspektive sociologije medicine

Kot je že bilo omenjeno, je potrebno omeniti, kaj je klasično torišče udejstvovanja sociologa v medicini in kaj torišče sociologije medicine, predvsem v ZDA, manj pa drugje po svetu. Sociolog(ija) v

medicini običajno tesno sodeluje z zdravniki in drugimi zdravstvenimi delavci ter obravnava dejavnike, ki so pomembni za reševanje dotičnega zdravstvenega problema. Zdravstvene težave so običajno zakoreninjene globoko v prostoru med posamezniki, tako pri nenalezljivih boleznih (ko jim botruje izbira življenjskega sloga na dolgi rok, dejavniki, kot so spol, starost, socioekonomski status, etnična pripadnost, izobrazbena struktura, poklic) kot tudi infekcijskih (zadnji primer je, na primer, izbruh ebole, ko je bil pomemben vidik ločenosti od družine med karanteno v družbi, temelječi na družinskem življenju ter tudi vidik, na kakšen način se živi poslavljajo od mrtvih ter kako preprečiti, da se infektivni agens pri tem ritualu ne prenese na zdrave).

Sociologija medicine pa ima nekoliko drugačen poudarek: ukvarja se z dejavniki organizacije, odnosi med vlogami oziroma poklici, normami, vrednotami ter prepričanji znotraj medicine kot oblikami človeškega obnašanja.

Transdisciplinarni pristopi tako sociologom medicine omogočajo, da raziskujejo probleme v medicini z neodvisnega sociološkega gledišča.

Pristopi k proučevanju stvari sociologije medicine se v glavnem razlikujejo glede na to, s katerega gledišča pristopajo k preučevanju: z družbenega ali z vidika posameznika (Pahor 1999). Teorije, ki se lotevajo preučevanja snovi z družbenega vidika, predpostavljajo, da je bolezen predvsem težava družbe kot sistema vrednot in norm. Glavni veji sta funkcionalistični pristop in marksizem. Z vidika posameznika pa dogajanje osvetljuje predvsem simbolični interakcionizem, Webrova teorija delovanja ter Giddensova teorija strukturacije. Feministični pristop je mogoče prištevati k družbenemu pristopu (v Haralambos in Holborn 1995; Pahor 1999).

Funkcionalistični pristop v osnovi izhaja iz dela Durkheima, ki se je ukvarjal s procesi in omejitvami, ki integrirajo posameznika v večjo socialno skupnost. Verjel je, da ima družba, ko je visoko integrirana, svoje posameznike pod strogo kontrolo. Individuumi so integrirani v družbo zaradi sprejemanja vrednot skupnosti, ki so uveljavljene z interakcijami z drugimi, ki verjamejo v enak sistem vrednot. Še posebej je pomembno sodelovanje v dogodkih, ki praznujejo družbene tradicije in vključenost v delovne procese.

Kot člani družbe so posamezniki omejeni v njihovem obnašanju z zakoni in običaji. Te omejitve, družbena dejstva, je Durkheim definiriral kot vsako dejanje, fiksirano ali ne, ki na posameznika prenaša neko zunanjo omejitev. Po Durkheimu družba obstaja onstran in nad posamezniki. Vrednote, norme in drugi socialni vplivi se tako "spustijo" na posameznika in oblikujejo njegovo obnašanje. Družbeni nadzor je tako resničen in posamezniku eksteren (Durkheim 1950 v Cockerham 2010, 3).

Parsons je s funkcionalističnega vidika družbe opisal bolezen kot slabost posameznika, ki ogroža družbeni sistem, zato so se razvili sistemi za korekcijo neželenega obnašanja oz. minimalizacijo škode. Marx poudarja pomen prehoda od individualistične oskrbe v korporativistični tip zdravljen-

ja (bolnišnice), k vse večji specializaciji, pomenu hierarhije, proletarizaciji zdravniškega poklica, ki postaja mezdni. Podarja tudi pomen nezdravega delovnega okolja za obolevnost. Feministični pristop osvetli vlogo žensk v družbi in medicini s tezo, da medicina dandanes nadzoruje žensko spolnost in reprodukcijsko sposobnost, kot jo je v preteklosti religija. Išče in razlaga razlike v obravnavah žensk in v dinamiki znotraj delovnega okolja, ki se v medicini feminizira (Pahor 1999).

Z vidika posameznika pristopi simbolistični interakcionizem, kot ga razvije npr. Goffman ter Cooley, z osebno izkušnjo bolezn, ko vsi igramo vloge v „drami bolezn in zdravja“. Posamezniki smo v tem pristopu kreativni, misleči organizmi, ki so sposobni izbrati obnašanje namesto strogo mehansko odgovoriti na socialne procese (Mead 1934 v Cockerham 2010, 91-93). Ta pristop predpostavlja, da so dejanja posameznikov izbrana in izpeljana na podlagi skupnega razumevanja, simboliziranega z jezikom, ki se ga deli, komunicira ter manipulira s strani integrirajočih posameznikov v socialnih situacijah. Cooley (1922) je zagovarjal tezo, da so naši koncepti jaza rezultat socialne interakcije, v kateri vidimo odsev jaza v drugih ljudeh. Ta koncept ima tri osnovne komponente: prvič, v naši domišljiji se vidimo, kakor mislimo, da izgledamo drugemu; drugič, v naši domišljiji vidimo sodbo drugega glede nas samih in tretjič, kot rezultat tega, kar vidimo v naši domišljiji o tem, kako nas vidi druga oseba, občutimo neke vrste samo-občutenje, na primer zadovoljstvo, ponos ali ponižanje.

Goffman je poznan po pristopu "življenje kot gledališče". Verjel je, da morajo ljudje za socialno interakcijo imeti na voljo informacije o drugih udeležencih v skupnem dogodku. Te informacije se prenašajo preko zunanjega videza posameznikove izkušnje s podobnimi posamezniki, socialne prilike ter, najpomembnejše, iz informacij, ki jih posameznik sporoča o jazu (*anlg.* self) z besedami in dejanji. Zadnja kategorija je lahko zavajajoča, saj je izpostavljena nadzoru posameznika ter odgovarja vtisu, ki ga posameznik poskuša projicirati in kar lahko ostali sprejmejo. Te informacije so pomembne, ker pomagajo vnaprej definirati situacijo ter udeležencem dajo vedeti, kaj se pričakuje od njih. Goffman je to imenoval "upravljanje z vtisi" (Goffman 1956).

Za pričujoče delo je pomembno imeti osnoven pregled nad simbolnim interakcionizmom, saj ponuja dober vpogled v družbeno genezo stresa. Identificira ključno spremenljivko: percepcijo posameznika. Kako ljudje občutijo sebe, definirajo situacije ali upravljajo z vtisi, lahko vodi do stresnih situacij, te pa do zdravstvenih posledic. To ni pomembno samo z vidika tega, da je posledično pričakovati, da se morajo znanja in veščine zdravnikov prilagoditi spopadanju s stresom njihovih bolnikov, temveč tudi za to, da pomaga razumeti, od kod prihaja stres na delovnem mestu zdravnika družinske medicine. Stres na delovnem mestu ima lahko za posledico veliko negativnega (absentizem, velik obrat zaposlenih, zapuščanje organizacije, (avto)agresivnost ...), zato ga je potrebno vsaj površno poznati.

Nadaljnje pomembno polje sociologije medicine je obravnava obnašanja v času zdravja in bolezni. Obnašanje v času bolezni so aktivnosti osebe, ki se ne počuti zdrava z namenom definiranja bolezni ter iskanja zdravila zanjo (Kasl in Cobb 1966). Obnašanje v času zdravja pa je definirano kot aktivnosti posameznikov z namenom ohranjanja ali izboljšanja zdravja, preprečevanja težav ali doseganja pozitivne telesne samopodobe (Cockerham 2000). Aktivnosti, ki promovirajo zdravje, se širijo med naprednimi družbami, kar se lahko vidi v zmanjševanju srčnožilnih obolenj, upadu deleža kadičev ter podaljšani pričakovani življenjski dobi.

WHO (1988) trdi, da so se bistvene izboljšave v zdravju populacij v devetnajstem stoletju zgodile vsled inženirskih metod – izgradnje varnih virov vode, kanalizacije ter proizvodnje dostopne hrane za urbana okolja z mehanizacijo kmetijstva. Te metode še danes izboljšujejo zdravje ljudi v deželah v razvoju. Prvih 60 let dvajsetega stoletja je bila era medicine, v kateri je bil dominanten pristop k bolezni z masovnim cepljenjem ter uporabo antibiotikov za nadzor okužb. WHO je mnenja, da dandanes družbe vstopajo v postmedicinsko ero, v kateri je fizična dobrobit spodkopavana predvsem s strani družbenih in okoljskih faktorjev. Ti faktorji se sestojijo iz nekaterih vrst individualnega vedenja (prenajedanje, kajenje), odpovedi družbene organizacije (osamljenost), ekonomskih faktorjev (revščina) ter fizičnega okolja (onesnaženost), ki so hkrati najbolj odporni na izboljšave s strani medicine, zato posamezniki raje izberejo bolj zdrav življenjski slog, kot pa se soočajo s tveganjem za bolezni, za katere ne obstajajo enostavna zdravila (npr. sladkorna bolezen).

Marx je zagovarjal tezo, da je posameznikovo mesto v socialni strukturi (razredu) definirano samo z njegovim dostopom do družbenih sredstev produkcije. Po Webrovem (1922) samo z družbenimi razredi ni mogoče razložiti družbenega položaja posameznika, temveč sta pomembna še status in prestiž. Statusna skupina oziroma družbeni razred se tako nanaša na skupino ljudi, ki si delijo podobne materialne okoliščine, prestiž, izobrazbo, politični vpliv ter življenjski slog. V resnici prav življenjski slog pomeni razločnico med posameznimi statusnimi skupinami. Weber je tako trdil, da življenjski slog ni osnovan na tem, kaj posameznik proizvaja, temveč na podlagi tega, kar konzumi- ra oziroma troši – življenjski slog je odraz vrste in količine dobrin ter storitev, ki jih posameznik uporablja ali troši. Razlika med skupinami tako ni v njihovem odnosu do produkcijskih sredstev, temveč v njihovem odnosu do potrošnje. Ko posameznik živi zdrav življenjski slog, z njim želi producirati zdravje, cilj te aktivnosti pa je, tako Weber, konzumacija. Ljudje želijo izboljšati svoje zdravje z nekim namenom – daljše življenje, delo, spolna privlačnost, izboljšana izkušnja njihove fizične biti.

Crawford (2005) trdi, da je zdravje postalo metafora za potrošnjo. Zdravje omogoča posamezniku svobodo potrošnje z namenom zadovoljiti osebne potrebe, obilnost medijske pozornosti zdravju in življenjskemu slogu pa je zmanjšala samozadovoljnost z ohranjanjem zdravja. Mediji so ukvarjanje

z zdravjem proglasili za svoj življenjski slog, kar ima za posledico poplavo komercialnih dobrin (športna oprema, zdrava hrana ...), ki naj bi posamezniku pomagala pridelati zdravje.

Weber (1922) je podal tudi socioekonomske vidike, potrebne za določen življenjski slog. Razlikoval je (*nem.*) Lebensführung (se nanaša na izbire, ki jih imajo posamezniki znotraj določenega življenjskega sloga) in Lebenschancen (se nanaša na verjetnost najti zadovoljenje za interese, želje in potrebe, torej na finančne vire, status pravice, družbene odnose), ki skupaj tvorita Lebensstil. Življenjski slogi pa niso nujno ograjeni znotraj družbenega razreda, temveč se lahko razširijo tudi izven originalnih.

Rosenstock ter Hochbaum in Kegels (1952) so želeli izdelati psihosocialni model, s katerim bi bilo mogoče obrazložiti, kako se zdravi ljudje izogibajo bolezni – poimenovan je model vere v zdravje (*angl.* health belief model). V njem trdijo, da je percepcija ogroženosti osebnega zdravja odvisna od najmanj treh faktorjev: splošnih vrednot o zdravju (ki vključujejo zanimanje in zaskrbljenost za zdravje), specifično prepričanje o dojemljivosti za določeno grožnjo zdravju ter prepričanju o posledicah določene zdravstvene težave. Ko posameznik percipira grožnjo njegovemu zdravju ter je simultano vzpodbujen k dejanjem ter njegova dojeta dobrobit pretehta dojete stroške/ovire, bo najverjetneje vzpodbujano dejanje tudi izvedel. Na to posameznikovo odločitev pa lahko vplivajo nekatere spremenljivke (npr. demografske, sociopsihološke in strukturalne). Hochbaum, Rosenstock in sodelavci so tako zagovarjali tezo, da je za izvedbo neke odločitve oziroma dejanja potreben ustrezen sprožilni stimulus, v katerega trenutku posameznik pretehta svoje možnosti in izbere zanj ustrezen način ukrepanja. Če je percepcija poti do želenega obnašanja/dejanja dovolj enostavna, če je percepcija koristnosti tega obnašanja/dejanja dovolj velika in če je percepcija ogroženosti dovolj strašna, bo torej posameznik izbral priporočena dejanja. Ta model je v medicini pomemben predvsem za razumevanje preventivnih akcij v medicini, mogoče pa bi ga bilo aplicirati tudi na druge sfere odločanja, ko želimo vplivati na odločitve posameznikov.

Podobno, kot se je mogoče ukvarjati z obnašanjem v zdravju, je mogoče opazovati in pojasnjevati tudi obnašanje v bolezni. Obnašanje v bolezni je obnašanje posameznika, ki se počuti bolnega z namenom definiranja bolezni ter njene odprave (Kasl in Cobb 1966). Nanaša se na različne načine, s katerimi se posamezniki odzivajo na telesne indikatorje, kako nadzorujejo notranja stanja, definirajo in interpretirajo simptome, jim pripisujejo pomen, delujejo zdravilno ter uporabljajo različne vire formalne in neformalne oskrbe (Mechanic 1995). Samooskrba je običajno prvi odgovor na pojav bolezenskih simptomov (za posameznike nekaj ne-normalnega) ter je sestavljena iz preventivnih ukrepov (npr. uživanje več vitaminov), samozdravljenja simptomov (zelišča ali prosto dostopna zdravila) ter spopadanja s kroničnimi stanji (na primer aplikacija insulina). Lahko vključuje posvet z zdravstvenim strokovnjakom, ni pa nujno, niti ni popolnoma neodvisna od zdravniškega poklica. Nanjo lahko vplivajo sociodemografski dejavniki kot starost, spol, socialna mreža posameznika,

zdravstveno zavarovanje, rasa, socioekonomski status in drugo. V nekaterih primerih (bolečina, fizična sprememba telesa) je smiselnost iskanja zdravniške pomoči jasna, v drugih, ko gre za počasi nastajajoče motnje (npr. sladkorna bolezen) pa postanejo takšne subjektivne interpretacije zdravja zelo pomembne in kot take pomembne tudi za odločevalce v sistemu zdravstvenega varstva z namenom identifikacije družbenih dejavnikov, ki modulirajo posameznikovo željo iskanja zdravniške pomoči (Cockerham 2010).

Družbeni status je še vedno zelo pomemben napovedni dejavnik pri posameznikovem zdravju in življenjski dobi. Negativna zveza je bila že nešteto krat potrjena z mednarodnimi študijami (Borg in Kristensen 2000). Še danes ima Weber (1978) vpliv na raziskovanje in opisovanje zdravstvenih razlik med pripadniki različnih slojev. Običajna delitev na zgornji sloj (ekstremno bogati, direktorji korporacij in strokovnjaki), zgornji srednji sloj (premožni izobraženci ter vršnji menedžment), spodnji srednji sloj (pisarniški delavci, samostojni podjetniki, učitelji, linijski managerji) in nižji sloj (kvalificirani in polkvalificirani delavci, kronično nezaposleni ipd.) se lahko tudi skrči na samo tri sloje (zgornji, srednji, spodnji) ali raztegne na dodatne. Weber se je strinjal z Marxom ter trdil, da je osnovni vir razslojevanja neenaka distribucija materialnih dobrin in bogastva. Temu je dodal, da sta pomembna še status in družbena moč. Medtem ko je bogastvo objektivna mera, ki jo je mogoče izmeriti z višino prihodka posameznika, je status nekaj manj oprijemljivega ter je po njegovem mnenju predvsem posledica družbenih sodb o življenjskem slogu posameznika, tega, kako troši, ter dosežene stopnje izobrazbe in poklicnega prestiža. Ljudje iz istega družbenega sloja imajo v splošnem podobne življenjske sloge.

V študijah Whitehall I in Whitehall II je zdravnik Marmot s sodelavci (1984, 1991) v okolju britanske državne skrbi za zdravstveno oskrbo državljanov (NHS) uspel dokazati socialni gradient umrljivosti – spremljali so mortaliteto več kot 17.000 britanskih državnih uslužbencev (v študiji Whitehall I samo moških, dvajset let kasneje v Whitehall II pa obeh spolov) - v razdobju desetih let ter jih glede na njihovo službo razdelili v skupine vodij, profesionalnih izvršnih delavcev, pisarniških delavcev in drugih. Ne glede na vzrok smrti, so imeli tisti v skupini z višjim profesionalnim položajem najmanjšo umrljivost, ki se je večala po skupinah z nižanjem naziva, četudi so bile razlike v spremenljivkah (spol, starost, dostikrat tudi prihodek) med skupinami majhne. Avtorji so pozvali h posvečanju več pozornosti vzpodbujanju zdravega obnašanja, socialnim okoljem, oblikovanju delovnih mest in posledicam prihodkovne neenakosti. Dvajset let kasneje se kazalci v spremljani populaciji (Whitehall II) niso bistveno spremenili (Ferrie idr. 2002). Omenjena študija je pomembna, ker na praktičen način pokaže, kako je lahko za zaznavanje zdravja pomembna aplikacija sociološkega znanja ter da je lahko egalitarizacija pri dostopu do zdravstvene oskrbe tudi dvorezen meč, saj se brez ustreznih kompenzatornih mehanizmov izvedbeno sistem osredotoči na zdravljenje prisotnih težav in ne na preprečevanje nastajanja (teh istih težav in tudi novih).

Nekje do konca druge svetovne vojne je veljalo prepričanje, da je človeška populacija na določenem območju samoomejena in samoregulirana s pojavom vojn, lakote, epidemij bolezni in pomanjkljivim dostopom do ustreznih zdravil in terapevtskih postopkov. Kasneje so začeli opazovati, da se s čisto administrativnimi ukrepi, ki bi jim danes rekli javno zdravstveni, učinki socioekonomskega statusa na zdravje razlikujejo glede na stopnjo razvoja družbe oziroma države. Preston (1975) je v svoji študiji tako pokazal, da je nacionalni prihodek 500 dolarjev po glavi v prvih 30 letih 20. stoletja pomenil pričakovano življenjsko dobo 50 let, v drugih tridesetih letih 58 let ter v tretjem tridesetletju 69 let. Največji učinek prihodkov na pričakovano življenjsko dobo je prikazal na začetku ekonomskega razvoja družbe (logaritemska skala). Iz tega je zaključil, da socioekonomski status ne more biti edini parameter ter da je 75-90 % rasti pričakovane življenjske dobe odvisnih od "eksogenih faktorjev", med katerimi je za razvite države nominalni nadzor nad insekti, kanalizacijo, ozaveščenje o zdravju ter skrbi za matere in otroke. Manj razvite države so zabeležile hitro rast pričakovane življenjske dobe nekoliko kasneje, to pa je poskušal razložiti s časom, ki je bil potreben, da so se rešitve, ki so jih razvili drugje, razširile v uporabo tudi v teh državah. Izsledki njegove študije so vzdržali preverjanje časa (Cadwell 2003).

Podobne trende kažejo tudi nedavno zbrani in obdelani podatki (Murray 2015), ko se ugotavlja, da se globalno zdravje izboljšuje. Staranje in rast populacije sta povečali skupno število DALY (*angl.* Disability Adjusted Life Years), vendar podatki kažejo tudi, da napredki v globalnem zdravju ne pomenijo manjšega pritiska na zdravstvene sisteme. Ideja epidemiološke tranzicije - v kateri izboljššan socioekonomski status prinaša strukturno spremembo v bremenu bolezni - je uporabna, vendar obstajajo velikanske razlike v bremenu bolezni, ki niso povezane s socioekonomskim statusom.

Pogled na zdravje skozi socioekonomski status je pomemben, ker spreminja zahteve uporabnikov zdravstvenega sistema - v času razvoja družbe je poudarek na tehnični učinkovitosti sistema, ki prepreči najhujše z ustreznim antibiotikom, na primer, v razvitejših družbah pa je pritisk v skladu z epidemiološko tranzicijo prestavljen na področje svetovanja, komunikacije ter informiranja o zdravih življenjskih izbirah.

Zadostna zdravstvena oskrba je s starostjo posameznika vse pomembnejša, saj je najpomembnejša determinanta kvalitete življenja starejše osebe. Pri starih ljudeh zdravstvene težave še posebej posežejo na vsa področja življenja (Cockerham 2010). Slovenska populacija se stara, zato je pričakovati še povečan pritisk za oskrbo kroničnih bolezni in stanj, v skladu z zadnjimi migracijskimi tokovi pa bo vse pomembnejša tudi rasa kot determinanta zdravja. S tem v zvezi je pričakovati razvoj potrebe po tovrstnih znanjih pri populaciji zdravnikov, ki bodo skrbeli za ostarele in rasno pisane bolnike.

Poznavanje osnov humanističnega pristopa k obravnavi bolezni in zdravja ponuja delen vpogled v to, da zdravnik za učinkovito opravljanje svojih delovnih nalog ne potrebuje le „klasičnih“ sposobnosti, ki se od zdravnika pričakujejo - dobro pomnjenje podatkov, učinkovitost odločanja in podob-

no, ampak, da obstajajo veščine, ki jih mora obvladati, če želi svoje delovne naloge opravljati učinkovito tudi izven teh tradicionalnih meja, na primer dobro sodelovanje z vrstniki (mrežni način delovanja se vse bolj uveljavlja (Pahor 2006), podrejenimi in nadrejenimi, zavedanje večdimenzionalnosti bolezni in zdravja. Hkrati ponuja poznavanje osnov družboslovja s strani zdravnika možnost (samo)refleksije (Ule 2003), ki ni več prepuščena naključju in je lahko namenjena lastnemu izboljševanju ali izboljševanju sistema. Z vidika razvoja kompetenc je poznavanje sociološkega ozadja pomembno za iskanje začetnega nabora testiranih kompetenc ter za razčlenitev in razlago dobljenih rezultatov, zbranih z izdelanim merskim instrumentom.

2.1.2 Razvoj družinske medicine

Zgodovinsko gledano v medicini obstajata dve obširni področji, kirurgija in preostala medicina. Kirurgi so se zgodovinsko gledano razvili iz brivcev, ki so poskrbeli za amputacije, puljenja zob in podobno; v vojnem času za oskrbo ranjencev. Preostale veje medicine so se razvile iz zdravnika, ki je prihitel obolelim na pomoč v njihov dom; kasneje so se razvile stalne ordinacije in bolnišnice. V našem družbenem okolju je vloga zdravnika, ki prvi pride v stik s potrebami obolelega, velika ter je že dolgo institucionalizirana v smislu ambulant po zdravstvenih domovih in drugje. Sprva se je področja medicine, ki se je ubadalo z okvarami zdravja v tem okolju, prijelo ime „splošna medicina“, kot odraz tega, da so morali zdravniki v takšnem delovnem okolju suvereno sprejemati odločitve z zelo širokega področja; spočetka niso imeli naziva specialist, kajti ti so se specializirali za ožja področja znotraj medicine in so za svoje delovanje potrebovali bolj pretanjeno delovno in podporno okolje; običajno bolnišnico (z dovolj zmogljivim laboratorijem, z dostopom do drugih diagnostičnih in terapevtskih možnosti). Kasneje so se pojavile težnje po oblikovanju specialnosti za področje, ki ga je do takrat pokrival pojem „splošne medicine“ (Borisov 1985).

Za isto področje medicine se po svetu uporablja različna imena: v Veliki Britaniji, na Nizozemskem in pri Severnjakih se uporablja „splošna medicina“, v Združenih državah Amerike, na Portugalskem, v Španiji in po Vzhodni Evropi pa „družinska medicina“. Pri nastajanju oz. oblikovanju novega imena in identitete pa je pomembno tudi, da se je konec dvajsetega stoletja pojavilo več novih izzivov pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe, na katere družinska medicina odgovarja z novim miselnim pristopom (Švab 2011).

V 1950-tih je mednarodna komunikacija med zdravniki družinske medicine slonela na pobudah posameznikov, kar je bilo edinstveno med zdravniškimi specialnostmi. Zelo redko je bilo, da je bil zdravnik splošne medicine povabljen, da predstavi tehnični vidik zdravljenja kolegom, objavil članek v reviji ali napisal knjigo. Če so se zdravniki družinske medicine srečevali, so bila srečanja nacionalna in večinoma na temo pogojev zagotavljanja oskrbe in financiranja. Stalno podiplomsko izob-

raževanje je sicer obstajalo, vsebinsko pa je bilo večinoma namenjeno temu, da so zdravniki drugih specialnosti pomagali zdravnikom družinske medicine ostajati na tekočem z znanjem s posameznega področja.

Prve mednarodne konference ter programi profesionalnih izmenjav so se začeli pojavljati šele 1959 (konferenca Svetovne zdravstvene organizacije na temo duševnega zdravja in družinske medicine) ter 1960-tih. Iz srečanj komitejev ekspertov pri Svetovni zdravstveni organizaciji se je kasneje (1972) oblikovala WONCA (*angl.* World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians). WONCino poslanstvo je zagotavljati forum izmenjave znanja med organizacijami članicami ter vzpodbujanje akademskih aktivnosti družinskih zdravnikov. Do 1967 so se s pogoji dela ter finančnimi vidiki dela zdravnikov družinske medicine ukvarjale zdravniške organizacije vsake države posamično, takrat pa je bila ustvarjena Evropska ekonomska skupnost (EEC) in pojavila se je potreba po skupnem zastopanju interesov. Nastal je UEMO (*fr.* Union Europeenne des Medecins Omnipraticiens), ki je kasneje odigral bistveno vlogo pri oblikovanju EEC Direktive o specifičnem usposabljanju za zdravnike družinske medicine, ki je omogočila in olajšala standardizacijo podiplomskega usposabljanja ter delovno mobilnost zdravnikov znotraj EU (Loudon, Horder in Webster 1998, str. 251-253).

Vzporedno z oblikovanjem mednarodnih forumov ter zastopništev, so se oblikovale tudi manjše skupine zdravnikov, ki so se ukvarjale z bolj specifičnimi vidiki družinske medicine, na primer z izobraževanjem v vseh fazah kariere zdravnika družinske medicine. Skupina Leeuwenhorst je leta 1974, ko je bila tudi ustanovljena, oblikovala izjavo "Zdravnik splošne medicine v Evropi". To je tudi njen najzgodnejši ter morda največji dosežek – oblikovali so definicijo družinske medicine, ki je bila sprejemljiva za vseh enajst držav članic ter je služila kot osnova za programe usposabljanja: "Zdravnik družinske medicine je licencirani diplomant medicinske fakultete, ki zagotavlja osebno, primarno in kontinuirano oskrbo posamezniku, družinam ter opredeljeni populaciji, brez obzira na starost, spol in bolezen. Sinteza vseh teh funkcij je edinstvena" (Leeuwenhorst Working Party 1977). Definicija je prestala test časa in je še danes najbolj poznana v večini evropskih držav (tudi Jugoslavija je bila članica skupine od vsega začetka). Leta 1982 so "stari člani" skupinsko odstopili, da bi dali priložnost novim ljudem, hkrati se je organizacija preoblikovala in preimenovala v European Academy of Teachers in General Practice.

Leta 1984 se je pojavila prva mednarodna področna revija, Family Practice založniške hiše Oxford University Press (Loudon, Horder in Webster 1998, str. 251-253).

Strnjeno je mogoče splošno medicino opredeliti torej z: "Splošna medicina je zagotavljanje celovite zdravstvene oskrbe in stalna odgovornost za zdravje, ne glede na starost bolnika ali stanje, ki lahko začasno zahteva storitve specialista," (Anderson idr. 2011.) družinsko medicino pa z: "Družinska medicina je medicinska specialnost, ki se ukvarja z načrtovanjem in zagotavljanjem celostnega in

trajnega primarnega zdravstvenega varstva vsem članom družine, ne glede na starost in spol" (Švab 2011).

2.1.2.1 Zdravnik družinske medicine

Po definiranju področja družinske medicine je potrebno definirati tudi zdravnika družinske medicine. V tem podpoglavju bo podano videnje zdravnika družinske medicine, kot ga podaja strokovno Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije.

Obstajajo številne in obširne definicije zdravnika družinske medicine, v Sloveniji je definicijo podal Voljč leta 1986: "Zdravnik splošne medicine v okviru svoje stroke obravnava ali dolgoročno vodi slehernega posameznika ali skupine posameznikov, z vsemi vrstami zdravstvenih motenj, ob upoštevanju in aktivnem sodelovanju celovite osebnosti in slehernega okolja" (v Švab I., ZZDMS).

Svetovno združenje družinskih zdravnikov znotraj svoje evropske veje pri definiranju družinske medicine že govori o šestih temeljnih znanjih in veščinah zdravnika družinske medicine, ki ga določajo: „vodenje primarne zdravstvene oskrbe; v osebo usmerjena zdravstvena oskrba; zmožnost reševanja specifičnih problemov; celostni pristop; usmerjenost v skupnost; celovito oblikovanje modelov (v smislu kontekstualizacije zdravstvenih težav)“. Zdravniki družinske medicine pa so definirani kot „zdravniki specialisti, usposobljeni v temeljnih načelih stroke. So osebni zdravniki, ki so v prvi vrsti odgovorni za zagotavljanje vsestranske in kontinuirane zdravstvene oskrbe vsakega posameznika, ki išče zdravniško pomoč ne glede na njegovo starost, spol ali bolezen. Skrbijo za posameznike v okviru njihovih družin, skupnosti in njihove kulture, pri čemer vedno spoštujejo avtonomnost svojih bolnikov. Prepoznajajo tudi svojo strokovno odgovornost do skupnosti. Pri dogovarjanju s svojimi bolniki o načrtu vodenja oz. obvladovanja bolezni upoštevajo psihične, psihološke, socialne, kulturne in eksistencialne dejavnike, pri čemer uporabljajo znanje in zaupanje, pridobljeno na osnovi večkratnih stikov med bolnikom in zdravnikom. Zdravniki družinske medicine izvajajo svojo strokovno vlogo s promoviranjem zdravja, preprečevanjem bolezni in zagotavljanjem zdravljenja, zdravstvene oskrbe ali paliativne oskrbe. Omenjene dejavnosti opravljajo neposredno ali pa s pomočjo drugih storitev oz. služb, odvisno od zdravstvenih potreb in razpoložljivih sredstev v skupnosti, za katero skrbijo, prav tako pa, kadar je to potrebno, pomagajo bolnikom pri dostopu do omenjenih storitev. Sprejeti morajo odgovornost za razvijanje in ohranitev svojih sposobnosti, osebnega ravnovesja in vrednot kot osnove za učinkovito in varno zdravstveno oskrbo bolnikov“ (Kersnik in Švab 2004).

Zdravniška zbornica Slovenije, ki je odgovorna za izvajanje specializacij in podeljevanje nazivov specialist, v svojem dokumentu "Vsebina specializacije družinske medicine" navaja: "Specializacija družinske medicine omogoča, da specializant družinske medicine pridobi teoretično in praktično znanje iz diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in preprečevanja zbolewnosti posameznikov in nji-

hovich družin." V nadaljevanju dokumenta se je mogoče sprehoditi skozi večino vej medicine ter preveriti, katera strokovna znanja so po veljavni oceni potrebna za uspešno opravljanje specialističnega izpita in s tem dela zdravnika družinske medicine. Skupno tej definiciji in tistim, s katerimi družinski zdravniki definirajo sebe, je usmerjenost v posameznika, ki pa ni otok zase, temveč del svojega siceršnjega socialnega omrežja oziroma okolja.

Poklic zdravnika je zaradi narave dela in iz zgodovinskih razlogov eden izmed reguliranih poklicev. Obseg in vsebino dela določa mnogo dokumentov. Najvišje so lastne etične norme, ki jih zdravništvo še posebej čišla, saj so kar najgloblje zakoreninjene v vsakdan. Hipokratova in kasneje privzeta ženevska prisega, s katero zdravniki vstopajo kot enaki med kolege, vplivata na vsakdanji potek dela. Enostavna moralna vodila kot „*primum nihil nocere*“ ali slovenjeno „najprej ne škoduj,“ so kot svetilniki v pogostih situacijah, ko ni popolnoma jasno, kaj naj bi bil naslednji korak pri obravnavi pomoči potrebnega.

Najvišji formalno izdelani in kljub nepoznavanju zavezujoči dokument je Kodeks medicinske deontologije. Z moralnimi usmeritvami se loteva zdravnika kot celotne osebnosti in ponuja napotke, usmeritve in zapovedi. Zakon o zdravniški službi nekaj podobnega stori na ravni pravnih norm, opredelitve pa se verižijo preko Standardne klasifikacije poklicev do opisov specializacij in opisov delovnih mest v posameznih bolnišnicah. Vsi ti dokumenti zdravnikove kompetence v klasičnem pomenu določajo „od zunaj“. (Kodeks medicinske deontologije Slovenije, Zakon o zdravniški službi, Standardna klasifikacija poklicev, Pravilnik o organizaciji, pristojnostih, pooblastilih in odgovornostih ter sistemizaciji delovnih mest v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, Seznam specializacij).

Zavod za zaposlovanje Republike Slovenije med opisi poklicev pomanjkljivo loči le zdravnika, zdravnika za infektologijo, zdravnika za psihiatrijo, zdravnika za anestezijo ter zdravnika za kardiologijo. Zaradi očitne diskrepance med poimenovanji zdravnikov pri strokovnih in stanovskih združenjih napram poimenovanju Zavoda za zaposlovanje, se zdi najprimerneje uporabiti opis zdravnika, še posebej, ker na njihovi spletni strani prvotnemu podrejeni dokumenti govorijo (tudi) o zdravniku za družinsko medicino, v katerem govore, da so glavna področja dela zdravnika diagnostično preiskovalni postopki, zdravljenje oz. spremljanje bolnikovega stanja, delo v zdravniških komisijah ter znanstveno delo v akademskih ustanovah. Po kraju delovanja ločijo ambulantno-dispanzersko delo (splošno ali specialistično), kjer bolniki prihajajo na obisk; bolnišnično delo, kjer ima zdravnik skupino ležečih bolnikov, pri katerih izvaja preiskave in zdravljenja; delo v zavodih, kjer skrbi za specialno skupino ljudi (otroci, starostniki, invalidi ...); delo v raziskovalnih institucijah, kamor se stekajo izsledki številnih strok in dejavnosti; delo v komisijah na različnih ravneh (občinske, območne, državne), kjer ocenjujejo delovno zmožnost, invalidnost itd.; druga področja (farmaceutvska industrija, šolstvo, svetovalne službe). Že bežna primerjava te definicije s prejšnjimi pokaže, da ne govorijo o istem zdravniku – zdravniku družinske medicine - temveč, da prvi dejan-

sko govorita o njem, slednja pa govori o zdravnikih na splošno in bo zato za namene te raziskave manj uporabna.

Naslednji deležnik, ki ga je nujno upoštevati, je delodajalec. V Zdravstvenem domu Nova Gorica je, na primer, po pravilniku o sistemizaciji delovnih mest zdravnik družinske medicine definiran z zahtevami: univerzitetna izobrazba - Medicinska fakulteta, strokovni izpit in opravljena specializacija iz družinske medicine, vpis v register; veljavna licenca; licenčni izpit/strokovni izpit; sposobnost presoje, odločanja; komunikativnost, prijaznost. Njihovi zastavljeni cilji dela zdravnika družinske medicine so: strokovno opravljanje zdravniškega dela, spoštovanje poklicno etičnih načel, varovanje osebnih podatkov, uresničevanje sprejetih letnih načrtov, vsebino dela pa definirajo s posameznimi opravili zdravnika družinske medicine (Zdravstveni dom Nova Gorica). Delodajalec tako zdravnika družinske medicine definira skozi formalne zahteve izobrazbe in usposabljanja ter skozi opis delovnih nalog, kar je za namene tega dela pomembno.

Na zdravnika specialista družinske medicine je torej mogoče gledati z več zornih kotov. Zaradi nejasnosti pri uporabi izrazja se v mnogih dokumentih prepletajo in medsebojno zamenljivo uporabljajo izrazi zdravnik splošne medicine, zdravnik družinske medicine, splošna medicina in družinska medicina. V pričujočem delu so – kot že zapisano – zaradi jasnosti uporabljana družinska medicina in zdravnik družinske medicine. Opredelitve, ki so najbližje vsebini in namenu pričujočega dela, so definicije, ki so jih zase podali zdravniki družinske medicine sami in opredelitev nekaterih delodajalcev.

Obstoječi sistem vsekakor kliče po nadgradnji in posodobitvi s kompetenčnim pristopom, ko posameznik v procesu kariernega napredovanja in prilagajanja zahtevam dotičnega delovnega mesta ne bo prepuščen samemu sebi in stihijskemu nabiranju znanj, ampak bo izobraževanje, uvajanje in prilagajanje delovnemu mestu nadzorovan proces z možnostmi meritev in analiz (Storey in drugi 2002, 27-8).

V zgornjem sklopu je torej bil opravljen pregled opredelitev zdravnikov družinske medicine s strani različnih deležnikov. Srenja zdravnikov družinske medicine zdravnika družinske medicine opredeljuje predvsem z vsebinskega vidika, stanovska organizacija nekoliko bolj formalistično, Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje popolnoma formalistično, v aktu o sistemizaciji delovnih mest zdravstvenega doma pa je opredelitev formalistično-operativna. Za namene te raziskave bo tako uporabljan pogled na zdravnika družinske medicine, ki ga zagovarja Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije.

2.1.3 Zdravnik družinske medicine z gledišča sociologije profesij

Že osvetljena je bila sociologija medicine kot ena izmed največjih področij sociologije nasploh ter opravljena sinteza, čemu je vsaj površno poznavanje sociologije medicine potrebno za opis in razumevanje zdravnikovega dela s pomočjo kompetenčnega pristopa. V tem poglavju bo opravljen pregled sociologije profesij s posebnim poudarkom na zdravniški profesiji.

Izraza poklic in profesija imata v slovenščini soroden prizvok. Slovar slovenskega knjižnega jezika poklic definira kot „delo, dejavnost, za katero je potrebna usposobljenost, navadno za pridobivanje osnovnih materialnih dobrin,“ profesijo pa kot „poklic“. Poklic na sociološkem področju podobno definira tudi Murphy (1988 v MacDonald 1995, 160): formalno racionalno abstraktno, utilitaristično znanje. V pričujočem delu bo beseda poklic uporabljena v svojem prvotnem pomenu, profesija pa bo označevala sociološko dimenzijo (entiteto) nekaterih poklicev, ki so dosegli višjo stopnjo prehodnosti znotraj družbenih slojev za svoje člane. Podobno ugotavlja tudi Svetlik (1999), ko zapiše, da je poklic prvenstveno vezan na delo. Poklic nastane na podlagi delitve dela, ki jo generira tehnološki razvoj v najširšem smislu. Krause (1971) trdi, da so profesije poklici kot vsi drugi, le da imajo v večji meri izražene profesionalne lastnosti ter da je potrebno poklice in profesije obravnavati z gledišča zveznega kontinuuma. Profesije so funkcionalno močne oziroma blizu ključnim mestom v delitvi dela, kar se kaže v njihovi politični moči, prestižu in v materialnih nagradah. Vse profesije se ukvarjajo s temeljnimi potrebami posameznikov ali skupin, pri čemer bi odsotnost njihovih kvalifikacij povzročila takojšnje in dolgotrajne krize posameznikov in družbe (Krause 1971, 78-9). Zaradi po drugi svetovni vojni uveljavljenega zamenjevanja med poklicem in izobrazbo zaradi odsotnosti tržnega uravnavanja zaposlovanja ter zaradi poskusa neposredne preslikave izobrazbene strukture na strukturo dela in obratno, imamo še danes težave pri razumevanju izrazov poklic in profesija v ustreznem kontekstu (Svetlik 1999).

Zdravništvo je v relativno kratkem času nekaj stoletij uspelo doseči, da je iz večinoma neuglednega poklica doseglo svojo zlato dobo v petdesetih, šestdesetih in sedemdesetih letih prejšnjega stoletja, z izjemno visokim ugledom, dohodki in družbeno močjo (Hafferty in Light v Cockerham 2010, 227). Z razvojem medicine se je učinkovitost zdravniškega dela namreč močno izboljšala in ob spremenjeni naravi bolezni (prehod od zdravljenja pretežno nalezljivih bolezni, ki so zdravje nenadoma poslabšale, k zdravljenju kroničnih bolezni, ki zdravje slabijo na daljši rok) je rasla tudi moč zdravnika kot profesije (Seljak in Kvas 2004). V današnjem času pa je zaradi pritiskov „od spodaj“ - od bolnikov in „od zgoraj“ - od regulatorjev - začelo izgubljati znaten delež avtonomije ter je zato izpostavljeno procesu deprofesionalizacije.

Družbeni pomen zdravniške funkcije in omejeno število ljudi z ustrežno izobrazbo nista edina kriterija, ki razložita profesionalni status profesije. Goode (v Cockerham 2010, 228) je razlagal profesionalizem z dvema osnovnima karakteristikama: dolgim izobraževanjem ter abstraktnim znanjem z

usmeritvijo v zagotavljanje storitev. Še več, Goode nakazuje, da profesionalna skupina v naslednjem koraku začne utrjevati svojo moč s formalizacijo odnosov s klienti, kolegi in uradnimi agencijami izven profesije. Ko se vzpostavi družbeno pripoznavanje specialnega znanja in veščin ter nadzor profesije nad članstvom, se vzpostavijo dodatne lastnosti profesije:

1. profesija sama nadzoruje lastne standarde izobraževanja,
2. kandidat za člana profesije gre skozi težji proces izobraževanja kot učenec za druge poklice,
3. profesionalnost je formalno priznana z neke vrste licenco,
4. mesta v organih izdajanja licenc zasedajo člani profesije,
5. večino zakonodaje, ki zadeva profesijo, oblikuje profesija,
6. ko profesija pridobi na dohodku, moči in ugledu, lahko kot kandidate za ustrezno izobrazbo zahtevajo le najboljše študente,
7. član profesije je relativno neizpostavljen zunanjemu ocenjevanju in nadzoru,
8. člani se močno poistovetijo s svojo profesijo (Goode 1960 v Cockerham 2010, 228).

Podobno zapiše tudi Svetlik (1999), ko prepozna heteronomne in avtonomne mehanizme profesionalizacije. Heteronomni mehanizmi profesionalizacije delujejo „od zunaj“, če poklic nudi posebne vrste storitev oziroma dobrin, ki zadovoljujejo ključne potrebe drugih in so posamezniki v zameno zanje pripravljeni določenemu poklicu priznavati in celo zagotavljati poseben družbeni status. V številnih primerih ga zaščitijo s pomočjo mehanizmov države. Avtonomni mehanizmi delujejo znotraj poklica, ko ta oblikuje svojo profesionalno organizacijo, profesionalno kulturo, bolj ali manj laiku nerazumljiv strokovni jezik, poskuša nadzorovati vstop v poklic, določiti mehanizme poklicne promocije in podobno. Ta prizadevanja prej ali slej prizadenejo tudi državo z zahtevo po javnem oziroma zakonskem priznavanju posebnega položaja poklica.

Profesionalizacija poklica pa se seveda ne zgodi sama od sebe, potrebno je še samozavedanje in samoorganizacija poklica, za to je potreben t.i. „profesionalni projekt“ (Svetlik 1999).

Larsonova je kot pomoč pri analizi za profesijo pomembnih elementov razvila matriko virov profesionalnega prestiža:

Tabela 2.1: Matrika virov profesionalnega prestiža

		Avtonomna sredstva	Heteronomna sredstva
Neodvisno od profesionalnega trga	tradicionalno	Aristokratska ali liberalna izobrazba (institucionalizirana v korporativnih, kraljevih kolidžih „starih“ univerz)	Aristokratske ali gentlemenske lastnosti (noblesse oblige) (strukturno v aristokraciji ali „starih dečkih“)
	moderno	Sistematsko usposabljanje in preizkušanje (profesionalne šole in moderne univerze)	Registracija, licenciranje (institucionalizirano v državi)
Odvisno od vzpostavljenega profesionalnega trga		Kognitivna ekskluzivnost (institucionalizirana v strokovnih/ profesionalnih združenjih, modernih univerzah)	Višji prihodki in prestiž kot večina drugih poklicev. Povezano z „zunajpoklicno“ močjo (institucionalizirano v univerzah, državnih korporacijah).

Vir: povzeto po Larson (1977, 68).

Z matriko je učinkovito ilustrirala, od kod posamezne družbene skupine oziroma poklici črpajo svojo družbeno moč. S spreminjanjem industrijske oziroma potrošniške družbe je prišlo do premika veljave od tradicionalnih k „modernim“ virom prestiža, še posebnega pomena pa je v matriki vzpostavitev tako imenovanega profesionalnega trga, ki pravzaprav pomeni vzpostavljenost profesij. Tudi ona prepozna, da lahko imajo viri prestiža poklicne skupine izvor v njej sami (avtonomni) ali izven nje (heteronomni).

Friedson (1988, 15) prepozna, da je profesija etimološko gledano še javna obljuba oziroma zaveza k neke vrste (zaželenemu) delovanju. Zapisal je, da je profesija posebne vrste poklic, ki je zavzel dominanten položaj na področju delitve dela in ima nadzor nad določanjem vsebine lastnega dela. Hkrati ugotovi še, da je od vseh profesij, vzpostavljenih v evropskih univerzah srednjega veka, uspelo edinole medicini razviti sistematično povezavo z znanostjo in tehnologijo.

Na organizacijski ravni je Millerson izdelal sistem, ki ga je kasneje še dopolnil Goode in glede profesij daje vtis večinoma avtonomnih, samo-reguliranih in samozadostnih institucij, katerih altruistični člani so polni želje po delu v skupno dobro na najučinkovitejši način (Brante 2001).

Družbeni pomen zdravniške funkcije in omejeno število ljudi z ustrežno izobrazbo nista edina kriterija, ki razložita razmeroma visok profesionalni status zdravnikov. V dvajsetih in tridesetih letih prejšnjega stoletja je namreč nastala definicija profesije kot organiziranega telesa strokovnjakov, ki aplicirajo abstraktno znanje na specifične primere. Imeli naj bi izdelane sisteme izobraževanja in pristop k izobraževanju z opravljanjem izpitov ali zadoščanjem drugim formalnim zahtevam. Profesije naj bi običajno imele in udeleževale kodeks etike in obnašanja (Abbot 1988). Na ta način je

mogoče profesije razumeti in popisati kot seznam lastnosti in vedenj (veščin), ki so merljiva, dopuščajo pa le malo prostora za razmislek medsebojnega vplivanja posameznih lastnosti in kako se te pojavijo.

Kramberger (1999, 217-25) na primeru fiksnih stroškov zdravstva v Sloveniji pred, med in po osamosvojitvi demonstrira moč profesij v zdravstvu ter na koncu opozori na težavo - ujetost v lastno regulacijo, tako strokovno (komajda dohajajoč hitrost napredka z uvajanjem novosti, še posebej pri zdravilih zaradi omejenih virov), kot tudi ukvarjanje z notranjo hierarhijo, izločevanjem nepoklicanih in z eksternimi statusnimi vprašanji.

Ker se, kot je že bilo omenjeno, profesionalizacija poklica ne zgodi sama od sebe, je MacDonald 1995 za obrazložitev potrebnih procesov izdelal nekoliko kompleksno teorijo „projekta profesije“, ki ga mora poklic izvesti za uspešno profesionalizacijo: MacDonaldov profesionalni projekt - poenostavljeno - govori o tem, da mora, za uspešno in popolno družbeno integracijo bodoče profesije, poklicna skupina ubrati nekaj med seboj usklajenih korakov. Prvič: imeti oziroma vzpostaviti mora neke vrste monopol znanja ali veščine. Nato lahko, če je zagotavljanje storitev, ki so posledica tega znanja, za družbo ključnega pomena, začne za člane svoje poklicne skupine iskati prednosti pred drugimi poklicnimi skupinami na socialnem in ekonomskem področju (npr. ugled in večje plačilo), po pričakovanih obrazcih obnašanja, ki vzbujajo zaupanje pri družbi in posameznikih. Ko doseže takšno drugačnost glede na druge poklicne skupine, lahko začne od države zahtevati tudi zakonsko zaščito za svojo skupino oziroma storitve, kar država v naslednjem koraku (ker potrebuje storitve) tudi stori, z ureditvijo medsebojnih odnosov (podeljevanje koncesije za opravljanje določenih storitev in podobno) ter z vključitvijo v zakonodajo. Verjetno je naslednji korak najtrdovratnejši in dolgotrajen - namreč, da vrednote poklicne skupine postanejo vsaj deloma tudi vrednote družbe, v kateri delujejo, oziroma, da se vrednote družbe spremenijo na tak način, da dovolijo in gojijo poseben status poklicne skupine. Ko je vsem tem pogojem zadoščeno, se zgodi „zapiranje“ socialnega projekta s popolno družbeno integracijo profesije kot družbenega sestavnega dela (MacDonald 1995).

Profesionalizem pri zdravnikih ima vsaj štiri bistvene lastnosti že opisanih sistemov (Haralambos, Holborn 1995):

1. zahteva celoto sistematičnega in posplošenega znanja, ki ga je možno uporabiti pri različnih problemih. Zdravniki imajo celoto medicinskega znanja, ki ga uporabljajo za diagnosticiranje različnih bolezni;
2. vključuje večjo skrb za interese skupnosti kot za lastne interese. Za zdravnike naj bi bila prva skrb zdravljenje pacientov, ne pa dodatno polnjenje svojih žepov;

3. vedénje profesionalcev je pod strogim nadzorom etičnega kodeksa, ki ga uveljavljajo in ohranjajo profesionalna združenja. Zdravniki dajo Hipokratovo prisego, ki določa obveznosti in primerno ravnanje v poklicu. Če prekršijo ta kodeks, jim lahko njihovo združenje prepove opravljati zdravniški poklic;
4. tako visoka plačila (ki jih prejemajo profesionalci) kakor ugled (ki ustreza profesionalnemu položaju) so simbol dosežkov. Izražajo veliko spoštovanje profesionalcev in odsevajo vrednost njihovega prispevka družbi. Zdravniki torej tako, da odpravljajo bolezen, ki ogroža družbo s tem, da onemogoča posameznikom opravljanje njihovih običajnih vlog, močno prispevajo k večji učinkovitosti družbe in zato zaslužijo visoko nadomestilo (Haralambos, Holborn 1995).

Iz do sedaj opisanih pogledov na profesionalizacijo je razvidno, da je profesionalizacija proces in da je stopnja profesionalnosti odtenek na poltraku med poklicem in profesijo. Družbeni proces profesionalizacije je dolg in zahteven; potrebuje koordinacijo znotraj poklica in najbrž tudi ustrezne zunanje okoliščine, da ga je mogoče izvesti do konca. Izvedba MacDonalldovega projekta je namenjena zagotavljanju socialnih in ekonomskih prednosti članom poklicne skupine in se s tem neposredno navezuje na modele socialne stratifikacije družbe, v kateri poklicna skupina išče prednosti, vendar sile, ki oblikujejo in vzdržujejo socialno stratifikacijo, niso tematika pričujočega dela.

V dosedanjem besedilu je bilo govora predvsem o profesionalizaciji; o premiku poklicne skupine na poltraku od poklica k profesiji. Promet na tem poltraku ni enosmeren; kompleksni mehanizmi, ki vodijo v smer profesionalizacije, so izpostavljeni nepredvidenim zunanjim in notranjim vplivom; lahko pa se poklicna skupina delu svoje avtonomije odpove popolnoma zavedno (na primer v zameno za kakšno drugo prednost) in tako zdrsne nazaj v smeri proti poklicu (Evetts 2003, Wilensky 1964). Kateri so prepoznani vzroki za proces deprofesionalizacije zdravniške profesije, bo na kratko govora v spodnjem besedilu.

Pogostejši potrošniški način obnašanja pri iskanju zdravstvene oskrbe na strani bolnikov, trend večjega regulatornega nadzora nad zdravniki, tako s strani vlad z zakonskimi in podzakonskimi predpisi kot z vse strožjimi pravili na ravni delodajalskih organizacij, ima za posledico zniževanje profesionalnega statusa zdravnikov (Harrison 2000). Od zdravnikov s popolno avtoriteto na zdravstvenem področju smo se znašli pri zdravnikih z manj kot popolno avtoriteto (Numerato idr. 2011). Ritzer in Walczak (1988) trdita, da zdravniki doživljajo proces deprofesionalizacije in jo definirata kot „izgubo moči, ki ima za posledico izgubo lastnosti profesije, profesiji lastnih ali pripisanih“. Deprofesionalizacija v svojem bistvu pomeni izgubo profesionalne avtonomije in nadzora nad klienti. V primeru zdravnikov ti še vedno posedujejo največ avtoritete na zdravstvenem področju, vendar ta (avtoriteta) ni več absolutna, zdravniško delo pa je izpostavljeno presojanju bolnikov, sodelavcev, zdravstvenih organizacij in vladnih agencij. Kot trdita Light in Hafferty (1993), želijo kupci zdravst-

tvne oskrbe vedeti, „kaj dobijo za svoj denar“. Tako postaja formalna racionalnost, kot jo je definiral Weber (1978 v Cockerham 2010, 242), dominanten model v zagotavljanju zdravstvene oskrbe.

Nekateri drugi avtorji pa se z idejo deprofesionalizacije na splošno ne strinjajo, saj so mnenja, da v sodobni družbi prihaja do spreminjanja koncepta profesionalizacije (Cooper idr 1996; Friedson 2001, Tolberst 2005; Higgins 2005 v Pavlin 2007) v smislu navezovanja s kapitalom in menedžmentom, ko učinkovita poraba sredstev in bolj birokratiziran nadzor pomenita le nove okoliščine.

Vsekakor pa izguba dela avtonomije ne pomeni vedno samo slabosti za profesijo; mogoče je, da je kak delček avtonomije za profesijo vreden manj, kot je morebitna zaščita pred okoljem, če se ji odpove. Proces profesionalizacije in deprofesionalizacije je tako kompleksna interakcija med profesijo in njenim okoljem (MacDonald 1995, 62-3; Pickard 2009).

Razumevanje položaja zdravnika v družbi in kaj ga lahko ogrozi, razumevanje dinamike/zahtev napram drugim profesionalcem v timu, ki skrbijo za bolnika in njihova pričakovanja, zmožnost razlage t.i. mehkega pristopa, ki je potreben za uspešno delo zdravnika, razlage s profesionalizacijo deloma odvzete svobodne poklicne odločitve posameznika, naravnost profesionalnih struktur tako, da člane opremijo s potrebnimi znanji, v zameno pa zahtevajo od članov neke vrste poslušnost – od tega je odvisno, kaj točno je vloga zdravnika in kako bo opravljal delovne naloge. S tem je leča sociologije profesij pri razvoju kompetenčnega profila zdravnikov družinske medicine velikega pomena, saj ponuja vpogled v zgoraj omenjene aspekte zdravnikovega dela in jih vsaj deloma obrazloži in postavi v kontekst; na vse to pa se lahko navezujejo za uspešno delo zdravnika potrebne kompetence.

V Sloveniji so ravno zgoraj naštetih vidiki profesionalizacije v času nastajanja pričujočega besedila še posebno aktualni: vsled nekaterih afer se je javnost začela spraševati, do kolikšne mere zdravniški ceh izvaja standarde izobraževanja in do kolikšne mere bi morali biti izpostavljeni zunanemu precejevanju in nadzoru (npr. Rednak 2015). Hkrati nekateri znani zdravniki trdijo, da jih je sram, da so zdravniki (MMC/STA 2009), ker osebno niso zadovoljni z načinom in hitrostjo reagiranja profesionalnih struktur (Zdravniške zbornice ipd.).

Profesionalizacija (in kot njen del tudi deprofesionalizacija) je skozi prizmo kompetenc pomembna, ker so zahtevana znanja in standardi pri visoko profesionaliziranih poklicih, kar zdravniški nedvomno je, predpisana s strani profesije. Ta ima ob prevladujočem vplivu na vsebine študija na fakulteti in vsebine podiplomskega usposabljanja tudi prevladujoč vpliv na ponudbo na trgu zdravniške delovne sile in na proces stalnega podiplomskega izobraževanja zdravnikov – z njim je namreč pogojena kar licenca za samostojno delo. Razumevanje procesov, ki so pripeljali do takšnega stanja in razumevanje mehanizmov, ki delujejo znotraj profesije ter pri njenih interakcijah z okoljem, pomembno vpliva na to, kako člani opravljajo svoje delo, pri katerem je mogoče opazovati prepletanje institucionalnih, družbenih in osebnih prioritet (Martimianakis 2009).

V raziskavi bo v empiričnem delu preverjeno, kako institucionalne, družbene in osebne prioritete vplivajo na kompetenčni profil zdravnika družinske medicine ter kakšen vpliv imajo profesionalni vidiki. Teoretski okvir pa bo uporabljen pri interpretaciji zbranih in analiziranih podatkov.

2.2 Zdravniki in upravljanje človeških virov

V dosednji razpravi je že bilo definirano žarišče raziskave in razprave; opravljen je bil pregled področja sociologije medicine in sociologije profesij ter nakazan njun pomen za preučevanje kompetenčnega profila zdravnikov družinske medicine.

V tem poglavju sledi kratek pregled disciplin kadrovskega menedžmenta in upravljanja z znanjem z namenom osvetliti mehanizme, s katerimi je mogoče teoretske modele upravljanja človeških virov operacionalizirati. Prvi se ukvarja s koherentnim in strateškim pristopom k zaposlenim, ki so največji kapital organizacije in ki zagotavljajo doseganje organizacijskih učinkov. Drugo pa se ukvarja z identifikacijo, ustvarjanjem, prikazom, širitvijo in porabo znanja ter tako izboljševanjem organizacijskega učinka ter z motivacijo zaposlenih k optimizaciji procesov v organizaciji.

Upravljanje človeških virov v zdravstvu je kritična in temeljna komponenta sistema, ki neposredno vpliva na način, kako bolnišnice oskrbijo in skrbijo za bolnike ter ima največji vpliv na kazalce uspešnosti in učinkovitosti (Zairi 1998 a in b).

Evropska unija si je na Lizbonskem vrhu leta 2000 zastavila cilj postati najkonkurenčnejše in najbolj dinamično gospodarstvo na svetu, temelječe na znanju, sposobno trajne rasti z več in boljšimi delovnimi mesti in večjo socialno kohezijo (Lisbon European Council 2000). Ta skrajšana in idealizirana izjava je vrh ledene gore – za njo se skriva filozofija znanja in njegove uporabe.

Upravljanje človeških virov oziroma menedžment človeških virov ali tudi kadrovski menedžment je relativno mlada disciplina, ki se ukvarja s kadri in njihovimi lastnostmi. Izziv upravljanja s človeškimi viri je lahko definiran kot zagotavljanje optimalnega srečevanja med organizacijo in v njej delujočimi posamezniki, kar naj bi bilo vodilo do učinkovitega in uspešnega doseganja organizacijskih ciljev na eni ter čim polnejšemu zadovoljevanju potreb in interesov posameznikov na drugi strani (Svetlik 2005).

Da je mogoče o za delo potrebnih znanjih in veščinah strukturirano govoriti in razmišljati, je najprej potreben proces preučitve delovnega procesa – t.i. analiza dela.

Analiza dela je eno izmed osnovnih orodij kadrovikov ter pomeni proces določanja tistih značilnosti dela, ki so nujno potrebne za njegovo uspešno opravljanje in proces ugotavljanja okoliščin, v katerih delo poteka. Je vsak sistematičen postopek pridobivanja podrobnih in objektivnih informacij o delu, delovnih nalogah ali delovnih vlogah, ki se ali se bodo izvajale (Možina idr. 2002, 104) Delovni pro-

ces, s katerim je mogoče uresničevati organizacijske cilje, je namreč sestavljen iz številnih podprocesov, nalog in opravil. Oblikuje se na podlagi razmisleka in ciljnega usmerjanja posameznikov, ne more pa biti razviden v vseh svojih podrobnostih, niti ga miselno v celoti ne more obvladati katerikoli član organizacije sam, kar še posebej drži v primeru kompleksnosti zdravniške oskrbe (Pearn in Kandola 1990).

Nadgradnja analize dela oz. njeno logično nadaljevanje je opis kompetenc, za opravljanje dela potrebnih znanj. Kompetence v klasičnem pomenu besede so razložene kot nabor možnih reakcij, odločitev, znanj, veščin in drugega. Nabor pa je določen „od zunaj“. V novejšem pomenu besede je še vedno nabor možnih reakcij, odločitev, znanj, veščin in drugega, vendar določen „od znotraj“, z vidika posameznika in njegovih meja sposobnosti. Po klasičnem razumevanju namreč meja kompetenc ni mogoče preseči zaradi zunanjega določila, dasiravno je posameznik tako določeno kompetenco sposoben preseči; pri novejšem pa predvsem zato, ker je dosežena resnična meja sposobnosti.

Medicina deluje na osnovi preverljivih znanstvenih metod; v novejšem času prevladuje z dokazi podprto zdravljenje, ki pomeni aplikacijo v študijah pridobljenega in objavljenega znanja na posamezne primere z individualnimi karakteristikami izven študijskih okolij. Tako upravljanje znanja kroji način, kako zdravnik opravlja svoje delo. Poznavanje prijemov kadrovskega menedžmenta in upravljanja z znanjem prispeva teoretičen okvir preučevanja konkretnih rešitev glede izpolnjevanja organizacijskih ciljev z ustreznimi zaposlenimi, hkrati pa ponuja praktičen aspekt z modeli vplivanja na kvaliteto in količino znanja, ki ga organizacija in zaposleni lahko uporabljajo pri vsakdanjem delu. Kompetenčni pristop je ključnega pomena za doseganje zastavljenih ciljev organizacije, tako pri pogledu skozi prizmo upravljanja s človeškimi viri kot prizmo upravljanja z znanjem.

Dandanes je menedžment človeških virov postal strateška funkcija organizacij, ki pomaga usklajevati strateške cilje organizacije z realnostjo razpoložljive delovne sile in njenih lastnosti. Razumevanje sil na trgih dela, analiza dela, načrtovanje obsega človeških virov, pridobivanje, izbiranje, uvajanje delavcev oddelku za kadrovskega menedžmenta nalaga veliko odgovornosti v odnosu do okolja organizacije in prilagajanja nanj. Nadalje pa se kadroviki ubadajo tudi z notranjim okoljem organizacije – skrbi za oblikovanje dela, uspešnost zaposlenih, izobraževanja in usposabljanja ter delavce tudi ocenjuje glede na zastavljene cilje ter glede na to odmerja nagrade (Svetlik in Zupan 2009).

Organizacije ne poslujejo v vakuumu; so vpete v poslovno in druga okolja, v katerih morajo najti svojo relativno prednost ter jo zamenjevati za druge želene dobrine (prodajati izdelke, storitve, zasledovati svoj namen obstoja v primeru neprofitnih organizacij in drugo). Ne glede na to, kdo točno je v posamezni organizaciji nosilec funkcije upravljanja človeških virov (UČV), izšolan kadrovik ali menedžer, tudi funkcija UČV ne poteka v osami. Najpomembnejši segmenti okolja, v katerem potekajo procesi UČV, so: trg delovne sile, država z regulatornimi elementi, organizacije delavcev in delodajalcev (Devanna idr. 1984) ter nadnacionalne organizacije (Svetlik in Zupan 2009). V primeru

dela zdravnikov družinske medicine v Sloveniji je tako zelo pomembno, v kakšni organizaciji zdravniki družinske medicine delajo: takšni, ki funkcijo upravljanja človeških virov pozna ali v takšni, ki je ne. Z dobršnjo mero gotovosti je mogoče reči, da so pri tem na slabšem manjše organizacije in samostojni zdravniki (s.p. oziroma enoosebni d.o.o. ali druge pravno-organizacijske oblike), saj jih običajno vodijo zdravniki, ki tekom svojega izobraževanja in usposabljanja niso imeli veliko kontakta z znanji o vodenju, katere del mora biti tudi upravljanje človeških virov. Večje in velike organizacije si po pričakovanjih lahko privoščijo ločeno kadrovsko funkcijo s posebej izobraženimi profesionalci s področja. Če je oseba, ki prevzame kadrovsko funkcijo, podkovana s temi znanji (pa naj bo organizacija velika ali majhna), veliko lažje vidi izzive ter jih sproti tudi razrešuje tako, da ne škodujejo razvoju organizacije ali posameznikov, ki so delovna sila v njej.

Ni vseeno, na kakšen način se organizacija, v kateri dela zdravnik, ukvarja s svojimi človeškimi viri. Model administrativne učinkovitosti bo tako, na primer, odlično poskrbel za zakonske in pravilniške vidike zaposlenosti, ne bo pa ponudil usmerjanja znanj zaposlenih (ki si jih bodo sami nabirali po lastnih željah – v smislu nakupovalne košarice), kar lahko vodi do kritičnih pomanjkanj znanj na področjih, ki se zaradi dejavnikov zunaj organizacije ali v njej sami lahko izkažejo za zelo pomembne: na primer sposobnost razumljive komunikacije, organizacije dela in podobnega. Takšne potrebe je potrebno videti, jih prepoznati in zapolniti na organizacijskem nivoju, za kar je funkcionalnost UČV nadvse pomembna.

Večina poklicev s tem, ko strokovnjaki sami postajajo tisti, ki največ vedo o lastnem delu, postaja vse bolj podobna profesijam. Skupaj s temi premiki postaja za organizacije vse težje iskati mehanizme, kako takšne strokovnjake motivirati k čim učinkovitejšemu delu in tako iščejo nove in nove poti. Kompetenčni pristop je eden izmed načinov, kako lahko kljub potrebnemu strokovnemu znanju, ki strokovnjaku sploh omogoča delo, delodajalska organizacija strukturirano razdela znanja in veščine, ki so potrebne za delo v točno določenem delovnem okolju.

Kompetenčni pristop kadrovniku in njegovi organizaciji omogoča definiranje zahtevanih znanj in veščin za posamezno delovno mesto v strukturirani obliki in osnovano na zahtevah delovnega mesta. To omogoča, da se takšna znanja in veščine iščejo pri kandidatih za zaposlitev ali pa, da se za obstoječe delavce izdelava plan usmerjenih izobraževanj z namenom uskladitev razpoložljivih kompetenc pri zaposlenih s tistimi, ki so za uspešno opravljanje delovnih nalog na delovnem mestu potrebne (Boxall idr 2008, 339; Dubois idr. 2004, 43). Pri vseh naštetih trendih vpliva na organizacije, ki so bili prepoznani in zapisani v zgornjem besedilu, zagovorniki kompetenčnega pristopa ponujajo pripravne rešitve (Dubois idr. 2004): s tehnološkim napredkom se je mogoče spopasti samo, če ga znaš uporabljati; kompetenčni pristop pa omogoča identifikacijo nadpovprečnih/izjemnih delavcev ter pomaga pri izbiri in usposabljanju preostalih, da se takšni ravni obvladovanja delovnega mesta vsaj približajo. V kontekstu globalizacije naj bi kompetenčni pristop prav tako pomagal poiskati izjemne

delavce ter identificiral sposobnosti, ki jih delajo izjemne. Pri spopadanju s stroški naj bi kompetenčni pristop pomagal pri boljšem nadzoru nad z ljudmi povezanimi stroški organizacije z boljšo izrabo delovnega časa in sposobnosti zaposlenih. Sproščanje kreativnosti zaposlenih z razvojem posameznikovih lastnosti oziroma prednosti v pričakovanju bodočih zahtev delovnih mest naj bi bil odgovor kompetenčnega pristopa na spremembe na tržiščih.

2.2.1 Kompetenčni pristop pri upravljanju človeških virov

Zanimanje za kompetence v delovnem okolju je med prvimi sprožil McClelland, ko je v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja začel poudarjati, da je bistvenjšega pomena kot faktografsko znanje tisto znanje, ki ga je posameznik v konkretnih okoliščinah sposoben konstruktivno uporabiti (McClelland 1976).

Področje družboslovja je znano po tem, da se mnogo izrazja uporablja tudi v vsakdanjem jeziku, kjer ima enaka oziroma ista beseda le nekoliko ali pa povsem drugačen pomen. Hkrati je lahko problematično tudi to, v kakšni konotaciji družboslovec sam uporablja posamezno besedo, zato v nadaljevanju sledi krajša opredelitev pomena kompetence.

Slovar slovenskega knjižnega jezika kompetenco definira kot: *„kompeténca -e ž: obseg, mera odločanja, določena navadno z zakonom; pristojnost, pooblastilo: s tem je presegel svojo kompetenco / poslanci niso priznavali kompetenc državnemu zboru // področje dejavnosti: razmejitev kompetenc zveznih in republiških organov / izdelava spada v njihovo kompetenco“*.

Evroterm, terminološka zbirka izrazov, ki je začela nastajati med pripravljanjem slovenske različice pravnih aktov Evropske unije v okviru Sektorja za prevajanje, redakcijo in terminologijo Službe Vlade RS za evropske zadeve, angleško besedo „competence“ v slovenščino prevede kot *„usposobljenost, pristojnost, pravno pristojnost“*. Slovenski izraz kompetence razloži kot *„upravno sposobnost; večino, znanje, kvalifikacijo, zmožnost ali izkušnost upravljati ali voditi zadeve javnega ali zasebnega urada, podjetja ali organizacije“*.

Že po poskusu jezikovne umestitve pojma kompetenc je lahko nekritičen iskalec kaj hitro zmeden, saj se pod istim imenom na prvi pogled skriva kar nekaj nadvse različnih pojmov zaradi že uvodoma omenjenega zlivanja jezikovnih podskupin.

Kompetence v klasičnem pomenu besede so razložene kot „od zunaj“ določen nabor možnih reakcij, odločitev, znanj, veščin in drugega. V novejšem pomenu besede (in to je pomen, ki ga uporabljam v tem besedilu) je še vedno nabor možnih reakcij, odločitev, znanj, veščin in drugega, vendar določen bolj „od znotraj“, z vidika posameznika in njegovih sposobnosti ter zmožnosti. Po klasičnem razumevanju meja kompetenc ni mogoče preseči zaradi zunanje omejitve, dasiravno je posameznik tako določeno kompetenco sposoben preseči; pri novejšem pa preseganje ni več mogoče

predvsem vsled dosežene resnične meje sposobnosti (ki je tudi še nihče ni poskusil premikati, na primer z ustreznim izobraževanjem).

Zaradi lastnosti družboslovja in zaradi proceduralnih in filozofskih razlik med raziskovalci področja kompetenc (Zemke 1982), je mogoče v literaturi najti mnogo definicij kompetenc. McClelland (1976) je kompetence opredelil kot lastnosti, ki so podlaga za uspešno opravljanje nalog. Po Boyatzisu (1982) so kompetence karakteristike osebe, ki so nujne, vendar ne zadostne za učinkovito in/ali superiorno opravljanje dela. Gre za mešanico motivov, sposobnosti, samopodobe, družbenih vlog oz. za celoto znanj, ki jih posameznih uporablja v določeni situaciji.

Constable (1988) menedžerske kompetence definira kot zmožnost menedžerja, da učinkovito uporabi znanje in izkušnje pri opravljanju menedžerske vloge. V luči Boyatzisove opredelitve jih nadalje opiše kot zmožnost oblikovanja sistema ali sosledja vedenj, ki vodijo v doseganje določenega cilja. McLagan (1989) je predlagal, da so kompetence področje znanj in veščin, ki je kritično za doseganje ključnih izhodov (*angl.* outputs). Spencer in Spencer (1993, 9) sta kompetence opredelila kot karakteristike posameznika, ki so povezane z učinkovitim ali superiornim izvajanjem nalog na delu ali v drugi situaciji, ter da vključujejo motive, nagnjenja, samopodobo, znanje in veščine.

Lucia in Lepsinger (1999) kompetence opredelita kot prednostne značilnosti osebe, ki se kažejo v uspešnem in učinkovitem delovanju na delovnem mestu. Gre za nabor medsebojno povezanih znanj, sposobnosti, veščin in stališč, ki pretežno vplivajo na delo posameznika in so tesno povezane z njegovim delovanjem v delovnem okolju, ki jih lahko merimo glede na sprejete standarde in ki jih lahko izboljšamo z usposabljanjem in razvojem. Dubois in Rothwell (2000) sta kompetence opisala kot orodja, ki jih uporabljajo delavci na različne načine, da dokončajo enote dela ali delovna opravila.

Sledeč časovnemu poteku misli pri različnih avtorjih o kompetencah je mogoče špekulirati, da se od začetnih bolj ali manj sramežljivih povezav z delovno uspešnostjo sčasoma vse bolj kristalizira jasnejša slika kompetenc kot nujne sestavine za uspešno opravljanje dela, ali pa – kot kompetence definira OECD (2001, 2005) – postanejo sposobnosti za izpolnjevanje kompleksnih (delovnih) zahtev.

Vsekakor je nujne sestavine za uspešno opravljanje dela mogoče uporabljati v različnih kontekstih, zato se je razvila dokaj obsežna klasifikacija kompetenc, katere pregled sledi.

Pojem ključnih/temeljnih/generičnih kompetenc se nanaša na večfunkcijske in transdisciplinarne kompetence, ki so uporabne pri doseganju mnogih pomembnih ciljev, pri soočanju z različnimi nalogami in pri delovanju v nepoznanih situacijah (Weinert 2001). Eurydice (v Kohont 2005, 57) izpostavlja tri kriterije določanja ključnih kompetenc: (1) Ključne kompetence morajo potencialno prispevati k dobrobiti vseh članov družbe. Pomembne morajo biti za celotno populacijo, ne glede na

spol, razred, raso, kulturo, družinske korenine ali materin jezik. (2) Biti morajo skladne z etičnimi, ekonomskimi in kulturnimi vrednotami in normami obravnavane družbe. (3) Pomemben je kontekst, v katerem so ključne kompetence uporabljene. Kontekst ključnih kompetenc ne vsebuje določenih življenjskih stilov, temveč le najbolj običajne in verjetne situacije in družbene vloge v življenju pripadnikov družbe. Izpostavlja področja ključnih kompetenc: komunikacija v maternem jeziku; komunikacija v tujem jeziku; informacijsko-komunikacijska tehnologija; numeričnost in matematične, metodološke in tehnološke kompetence; podjetništvo; interpersonalne in državljanske kompetence; učiti se učiti; kultura.

Ožja stopnja so delovno specifične kompetence. So vidiki aktivnosti v določeni delovni vlogi, povezani z učinkovitim delovanjem v tej vlogi. Skupne so pripadnikom poklicnih skupin, ki se nanašajo na podobna delovna opravila, ne glede na to, v kateri organizaciji je delo dejansko opravljeno. Posameznika na konkretnem delovnem mestu je mogoče okarakterizirati s še ožjim naborom kompetenc, ki so odraz zahtev posameznih organizacij. Organizacijsko specifične kompetence posameznika so torej sredstva, s katerimi posameznik prilagaja svoj način delovanja organizacijski kulturi, ne glede na to, katero vlogo ima v njej. Delovno specifične kompetence, še ožja stopnja, so tako povezane z delovanjem na določenem delovnem mestu, funkcioniranjem v določeni vlogi; organizacijsko specifične kompetence posameznika pa s tem, kako bo posameznik odigral vlogo pripadnika organizaciji nasploh. Avtorji (npr. Boyatzis 1982) ločeno prepoznavajo še menedžerske kompetence, tiste, ki omogočajo menedžerju funkcioniranje v določeni delovni vlogi (Pezdirc 2005).

Za pričujoče besedilo je zgoraj naveden kompetenčni pristop in klasifikacija bistvenega pomena, saj so ravno kompetence tiste, s katerimi je mogoče opisati, kakšen naj bo zdravnik družinske medicine, da bo v slovenskem okolju funkcioniral dobro. Različne stopnje kompetenc pomagajo opredeliti, na kateri ravni je torišče razprave in raziskave: to ni organizacijsko specifično usmerjen pogled, temveč takšen, ki v obzir vzame vse zdravnike družinske medicine v Sloveniji ter je tako nato mogoče govoriti o poklicno specifičnih kompetencah, skupnih vsem njim. Kasneje dobljeni in testirani kompetenčni profil tako lahko služi kot smerokaz na več ravneh: na ravni zdravnikov samih, njihovih delodajalcev ter odločevalcev. Ožjih oblik kompetenčnega profila ne bi bilo mogoče uporabiti na vseh ravneh, zato se zdi izbira za prvo tovrstno raziskavo pri nas smiselna.

Rekrutacija, zunanja in notranja mobilnost zaposlenih, izobraževanja zaposlenih, neformalno širjenje znanja, načrtovano spreminjanje nalog ali organizacije dela so ukrepi, ki vplivajo na kompetence zaposlenih, če so planirani in tudi, če niso (Gill idr. 2005). Razvoj kompetenc ni enkratni dogodek, temveč gre za proces, na katerega vpliva več dejavnikov. Cherniss in Goleman (1998 v Zadel 2005) prepoznata štiri faze v procesu razvoja kompetenc: pripravo na spremembe, izobraževanje/trening/pridobivanje znanja, uporabo in prenos novosti ter evalvacijo (ovrednotenje). Najpomembnejši element pri razvijanju kompetenc je učenje. Sfordova (v Paavola 2003) v organizaciji

prepozna učenje kot pridobivanje (npr. certifikatov ob zaključku formalnih izobraževanj) ter učenje kot udeležbo (ob vsakdanjem delu posameznik pridobiva izkušnje in znanje za obvladovanje vseh možnih scenarijev na delovnem mestu), Paavola idr. (2003) dodajo nadgradnjo - učenje kot ustvarjanje znanja (ko ob delu to v majhnih ali večjih korakih spreminjamo). Na razvoj kompetenc lahko vplivajo še formalno in neformalno pridobivanje znanja, osebnost, družina, delodajalska organizacija, delovno mesto in drugi dejavniki.

V poročilu HEGESCa (Akkuyunlu, ur. idr. 2009, 26) so na osnovi empirične raziskave identificirali naslednje determinante razvoja kompetenc:

- osebne karakteristike,
- družinsko in socialno okolje,
- učenje v sistemu formalnega izobraževanja in izven njega,
- delodajalske organizacije.

Tekom analize so želeli povezati posameznega akterja pri razvoju kompetenc s posameznimi polji (npr. teoretično, praktično znanje, generične kompetence ipd.), vendar zaenkrat neuspešno. Iz njihovih rezultatov je bilo razvidno, da se visokošolske institucije opisujejo kot najpomembnejšega akterja pri razvoju kompetenčnosti diplomantov in da hkrati na drugo mesto in pred delodajalca postavljajo odgovornost posameznika (diplomanta) za razvoj kompetenc. Delodajalci pa so z druge strani poročali o več ali manj izenačeni odgovornosti visokošolskih institucij in delodajalcev za razvoj kompetenc svežih diplomantov ter o medsebojni soodvisnosti.

Pri primerjavi metod učenja so opazili bistveno razliko med načinom predavanja znanja v visokošolskih institucijah (predavanja, aktivno učenje na univerzi in aktivno učenje ob delu) in pri delodajalcih (mentorstvo, programi usposabljanj, ocenjevalne aktivnosti) (Akkuyunlu, ur. Idr. 2009, 44).

Med izobraževanjem in usposabljanjem zdravnika družinske medicine je mogoče identificirati podobne faze učenja in s tem razvoja kompetenc: tekom študija poteka del prenosa znanja na predavanjih, del na vajah, kjer se študenti sprva spoznavajo s praktičnimi vidiki bazičnih znanosti medicine, nato praktične vaje pridobivajo kompleksnost do skorajšnje vloge zdravnika v šestem letniku, ko deloma ali v celoti prevzamejo skrb za bolnega v bolnišnici ali ambulantni pod nadzorom neposrednega učitelja v majhnih skupinah. Po zaključenem izobraževanju v fazi pripravištva in specializacije pa mlad zdravnik pridobiva znanje z zgledom pri mentorju, s pripovedovanjem zgodb kolegov in lastnih zgodb, z udeleževanjem formalnih usposabljanj in drugim. Tekom specializacije mu je vse bolj odvzet element časa za ukvarjanje z bolnikom, ker je prisiljen postajati vse učinkovitejši pri svojih interakcijah z bolniki (Longmore idr. 2010, 9).

V današnji, globalni družbi, zgolj šolsko in poklicno znanje ni več dovolj dobro za uspešno nastopanje in delovanje na trgu dela. Za uspešno nastopanje na tržiščih je potrebno posedovati še dodatne veščine in širša znanja. V tem procesu morajo v organizaciji sodelovati vsi - od novo zaposlenega

do tistega, ki zapušča podjetje. Uspešnost posameznika je v glavnem odvisna od njegovega znanja in njegovih vrednot, ki vzajemno vplivajo drug na drugega, obenem pa je oboje odvisno od okoliščin, v katerih živimo. Vseživljenjsko izobraževanje je tako postala nuja za vsakogar med nami, ne glede na poklicno področje ali že doseženo izobrazbeno raven. Nenehni izzivi sodobnih tehnologij nas vse bolj utrjujejo v spoznanju, da v (današnjem) svetu pravzaprav ni nič dokončnega in da za današnja in jutrišnja vprašanja ne zadostujejo več včerajšnji odgovori (Možina idr. 2002, 208). Pri tem naj bo učenje kar najširše definirano kot vsaka dejavnost, s katero posameznik spreminja sebe. Pri tem na posameznika vplivajo okolje in dejavnosti, ki se jih udeležuje ali pa jih spremlja, izkušnje, ki jih prenaša v nova učna izkustva in njegova načrtna dejavnost, da učne vire iz okolja medsebojno povezuje in jih prilagaja svojim potrebam, ko je to mogoče (Svetlik in Zupan 2009). Učenje, naj bo spontano ali organizirano, običajno poteka v treh procesih: pridobivanje nove dejavnosti (učenje v ožjem smislu), sledi proces ohranjanja učinkov učenja, tretji je proces obnavljanja dejavnosti, ki poteka kot prepoznavanje ali kot skrajševanje ponovnega učenja.

Učne metode so lahko pasivne (poudarjena vloga učitelja, učna snov je udeležencem še neznana – predavanja ipd.), aktivne (udeleženci vsaj nekaj že vedo o snovi; učitelj le svetuje in daje navodila – npr. učenje z računalnikom) ali kombinirane (kombinacija obeh metod). Uči se lahko v velikih (masovno) ali manjših skupinah (skupinsko) ter individualno (Svetlik in Zupan 2009).

Učenje, pa naj si bo to skozi formalni sistem izobraževanja, usposabljanja med pripravništvom in kasneje specializacijo ali kot zapovedano vseživljenjsko učenje, je za poklic zdravnika družinske medicine zelo pomembno. Na eni strani zato, ker mora obnavljati licenco in je to zanj čisto formalna potreba, na drugi strani pa zato, ker medicinsko znanje zelo hitro zastara in mora nenehno obnavljati svoje vedenje, da bi lahko svoje delo opravljal kar najbolje. Svoje lahko prispevajo še organizacije z načrtnim bolj ali manj formalnim planom zapolnjevanja prepoznanih vrzelih v znanju organizacije in posameznikov, ki delajo v njej.

Relativno veliki priljubljenosti kompetenčnega pristopa znotraj UČV in vpetosti te priljubljenosti v mednarodni diskurz (npr. EU, OECD) navkljub je mogoče kompetenčnemu pristopu očitati nekaj pomanjkljivosti (npr. Mirabile 1997). Pomanjkanje pozornosti za družbeno-kulturni kontekst, v katerem se uporablja kompetence, ustvarjanje abstraktnih in ozkih in preveč poenostavljenih opisov kompetenc, ki nezadostno odsevajo kompleksnost delovne učinkovitosti v različnih organizacijskih kulturah in kontekstih delovnih okolij. Prav tako je lahko kontraproduktivno razmišljanje, da je izdelava kompetenčnega profila enkratno dejanje (Sanghi 2009, Boxall 2008).

Talbott (2004) ugotavlja, da je večina kompetenčnih profilov razdeljena na posamezne kompetence, te pa na posamezna opravila, ki se ocenjujejo na gradacijski lestvici ter so kot takšne paradigma izobraževanja in usposabljanja ter niso enaki kompetentnosti, ki je korak na poti k profesionalni odličnosti. Prav tako navaja, da sektorski strokovnjaki kompetence prepoznavajo kot zvezno spremenljivi-

vko, odločevalci v zdravstveni politiki pa mnogokrat kot binarno (je ali ni prisotna). Nadalje problematizira definiranje izhodov ocenjevanja kompetenc ter bežanje od vprašanj, na katera je težko odgovoriti k tistim, na katera so odgovori lažji – vse v imenu merljivosti, standardizacije in ocenjevanja.

Glede na zapisano je mogoče reči, da je kompetenčni pristop vsekakor dobrodošel za usmerjanje izobraževanja, je pa potrebno pri interpretaciji biti pozoren na pasti delovnega okolja in potreb bolnikov, ki nikoli niso standardizirane. Standardizirane rešitve, ki bi bile v svoji osnovi enake za vse, tako po mnenju kritikov kompetenčnega pristopa, ne obstajajo. Vsekakor pa je za zdravstvene organizacije in posledično zdravnike družinske medicine pomembno poznavanje dejstva, da je človeški kapital mogoče "manipulirati" v smislu izboljševanja njihovih kompetenc – s prepoznavo potreb v notranjem in zunanjem okolju ter ustreznim vodenjem sprememb na boljše. Priprave na spremembe, pridobivanje znanja z ustrežno metodo v namene zastavljenega cilja, uporaba pridobljenega znanja in nato evalvacija učinka spremembe se v teoriji zdijo samoumevne, ni pa samoumevno pričakovati, da si bodo faze v tem redosledu sledile tudi v realnih okoljih, ko vodje nimajo znanja o učenju odraslih oziroma učenju na delovnem mestu. Enako ni nujno, da bodo organizacije iskale ljudi, katerih karierni cilji bodo poravnani s cilji organizacije, niti tega, da bodo posameznika na njegovi karierni poti, četudi je poravnana z organizacijsko, tudi podpirale. Z menjavo generacij v ospredje prihajajo tudi drugačne vrednote (lahko izražene tudi s kariernimi sidri) in poznavanje teh motivov je pomembno za razumevanje in možnost oblikovanja delovnih mest na takšen način, da bodo zdravniki (družinske medicine) na njih zadovoljni in morda delali tudi tam, kjer drugačna oblika delovnega mesta tega ne bi podpirala. Ta vidik je v Sloveniji (in drugod) s pomanjkanjem družinskih zdravnikov predvsem v ruralnih okoljih še posebej pomemben in bo zelo verjetno potreben še temeljitega premisleka.

2.3 Slovenska perspektiva zdravnika družinske medicine

Do sedaj je bil v besedilu opravljen pregled širšega teoretskega ozadja kompetenčnega pristopa k UČV ter ocenjen pomen posameznega elementa. V tem poglavju pa bo najprej opravljen kratek pregled okolja, v katerem zdravnik deluje, nato pa bo govora o strategijah razvoja kadrov.

Mnoge organizacije so že ali pa spoznavajo pomen znanja kot njihove kompetitivne prednosti ter lastnosti, ki jim omogoča primerno hitro odzivanje na spremembe v okolju. Dosti je bilo napisanega o upravljanju s človeškimi viri in z znanjem v zasebnem sektorju, kjer so pritiski znotraj organizacij in iz okolja veliki. Javne zdravstvene organizacije pa so organizacije posebne vrste: so financirane javno, tako da jih ne poganja želja po povečanju dobička ali tekmovalnost. Sicer so motivirane z

doseganjem kvalitete ter stroškovno učinkovitostjo, vendar ne na isti način kot zasebne organizacije. Glavna področja, na katera se javna zdravstvena organizacija odziva, so: stranke, konkurenca (če obstaja), dobavitelji ter spreminjajoči se standardi v industriji, spremembe v zdravniških doktrinah ter spremembe v načinu oskrbe bolnikov (Van Beveren 2003). Isti avtor opozarja še na pomanjkanje izobraževanja s področja upravljanja za uslužbence v javnem zdravstvenem sektorju ter tako tudi razlaga problem z organizacijskimi strukturami. Predlaga ustvarjanje manj formalne mreže odnosov, ki bi se prekrivala s strogo hierarhično strukturo, ki prevladuje sedaj in je že kulturno ugnedena v organizacije.

Tradicionalno se namreč na udeležence v zdravstvu prenaša tako teoretično kot praktično znanje. Univerze in fakultete navadno zagotavljajo teoretično (eksplicitno) znanje, prenašanje praktičnega (tihega, implicitnega) znanja pa se dogaja z mentorskim delom: pripravništvo, sekundariat in specializacija. Vendar znanje ostaja izolirano znotraj posameznih specialnosti zaradi premalo poudarka na interdisciplinarnem izobraževanju, kar je privedlo do tega, da je določeno znanje postalo „lastnina“ specialnosti in je tudi vir moči in statusni simbol (Van Beveren 2003, 93).

Zdravnik družinske medicine ima v takšnem sistemu vlogo temelja in vratarja, ki odloča o dostopu do uslug zdravstvenega sistema. Je osebni zdravnik, odgovoren za zagotavljanje vsestranske in kontinuirane zdravstvene oskrbe vsakega posameznika, ki išče zdravniško pomoč, ne glede na njegovo starost, spol ali bolezen. Skrbi za posameznike v okviru njihovih družin, skupnosti in njihove kulture, pri čemer vedno spoštuje avtonomnost svojih bolnikov. Prepoznava tudi svojo strokovno odgovornost do skupnosti. Pri dogovarjanju s svojimi bolniki o načrtu vodenja oz. obvladovanja bolezni upošteva psihične, psihološke, socialne, kulturne in eksistencialne dejavnike, pri čemer uporablja znanje in zaupanje, pridobljeno na osnovi večkratnih stikov med bolnikom in zdravnikom. Zdravniki družinske medicine izvajajo svojo strokovno vlogo s promoviranjem zdravja, preprečevanjem bolezni in zagotavljanjem zdravljenja, zdravstvene oskrbe ali paliativne oskrbe. Omenjene dejavnosti opravljajo neposredno ali pa s pomočjo drugih storitev oz. služb, odvisno od zdravstvenih potreb in razpoložljivih sredstev v skupnosti, za katero skrbijo, prav tako pa, kadar je to potrebno, pomagajo bolnikom pri dostopu do omenjenih storitev. Sprejeti morajo odgovornost za razvijanje in ohranitev svojih sposobnosti, osebnega ravnovesja in vrednot kot osnove za učinkovito in varno zdravstveno oskrbo bolnikov (Kersnik in Švab 2004, 32). Zdravnik družinske medicine je tudi prvi, ki začne reševati bolnikove težave z zdravjem.

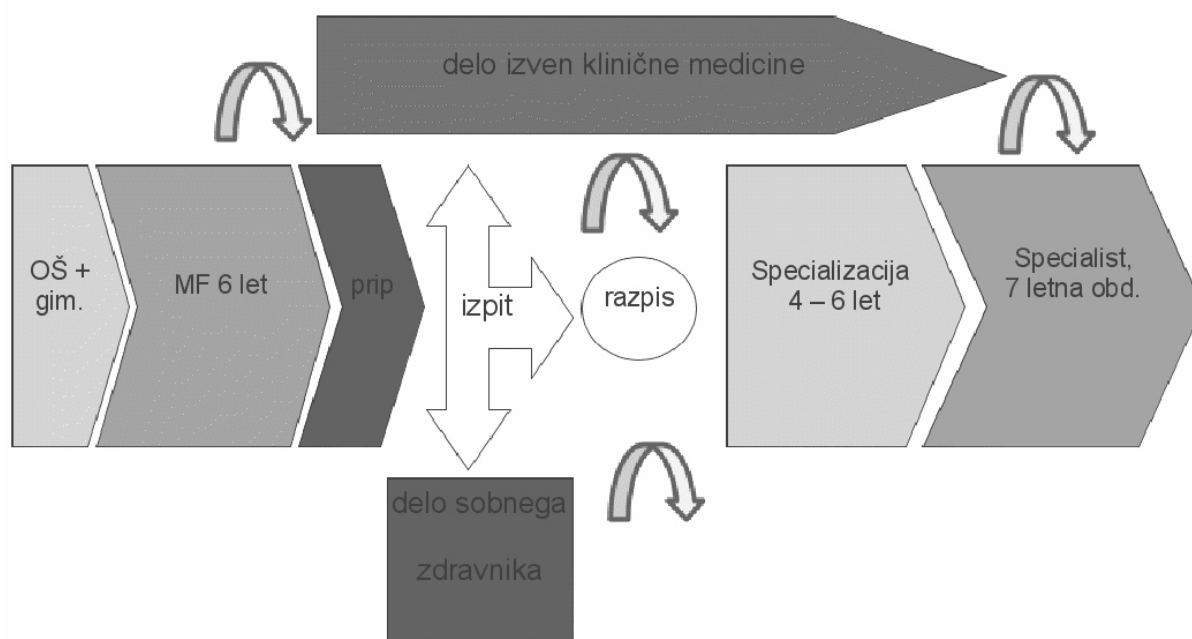
Zdravnik mora biti za reševanje bolnikovih zdravstvenih težav opremljen z zelo obširnimi znanji in veščinami. Znanja pridobiva skozi dolgotrajen postopek izobraževanja in usposabljanja, ki odraža proces profesionalizacije:

- po osnovni in srednji šoli, ki ju mora bodoči zdravnik zaključiti z nadpovprečnim uspehom, se vpiše na eno izmed medicinskih fakultet.

- Študij traja šest let z enim letom absolutorija. Mnogokrat se predpisani čas trajanja izobraževanja zaradi osebnih in drugih razlogov podaljša. S svežo diplomom se mladi zdravnik prijavi na nadaljnje usposabljanje – pripravništvo.
- Pripravništvo traja šest mesecev, trajanje in natančen program sta predpisana (Program pripravništva za polic zdravnik). Po opravljenem pripravništvu oz. po zaključenih dveh tretjinah se lahko zdravnik prijavi na razpis za specializacije ali nadaljuje delo kot sobni zdravnik, načeloma v bolnišnici z omejenimi pooblastili. Takoj, ko zdravnik opravi strokovni izpit, je prehod na specializacijo v praksi težko izvedljiv (trenutno na razpisu ni zelene specializacije ipd.) in lahko opravlja delo sobnega zdravnika.
- Specializacija zdravnikov je oblika podiplomskega strokovnega usposabljanja, ki je potrebno za dodatno in poglobljeno pridobivanje znanja in veščin na enem od področij medicine. Specialistično izobrazbo za posamezno vrsto specializacije se pridobi v postopku časovno določenega usposabljanja ter z opravljenim specialističnim izpitom (Zdravniška zbornica Slovenije).

Ko zdravnik opravi izobraževanje in usposabljanje za vejo medicine, v kateri se želi udeleževati, mu je po specialističnem izpitu priznana in podeljena licenca za določeno področje medicine. Licenca pomeni dovoljenje za samostojno delo na omejenem področju in ni trajna, časovno je omejena na sedem let, v tem času pa mora zdravnik izkazati, da se stalno izobražuje (element tako imenovanega stalnega podiplomskega izobraževanja). Z udeležbami na kongresih, predavanji, predstavitevami, objavami člankov in drugim mora dokazovati, da skozi celo kariero zdravnika sledi razvoju stroke in je sposoben bolnikom nuditi oskrbo v skladu z najnovejšimi spoznanji (Pravilnik o zdravniških licencah).

Ilustracija 2.1: Shema izobraževanja in usposabljanja zdravnikov



OŠ - osnovna šola; gim. - gimnazija; MF - medicinska fakulteta; prip - pripravništvo; izpit – strokovni izpit; obd. - obdobja.

Vzporedno bdi nad delom zdravnikov še stanovsko združenje, Zdravniška zbornica, ki po pooblastilu države izvaja strokovne nadzore, z namenom, da: nadzoruje strokovno delo zdravnikov ter uporabo strokovno preverjenih metod in dosežkov znanosti; ugotavlja izvajanje strokovnih navodil strokovnih kolegijev; ugotavlja uporabo metod kakovosti pri zdravnikovem delu; na podlagi ugotovitev strokovnega nadzora svetuje zdravnikom (kako izboljšati svoje delo) (Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem).

Razvoj zdravniškega kadra na ravni organizacij je usmerjen na vzdrževanje in povečevanje kakovosti predvsem strokovnih znanj, kar se kaže tudi v diskrepanci med tem, da ima večina zdravniških ambulant računalniško opremo, delež zdravnikov ki računalnike pravzaprav uporablja kot podporo pri vsakdanjem delu v ambulanti (podatek iz leta 2007), pa je presenetljivo nizek – 60 %, vendar je od leta 2003 narasel – takrat je bil delež 20 %. Obstajajo pa bistvene razlike med zdravniki na primarni ravni (kjer jih računalnike uporablja le 27 %) in sekundarni ravni, kjer zdravniki računalnike pri rednem delu uporabljajo v 72 %. (Meglič idr. 2007).

Razlika med temi podatki in prepoznano koristijo dela z računalnikom (iskanje literature, smernic ipd.) je odraz prav tako prepoznane strategije izobraževanj v zdravstvenih organizacijah, ko so posamezniki tisti, ki se odločajo, katerih izobraževanj se bodo udeležili (Storey idr. 2006); pri zdravnikih sliko še dodatno pači sodelovanje s farmacevtsko/zdravstveno industrijo, ki je lahko tudi edini vir informacij o zdravilih za zdravnika in predstavlja pomemben vir financiranja usposabljanj (Drinovec 2002; Drinovec in Poredoš 2001).

2.3.1.1 Izobraževanje in usposabljanje zdravnikov pri nas in v svetu

Cel svet, tudi naša država, se sooča s pomanjkanjem zdravstvenih delavcev; odločevalci in menedžerji se v luči teh zahtev, da bi zagotovili optimalno zdravstveno oskrbo prebivalstva, odločajo za različne strategije zagotavljanja ustreznega razmerja različnih profilov zdravstvenih delavcev. Vendar je lahko tak pristop vsaj deloma neuspešen, če se pri razporejanju delavcev ne upošteva njihovih veščin (*angl. skills*) in ustreznega zastopanja teh v zdravstvenih timih (*angl. skill-mix*) (Dubois in Singh 2009). Podobno je zagotovljeno zdravstveno varstvo tudi pri nas – dogovor med plačnikom in izvajalci definira standardno ambulanto zdravnika družinske medicine s kadri: 1 zdravnik, 1,5 srednje medicinske sestre, 0,5 srednjega administrativnega kadra ter 0,5 laboratorijskega tehnika (Splošni dogovor 2010).

Da lahko zdravnik opravlja svoje delo, mora posedovati širok nabor znanj in veščin. Pot do polno licenciranega zdravnika je v Sloveniji in drugih državah Evropske unije (EU) dolga. Deloma je to verjetno odraz v prejšnjih poglavjih opisanega procesa profesionalizacije, deloma pa zapletenih mehanizmov, ki vplivajo na počutje oziroma zdravje.

V tem delu besedila bo opredeljen zdravnik družinske medicine na poti do polne licence, v njegovem delovnem okolju in determinante, ki ga določajo v ožjem in širšem okolju – opravljen bo pregled dodiplomskega izobraževanja, podiplomsko usposabljanje do pridobitve naziva specialist družinske medicine ter proces stalnega podiplomskega razvoja oziroma relicenciranja v EU in nato primerjava s Slovenijo.

V Sloveniji imamo v tem trenutku dve medicinski fakulteti, eno pod okriljem Univerze v Mariboru, drugo pod okriljem univerze v Ljubljani. Ljubljanska (ULMF) je starejša (ustanovljena 1919), Mariborska je bila ustanovljena nekaj let nazaj (prvi vpisi leta 2004, UMMF). V Evropi razširjen in leta 1999 začel bolonjski proces, ki zahteva mednarodno primerljivost programov, uveljavljanje kreditnega sistema, zagotavljanje kakovosti pouka in mobilnosti študentov med fakultetami in tristopenjski študij, je tako imel tudi na program študija medicine v Mariboru in Ljubljani vpliv. Spreminjanje študijskega procesa in prilagajanje novim stvarnostim pa je dolgotrajen proces.

Univerzalni cilj zdravniškega izobraževanja je usposobiti odličnega zdravnika, sposobnega vzdrževanja zdravja posameznikov in skupnosti. Pot do tega cilja se je s časom spreminjala. Večino dvajsetega stoletja je na kurikulum medicinskih fakultet vplivalo t.i. Flexnerjevo poročilo iz ZDA – poučevanje je potekalo ločeno na tako imenovano „kliniko“ (neposredna povezava z bolnikom) in „predkliniko“ (brez neposredne povezave z bolnikom – bazične znanosti) v okviru predmetov kot so anatomija, fiziologija in patologija ter z organi oziroma disciplinami kot osnovnimi gradniki učnih enot (Prideaux 2003). Bolnik s skupino simptomov in znakov je bil na koncu učnega popotovanja. Razvoj v znanosti poučevanja in drugi dokazi pa so izobraževanje preoblikovali v takšno s poudarkom na izhodih poučevanja oziroma kompetencah. Bolnik s konstelacijo težav je tako postal

izhodišče poučevanja in ne njegova zadnja postaja. Prepoznano je bilo tudi, da odlična skrb za bolnika ne more biti ločena od komunikacijskih sposobnosti, profesionalizma, etike, zagovorništva ter odgovornosti (*angl.* accountability), posledično se je izobraževanje zdravnikov nagnilo v bolj kontekstualno na račun poučevanja obskurnih vsebin (Phillips 2008, Frank idr. 2010).

Želja po primerljivem in medsebojno izmenljivem študijskem procesu znotraj EU in nekaterih drugih držav, tako imenovani bolonjski proces, se je dotaknil tudi študija medicine.

Implementacija bolonjskega procesa, ki zahteva primerljivost študijskih programov in medsebojno izmenljivost študentov, pa je po državah EU na zelo različnih stopnjah. Nekatere (na primer Belgija) so načela popolnoma privzele, druge (med njimi predvsem Velika Britanija, VB) pa so le malo aktivnega storile za to, da bi se njihov izobraževalni sistem približal bolonjskemu idealu (menda bi naj za nekatere smeri študija v VB študijski proces že izhodiščno bil kompatibilen z bolonjskimi načeli). Posebej je potrebno izpostaviti predvideno tristopenjskost študija, pri katerem so običajne izjeme medicina, veterina in dentalna medicina. V VB in po večini držav EU se diploma oziroma naziv doktor medicine pridobi z zaključkom pet- ali šest- letnega študija ter je navadno na diplomski ravni. Običajno le manjši del diplomantov nadaljuje študij na magistrskem ali doktorskem nivoju (Cumming 2010).

Apliciranje bolonjskih načel na študij medicine je v Evropi od začetka uvajanja postala kontroverzna tema, z močno zagovarjanimi nasprotujočimi si mnenji. Na primer, Svetovna zveza za zdravniško izobraževanje (*angl.* World Federation of Medical Education) in Združenje za zdravniško izobraževanje Evrope (*angl.* Association for Medical Education in Europe) sta objavili stališče v letu 2005, ki je nasprotovalo uvedbi dvostopenjskega študija v osnovno zdravniško izobraževanje – študij (WFME/AMEE 2005), čeprav se zdi, da nekatere države s tem niso imele težav: študenti po treh letih prejmejo diplomo (s katero medicinsko znanje unovčijo v farmaciji, v novinarstvu ...), po dodatnih dveh ali treh letih še magisterij, tretja stopnja pa je namenjena dodatnemu, na raziskovanje oprtemu izobraževanju, ekvivalentu doktoratu iz medicine ali znanosti. Glavni pomisleki omenjenih organizacij proti uvajanju bolonjskih procesov v medicini so bili: da je proces zdravniškega izobraževanja že zadovoljivo urejen z nacionalnimi pravili in standardi ter da transevropska navodila Evropske komisije niso potrebna; da bi striktno upoštevanje tristopenjskega študija pripeljalo do večjega števila nezaposljivih diplomantov medicine (prva stopnja) in - da bi troje stopenj delovalo dezintegrativno – v zadnjih desetletjih so se fakultete namreč posebej posvečale vertikalni in horizontalni integraciji znanja/poučevanja ter preverjanja; tri stopnje bi privedle (spet) do zastarelega modela, ko bi se tri leta študentje posvečali samo temeljnim znanostim, brez kliničnega konteksta (Cumming 2010; WFME/AMEE 2005).

Ne glede na večja ali manjša razhajanja pri praktični izvedbi pouka medicine na fakultetah, je z evropsko direktivo 2005/36/EC o poklicnih kvalifikacijah omogočeno medsebojno priznavanje

diplom, tako da naj bi v praksi diplome vseh medicinskih fakultet v EU bile enakovredne. Za zdravnike direktiva nalaga tudi, da mora osnovno izobraževanje obsegati vsaj 5.500 ur in da ga je mogoče zaključiti najhitreje v petih letih.

Medicinski fakulteti v Sloveniji sta za izobraževanje oziroma razvoj učnega programa izbrali nekoliko različna programa. Obe sta izhod oziroma cilje izobraževanja po bolonjski prenovi poskušali definirati v obliki kompetenc, ki naj bi jih diplomanti posedovali. Na obeh fakultetah traja enovit magistrski študij druge stopnje šest let (12 semestrov) in obsega 360 kreditnih točk. Strokovni naslov, ki ga pridobi diplomant, je doktor medicine/doktorica medicine (dr. med.) (ULMF, Predstavitveni zbornik, UMMF, akreditacija enovitega magistrskega študija programa Splošna medicina 2011).

Dodiplomsko izobraževanje zdravnikov na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani traja skupno šest let, cilj študijskega programa je usposobiti strokovnjaka za izvajanje strokovnih del in nalog na področju medicine ter mu obenem dati ustrezno osnovo za nadaljnjo strokovno izpopolnjevanje v okviru specializacij in morebitno nadaljevanje študija na doktorski stopnji (ULMF, Predstavitveni zbornik). V namen opredelitve izhodov izobraževanja so na ULMF oblikovali sklope kompetenc, ki naj bi jih njihovi diplomanti imeli ter jih objavili v predstavitvenem zborniku. Prva skupina so splošne kompetence (glede na klasifikacijo bi te bile generične v najširšem pomenu besede):

- sposobnost analize, sinteze in predvidevanja rešitev ter posledic,
- obvladanje raziskovalnih metod, postopkov in procesov, razvoj kritične in samokritične presoje,
- sposobnost uporabe znanja v praksi,
- avtonomnost v strokovnem delu,
- razvoj komunikacijskih sposobnosti in spretnosti,
- etična refleksija in zavezanost profesionalni etiki,
- kooperativnost dela v skupini in v mednarodnem okolju.

Naslednja skupina, ki so jo na ULMF definirali, so predmetno specifične kompetence (glede na klasifikacijo najbolj ustrezajo pojmu sektorsko specifičnih kompetenc):

- poznavanje in razumevanje utemeljitve in razvoja medicine,
- sposobnost za reševanje konkretnih delovnih problemov z uporabo znanstvenih metod in postopkov,
- konkretno obvladanje temeljnega znanja, sposobnost povezovanja znanja z različnih področij in njegove uporabe,
- sposobnost umeščanja novih informacij in interpretacij v medicinski kontekst,
- razumevanje splošne strukture medicine ter povezanosti med njenimi poddisciplinami,

- razumevanje in uporaba metod kritične analize in razvoja teorij ter njihova uporaba v reševanju konkretnih delovnih problemov,
- razvoj veščin in spretnosti v uporabi znanja na področju medicine,
- uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije in sistemov na področju medicine.

Zadnja skupina opredeljenih kompetenc, najožja, so za medicino specifične kompetence:

- znanje o molekularni osnovi in mehanizmih normalnega in patološkega delovanja človeškega organizma,
- znanje o normalni in patološki strukturi na ravni celice in človeka,
- poznavanje osnovnih bioloških, vedenjskih in socialnih dejavnikov zdravja in razvoja bolezni,
- razumevanje mesta in vloge medicine v družbi,
- veščina sporazumevanja z bolnikom,
- poznavanje metod obravnavanja javnozdravstvenih problemov,
- poznavanje osnovnih principov nege bolnika,
- sposobnost pregledovanja bolnika,
- poznavanje vloge okolja v nastanku in razvoju bolezni,
- razumevanje bolezenskih stanj, njihovih znakov in simptomov,
- poznavanje vloge življenjskega sloga pri nastanku in razvoju bolezni,
- poznavanje diagnostike bolezni in njihovega zdravljenja,
- poznavanje preprečevanja bolezni in rehabilitacije,
- integriranje znanj in veščin na konkretnem delu ob bolniku v bolnišnici, ambulanti in na domu,
- znanstvenoraziskovalno delo na področju medicine (ULMF, Predstavitveni zbornik).

Omenjene skupine kompetenc odražajo proces k izhodom usmerjenega dodiplomskega izobraževanja, pričakovanja medicinske fakultete glede prihodnjega delovnega okolja lastnih diplomantov in regulativnih zahtev.

Dodiplomsko izobraževanje zdravnikov na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru isto traja šest let, je pa njihov pristop k izobraževanju nekoliko drugačen od ljubljanske Medicinske fakultete.

UMMF generične kompetence svojih diplomantov navaja na svoji spletni strani. Njihov program Splošna medicina omogoča študentom pridobitev strokovnega znanja s študijem teoretičnih in metodoloških konceptov, usposobljenost za prenos in uporabo teoretičnega znanja v prakso in reševanje strokovnih ter delovnih problemov, (zlasti) z iskanjem novih virov znanja in uporabo znanstvenih metod, razvijanje zmožnosti za sporazumevanje v stroki in med strokami, kooperativnost in delo v skupini, strokovno kritičnost in odgovornost, iniciativnost in samostojnost pri odločanju ter vodenju najzahtevnejšega dela. Poudarek študijskega programa je na pridobivanju sploš-

nih znanj, analize znanj in sinteze, na razvoju komunikacijskih sposobnosti, delu v mednarodnem okolju; pomemben element je etična zavezanost poklicu in profesionalni etiki ter pridobivanju znanja s področja etike v medicini in s področja deontologije. Diplomant bo po zaključenem študiju sposoben za samostojno delo v ambulanti splošne medicine, tako v smislu ugotavljanja vseh bolezenskih stanj, kakor tudi v smislu zdravljenja teh. Za njegovo nadaljnje izobraževanje pa so potrebne, seveda, specializacije v smereh, ki jih predpisuje zdravniška zbornica na nacionalnem oz. evropskem nivoju. (UMMF, Akreditacija enovitega magistrskega študija programa Splošna medicina 2011).

Sektorsko specifične kompetence so opredelili kot znanja s področja predkliničnih predmetov (npr. anatomija, biokemija, fiziologija...) in kliničnih predmetov (interna medicina, kirurgija, pediatrija, družinska medicina...). Po zaključenem programu bi naj diplomant obvladal:

- poznavanje in razumevanje utemeljitev in zgodovine razvoja medicine;
- sposoben bo za reševanje konkretnih medicinskih in zdravstvenih problemov z uporabo znanstvenih metod in postopkov;
- obvladal bo temeljna znanja na področju medicine, sposoben bo povezovati znanja z različnih področij medicine in jih aplicirati;
- sposoben bo umeščati nove informacije v kontekst medicine;
- razumel bo splošne strukture medicine ter povezanost med njenimi poddisciplinami, kot so posamezne specializacije;
- razvijal bo veščine in spretnosti v uporabi znanja na strokovnem področju „medicina“;
- uporabljal bo informacijsko – komunikacijsko tehnologijo na strokovnem področju “medicina” (UMMF, akreditacija enovitega magistrskega študija programa Splošna medicina 2011).

Kljub slabši kvaliteti dostopne literature, s katero je mogoče priti do deklariranih naborov kompetenc, ki jih naj bi posedovali diplomanti obeh medicinskih fakultet, je mogoče opraviti vsaj površno primerjavo med obema sklopoma.

Delovno specifičnih kompetenc, če nabor kompetenc po formi primerjamo s tistimi ULMF, na UMMF v času pisanja besedila ni bilo moč zaslediti. Vsebinsko pa, kljub drugačni formi, je nabor pričakovanih kompetenc diplomantov obeh fakultet - relativno soroden.

Na ULMF so med pričakovane kompetence dodali še razumevanje vloge medicine v družbi ter poznavanje principov nege bolnikov, česar na MBMF v času pisanja pričujočega besedila še niso storili. Ti dve kompetenci namigujeta na bolj družbeno odprt tip medicine, ki se zaveda interakcij v družbi in v ožjem delovnem okolju.

Na UMMF pa so med kompetencami opisali zmožnost dela v skupini, poudarili so mednarodno delovno okolje ter da naj bi bil diplomant usposobljen za delo v ambulanti splošne medicine, česar na ULMF niso opredelili. To namiguje na diplomanta, ki se zaveda svetovne medicinske skupnosti

in ki je sposoben učinkovito funkcionirati v ožjem delovnem okolju. Definiranje diplomanta kot sposobnega za delo v ambulanti splošne medicine pa je najverjetneje mišljena v teoretskem smislu, saj zakonodaja diplomantom medicinskih fakultet ne omogoča praktičnega samostojnega dela v ambulantah, to pravico pridobijo šele z opravljeno specializacijo in specialističnim izpitom (Zakon o zdravniški službi).

Glavna pomanjkljivost seznamov kompetenc, ki jih bo diplomant po zaključku izobraževanja posedoval, se v tem trenutku zdi dojemanje kompetenc kot prisotnih/odsotnih in ne kot gradacijsko orodje pri usmerjanju izobraževanja, po možnosti v kombinaciji z drugimi metodami ocenjevanja uspešnosti diplomantov.

V VB Zdravniška zbornica določa standarde in izhode, po katerih in za katere fakultete izobražujejo bodoče zdravnike. V ta namen so izdali tudi publikacijo „Jutrišnji zdravniki“ (*anlg.* Tomorrow's Doctors - GMC 2009), v kateri opredelijo zahtevane standarde z vidika izhodov za diplomanta in glede načinov izvajanja poučevanja. Nad vsemi ostalimi opredelitvami izhodov so zapisali, da so študentje medicine bodoči zdravniki ter da bodo v skladu z dobro prakso bolniki in skrb zanje njihova prva briga; da bodo uporabljali svoja znanja in veščine kompetentno in etično, z uporabo sposobnosti vodenja ter analize kompleksnih in negotovih situacij.

Vlogo zdravnika kot učenjaka in znanstvenika so opredelili s sposobnostjo aplikacije načel biomedicinskih znanosti pri izvajanju zdravniške oskrbe, njihovih metod in znanja, povezanega z anatomijo, biokemijo, biologijo celice, genetiko, mikrobiologijo, molekularno biologijo, nutricionistiko, patologijo, farmakologijo in fiziologijo, kar nadalje razdelajo še podrobneje.

Vlogo zdravnika kot izvajalca zdravstvene oskrbe so definirali kot sposobnost izvedbe posveta z bolnikom, diagnosticiranjem in upravljanjem s kliničnimi prezentacijami, učinkovitim komuniciranjem s kolegi in bolniki v medicinskem kontekstu, zagotavljanjem takojšnje oskrbe pri nujnih stanjih, z varnim, učinkovitim in ekonomičnim predpisovanjem zdravil, z varnim in učinkovitim izvajanjem kliničnih posegov, z učinkovito rabo informacij v kontekstu medicine.

Zdravnika kot profesionalca/strokovnjaka pa so definirali s sposobnostjo obnašanja v skladu z etičnimi in pravnimi vodili, s sposobnostjo refleksije, učenja in poučevanja, z učinkovitim učenjem in delom v večprofesionalnem timu, s sposobnostjo zaščititi bolnike in izboljševati oskrbo.

V nadaljevanju razdelajo še pot, kako do takšnih rezultatov priti, vendar to ni predmet pričujočega dela. Kar bode v oči, je v primerjavi z prej omenjenima in relativno skritima profiloma diplomantov slovenskih MF, precej bolj poglobljen uvid v „končni produkt“ dodiplomskega zdravniškega izobraževanja. Deloma verjetno zato, ker v VB obstaja daljša tradicija bolj formalnega pristopa k izhodom študija, deloma pa je mogoče razliko v definicijah iskati tudi pri avtorjih; v Sloveniji sta avtorici fakulteti sami, ZZS podobnega dokumenta (še) ni izdala. Vsekakor je mogoče pri omenjenem pro-

filu diplomanta MF v VB najti več vzporednic z že obravnavanim modelom CanMEDS, ki pa je sicer bil oblikovan in je prvenstveno namenjen podiplomskemu izobraževanju zdravnikov.

V Nemčiji je obseg in trajanje dodiplomskega zdravniškega izobraževanja določena z zakonom ter obsega: visokošolski študij v trajanju najmanj šest let in treh mesecev, vključno s preizkusi, s tem, da je zadnje leto namenjeno praktičnemu usposabljanju; izobraževanja o nujni medicinski pomoči, treh mesecev dela v negi bolnikov, ter končni elektiv v trajanju štirih mesecev. Bodoči diplomant mora opraviti tudi dva državna izpita, enega po dveh letih študija, drugega po zaključku leta, namenjenega praktičnemu študiju. Študij je načeloma razdeljen v dve leti študija predklinike in štiri leta kliničnih predmetov, kot je bilo v predhodnem besedilu že omenjeno (BAK 2006). V zadnjem času so se nekatere fakultete/univerze odločile posodobiti študij medicine ter so uvedle pilotske modele študija medicine, npr. Charite v Berlinu, ki so se zavezale k h kompetencam usmerjenemu študiju. Kompetence so definirane pri vsakem časovno omejenem modulu študija (nekaj tednov, skupaj 24 modulov) posebej kot cilji opravljanja posameznega modula (Charite 2010). Tako imenovane meta-kompetence niso definirane.

Po formi in vsebini so na tak način definirane kompetence veliko bližje slovenskima modeloma kot tiste iz VB.

Zgodovinsko gledano je zdravnik z diplomo medicinske fakultete pridobil pravico do dela z bolniki v "splošni ambulanti", kar bi bil približek današnje ambulante družinske medicine, zato je bilo dodiplomskemu izobraževanju v pričujoči razpravi namenjene dosti pozornosti.

Dandanes pa zdravnik s svežo diplomo katere od medicinskih fakultet v Sloveniji še nikakor ni opremljen z vsemi veščinami in znanji, ki jih potrebuje za samostojno delo. V ta namen so se izoblikovala nadaljnja formalna usposabljanja – pripravništvo in specializacija.

Vloga specializacije iz družinske medicine je v sodobnem svetu vse pomembnejša. Glede na omejene vire, s katerimi je potrebno zagotoviti zadostno in učinkovito zdravstveno oskrbo čim večjim populacijam oskrbe potrebnim, se je izkazalo, da je sistem z močno primarno ravniyo, družinskimi zdravniki, stroškovno najučinkovitejši (OECD 2013, 62).

Zdravnik družinske medicine lahko namreč ob zadostnih okoliščinah (primerna oprema, prostori, znanje) oskrbi večino bolnikov tako, da ni potrebna nadaljnja obravnava pri zdravnikih specialistih. To pomeni nižje stroške tako za sistem, ki plačuje storitve zdravstvenega varstva, kot za posameznika, ki mu ni treba žrtvovati dodatnega časa, si organizirati prevoza in podobno (zunanji stroški).

Vsebina specializacije za ZDM je zaradi močnih mednarodnih strokovnih združenj med državami dokaj koherentna. Dodatno pa se je združenje učiteljev v družinski medicini opredelilo tudi do vsebine oziroma poteka specializacije, ki je okvirno (z moduli) priporočena po vsej EU enako (Oleszczyk idr. 2012).

Za primer: v VB mora diplomant najprej opraviti dvoletno temeljno izobraževanje, nato pa mora za delo v družinski medicini opraviti še triletno specializacijo; del nje opravi z delom po različnih oddelkih bolnišnice (npr. ginekologija, pediatrija, porodništvo ...), osemnajst mesecev pa dela v ambulanti kot zdravnik družinske medicine pod nadzorom mentorja. Sprotno mora opravljati preverjanja znanja, usposabljanje je osnovano na kompetencah, ki so jih predlagali v WONCi oz. EURACTu.

V Sloveniji je specializacija za ZDM opredeljena časovno, traja štiri leta. V tem času se zdravnik specializant praviloma spozna z večino bolezenskih stanj, ki jih bo srečeval tekom profesionalnega udejstvovanja. Natančno je predpisana vsebina, kje naj bi specializant prebil koliko časa, obstaja tudi seznam, nabor znanj in veščin, ki naj bi jih osvojil.

Za zagotavljanje ustrezne kakovosti specializacije se pridobljeno znanje in sposobnosti specializanta preverjajo s trajnim nadzorom in občasnimi preverjanji – kolokviji. Nenehen neposredni ali posredni nadzor nad pridobivanjem znanja in sposobnosti izvajajo mentorji. Ta poteka sproti in vsakodnevno. Preverjanje specializantovega znanja poteka v obliki kolokvijev po končanem usposabljanju na posamezni učni enoti. Kolokviji so lahko pisni ali ustni. Znanje se preverja s predstavitvijo bolnikov, pripravami seminarjev, pregledom literature, pisanjem člankov in sodelovanjem pri raziskavah. Ko specializant opravi sprotne obveznosti (kolokvije) ter pripravi pisni izdelek (specialistično nalogo), ga čaka še ustni preizkus – specialistični izpit, kjer preverijo njegova teoretična in praktična znanja. Ko opravi tega, pridobi naziv „specialist družinske medicine“ ter s tem pridobi tudi licenco za samostojno delo z bolniki (Zdravniška zbornica 2004).

Tabela 2.2: Struktura in trajanje specializacije iz družinske medicine.

Področje	Trajanje (v mesecih)
Interna medicina	6
Infektologija	2
Kirurgija	3
Pediatrija	3
Ginekologija	2
Psihiatrija	2
Nevrologija	1
Dermatologija	1
Ortopedija	1
Okulistika	1
Otorinolaringologija	1
Onkologija	1
Družinska medicina	24
Skupaj	48 mesecev

Vir: povzeto po Zdravniška zbornica (2004,8).

Pot do pridobitve naziva specialist družinske medicine, ki je opisana v predhodnem besedilu, je dolga in relativno zahtevna. Vendar med zdravniki ni dopustno, da bi se s pridobitvijo naziva stro-

kovno napredovanje ustavilo oziroma, da ne bi v vsakdanjo prakso uvajali zdravljenj in postopkov, ki so posledica zadnjih napredkov znanosti. Vzdrževanju visokega standarda znanja in potencialno zdravstvene oskrbe je namenjeno stalno podiplomsko usposabljanje, ki je glavni pogoj za podaljšanje licence za samostojno delo z bolniki (UL Pravilnik o zdravniških licencah).

Zagotavljanje stalnega podiplomskega usposabljanja je po EU rešeno različno. Ponekod sploh ni potrebno (npr. Belgija), drugje pa je zelo striktno (npr. Nizozemska, Nemčija).

2.3.1.2 Delovno okolje zdravnikov družinske medicine

Po zaključku formalnega izobraževanja in usposabljanja se zdravniki družinske medicine vključujejo v regulirani trg dela zdravnikov, ki ima svoje posebnosti.

Države EU imajo v povprečju 3,4 zdravnika na 1.000 prebivalcev, Slovenija pa 2,4. Slovenski zdravnik vsak dan v povprečju pregleda 45 pacientov, v manjših krajih zelo pogosto tudi več kot 60, poleg tega mora iti pogosto na teren zaradi nujne medicinske pomoči. Za pregled ima v povprečju na voljo sedem minut časa (Zupanič in Vukelič 2013). e samo, da je pri nas družinskih zdravnikov v povprečju manj kot v drugih primerljivih državah, za čim učinkovitejše delo je manj ugodna tudi populacijska sestava. Naraščajoč delež zdravnic (feminizacija zdravništva) vpliva na celotno zagotavljanje zdravstvene oskrbe, saj zdravnice v povprečju delajo manj kot njihovi moški kolegi (izbiranje fleksibilnih oblik dela in podobno). Te razlike v delovnih preferencah pa se na srečo zmanjšujejo in postajajo bolj enake med spoloma (Maiorova idr. 2007). Več kot pol zdravnikov je zdravnic v devetih državah: Estoniji, Sloveniji, Poljski, Slovaški, na Finskem, Madžarskem, Češkem, Portugalskem in v Španiji. Razmerje med zdravniki specialisti in tako imenovanimi generalisti se je v zadnjih desetletjih močno spremenilo. Število specialistov se je povečevalo dosti hitreje.

Dasiravno raziskave o zagotavljanju zdravstvenega varstva poudarjajo pomen in stroškovno učinkovitost primarne ravni zdravstvene oskrbe (Starfield idr. 2005), je v OECD državah le okoli 30 % vseh zdravnikov generalistov. V veliko OECD državah specialisti zaslužijo več in so njihovi prihodki v preteklosti rasli hitreje kot zdravnikom na primarni ravni (v Sloveniji specialisti 2.4, na primarni ravni pa 2.3 povprečne plače v 2011). To ustvarja direktno finančno vzpodbudo, da se zdravniki raje odločajo za specializacije na sekundarni ravni, k izbiri pa prispevajo še drugi faktorji, kot na primer delovni pogoji ter profesionalni prestiž. Kljub izrazito neugodnim pokazateljem v Sloveniji pa je mogoče med spremljanimi podatki v publikaciji Health at a glance 2013 najti vzpodbudnega: slovenski zdravniki na primarni ravni predpišejo dosti manj antibiotikov kot njihovi kolegi drugje in so med boljšimi pri tem pokazatelju. Razlike gre pripisovati predvsem lokalnim razlikam v smernicah ter regulaciji predpisovanja (OECD 2013). Avtor iz lastnih izkušenj dodaja še prenos predpisovanja v nekaterih primerih na sekundarno raven (nedostopnost diagnostike izven

rednega delovnega časa v zdravstvenem domu, zato napotitev na sekundarno raven, kjer je opravljena diagnostika in predpisano zdravilo).

Naslednji pomemben vidik delovnega okolja, v katerem funkcionirajo zdravniki družinske medicine, je financiranje. V Evropi trenutno prevladujeta dva modela skrbi za financiranje zdravstvenih potreb državljanov, Bismarckov in Beveridgeov, ki se ponekod do različne višine kombinirata z zasebnimi prispevki. Pri Beveridgeovem modelu je sistem financiranja zdravstvene oskrbe del državne blagajne, sredstva se zbirajo s splošnimi davki. Bismarckov model pa predvideva od siceršnje javne blagajne ločeno zbiranje obveznih prispevkov v zdravstveno blagajno, ki jih prispevajo tako delodajalci kot zaposleni.

Beveridgeov model je doma v Veliki Britaniji, pri nas pa smo leta 1992 povzeli Bismarckov model financiranja in ga nekoliko prilagodili lastnim razmeram.

V Sloveniji je tako obvezno osnovno zdravstveno zavarovanje, ki ga tistim, ki tega niso sposobni plačevati, krije občina stalnega prebivališča. Obvezno zdravstveno zavarovanje krije vse stroške nujnega zdravljenja in zdravljenje otrok ter mladostnikov, ostale storitve, zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke pa v dogovorjenem deležu. Manjkajoči delež do polne cene tako plača uporabnik zdravstvene usluge ali pa se v ta namen dodatno zavaruje in v tem primeru razliko do polne cene storitve, zdravila oziroma pripomočka plača zavarovalnica.

Delo družinskih zdravnikov v Sloveniji je plačilno ovrednoteno z glavarino, s pregledi oziroma obiski, z medicinskimi posegi ter s pavšalnimi zneski za dogovorjene programe. Pri tem je potrebno poudariti, da cene storitev oziroma posegov in programov načeloma niso izračunane, temveč dogovorjene (vsakoletni letni dogovori) ter da je približno polovica prihodkov odvisna od glavarine in tako imenovanih glavarinskih količnikov. Populacija, za katero skrbijo, je s količniki ovrednotena glede na celokupne zdravstvene potrebe v starostni kohorti. Najmlajši in najstarejši so tako ovrednoteni največ (količnik 3), mlajši odrasli pa, na primer, najmanj (0,85). Strokovna združenja si prizadevajo, da bi posamezen zdravnik družinske medicine tako imel okoli 1500 glavarinskih količnikov (torej skrbel za ekvivalent 1500 oseb s povprečnimi zdravstvenimi potrebami), medtem ko je trenutno v povprečju v oskrbi posameznega zdravnika za 2.500 glavarinskih količnikov ljudi (MZ 2013).

Z vidika bolnika v Sloveniji torej obstaja primarna raven, ki naj bi bila najdostopnejša ljudem in v njej opravljajo storitve zdravniki družinske medicine, pediatri, ginekologi, zdravniki medicine dela in zobozdravniki v ambulantah, sekundarna raven s specialisti in subspecialisti posameznih vej medicine (npr. internist kardiolog, diabetolog, abdominalni kirurg), ki lahko delajo v ambulanti ali pa na bolnišničnem oddelku. Terciarna raven je skoncentrirana okoli bolnikov in zdravnikov specialistov, ki imajo znanje in orodja za zdravljenje najzahtevnejših in najredkejših bolezni.

Na primarni in sekundarni ravni je lahko zdravnik tudi zasebnik v javni službi (koncesionar – država mu je s pogodbo zaupala in naložila opravljanje javne službe) ali pa čisti zasebnik (sprejema samo direktna plačila) (Vrhnjak 2007).

Z vidika zdravnika pa lahko dela kot zasebnik (postane zasebnik sam ali pa se kot zaposleni priključi že obstoječemu podjetju, ki izvaja zdravstvene storitve) ali pa kot javni uslužbenec (množica javnih zavodov, na primer zdravstveni dom).

Možna delovna mesta zdravnikov družinske medicine so dokaj raznolika: v izpisu registra članstva Zdravniške zbornice Slovenije z dne 1.7.2014 je mogoče najti podatek, da en zdravnik družinske medicine dela v bolnišnici, 802 v zdravstvenem domu, v podjetju oziroma kot zasebnik 274, po eden v zdravilišču, državni upravi, v tujini in na fakulteti, 2 v podjetjih izven javne zdravstvene mreže, 19 na inštitutih ter 24 drugje (Zdravniška zbornica 2014). Članstvo v Zdravniški zbornici je v primeru dela z bolniki obvezno, zato je dober pokazatelj populacijskih razmer v družinski medicini.

Avtor je pri Zdravniški zbornici dodatno pridobil še izpis sestave po spolu in povprečno starost na isti dan: zdravnic specialistk je bilo v Sloveniji 588, specialistov družinske medicine pa 198. Njihova skupna povprečna starost je bila 48.8 let.

Ne samo, da je populacijska sestava zdravnikov družinske medicine v Sloveniji neugodna, dodatno stanje zapleta še financiranje: v strukturi tekočih izdatkov za zdravstveno varstvo v letu 2012 so bili izdatki za zdravstvene storitve, opravljene v bolnišnicah in ustanovah za zdravstveno nego, še enkrat višji od izdatkov za storitve, opravljene v zunajbolnišničnih ambulantah, ali od dejavnosti prodaje zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov (tako so za storitve, opravljene v bolnišnicah in ustanovah za zdravstveno nego, znašali 47,4 % od skupnih tekočih izdatkov za zdravstvo, za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke 23,1 %, za storitve, opravljene v zunajbolnišničnih ambulantah pa 22,6 %) (SURS 2014).

V tem poglavju je bila opisana pot, ki jo mora zdravnik po diplomi prehoditi, da dobi naziv specialista družinske medicine ter s tem pravico samostojnega dela z bolniki. Hkrati je bilo prikazanih nekaj dejavnikov, ki kot zunanje delovno okolje vplivajo na to, kako zdravniki na svojem delovnem mestu (lahko) funkcionirajo. Neugodni populacijski pokazatelji, feminizacija poklica brez ustreznih organizacijskih reakcij, manj zdravnikov na enoto prebivalstva kot v primerljivih državah ter izkrivljeno financiranje so danosti, s katerimi morajo operirati v svojem vsakdanu, zato je tudi pričakovati, ponovno, da je potrebna tudi prilagoditev z naborom znanj in veščin, ki omogočajo uspešno delo v takšnem okolju.

2.3.1.3 Kompetence zdravnika družinske medicine

V Sloveniji jasno zastavljenih kompetenčnih sistemov, katerih doseganje in preseganje bi bilo pogoj za napredovanje po profesionalni lestvici (od diplome do specialističnega naziva), ni. Avtor in Pav-

lin sta izvedla pilotsko delavnico (Pavlin in Švab 2008), na podlagi katerih se je izkristaliziralo sedem področij usposobljenosti (kompetenc) na dodiplomskem izobraževanju zdravnikov: sposobnost nadgrajevanja teorije s prakso, vzpostavljanje profesionalnega partnerskega odnosa z bolnikom (in sodelavci), sposobnost ustrezne empatije s čustveno distanco, motiviranje in vodenje bolnika (in zdravstvenega osebja), komunikativnost, dobronamerno altruistično razmišljanje, prenašanje doktrine, ustvarjanje novega znanja. V prispevku Pavlin in drugi ugotavljajo, da obstoječi program študija splošne medicine ne posveča dovolj pozornosti osebnostno in kulturno pogojenim kompetencam, ki so ključne za doseganje temeljnega zdravniškega poslanstva.

Svetovno združenje družinskih zdravnikov pa – kot je že bilo omenjeno – znotraj svoje evropske veje pri definiranju družinske medicine govori o šestih temeljnih znanjih in veščinah zdravnika družinske medicine, ki ga določajo: „*vodenje primarne zdravstvene oskrbe; v osebo usmerjena zdravstvena oskrba; zmožnost reševanja specifičnih problemov; celostni pristop; usmerjenost v skupnost; celovito oblikovanje modelov (v smislu kontekstualizacije zdravstvenih težav),*“ kar je moč razumeti tudi kot neke vrste kompetenc (Švab, ZZDMS)

V tabeli 2.3 na strani 58 je podan pregled obstoječih kompetenčnih modelov, ki se dotikajo tudi zdravnikov družinske medicine.

Na področju izobraževanja zdravnikov v Združenih državah Amerike (ZDA) poznajo nabor šestih ključnih kompetenc, ki jih prepoznavajo pri akreditaciji programov specializacij in posledično pri končnem produktu, specialistih medicinskih specialnosti. Programe različnih bolnišnic ocenjuje zasebna neprofitna organizacija The Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Program mora imeti potencial, da specializante usposobi na področjih: skrb za bolnika, strokovno medicinsko znanje, na delu temelječe učenje in osebna rast, medosebne in komunikacijske veščine, profesionalizem in delovanje v sistemu zagotavljanja zdravstvenega varstva.

Kanadsko kraljevo združenje zdravnikov je vzporedno kot iniciativo za izboljšanje oskrbe bolnikov razvilo podoben sistem, imenovan CanMEDS (*angl.* Canadian Medical Education Directions for Specialists), v katerem prepoznavajo centralno vlogo zdravnika kot zdravstvenega strokovnjaka, ki pa mora integrirano znati opravljati še vlogo uspešnega sodelavca (*angl.* collaborator), sporočevalca (*angl.* communicator), menedžerja (*angl.* manager), zdravstvenega zagovornika (*angl.* health advocate), profesionalca (*angl.* professional) in učenjaka (*angl.* scholar). Po definiciji mora zdravnik-zdravstveni strokovnjak integrirati vse CanMEDS vloge, uporabljati medicinsko znanje, klinične veščine in profesionalni pristop pri njegovem zagotavljanju zdravstvene oskrbe z bolnikom v središču pozornosti.

Od Evropske zveze internistov ter Sekcije za interno medicino pri Evropski uniji zdravnikov specialistov ustanovljeni Evropski svet interne medicine se je zgledoval pri zgoraj omenjenih modelih, predvsem po tistem iz Kanade (CanMEDS) in oblikoval zelo podobna priporočila, oblikovana kot

konsenz med raznimi telesi in organizacijami, ki kot krovne skrbijo za podiplomsko izobraževanje zdravnikov (Palson idr. 2007).

Enega izmed modelov, QICS, so (Klemenc-Ketiš idr. 2013) poskušali prilagoditi slovenskim razmeram, vendar vsebuje veliko predpostavk; v osnovi je model pridobljen z Delphi metodo, ki jo avtorji sami (Czabanowska idr. 2012) prepoznavajo kot metodo zadnjega izhoda zaradi nizke kvalitete konsenzualno zbranih podatkov, izhajali so iz originalnega angleškega vprašalnika, ki kot tak še ni bil validiran ipd.

Drugi modeli so bili osnovani v posebne namene - ACGME in CanMEDS za specializante, kasneje počasno širjenje na študente medicine in v primeru CanMEDS razmislek o celotni karieri zdravnikov. Greinerjeva in sodelavci so se osredotočili na stalno podiplomsko usposabljanje zdravstvenih delavcev (na splošno), Bellagio model pa se je osredotočil na kompetence, potrebne za oskrbo kroničnih bolnikov in ga ni mogoče preslikati na zdravnika družinske medicine kot celoto, še posebej ne, ker je kot tak le predstavitev petdnevne delavnice 24 udeležencev na kongresu v Berlinu. ABMS (kot ACGME) pa so konsenzualno oblikovali nabor kompetenc za vse specialnosti in jih kasneje razširili še na študente medicine. QI kompetenčni okvir je želel obstoječe modele nadgraditi s področji, ki so jih prepoznali kot kritične za proces izboljševanja kakovosti na področju družinske medicine, raziskovalne metode, vodenje in menedžment, ter je kot nabor torej slika nečesa zaželenega in ne realnega stanja (Czabanowska idr. 2012).

Povzeto: v literaturi obstaja kar nekaj modelov kompetenčnih profilov oziroma naborov kompetenc, ki pa ne odražajo trenutnega in realnega stanja, temveč ciljajo na konsenzualno oziroma dogovorjeno smer nadaljnjega razvoja populacije profesionalcev, na katero se nanašajo. Zastavljeni procesi pričujočega dela de novo so zatorej na mestu.

Tabela 2.3: Pregled obstoječih kompetenčnih okvirjev oziroma modelov.

Model/Okvir	Domene oziroma kompetence					
Kompetenčni okvir za izboljšanje kakovosti <i>(ang. Quality Improvement Competency Framework)</i> (Evropa Irska, Avstrija, Slovenija, Madžarska, Belgija, Poljska) <i>specifičen za ZDM</i>	Skrb za bolnika in varnost	Enakost in etičnost	Efektivnost in efikasnost	Metode in orodja	Svetovanje, profesionalni razvoj	Vodenje in menedžment
Bellagio model (Evropa) <i>rezultat delavnice, načeloma specifičen za ZDM</i>	V populacijo usmerjeno vodenje	Zaupanje javnosti (preglednost in odgovornost)	Aktiven program sprememb/spreminjanja	Navpična in vodorna vključenost ter standardizirana merjenja	Mreženje strokovnjakov	Vodenje in infrastruktura
ABMS model in ACGME (ZDA) <i>ni specifičen za ZDM</i>	Skrb za bolnika, medosebne in komunikacijske veščine	Profesionalizem	V sistemu osnovano delovanje		Medicinsko znanje in na delu osnovano učenje in izboljšave	
CanMEDS (Kanada) <i>ni specifičen za ZDM</i>	Medicinski izvedenec	Učenjak in profesionalc	Sodelavec	Komunikator	Zagovornik zdravlja	Menedžer
Greinerjeva idr. (ZDA), IOM model (ZDA) <i>ni specifičen za ZDM</i>	Sposobnost zagotavljanja v bolnika usmerjene oskrbe		Uporaba z dokazi podprte medicine	Koriščenje informatike	Izvajanje izboljšav kakovosti	Delovanje v interprofesionalnih timih

Vir: sinteza Czabanowska idr. 2012, Czabanowska, Klemenc-Ketiš idr. 2013 in lastnega dela.

V tabeli 2.3 je tako mogoče videti hiter in v ta namen nekoliko poenostavljen pregled nad najdenimi obstoječimi kompetenčnimi modeli, ki pa so si vsled svoje strateškosti med seboj kljub različnim poimenovanjem posameznih sklopov znanj in veščin po upoštevanju njihovega namena nastanka, dokaj podobni. Vsem je osnova brezkompromisna strokovna skrb za bolnika, učinkovitost oziroma umeščenost v sistem (zdravstvenega varstva) ter interakcije z drugimi strokovnjaki v zdravstveni oskrbi (pa naj bodo to vrstniki ali drugi člani tima).

Za pričujočo razpravo je izjemnega pomena to, da so ti kompetenčni profili bili sestavljeni na najvišjih ravneh večinoma profesionalnih združenj ter imajo zato predvsem strateško vrednost ter so zazrti v prihodnost – kam naj bi se področje medicine, s katerim se ukvarjajo, v prihodnje razvijala. To je kontrast pričujočemu besedilu, ki želi opisati trenutno stanje na področju znanj in veščin, poiskati področja za izboljšave ter prepoznati najpomembnejše dejavnike, ki vplivajo na oblikovanje za delo potrebnega nabora znanj in veščin, specifično za zdravnike družinske medicine v Sloveniji.

Znano je namreč (Ministrstvo za zdravje 2013), da se zdravniki družinske medicine v različnih državah lahko imenujejo enako, vsebina njihovega dela pa je od države do države lahko pomembno različna. V Sloveniji je aktualno, na primer to, da slovenski zdravniki kot eni izmed redkih v Evropi ob ambulantnem delu opravljajo še urgentno službo, podobno je z oskrbovanjem zdravstvenih potreb otrok ali pa deleža dela, ki ga lahko samostojno opravi diplomirana medicinska sestra. S posebnostmi organizacije službe na primarni ravni je država Slovenija šla celo tako daleč, da je drugače organizirana v mestih (Ljubljana, Maribor – zdravniki družinske medicine so manj in bolj centralizirano izpostavljeni dežuranju in urgentni službi) in na podeželju. Vse te razlike po pričakovanjih pomembno vplivajo na nabor znanj in veščin, ki jih zdravniki družinske medicine v posameznem okolju potrebujejo in je tako slepo prenašanje krovnih dokumentov ob neupoštevanju drugih dejavnikov lahko kontraproduktivno.

Rezultat zgornjih poglavij so za namene pričujoče razprave operacionalizirane definicije:

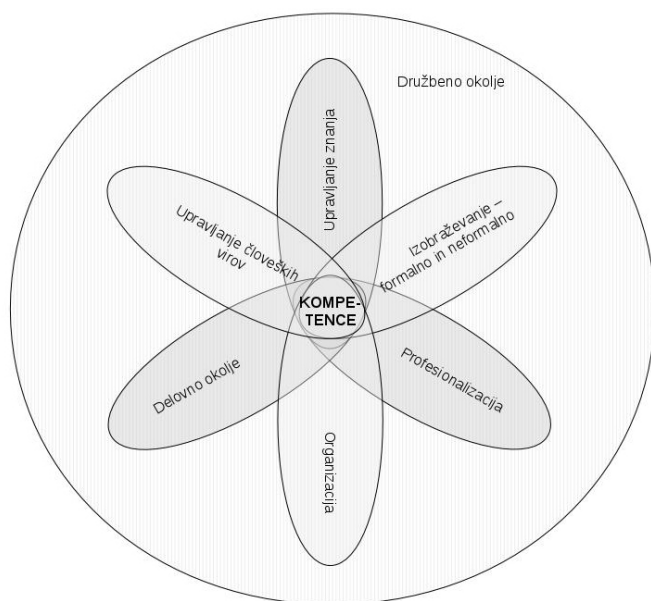
Zdravnik družinske medicine: profesionallec, ki vodi primarno zdravstveno oskrbo z zmožnostjo reševanja specifičnih problemov s celostnim pristopom in usmerjenostjo v skupnost; s sposobnostjo celovitega oblikovanja modelov (v smislu kontekstualizacije zdravstvenih težav); operacionalizirano v namene raziskave – specialist družinske medicine v Sloveniji.

Kompetence: sposobnosti za izpolnjevanje kompleksnih (delovnih) zahtev.

Generične kompetence: sposobnost pisnega in slušnega razumevanja ter pisnega in ustnega sporočanja v maternem jeziku; sposobnost pisnega in slušnega razumevanja ter pisnega in ustnega sporočanja v tujem jeziku; sposobnost uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije; interpersonalne kompetence v smislu veščin s področja nekonfliktne komunikacije in empatije; obiskovanje in sodelovanje pri ustvarjanju kulturnih dogodkov (v namen izvedljivosti so bile nekatere izpuščene).

Poklicno specifične kompetence: skupne pripadnikom poklicnih skupin, ki se nanašajo na podobna delovna opravila, ne glede na to, v kateri organizaciji je delo dejansko opravljeno.

Ilustracija 2.2: Sinteza teoretskega loka v "meta model" generiranja kompetenc zdravnikov družinske medicine



Ilustracija 2.2 kot zaključek teoretskega dela predstavlja (v namen preglednosti nekoliko poenostavljen) model sinteze uporabljenih konceptov iz teoretskega loka pri razmišljanju o kompetencah zdravnika družinske medicine v Sloveniji. Podlaga za razmišljanje je širše družbeno okolje, ki definira potrebo po medicini, njene naloge v družbi ter način, na katerega se te izvajajo. Te procese opisujeta sociologija in sociologija medicine. Znotraj širšega družbenega okolja so se nadalje izoblikovali podsistemi oziroma znanstvene discipline, ki dodatno in ožje opredeljujejo zdravnike družinske medicine in njihove kompetence. Na mnogih področjih se področja vpliva in pojasnjevanja prekrivajo ter tako ponazarjajo vzajemni vpliv v vse smeri. Na primer: nasproti si postavljeni entiteti organizacija in upravljanje se prekrivata tam, ko organizacija prepozna pomen ustvarjanja, širjenja, uporabe in hranjenja znanja za pridobivanje in ohranjanje konkurenčne prednosti. Lateralno se organizacija prekriva z delovnim okoljem, ki jo v širšem smislu pomaga definirati, v ožjem pa ga sama ustvarja ter s profesionalizacijo, na katero ima vpliv v smislu večja, kot je delodajalska organizacija, večji je pritisk za deprofesionalizacijo poklica in - močnejše kot je izražena profesionalizacija, bolj samostojna je vloga poklicne skupine znotraj organizacije. Organizacija pa se prekriva še z upravljanjem človeških virov, saj je to ena izmed njenih funkcij in z izobraževanjem, kar je prav tako ena izmed funkcij organizacije. V centru, kjer se prekrivajo vsa polja, ležijo kompetence. Njihova centralna lega tako po eni strani ponazarja njihov pomen, po drugi strani pa vpetost in odvisnost od ožjih in širših družbenih sistemov in podsistemov, ki jih opisujejo in preučujejo sicer sorodne si, a ločene discipline znanosti. V nadaljevanju sledi poskus empirične aplikacije omenjenega teoretskega modela.

3 IZKUSTVENI DEL

V tem poglavju bo opravljena dedukcija prej podanega teoretskega loka na praktične vidike poizvedbe v opredeljeni populaciji zdravnikov družinske medicine (operacionalizacija raziskovalnega modela).

Izhodiščna domneva pričujoče raziskave je, da kompetenčni profil ni odvisen samo od formalnih oblik izobraževanja, temveč tudi od neformalnega učenja, izkušenj ter nekaterih lastnosti posameznika ter okolja, v katerem dela. Z zastavljenimi vprašanji po prisotnem naboru izbranih kompetenc so bili zdravniki družinske medicine z anketo povprašani tudi po tem, kot kolikšne ocenjujejo zahteve delovnega mesta po dotični kompetenci. Iz razhajanj med ocenjeno dejansko in ocenjeno potrebno stopnjo izraženosti kompetence je mogoče sklepati na primanjkljaj v dotedanjem usposabljanju, pa naj bo to študij, specializacija ali neusmerjeno nabiranje točk s stalnim podiplomskim usposabljanjem v namene relicenciranja.

Časovnemu poteku misli pri različnih avtorjih (glej poglavje 2.2 na strani 33) o kompetencah je mogoče špekulirati, da se od začetnih bolj ali manj sramežljivih povezav z delovno uspešnostjo sčasoma vse bolj kristalizira jasnejša slika kompetenc kot nujne sestavine za uspešno opravljanje dela, ali pa – kot kompetence definira OECD (2001, 2005) – postanejo sposobnosti za izpolnjevanje kompleksnih (delovnih) zahtev. Razvoj kompetenc ni enkraten dogodek, temveč gre za proces, na katerega vpliva več dejavnikov. Cherniss in Goleman (1998 v Zadel 2005) prepoznata štiri faze v procesu razvoja kompetenc: pripravo na spremembe, izobraževanje/trening/pridobivanje znanja, uporabo in prenos novosti ter evalvacijo (ovrednotenje). Najpomembnejši element pri razvijanju kompetenc je učenje. Na razvoj kompetenc lahko vplivajo še formalno in neformalno pridobivanje znanja, osebnost, družina, delodajalska organizacija, delovno mesto in drugi dejavniki. Drugi raziskovalci (Akkuyunlu, ur. idr. 2009, 26) so na osnovi empirične raziskave identificirali naslednje determinante razvoja kompetenc: osebne karakteristike, družinsko in socialno okolje, učenje v sistemu formalnega izobraževanja in izven njega, delodajalske organizacije. Pri razvoju merskega instrumenta so bile omenjene determinante upoštevane pri selekciji spremenljivk in kasnejšemu oblikovanju vprašanj za njih merjenje.

V skladu z osnovno domnevo sledi še naslednja – da, če so splošne, generične kompetence izražene v večji meri, to pomeni tudi, da bodo poklicno specifične izražene v večji meri.

Generične kompetence so v kontekstu pričujočega besedila: sposobnost pisnega in slušnega razumevanja ter pisnega in ustnega sporočanja v maternem jeziku; sposobnost pisnega in slušnega razumevanja ter pisnega in ustnega sporočanja v tujem jeziku; sposobnost uporabe informacijsko-komunikacijske tehnologije; interpersonalne kompetence v smislu veščin s področja nekonfliktne komunikacije in empatije; obiskovanje in sodelovanje pri ustvarjanju kulturnih dogodkov. Te se zdi-

jo že po osnovnem logičnem sklepanju za opravljanje zdravniškega poklica nadvse pomembne. S področja komunikacij se je s kompetentnostjo ukvarjala Terseglavova v svoji doktorski nalogi (2014).

Če govorimo o tem, da prisotnost oziroma izraženost generičnih kompetenc vpliva na izraženost poklicno specifičnih oziroma na nabor kompetenc v kompetenčnem profilu zdravnika družinske medicine v Sloveniji, se zdi logično preveriti še, ali preprosti ukrepi, kot je krepitev generičnih kompetenc, vplivajo na stopnjo izraženosti poklicno specifičnih kompetenc v kompetenčnem profilu.

Med izobraževanjem in usposabljanjem zdravnika družinske medicine je mogoče identificirati faze učenja pred in po diplomi ter posledično s tem razvoja kompetenc: tekom študija poteka del prenosa znanja na predavanjih, del na vajah, kjer se študenti sprva spoznavajo s praktičnimi vidiki bazičnih znanosti medicine, nato praktične vaje pridobivajo kompleksnost do skorajšnje vloge zdravnika v šestem letniku, ko deloma ali v celoti prevzamejo skrb za bolnega v bolnišnici ali ambulantni pod nadzorom neposrednega učitelja v majhnih skupinah ali posamično. Po zaključenem izobraževanju v fazi pripravništva in specializacije pa mlad zdravnik pridobiva znanje z zgledom pri mentorju, s pripovedovanjem zgodb kolegov in lastnih zgodb, z udeleževanjem formalnih usposabljanj in drugim. Tekom specializacije mu je vse bolj odvzet element časa za ukvarjanje z bolnikom, ker je prisiljen postajati vse učinkovitejši pri svojih interakcijah z bolniki (Longmore idr. 2010, 9). Z mentorstvom ter neformalnim izobraževanjem se na "mehak" način prenaša mehko in faktografsko znanje, zato se zdi zelo pomembno preveriti odvisnost poklicno specifičnih kompetenc (poenostavljeno rečeno medicinsko-tehničnih znanj) od generičnih kompetenc (posplošeno "mehkejšega" znanja in veščin).

3.1 Metodologija raziskovanja

Ker v Sloveniji zdravniške kompetence s takšnega vidika še niso bile natančneje analizirane, je bilo potrebno izvesti vse raziskovalne faze na novo; uporabljena je bila kombinacija kvalitativnih in kvantitativnih metod, z namenom - vsaj do določene mere - izogniti se pomanjkljivostim vsake posamezne, v smislu triangulacije (Denzin, 1978/1989). Denzin razlikuje med štirimi vrstami triangulacije: metodološko triangulacijo (uporaba različnih metod v eni raziskavi ali ponavljajočo se uporabo ene metode ob različnih priložnostih v eni raziskavi); triangulacijo podatkov (uporabo različnih vrst podatkov (kvalitativnih ali kvantitativnih), zbranih z različnimi ali z eno metodo); triangulacijo raziskovalcev (sodelovanje raziskovalcev, ki s svojimi pogledi in pristopi doprinesejo k analizi in interpretaciji podatkov) ter teoretsko triangulacijo (teoretski vidiki, na podlagi katerih raziskovalci oblikujejo različne hipoteze).

Združevanje kvalitativnih in kvantitativnih metod je pogosto uporabljen raziskovalni načrt v družboslovju. Pojem triangulacija, ki je prvenstveno izposojen iz trigonometrije za kvantitativne psihološke raziskave, sta v družboslovno raziskovanje uvedla Campbell in Fiske (1959 v Lobe 2006), ko sta neodvisno uporabila več merskih postopkov z namenom povečati veljavnost rezultatov. Odtlej družboslovci in družboslovni metodologi radi uporabljajo tako imenovano metaforo triangulacije za označevanje kombinacije različnih metod; nekateri s triangulacijo označujejo poskus povečanja skupne veljavnosti, drugi triangulacijo razumejo kot kombinacijo različnih teoretskih vidikov o proučevanem pojavu (Erzberger in Kelle 2003: 458 v Lobe 2006). Podatki ene metode lahko preiskujejo, pojasnjujejo (v pričujoči raziskavi končni intervjuji s strokovnjaki) in/ali obogatijo podatke, zbrane z drugo metodo. Triangulacija kot namen in načrt združenih metod raziskovalcu omogoča povečati veljavnost raziskave, saj se kvalitativni in kvantitativni podatki med seboj bodisi potrjujejo ali pa izključujejo (Lobe 2006).

Uporabljena je bila klasična struktura raziskave:

- Pregled sekundarnih virov, tuje in domače literature z relevantnih področij medicine in družboslovja.
- Izvedba fokusne delavnice, za identifikacijo nabora testiranih generičnih kompetenc na manjši skupini zdravnikov družinske medicine. Na delavnici so bile postopoma identificirane delovne naloge ter na njih zgrajene potrebne kompetence.
- Izdelava raziskovalnega vprašalnika (po pregledu sorodnih merskih inštrumentov).
- Testiranje vprašalnika na manjši skupini (pilotsko) za preverjanje ustreznosti kvalitete lastnega merskega inštrumenta in dobljenih rezultatov.
- Izvedba raziskave na vzorcu zdravnikov družinske medicine v Sloveniji. Sledil je vnos rezultatov v bazo programa SPSS oziroma R ter nato analiza z ustreznimi statističnimi metodami.
- Analiza in interpretacija rezultatov.
- Izvedba evalvacije/kontekstualizacije rezultatov v Sloveniji.

Empirično raziskovalno delo v pričujočem delu, kot je navedeno zgoraj, je torej bilo razdeljeno na več logičnih faz v sosedju:

3.1.1 Fokusna delavnica

Metoda fokusnih skupin je ena od kvalitativnih metod za zbiranje, analizo in interpretacijo podatkov. Uporablja nestandardizirane tehnike anketiranja oziroma opazovanja. Rezultati tega tipa raziskovanja niso merljivi (v kvantih, torej delcih). Raziskovalci iščejo kvalitativne podatke za oblikovanje vtisa in ne za številčno ovrednotenje trga ali določene skupine. Fokusna skupina je srečanje

skupine ljudi, ki se usmerjeno pogovarjajo o vnaprej znani temi, pogovor pa poteka po določenem načrtu. Fokusne skupine se pogosto uporabljajo za spoznavanje problemov ali skupin ljudi, o katerih ne vemo dovolj, kar je tudi glavna funkcija fokusne skupine v pričujoči raziskavi. Ne glede na namen lahko fokusne skupine uporabimo na štirih različnih stopnjah: identifikacija problema (posreduje informacije o naravi in vsebini problema tudi, ko še nimamo celostne slike o obravnavani temi); načrtovanje (iskanje najboljših postopkov reševanja problema); izpeljava (teme, povezane z reševanjem problema) ter vrednotenje (iskanje razumevanja, kaj se je v postopku/izpeljavi zgodilo, katere izkušnje so pomembne za nadaljnje delo).

Običajno je izvedba ene fokusne skupine premalo, ker ni mogoče vedeti, ali so rezultati posledica sestave skupine ali odsev resnične narave problema. Fokusnih skupin je dovolj, ko dosežemo teoretično zasičenost (nove fokusne delavnice ne dajejo dodatnih informacij), običajno je potrebnih tri do pet. Če je uporabljenih več različnih virov podatkov, je lahko fokusnih skupin manj. Na odločitev o številu skupin vplivata tudi čas in denar, ki je na voljo. (Klemenčič in Hlebec 2007). Pri pričujočem delu je bila fokusna delavnica uporabljena kot orodje za natančnejšo definicijo raziskovalnega problema. Fokusna skupina in umeščanje z njo dobljenih rezultatov je že slonela na preštudirani literaturi (in rezultatih sorodnih raziskav), raziskovalni problem pa je bil kasneje širše in globlje osvetljen z anketno raziskavo ter dodatno razložen z nekaj intervjuji - izsledke anketnega dela raziskave so avtorju na koncu v ustrezen kontekst pomagali postaviti še trije intervjuvani strokovnjaki. Zavoljo zelo strogih finančnih omejitev je bila potrebna stroga racionalizacija, tudi pri izbiri metod.

Primerna velikost fokusne skupine je odvisna od več dejavnikov: števila vprašanj, ki jih želimo obravnavati, stopnje vključenosti, emocionalne zavezanosti in zavzetosti udeležencev za obravnavano temo, ali so izvedenci za določeno temo, ali je tema kontroverzna ali kompleksna ipd. Primerna velikost skupine je od šest do deset udeležencev (Klemenčič in Hlebec 2007) oziroma štiri do osem (Vogrinc 2008), primerno število vprašanj od 8 do 12 in čas trajanja fokusne skupine od 60 do 120 minut. Manjša fokusna skupina je primernejša, ko se udeleženci zelo zanimajo za obravnavano temo, ko so udeleženci čustveno obremenjeni, če so udeleženci strokovnjaki na področju, ki ga obravnava tema, ko je tema problematična ali zahtevna, ko je namen fokusne skupine izvedeti osebne izkušnje in natančne zgodbe, ko so prostorske možnosti omejene (Klemenčič in Hlebec 2007).

Pri pričujočem delu je ob prisotnih skoraj vseh zgoraj omenjenih dejavnikih pomembno še to, da je za čas, ki izven rednega delovnega časa ni namenjen stalnemu podiplomskemu izobraževanju ter s tem podaljševanju licence, izjemno težko motivirati zdravnike za sodelovanje pri (družboslovnem) raziskovanju. Avtor je zato v namen izvedljivosti raziskave sprejel kompromis pri številu udeležencev in meni, da je njihovo poznavanje kompleksne problematike ta kompromis tudi upravičilo.

Avtor je izvedel fokusno delavnico s štirimi zdravnicami družinske medicine, kjer se je ponovno pokazalo, da je pri proučevanju zdravnikov mnogo ovir, saj smo se za ustrezní časovni termin dogovarjali kar mesec dni. Podobne izkušnje so imeli v Sloveniji tudi drugi avtorji (Terseglav 2014). Avtor je pomagal že pri preverjanju kompetenčnega profila zdravnika med študenti medicine (Pavlin idr. 2008), po čemer je povzet tudi metodološki pristop k izvedbi delavnice.

Iz v prejšnjih poglavjih omenjenih kompetenčnih profilov je jasno videti, da je poudarek pri izboru tistih nekaj, ki predstavljajo samo najbolj očitni vrh vseh kompetenc in kot tak je kompetenčni profil močno odvisen od siceršnjih socio-ekonomskih okoliščin, ki dajejo posameznim dimenzijam zdravniškega dela kontekst velikosti oziroma gradacije. Hkrati pa so kompetence odvisne tudi od tega, v katerem delu kariere so zdravniki, ki poročajo o lastnem delu.

Prva metoda, s katero avtor išče kompetenčni profil zdravnika družinske medicine in vplive nanj, je v pričujočem delu vodena delavnica s 4 zdravnicami družinske medicine iz dveh različnih zdravstvenih domov. Metoda, ki temelji na skupinskem intervjuju znotraj majhne skupine, je bila uporabljena z željo po poglobljenem vpogledu v vlogo, ki jo opravlja zdravnik družinske medicine ter pridobitvi osnovnega vtisa o morebitnem razkoraku pri usposabljanju med dejanskim in pričakovanim stanjem.

Glavna omejitev metode je, da so zdravnice, ki so v delavnici sodelovale, pretežno iz neakademiških voda in delujejo izven večjih mest (Zdravstveni dom Ravne na Koroškem in Zdravstveni dom Slovenj Gradec), vendar je zaradi pristnosti zdravniške izkušnje tak vzorec legitimen in še posebej zanimiv kot kontrast siceršnjim metodam oblikovanja konsenza med akademsko udeležujočimi se zdravniki. Na delavnici je bila uporabljena kombinacija polstrukturiranih in poglobljenih intervjujev, ki jih je na ravni skupine vodil moderator/avtor raziskave. Rezultati tega pristopa temeljijo na principu "pristopa od spodaj navzgor", ki je običajno vezan na manjšo skupino, v kateri je še mogoče voditi pogovor. Rezultate je v naslednji fazi po principu triangulacije (Denzin 1989) smiselno preveriti še s pomočjo anketnega vprašalnika na večjem vzorcu, kar je bil predmet naslednje faze raziskovanja.

Delavnica je bila razdeljena na korake, ki so bili v uvodnem delu udeleženkam tudi predstavljeni:

- določitev ključnih delovnih nalog;
- opis ključnih delovnih nalog;
- določitev kompetenc;
- opis kompetenc
- analiza razhajanj med možnim in dejanskim stanjem razvijanja kompetenc s pomočjo anketnega vprašalnika.

Navedeni koraki, razen analize razhajanj med možnim in dejanskim stanjem razvijanja kompetenc, so bili izvedeni s pomočjo računalnika in projektorja na platno, kar je udeležencem omogočilo sprotno spremljanje napredka, izvajalcu pa olajšalo izvedbo in omogočilo sprotno zapisovanje.

V prvem koraku delavnice so udeleženke delavnice z individualnim poročanjem oblikovale nabor ključnih delovnih nalog zdravnika družinske medicine, kot jih razumejo na podlagi lastnega dela. Ključne delovne naloge so bile opredeljene kot tiste, ki predstavljajo jedro zdravniškega dela ter imajo jasen začetek in konec. Na koncu je bil nabor nalog pregledan ter, kjer je to bilo mogoče, posamezne naloge združene. Poznavanje in razumevanje temeljnih nalog je nujen korak pri analizi kompetenc.

Po opredelitvi ključnih nalog so bili oblikovni nabori in generirani opisi zahtevanih kompetenc. Najprej so bile udeleženkam ponovno predstavljene kompetence kot pojem, nato pa je bilo zapisano, katere kompetence so po njihovem mnenju potrebne za opravljanje nalog. Sproti so bile odpravljene morebitne nejasnosti v smislu pravilnega razumevanja pojma kompetenc, iskan je bil skupni imenovalac v primeru ponavljanja istih področij pod različnimi imeni ter usklajena različna poimenovanja. V nadaljevanju so udeleženke na predstavljen način opisale identificirane kompetence, pri čemer so bila morebitna nesoglasja ali nejasnosti sproti odpravljena s konsenzom.

Nazadnje so udeleženke delavnice na list papirja z vnaprej pripravljeno prazno tabelo najprej iz projekcije prepisale skupinsko ugotovljene kompetence, v naslednjem koraku pa so s pomočjo vprašalnika z ocenami od 1 do 5 ocenjevale razhajanja med želenim in dejanskim (realnim) stanjem razvoja usposabljanja do statusa zdravnika družinske medicine, pri čemer je enica pomenila, da je ocenjevani pojem po mnenju ocenjevalke prisoten v zelo majhni meri, petica pa, da je prisoten v zelo veliki meri. V tabeli spodaj je prikazan dobljen nabor kompetenc. Na tej točki je ena izmed zdravnic zaradi nujnega klica delavnico morala zapustiti, zato so ocene le kot pomoč in orientacija in na njihovi podlagi ni mogoče izpeljevati zaključkov.

3.1.2 Rezultati fokusne delavnice

V tabeli 3.1 je prikazan dobljeni nabor za delo zdravnika družinske medicine pomembnih kompetenc. Ugotovljene kompetence so v večji meri skladne z naborom, ki so ga pri analizi omenili tudi drugi raziskovalci, omenjeni že prej, s posebnostmi slovenskega socio-ekonomskega prostora, kjer umanjka pomen ustvarjanja novega znanja (na direktno vprašanje so udeleženke pomen tega zanimale oziroma izrazile pomanjkanje okoliščin, zaradi katerih bi to bilo pomembno ali vzpodbujano), posebej izpostavljene so tehnično-strokovne veščine, ki jih ne prepoznavajo kot del medicinskega znanja na splošno temveč njegovo samozavestno in pravilno praktično uporabo ter področje dela v posebnih okoliščinah, kar je deloma posledica organizacije zagotavljanja zdravstvene oskrbe pri

nas, kjer se v zagotavljanje urgentne oskrbe vključujejo pretežno zdravniki družinske medicine. Iz podobnega razloga je posebej poudarjena tudi specifična uporaba generičnih veščin. Se bo pa ta okoliščina z uvedbo urgentnih medicinskih centrov, v katerih bodo delali specialisti urgentne medicine, verjetno začela spreminjati. Hkrati je mogoče zaznati minimalno razliko med pričakovanji študentov in ocenami zdravnic - na področju ustvarjanja znanja in poučevanja.

Tabela 3.1: Dobljeni nabor kompetenc na fokusni delavnici

Kompetenca	Opis	Elementi (iz prepoznanih delovnih nalog)
Komunikacijske veščine	Aktivno posluša in se izraža ter je sposoben nejezikovnega dojenja in izražanja, vse tudi s pomočjo modernih tehnologij.	1. <i>Učinkovita pisna in ustna komunikacija v različnih jezikovnih registrih</i> (pisanje receptov, napotnic, nalogov, predlogov invalidski komisiji, imenovanemu zdravniku, medicinsko - tehničnih pripomočkov, izdaja spričeval ipd., telefonske konzultacije s svojci, bolniki, sodelavci, lekarno, kliničnimi specialisti, policijo, CSD, obiski sodišč, zdravniški sestanki, vodenje kartoteke), 2. <i>računalniška pismenost</i> , 3. <i>empatija s pozitivnim razmišljanjem, postavljanje meja, odločnost</i> .
Vodenje zdravstvenega tima in sodelovanje z deležniki.	Učinkovito sodeluje z multidisciplinarnim timom, ga vodi za izboljšanje kakovosti oskrbe bolnika.	1. <i>preverjanje in nadzorovanje dela drugih sodelavcev</i> (referenčna in srednja medicinska sestra), 2. <i>partnersko sodelovanje s člani zdravstvenega tima</i> (sodelovanje z referenčno sestro (analiza vnaprej določenih protokolov), patronažno sestro, laboratorijskim tehnikom)
Strokovno znanje	Učinkovito zbira relevantne podatke o bolnikovih težavah, jih analizira in na njihovi podlagi sprejema odločitve ter jih spremlja/preverja.	1. <i>pridobivanje podatkov</i> (Pregled in anamneza pacientov, točkovni sistemi (točkovnik "Kratek preizkus spoznavnih sposobnosti" ipd), 2. <i>obdelava in ukrepanje na podlagi podatkov</i> (naročanje preiskav, indikacije za preiskave, interpretacija kompleksnih zbirk podatkov o bolniku, diagnostične presoje, 3. <i>kritična presoja podatkov</i> , 4. <i>celostni pristop k zdravljenju</i> .
Strokovne veščine	Je vešč medicinskih posegov, za katere je usposobljen.	1. <i>Medicinske ročne spretnosti</i> (kirurške veščine (veliki, mali, srednji kirurški posegi), prevezi ran, nekrektomije, razni posegi, snemanje EKG ipd.).
Sprotno učenje	Se zaveda omejitiv lastnega znanja in pridobiva novo, ga kritično sprejema in uporablja pri delu.	1. <i>Uporaba informacijske tehnologije</i> (pregled e-pošte, izobraževanja, pravila Zavoda za zdravstveno zavarovanje, 2. <i>Analize skupin bolnikov in ustvarjanje znanja</i> (pomembna le do zaključka specializacije), 3. <i>Usmerjeno učenje</i> (iskanje informacij na internetu in v bazah podatkov, strokovna izobraževanja, obiski zastopnikov farmacevtske industrije).
Delo v posebnih okoliščinah (dodatna znanja zdravnika družinske medicine)	Hitro se prilagaja na nove okoliščine in uporablja paramedicinska znanja.	1. <i>delo izven ambulate in običajnih okoliščin</i> (mrliški ogledi, hišni obiski, urgentne intervencije, tudi na terenu, strokovni pregled in odvzem, izpostavljenost nevarnosti, nasilje nad zdravnikom), 2. <i>hitre odločitve v kompleksnih situacijah</i> (npr. triaža), 3. <i>Uporaba generičnih veščin</i> (dober vofer).

V tabeli 3.2 sledijo povprečne ocene stopnje trenutne razvitosti posamezne kompetence in ocenjenih zahtev delovnega mesta (N=3, ena udeleženka je morala zaradi nujnega klica delavnico na tej točki zapustiti).

Tabela 3.2: Ocenjevanje dejanske stopnje prisotnosti kompetence in ocenjene potrebe po njej

Kompetenca	V kakšni meri je pri meni z obzirom na usposabljanjem razvita ta kompetenca?	V kakšni meri bi glede na zahteve delovnega mesta morala biti?
Komunikacijske veščine	4	4,7
Vodenje zdravstvenega tima in sodelovanje z deležniki.	3,7	4,7
Strokovno znanje	3,7	4,7
Strokovne veščine	3,3	4,7
Sprotno učenje	3,7	4,7
Delo v posebnih okoliščinah (dodatna znanja zdravnika družinske medicine - hišni obisk, sodelovanje s sodnim sistemom, dober šofer)	3,3	4,7

Interpretacija podatkov o stopnji razvitosti kompetenc na tako majhnem vzorcu je nemogoča, omogoča le splošen vtis, da obstaja prostor za izboljšave. Pri nadaljnjem pogovoru z udeleženkami je bilo jasno izpostavljeno, da jih na časovnih enotah osnovano izobraževanje in usposabljanje ni dovolj usposobilo za odlično opravljanje vseh od njih zahtevanih nalog.

3.1.3 Operacionalizacija merskega instrumenta

Do zdaj omenjene teoretske koncepte ter dobljena izhodišča iz opravljene fokusne delavnice bodo v tem poglavju destilirana v uporabnejše orodje za empirični del.

Hipoteza 1: Formalni sistem izobraževanja in usposabljanja ni edina determinanta razvoja generičnih in poklicno specifičnih kompetenc v zdravniškem poklicu.

Odvisna spremenljivka: poklicno specifične kompetence ZDM

Neodvisna spremenljivka 1: učenje v sistemu formalnega in neformalnega izobraževanja in usposabljanja (študij, specializacija, tečaji ipd.). Uporabljeni koncepti so bili študijska izmenjava s tujino, profesionalna izmenjava s tujino, najvišja stopnja dosežene akademske/formalne izobrazbe oziroma podiplomskega usposabljanja, uspešnost študija, neformalno učenje med študijem in kasneje.

Neodvisna spremenljivka 2: delodajalska organizacija. Uporabljeni koncepti: ekonomski sektor zaposlitve, zaposlitveni status, velikost organizacije, prispevek delodajalca k usposabljanju, učno okolje na delovnem mestu

Neodvisna spremenljivka 3: osebne karakteristike. Uporabljeni koncepti: starost, spol, ovire

Neodvisna spremenljivka 4: socialno okolje. Uporabljeni koncepti: država diplomiranja, država opravljenega specialističnega izpita, dolžina staža.

Hipoteza 2: Generične kompetence neposredno vplivajo na kvaliteto opravljanja temeljnih nalog zdravnika družinske medicine.

Odvisna spremenljivka: opravljanje poslanstva z variabla kakovost opravljanja poslanstva

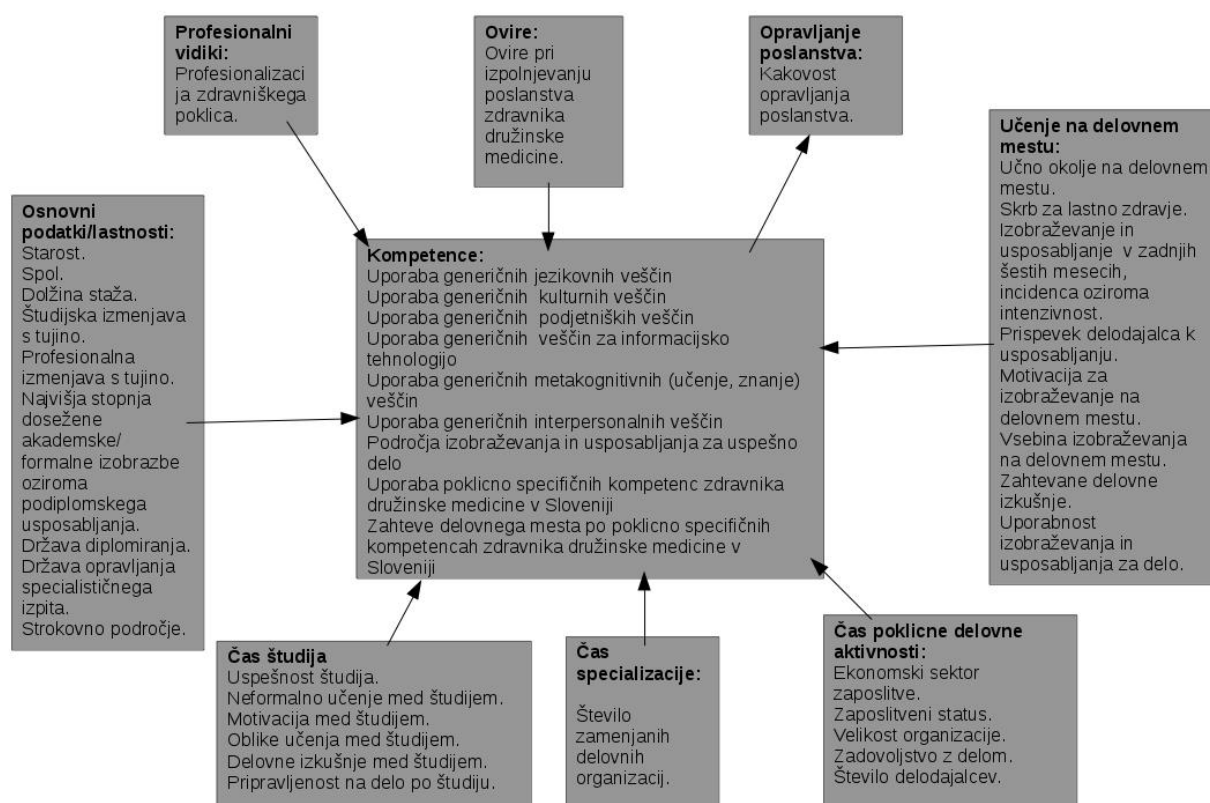
Neodvisna spremenljivka 1: poklicno specifične kompetence ZDM.

Hipoteza 3: Krepitev generičnih kompetenc vpliva na krepitev poklicno specifičnih kompetenc.

Odvisna spremenljivka: poklicno specifične kompetence ZDM

Neodvisna spremenljivka 1: (izbrane) generične kompetence. Uporabljeni koncepti: uporaba generičnih jezikovnih veščin, kulturnih veščin, podjetniških veščin, veščin za informacijsko tehnologijo, metakognitivnih veščin, interpersonalnih veščin.

Ilustracija 3.1: Koncepti in spremenljivke, uporabljene pri raziskovanju ter medsebojni odnosi



V tabeli 3.3 na strani 71 je prikazan proces, kako se je pri končnem oblikovanju nabora kompetenc zdravnika družinske medicine izhajalo iz teoretsko najširše kategorije, generičnih kompetenc (po Eurodyce) in iz poklicno specifičnega rezultata fokusne delavnice.

Videti je, da se v zelo veliki meri generične in poklicno specifične kompetence prekrivajo, kar je po pričakovanjih iz vsaj dveh razlogov. Prvič, generične kompetence so neke vrste nadpomenke oziroma širše kategorije, ki pokrivajo več sorodnih področij in se zato znotraj njih kaj lahko znajdejo tudi za poklic specifične kompetence ali pa je, drugič, izraženost generične kompetence pri posameznem poklicu zaradi narave dela tako pomembna, da je na vrhu lestvice po pomembnosti in glede na naravo dela zdravnika družinske medicine pričakovati, da bodo nenehne interakcije z ljudmi, tako bolniki kot sodelavci na vseh ravneh svoj pečat pustile na kompetenčnem profilu. Hkrati pa je videti tudi, da obstajajo nekatere za poklic povsem specifične kompetence, ki jih ni bilo mogoče uvrstiti v širšo skupino generičnih kompetenc in kot takšne najbrž predstavljajo približek tiste ločnice, ki poklic zdravnika loči od drugih sorodnih poklicev.

Tabela 3.3: Sestavljanje končnega nabora kompetenc za testiranje

Generične kompetence (po Euridyce)	Rezultat fokusne delavnice	Končni operativni nabor kompetenc	Opomba
Kultura		Delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij	Bolj generične kompetence
Državljsanske kompetence			
Numeričnost in matematične kompetence			
Komunikacija v maternem jeziku	Komunikacijske veščine: aktivno posluša in se jezikovno izraža ter je sposoben nejezikovnega dojetja in izražanja, vse tudi s pomočjo modernih tehnologij.	Učinkovita raba jezika (pisno, ustno)	
Komunikacija v tujem jeziku		Sposobnost dela v tujem jeziku	
Informacijsko-komunikacijska tehnologija		Uporaba informacijske tehnologije	
Podjetništvo	Vodenje zdravstvenega tima in sodelovanje z deležniki: učinkovito sodeluje z multidisciplinarnim timom, ga vodi za izboljšanje kakovosti oskrbe bolnika.	Nadzorovanje in vodenje sodelavcev	
Interpersonalne kompetence		Partnersko multiprofesionalno timsko delo	
Metodološke in tehnološke kompetence	Strokovno znanje: učinkovito zbira relevantne podatke o bolnikovih težavah, jih analizira in na njihovi podlagi sprejema odločitve ter jih spremlja/preverja.	Veščost v medosebnih odnosih	
		Iskanje informacij (npr. literatura, anamneza status)	
		Kritično vrednotenje podatkov, virov	
	Strokovne veščine: je več medicinskih posegov, za katere je usposobljen.	Izbira ukrepa in ukrepanje	
		Spretnost (pri diagnostičnih in terapevtskih posegih)	
Učiti se učiti	Se zaveda omejitev lastnega znanja in pridobiva novo, ga kritično sprejema in uporablja pri delu.	Razmišljanje in premlevanje, večdimenzionalno reševanje problemov	
		Učenje in poglobljanje znanja	
		Iskanje novih idej in rešitev	
	Delo v posebnih okoliščinah (dodatna znanja zdravnika družinske medicine): hitro se prilagaja na nove okoliščine in uporablja paramedicinska znanja.	Delovanje izven običajnih okoliščin	Bolj poklicno specifične kompetence
		Hitrost analize stanja in odločanja	
		Obvladovanje stresa	

Z izdelanim naborom kompetenc v kompetenčnem profilu je sledila naslednja faza empiričnega dela.

3.1.4 Spletni vprašalnik

V tretji fazi je sledila izdelava spletnega anketnega vprašalnika, osnovanega na v fazi 2 in 1 najdenih naborih kompetenc ter vprašanj iz hipotez, vključno z ocenjevanjem dejanskih in pričakovanih kompetenc – kaj po ocenah zdravnikov družinske medicine njihovi delodajalci od njih pričakujejo ter kaj po lastnih ocenah imajo oziroma so dobili tekom usposabljanja.

Po oblikovanju vprašalnika z upoštevanjem zbranih podatkov na fokusni delavnici po zgledu že obstoječih merskih instrumentov s področja (v določenih delih je nastal na podlagi metodologije, ki so jo pripravili raziskovalci projektov Evropske skupnosti: projekta REFLEX (6. okvirni program) in HEGESCO (Program vseživljenjskega učenja), je bila najprej opravljena pilotna delavnica.

Z namenom testiranja razumljivosti in dejanskega spraševanja po želenih spremenljivkah je bil vprašalnik posredovan pilotni skupini štirih strokovnjakov.

Identificirana so bila področja pomanjkljivega razumevanja vprašanj:

- nejasnosti pri razumevanja delitve na javni in zasebni sektor, zato so bile v vprašalnik dodane dodatne opredelitve,
- popravljene razmejitve pri nekaterih vprašanjih (0-25 %, 26-50 % ipd.) z namenom neprekrivanja možnosti in jasnejših odgovorov,
- razjasnitve akademskih in strokovnih dosežkov/usposabljanja,
- druge potrebne manjše prilagoditve vprašalnika.

Za zbiranje podatkov je bil izbran spletni servis 1ka.si Fakultete za družbene vede. Spletno zbiranje podatkov je bilo izbrano zaradi:

- čim manjšega časovnega vložka anketirancev. Iz izkušenj drugih (npr. Terseglav 2015) je namreč moč sklepati, da zdravniki neradi namenjajo veliko časa za raziskovanje njihovega dela,
- čim večje fleksibilnosti, da lahko zdravniki sami izbirajo del dneva, ko bodo za izpolnjevanje potrebnih ocenjenih petnajst minut namenili izpolnjevanju ankete,
- občutka "varnosti", da lahko anonimno ocenjujejo morda občutljiva področja (ni anketarja),
- enostavnosti zbiranja in kasnejše obdelave podatkov.

Ob prednostih se je potrebno zavedati tudi slabosti izbranega načina zbiranja podatkov:

- možnost ne popolnoma reprezentativnega vzorca zaradi novih tehnologij. Še vedno obstaja možnost, da starejši ne bodo odgovorili/nimajo dostopa do e-pošte ipd.,
- problematična motivacija za izpolnjevanje ankete,
- pomen oblikovanja razumljivih vprašanj, ker ni anketarja, ki bi jih dodatno razložil,
- odgovarjajo res samo tisti, ki se tako eksplicitno odločijo.

Po dokončnem oblikovanju merskega instrumenta – vprašalnika - so bili oblikovani nagovori za različne kanale, s katerimi je mogoče doseči ciljno publiko ter kontaktirane kontaktne osebe znotraj posameznih organizacij, ki imajo dostop do teh kanalov. Pri distribuciji so pomagali:

- zdravniški sindikat Praktik.um, ki združuje specifično zdravnike družinske medicine in ima e-poštni seznam svojih članov;
- Zdravniška zbornica Slovenije, ki ima e-poštno listo vseh svojih članov;
- Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije, ki ima e-poštno listo svojih članov.

Zbiranje podatkov je skupno trajalo šest tednov (še dva tedna po zadnjem poslanem vabilu).

V namen testiranja hipotez je bil torej oblikovan vprašalnik v elektronski obliki z 42 trditvami oziroma vprašanji, z zgledovanjem po sorodnih merskih instrumentih (navedeno zgoraj). Vprašalnik je bil razdeljen v tematske sklope:

- demografski podatki,
- obdobje študija,
- obdobje strokovnega usposabljanja – specializacije,
- trenutno delovno okolje in učenje ob delu, ter osebne lastnosti anketiranca,
- nabor kompetenc,
- ovire pri pridobivanju kompetenc.

Za nekatera vprašanja se je izkazalo, da ne ustrezajo želenim idejnim konstruktom, zato so bila skupaj s tistimi, ki so v posameznih kohortah vsebovala manj kot pet odgovorov, izključena iz nadaljnjih analiz.

V prvem delu vprašalnika so bili zdravniki povprašani po splošnih podatkih: starosti, spolu, delovnem stažu, doseženi izobrazbi, državi diplomiranja, stopnji strokovne usposobljenosti (specialisti, ne-specialisti) ter ožjem področju znotraj medicine.

V drugem sklopu vprašanj nas je zanimalo, ali so tekom izobraževanja in usposabljanja prebili kaj časa v tujini, kolikšno je bilo njihovo povprečje študijskih ocen, ali so morda sodelovali v prostovoljnih organizacijah, povprašani so bili po motivaciji med študijem in prevladujočim oblikam učenja med študijem. Vprašani so bili tudi, ali so med študijem pridobivali delovne izkušnje in ali so bile te morebiti povezane z delom, ki ga trenutno opravljajo. Sledila je še njihova ocena stopnje, do katere jih je študij medicine pripravil na delo.

V naslednjem sklopu so odgovarjali na vprašanja o številu zamenjanih delovnih organizacij med strokovnim usposabljanjem – specializacijo in morebitno izkušnjo iz tujine med njim.

V sklopu o trenutnem delovnem okolju so bila postavljena vprašanja o: dolžini delovnega staža, sektorju zaposlitve, velikosti organizacije, zadovoljstvu z delom, učenju ob delu in motivacijah zanj.

Povprašani so bili o ustreznosti različnih metod za pridobivanje znanj in veščin ob delu, participaciji delodajalca pri izobraževanju in osebni motiviranosti.

V sklopu o kompetencah je bil testiran nabor s fokusno delavnico pridobljenih poklicno specifičnih kompetenc in iz literature izbrane generične, tako z vidika samoocenjene obstoječe ravni kot z vidika pričakovane ravni za poklic zdravnika družinske medicine.

V zadnjem sklopu so vprašani ocenjevali trditve o pomembnosti ovir pri pridobivanju novih znanj in veščin, ocenili kvaliteto lastnega dela ter ocenjevali posamezne dimenzije profesionalizacije v lastnem poklicu.

Po izpolnjevanju ankete je bilo na voljo vprašanje odprtega tipa o njihovih pogledih na pot, ki privede do naziva specialist družinske medicine in kako jo izboljšati ter okence za vnos e-poštnega naslova za prejetje rezultatov kot zahvalo za sodelovanje. Rezultati z anketiranjem zbranih podatkov bodo predstavljeni v nadaljevanju.

3.1.5 Obdelava in interpretacija podatkov

Za zbiranje podatkov je bil izbran spletni servis Fakultete za družbene vede, 1ka, ki omogoča samodejno zbiranje rezultatov v za nadaljnjo statistično obdelavo primerni obliki. Pristop se je v namene raziskave izkazal za dokaj ustreznega.

Podatki, samodejno zbrani v bazi podatkov, so bili iz spletne oblike pretvorjeni v lokalno, nato pa s pomočjo statističnega programa prečiščeni – pred nadaljnjo analizo odstranjeni respondenti, ki niso odgovarjali ciljni populaciji.

Podatki respondentov, ki so odgovarjali ciljni populaciji, so bili v nadaljevanju obdelani s programsko opremo za statistično obdelavo podatkov (večinoma SPSS 23.0, posamezne dodatne analize še z R in PSPP) glede na predhodno pripravljen plan analize.

Sama analiza je bila začeta z osnovnimi statistikami indikatorjev (frekvenčne porazdelitve, aritmetične sredine, standardni odkloni). Sledile so opisne statistike spremenljivk, dobljene na podlagi izračunanega povprečja pripadajočih pokazateljev. V zadnjem delu analize je bil preverjen postavljeni teoretski model oziroma hipoteze. Najpogosteje uporabljeni statistični postopki so bili: t-test za ugotavljanje značilnosti razlik v povprečjih, ANOVA z istim namenom pri več hkratnih spremenljivkah, Pearsonov r kot test korelacije in linearna regresija kot test vpliva.

3.1.6 Kvalitativni del raziskave

Ciljno populacijo v zadnji fazi, kvalitativnem delu raziskave, so predstavljali trije zdravniki specialisti družinske medicine z dolgoletnimi izkušnjami z opravljanjem dela v ambulanti zdravnika družinske medicine. Povzetek rezultatov je avtor v pisni obliki predstavil ekspertom ter jih poprosil za povratne informacije v obliki polstrukturiranega intervjuja v telefonskem pogovoru planirane dolžine okoli 15 min. Avtor si je pogovore sproti beležil ter jih v roku enega dneva zapisal v računalniški obliki. Namen kvalitativnega dela je bil umestiti rezultate v kontekst ter dodatno pridobivanje informacij, na podlagi katerih bi bilo v nadaljevanju moč oblikovati priporočila za izboljšave deležnikom.

Vsebina vprašanj je sledila ključnim dejavnikom oziroma izsledkom, ki so bili predhodno identificirani teoretsko in z merskim instrumentom. Anketiranci so tako komunicirali njihovo splošno oceno izsledkov raziskave v smislu aplikativnosti na njihovo izkušnjo vsakdanjega dela, vidike mobilnosti opazovane populacije, delovno okolje, razloge za razhajanja med pričakovanimi in prisotnimi ravni posameznih kompetenc, privlačnosti poklica zdravnika družinske medicine in fenomenu feminizacije poklica.

Pogledi intervjuvancev so nato bili uporabljeni kot kontekst za razumevanje, kot zadnja faza triangulacije ter pomoč pri oblikovanju priporočil.

Za analizo z intervjuji zbranih podatkov so bile uporabljene prvine analize teksta – prebiranje odgovorov ter nato združevanje – v namen odpravljanja ponavljanja in oblikovanja preglednejše oblike podajanja informacij.

3.2 Analiza podatkov ter testiranje hipotez

3.2.1 Podatki o opazovani populaciji

Članstvo v Zdravniški zbornici je v primeru dela z bolniki obvezno, zato je izpis iz registra članstva Zdravniške zbornice Slovenije z dne 1.7.2014 dober pokazatelj populacijskih razmer v družinski medicini. Avtor je pri Zdravniški zbornici pridobil izpis sestave po spolu in povprečno starost na isti dan: zdravnic specialistk je bilo v Sloveniji 588 (od skupno 786, 75 %), specialistov družinske medicine pa 198 (25 %). Njihova skupna povprečna starost je bila 48.8 let.

Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije en zdravnik družinske medicine dela v bolnišnici, 802 v zdravstvenem domu, v podjetju oziroma kot zasebnik 274, po eden v zdravilišču, državni upravi, v tujini in na fakulteti, dva v podjetjih izven javne zdravstvene mreže, 19 na inštitutih ter 24 drugje.

Ne ločujejo med specializanti in specialisti ali po sektorjih, zato številke niso direktno primerljive (Zdravniška zbornica 2014).

3.2.2 Obdelava podatkov

V šestih tednih zbiranja podatkov je bilo na hiperpovezavo v elektronskem vabilu k izpolnjevanju kliknjeno 319-krat. V celoti je anketo (vsa vprašanja) izpolnilo 140 anketirancev, kakšno vprašanje pa je izpustilo 41 anketirancev. Skupaj je tako uporabno izpolnjenih anket bilo 181. Petindvajset oseb je anketo prekinilo, ne da bi na karkoli odgovorilo. Med temi 181 zbranimi izpolnjenimi anketami pa so se skrivale tudi takšne, ki ne odgovarjajo opazovani ciljni populaciji specialistov družinske medicine v Sloveniji, zato je bil prvi korak prečiščenje zbranih podatkov glede na vključitvene in izključitvene kriterije.

3.2.2.1 Faza čiščenja podatkov

Vključitveni kriteriji:

- anketiranec je zdravnik specialist družinske medicine (vprašanje Q6, vprašanje Q8).

Izključitveni kriteriji:

- anketiranec je zdravnik pripravnik (vprašanje Q6),
- anketiranec je zdravnik specializant (vprašanje Q6),
- anketiranec je zdravnik druge stroke (ni specialist družinske medicine) (vprašanje Q6, vprašanje Q8).

V SPSS 23.0 (ki je bil uporabljen za večino analiz) je bil uporabljen ukaz "select cases" s pogojem "if Q6=3 in Q8=1". Ostala je 101 izpolnjena anketa, ki ne vsebuje izključitvenih kriterijev in vsebuje vključitvene kriterije.

Po odstranitvi podatkov, ki niso predmet pričujoče raziskave, so sledile naslednje faze obdelave podatkov. Najprej so bile opravljene osnovne statistike indikatorjev (frekvenčna porazdelitev, aritmetične sredine, standardni odklon), nato so sledile opisne statistike spremenljivk in preverjanje povezanosti spremenljivk s korelacijami. V zadnjem delu analize je sledilo preverjanje postavljenega teoretskega modela. Povsod, kjer ni posebej drugače navedeno, velja, da je p vrednost manj ali enako 0,05.

3.2.2.2 Osnovne lastnosti vzorca - opis

Analizirani vzorec predstavlja 82,2 % zdravnic in 17,8 % zdravnikov. V povprečju so stari nekaj več kot 46 let, kar je malenkost manj (malo več kot 2 leti) od povprečne starosti celotne populacije, v 11,88 % so diplomirali izven Slovenije, v samo 1,98 % pa so izven Slovenije opravili tudi specialisti-

čni izpit. Glede na izbrani način zbiranja podatkov je nekoliko nižja povprečna starost pričakovana, je pa njen razpon od 30 do 64 let, kar je za vrednotenje podatkov dokaj ugodno. Možnosti mednarodne mobilnosti je z bivanjem v tujini tekom študija ali specializacije izkoristilo 24,24 %, po opravljenem specialističnem izpitu pa samo 6,06 % anketiranih. Najvišja stopnja dosežene izobrazbe je v 90,1 % univerzitetna, 2,97 % magistrska ter v 1,98 % doktorska (zaradi majhnega števila odgovorov v posamezni kategoriji ta parameter ni bil uporabljen za nadaljnjo analizo). Preseneča podatek o relativno nizki stopnji udeleževanja v mednarodnih izmenjavah v času študija in usposabljanja, prav tako je popolnoma nepričakovan zelo majhen odstotek specialistk in specialistov, ki svoja znanja širijo v tujini, kar bi bilo za prepoznavanje dobrih praks in razumevanja, čemu v določenem okolju delujejo, ter morebitno uvajanje sprememb doma, bistvenega pomena. Trenutna regulativa namreč takšne načine izmenjave znanja že omogoča. 44. člen kolektivne pogodbe za zdravnike namreč pravi: "Zdravniki se morajo strokovno izpopolnjevati najmanj 30 dni vsaki dopolnjeni dve leti dela, in sicer v drugem zavodu. V primeru, da v domačih zavodih tako izpopolnjevanje ni mogoče, pošlje zavod zdravnika v ustrezen zavod v tujino." 43. člen pa ureja tudi vsebino: "Zdravniki se strokovno izpopolnjujejo: s praktičnim delom na drugih delovnih mestih v zavodu, v katerem delajo, in na katerih lahko pridobijo nova znanja oziroma lahko razširijo svoje strokovno znanje; s praktičnim delom v ustreznih zavodih, kjer lahko pridobijo novo znanje oziroma razširijo svoje znanje; na tečajih; na seminarjih; na kongresih in simpozijih." Zelo verjetno bi bilo smotno začeti uporabljati ta določila in jih pri nadaljnjih pogajanjih predstavnikov poklica o kolektivni pogodbi ne zanemariti. Dodatno je to pomembno tudi zato, ker so vrste izobraževanj posebej imenovane in so trenutno tiste na zadnjih mestih najbolj razširjene. Da so izpostavljeni kroženju med delovnimi mesti manj kot enkrat letno, poroča skoraj 65 % anketirancev, da jim je mentorstvo najustreznejša oblika za pridobivanje znanj in veščin pa poroča skoraj 56 % zdravnic in zdravnikov, 30 % pa, da jim je najustreznejše opazovanje strokovnjakov (ocenili s 4 ali 5 na petstopenjski lestvici), kar je v primerjavi s 55 %, ki jih meni, da so predavanja najustreznejša metoda, istega ranga pomembnosti. Vzporedno zgodbo znotraj države pripoveduje podatek, da je 68 % anketirancev tekom specializacije zamenjalo manj kot pet delovnih organizacij.

Taki podatki vsekakor govorijo, da so nekateri vidiki upravljanja s človeškimi viri na primarnem nivoju manj kot optimalni.

Tabela 3.4: Prikaz sestave vzorca po spolu

Spol	Moški - vzorec	Ženski - vzorec	Skupaj - vzorec	Moški - populacija	Ženski - populacija	Skupaj - populacija
N	18	83	101	198	588	786
%	17,82 %	82,18 %	100,00 %	25,19 %	74,81 %	100,00 %

Tabela 3.5: Starostna struktura vzorca

	Povprečje - vzorec	SO	min	max	Povprečje - populacija
Koliko ste stari (v letih)?	46,03	8,86	30	64	48,80

Tabela 3.6: Akademska izobrazba vzorca

Najvišja dosežena akademska stopnja izobrazbe?	Univerzitetna izobrazba	Magistrska izobrazba	Doktorska izobrazba ali več	Drugo
N	91	3	2	5
%	90,10 %	2,97 %	1,98 %	4,95 %

Tabela 3.7: Država diplomiranja v vzorcu

Država diplomiranja	Slovenija	Češka	Bosna in Hercegovina	Hrvaška	Srbija	Jugoslavija	Ne-Slovenija skupaj
N	85	1	3	6	2	3	12
%	84,16 %	0,99 %	2,97 %	5,94 %	1,98 %	2,97 %	11,88 %

3.2.3 Uvodni rezultati

3.2.3.1 Delovno okolje

Glede na sektor zaposlitve prevladuje javni (73,74 %) pred zasebnim profitnim (18,18 %) in zasebnim neprofitnim (7,07 %). Večinoma zdravnice in zdravniki delajo v organizacijah z manj kot 100 zaposlenimi (60 %, 37 % v organizacijah z manj kot 50 zaposlenimi), ki v 46 % prispevajo manj kot 76 % sredstev za izobraževanja zdravnikov. Mogoče je špekulirati, da je za tako velike diskrepance vzrok slaba organizacija zdravniškega dela na primarni ravni, saj so delovne organizacije preveč razdrobljene, da bi lahko razvile oddelke, ki bi se ukvarjali s strateškim upravljanjem človeških virov in ne samo z delovno-pravnimi vidiki zaposlenosti. Drugi vidik pa je podfinanciranje, ki ne zagotavlja dovolj širše alokacije sredstev za dolžnost in pravico zdravnikov, da se na svojem področju stalno izobražujejo. Relativno dolg delovni staž zdravnikov, ki o stanju poročajo (19,32 let, od tega 13,83 let kot zdravniki specialisti družinske medicine) zagotavlja, da o stanju poročajo izkušeni profesionalci.

Tabela 3.8: Delovni staž v vzorcu

	Povprečje	SO	min	max
Polnih let delovne dobe	19,32	9,25	4	39

Tabela 3.9: Zaposlenost po sektorju v vzorcu

V katerem sektorju pretežno delate?	Javni sektor (javni zavod ipd.)	Zasebni neprofitni sektor (zasebni zavod, društvo ipd.)	Zasebni profitni sektor (s.p., d.o.o., d.d.)	Drugo	Nisem zaposlen/-a	Skupaj
N	73	7	18	1	0	99
%	73,74 %	7,07 %	18,18 %	1,01 %	0,00 %	100,00 %

Kljub temu, da za njihovo strokovno napredovanje ni optimalno poskrbljeno, so zdravnice in zdravniki večinoma izbrali oceno 4 ali 5 pri ocenjevanju lastnega zadovoljstva z delom (67 %). Zelo nezadovoljnih je malo (oceno ena je izbralo samo 2 % respondentov).

Zanimiv je tudi podatek, da se aktivnosti skrbi za lastno zdravje vsak dan, kar je splošno priporočilo zdravniške srenje kot celote, udeležuje malo manj kot 20 % zdravnic in zdravnikov (kar 25 % pa enkrat letno ali manj). Ta podatek je dokaj alarmanten, še posebej ob že omenjeni visoki in predčasni umrljivosti slovenskih zdravnic družinske medicine in ob poznavanju izsledkov študij Whitehall I in II. Ponovno je verjetno potrebno pomisliti na pomanjkljivo organizacijo zdravstvene službe na primarni ravni, ki se ne ukvarja s svojimi zaposlenimi, ne izpostavlja jih dobrim praksam ali oblikuje delovnih mest tako, da bi bile do zaposlenih prijazna.

Dodatni moment je še to, da je potrebno s populacijo zdravnikov na področju preventive še posebej preiščeno ravnati, saj so sami strokovnjaki na tem področju. Procesu iskanja ustreznih mehanizmov motivacije za zdravo obnašanje na delovnem mestu je tako nujno nameniti dovolj posebno tehničnega premisleka.

Podobno sliko z verjetno zelo sorodnimi vzroki kaže še podatek, da se 71 % respondentov izobraževanj s področja računalništva ali tujega jezika udeležuje manj kot enkrat letno, s področja obvladovanja stresa pa kar 80 %. Takšna diskrepanca med realnostjo uvajanja e-receptov, e-napotnic, e-registrov in na sploh brezpapirne pisarne v ambulantah zdravnikov družinske medicine kaže na popolno pomanjkanje znanja o načelih upravljanja s spremembami, kjer se najprej ugotovi potrebo po spremembi, to komunicira do te mere, da jo tisti, ki se morajo spremeniti, ponotranjijo, nujno zagotavljanje orodij in znanj za spremembo in šele nato uvajanje spremembe ter evaluacijo učinkov ter korekcijo akcije, če ni popolnoma ustrezna. Do podobnih zaključkov so prišli tudi drugi (Meglič M idr. 2007), ki so ugotavljali, da namestitev računalnika v ordinacijo še ne zagotavlja njegove uporabe. Morda bi bila rešitev v popolnoma formalnih zahtevah za vodje projektov, da se izkažejo z mednarodnimi akreditacijami za vodenje projektov pred prevzemom tako odgovorne vloge. Prakse uvajanja sprememb z odloki namreč niso najbolj uspešna in najmanj stresna pot.

Kljub temu da so organizacijske razmere manj kot optimalne, zdravniki kažejo dokaj visoko stopnjo idealizma, saj se jih 96 % dodatno izobražuje, da bi ostali na tekočem s svojim strokovnim znanjem ter le 1 % zato, da bi karierno napredoval in 2 % zato, da se pripravijo na delo na drugem področju. In to kljub temu, da jih 78 % vsak dan poskrbi še za otroke oziroma družino, v 26 % pa so prostovoljno aktivni še enkrat mesečno ali pogosteje. Ob tekočih nalogah ima za strokovni razvoj dovolj časa (izbrali štiri ali pet na petstopenjski lestvici) le 7,2 % zdravnic in zdravnikov, 14 % jih ima dovolj časa ob rednem delu razvijati tudi z medicino ne direktno povezana znanja in veščine, ki jih potrebujejo pri svojem delu, 81 % jih je mnenja, da njihove vsakodnevne izkušnje na delovnem mestu pomembno prispevajo k širjenju njihovega znanja, 40 % se zdi število ur izobraževanja, v katerega jih vključuje delodajalec, zadostno, v 65 % pa so mnenja, da delodajalec pri izvajanju usposabljanj upošteva tudi njihove želje. Kolektivna pogodba za zdravnike jim v 33. členu omogoča eno uro dnevno za pripravo na delo, kar bi lahko bilo tudi izobraževanje, vendar zdravniki in zdravnice v

povprečju učenju na delovnem mestu namenijo le 4,5 ure tedensko. 90 % jih ta čas nameni pridobivanju dodatnih strokovnih znanj.

3.2.3.2 Učenje

Podatki govorijo o diskrepanci med izraženostjo pomena mentorskega dela in opazovanja strokovnjakov ter večinskim upoštevanjem želja zdravnikov pri njihovem dodatnem izobraževanju. Ponovno je tu verjetno problem odsotnost strateškega upravljanja s človeškimi viri in organizacije dela (če zdravniki ne oziroma ne morejo izkoristiti dogovorjenega pripravam namenjenega časa). Dodatna izobraževanja po načelu nakupovalne košarice, napolnjene z željami zdravnikov niso nujno usklajena z razvojnimi cilji organizacije. Ob pomanjkanju posvečanja pozornosti tem dimenzijam organizacije ne ena ne druga stran ne znata izraziti svojih želja in potreb, pri čemer je potrebno imeti v mislih, da so tu zdravniki kot zaposleni "šibkejša stranka", ki niso usposobljeni in nimajo znanj ukvarjati se z organizacijskimi zahtevami (pri oblikovanju vprašalnika je bilo, na primer, potrebno s primeri zagotoviti razumevanje razlike med javnim in zasebnim sektorjem; na vprašanje o številu trenutnih delodajalcev pa je ob 0 % poročani nezaposlenosti s številko nič odgovorilo 11 % respondentov, kar lahko kaže na to, da ne razumejo koncepta delodajalca pri samozaposlenih, zato je bilo to vprašanje izločeno iz nadaljnjih analiz).

Ta podatek govori o tem, da so določena področja poklicnega udejstvovanja med študijem in specializacijo manj kot optimalno osvetljena. 72 % zdravnic in zdravnikov je med študijem doseglo povprečno oceno osem ali več, v 42 % so se ob študiju udeleževali še v prostovoljnih organizacijah, 60 % jih je pridobivalo delovne izkušnje tekom študija, ki pa niso bile povezane s kasnejšim delom (4 ali pet so izbrali le v 12,5 %). Tako nizek delež študentskega dela, ki bi po eni strani zagotavljal celovitejšo informacijo in vpogled v kasnejše karijerne možnosti, je po eni strani razumljiv, saj se zdravstvene organizacije v Sloveniji sistematično s študentskim delom praviloma ne ukvarjajo (vsaj avtor ni našel nobene reference), hkrati je s pravnega vidika potrebna iznajdljivost, kako študenta medicine vključiti v delovni proces z vidika odgovornosti, po drugi strani pa je med študenti, še posebej tistimi, ki vedo, da jih zanima kirurgija, že kar nekaj časa popularno asistiranje pri operacijah med študijskimi počitnicami predvsem pri zasebnih izvajalcih, ki so verjetno našli pravno rešitev in jim cenejša delovna sila pomeni večji dobiček. Verjetno bi kazalo okrepiti ta segment in študentom medicine, kolikor jim to dopušča zahtevnost študija, omogočiti vpogled v kasnejša delovna okolja.

Zaskrbljujoče je še, da je le 21 % zdravnic in zdravnikov odgovorilo s štiri in pet na vprašanje, v kolikšni meri jih je študij medicine pripravil na delo. Večina respondentov si želi predvsem prečiščenja vsebin in večjo praktično naravnost študija ter kasnejše specializacije.

Vse to ob podatku, da jih je 37 % tekom študija študiralo več, kot je bilo potrebno za polaganje izpitov, 29 % jih je stremelo za najvišjimi ocenami, 42 % je bila težavnost študija izziv, kasnejše karijerne možnosti po študiju pa motivacija le v 17 % (vse ocene štiri ali več na petstopenjski lestvici). Verjetno bo potrebno počakati še nekaj let in mogoča bo nacionalna primerjava med sposobnostjo pripravljanja za delo med mariborsko in ljubljansko medicinsko fakulteto ter na podlagi tega izdelava predlogov za boljšo vertikalno integracijo študija tudi s časom po študiju (kasnejšo zaposlitvijo).

Anketiranci poročajo še, da so v 83 % med študijem namenjali svojo pozornost predvsem praktičnim znanjem, v 59 % teorijam in teoretskemu znanju, 57 % delu v skupinah ter v 48 % predavanjem, najmanj pa sodelovanju pri raziskovalnih projektih (16 %) ter ustnim predstavitvam študentov (17 %). Podatek o ne-vključevanju v raziskovalne projekte bi pri iskanju rešitev za ne-seznanjenost s kasnejšim delom bilo mogoče uporabiti tudi kot iskanje možnosti spoznavanja študentov s kasnejšim delom ter jih že zgodaj kot študentsko pomoč vključevati v raziskovalne projekte profesorjev in znanstvenih sodelavcev na fakultetah. Špekulirati je mogoče, da so tako malo pozornosti namenjali soštudentom pri ustnih predstavitvah, ker jih ne dojemajo kot avtoritete na področju, ki ga mora študent predstaviti v ustni obliki, vendar bi za potrditev domneve vsekakor bilo potrebno zbrati več podatkov.

3.2.3.3 Kompetence

Srčika pričujočega dela je nabor kompetenc, ki so obravnavane kot kompetenčni profil zdravnika družinske medicine. Nabor poklicno specifičnih je bil identificiran na fokusni delavnici strokovnjakov, nato pa spojen z generičnimi iz literature, dasiravno je bilo že zelo zgodaj pričakovati dosti prekrivanja med njimi (tabela 3.1 na strani 67). Zdravniki družinske medicine so bili povprašani o stopnji izraženosti posamezne kompetence pri sebi, ocenjeno z lestvico od ena do sedem (pri čemer je enica pomenila prisotnost kompetence v zelo majhni meri, sedmica pa v zelo veliki meri) in tudi o tem, v kolikšni meri bi naj bila ista kompetenca izražena (na isti lestvici) pri "idealnem" družinskem zdravniku glede na delovne zahteve.

Mogoče je videti, da so anketiranci večinoma, najmanjkrat v primeru kompetence "obvladovanje stresa", izbrali oceno štiri ali več, enako so visoke povprečne vrednosti, razen pri kompetencah "delovanje izven običajnih okoliščin" in ponovno "obvladovanje stresa", kjer sta aritmetični sredini posedovanih kompetenc manj kot pet.

Izjemno visoko je pričakovano povprečje po kompetencah, navzdol po vrednosti izstopa le "delovanje izven običajnih okoliščin", razhajanja med povprečji pa so tako največja pri kompetencah: "obvladovanje stresa", "učenje in poglobljanje znanja" ter "kritično vrednotenje podatkov, virov". Najmanjše razlike med pričakovanji in samooceno je videti pri kompetencah: "delovanje izven običajnih okoliščin", "delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij" ter "iskanje informacij".

Za zelo plastičen prikaz izražanja stopnje kompetence je bil uporabljen tudi koncept t.i. underskilled in t.i. overskilled, slovenjeno neveščih in preveč usposobljenih posameznikov (glej Allen, Pavlin in van der Velden 2011). V prvem primeru gre za tiste, ki so se samoocenili za vsaj dve točki na sedem-stopenjski lestvici manj, kot je pričakovano povprečje za posamezno kompetenco. V drugem primeru pa gre za posameznike, ki so se ocenili z vsaj dvema točkama več, kot je pričakovano povprečje.

Tabela 3.10: Samoocenjena in pričakovana raven izraženosti kompetenc v vzorcu

Stopnje izraženosti kompetenc		Moja raven				Pričakovana raven			Razlika povprečij
		Skupaj	4 in več	Pov-prečje	SO	4 in več	Pov-prečje	SO	
Učinkovita raba jezika (pisno, ustno)	N	92	89	5,93	1,15	92	6,47	0,67	0,53
	%	100,00 %	96,74 %			100,00 %			
Sposobnost dela v tujem jeziku	N	92	75	4,63	1,43	87	5,38	1,19	0,75
	%	100,00 %	81,52 %			94,57 %			
Uporaba informacijske tehnologije	N	92	86	5,29	1,16	90	5,84	1,10	0,54
	%	100,00 %	93,48 %			97,83 %			
Veščost v medosebnih odnosih	N	92	91	5,71	0,96	92	6,71	0,55	1,00
	%	100,00 %	98,91 %			100,00 %			
Nadzorovanje in vodenje sodelavcev	N	92	82	5,03	1,16	90	5,98	1,17	0,95
	%	100,00 %	89,13 %			97,83 %			
Partnersko multiprofesionalno timsko delo	N	92	87	5,37	1,17	89	6,23	1,08	0,86
	%	100,00 %	94,57 %			96,74 %			
Razmišljanje in premlevanje, večdimenzionalno reševanje problemov	N	92	90	5,50	1,00	92	6,46	0,76	0,96
	%	100,00 %	97,83 %			100,00 %			
Iskanje informacij (npr. literatura, anamneza, status)	N	92	91	5,70	0,93	91	6,40	0,83	0,71
	%	100,00 %	98,91 %			98,9 %			
Kritično vrednotenje podatkov, virov	N	92	86	5,23	1,07	91	6,44	0,70	1,21
	%	100,00 %	93,48 %			100,00 %			
Izbira ukrepa in ukrepanje	N	92	92	5,82	0,71	92	6,71	0,52	0,89
	%	100,00 %	100,00 %			100,00 %			
Učenje in poglobljanje znanja	N	92	84	5,05	1,13	90	6,39	0,73	1,33
	%	100,00 %	91,30 %			100,00 %			
Delovanje izven običajnih okoliščin (zunaj ambulate, izven rednega delovnega časa)	N	92	75	4,89	1,37	82	5,34	1,38	0,45
	%	100,00 %	81,52 %			90,11 %			
Hitrost analize stanja in odločanja	N	92	92	5,72	0,98	90	6,44	0,78	0,72
	%	100,00 %	100,00 %			98,90 %			
Spretnost (pri diagnostičnih in terapevtskih posegih)	N	92	91	5,67	0,89	91	6,47	0,87	0,79
	%	100,00 %	98,91 %			98,91 %			
Iskanje novih idej in rešitev	N	92	88	5,39	1,03	90	6,27	0,91	0,88
	%	100,00 %	95,65 %			98,90 %			
Delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij	N	92	89	5,60	1,14	91	6,28	0,96	0,68
	%	100,00 %	96,74 %			98,91 %			
Obvladovanje stresa	N	92	70	4,41	1,39	91	6,66	0,76	2,25
	%	100,00 %	76,09 %			98,91 %			

Tabela 3.11: Nevešči posamezniki v vzorcu

		Nevešči	Pričakovana raven - povprečje	Pričakovana raven - SO	Razlika povprečij pričakovana - moja
Učinkovita raba jezika (pisno, ustno)	N	10	6,47	0,67	0,53
	%	10,87 %			
Sposobnost dela v tujem jeziku	N	17	5,38	1,19	0,75
	%	18,48 %			
Uporaba informacijske tehnologije	N	6	5,84	1,10	0,54
	%	6,52 %			
Veščost v medosebnih odnosih	N	11	6,71	0,55	1,00
	%	11,96 %			
Nadzorovanje in vodenje sodelavcev	N	10	5,98	1,17	0,95
	%	10,87 %			
Partnersko multiprofesionalno timsko delo	N	18	6,23	1,08	0,86
	%	19,57 %			
Razmišljanje in premlevanje, večdimenzionalno reševanje problemov	N	13	6,46	0,76	0,96
	%	14,13 %			
Iskanje informacij (npr. literatura, anamneza, status)	N	10	6,40	0,83	0,71
	%	10,87 %			
Kritično vrednotenje podatkov, virov	N	20	6,44	0,70	1,21
	%	21,74 %			
Izbira ukrepa in ukrepanje	N	2	6,71	0,52	0,89
	%	2,17 %			
Učenje in poglobljanje znanja	N	24	6,39	0,73	1,33
	%	26,09 %			
Delovanje izven običajnih okoliščin (zunaj ambulante, izven rednega delovnega časa)	N	17	5,34	1,38	0,45
	%	18,48 %			
Hitrost analize stanja in odločanja	N	10	6,44	0,78	0,72
	%	10,87 %			
Spretnost (pri diagnostičnih in terapevtskih posegih)	N	8	6,47	0,87	0,79
	%	8,70 %			
Iskanje novih idej in rešitev	N	16	6,27	0,91	0,88
	%	17,39 %			
Delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij	N	16	6,28	0,96	0,68
	%	17,39 %			
Obvladovanje stresa	N	48	6,66	0,76	2,25
	%	52,17 %			

Zaradi visokih povprečnih pričakovanj in frekvenčne porazdelitve odgovorov t.i. overskilled posameznikov ni bilo, je pa bilo najti t.i. underskilled (nevešče) posameznike, kot prikazuje tabela 3.11; največ pri kompetencah "obvladovanje stresa", "učenje in poglobljanje znanja" ter "kritično vrednotenje podatkov, virov". To je pravzaprav zelo presenetljiv podatek, saj se z izboljševanjem socioekonomskih dejavnikov v družbi dogaja (ali se je že dogodila) tudi epidemiološka tranzicija in so v ospredje prišle kronične bolezni in stanja – debelost, sladkorna bolezen, srčno-žilna obolenja, rak in podobno. Pri teh boleznih je še posebej pomembno, na primer, večdimenzionalno razmišljanje, pri katerem je šibkih 14 % respondentov, 20 % jih ne zna dobro delati v multiprofesionalnem timu, 22 % ni zelo dobrih pri kritičnem vrednotenju virov, 18 % je tuj jezik ovira. Učenje in poglobljanje znanja ni prednost 26 %, kar 52 % jih je podpovprečnih pri obvladovanju stresa. To so kritični podatki, ki bi potrebovali hitro in premišljeno reakcijo gašenja ognja in, še pomembnejše, strateškega planiranja za prihodnost. Nujno bi bilo potrebno zmanjšati stopnjo stresa pri zdravnikih družinske medicine ter jih opremiti z boljšimi orodji za njegovo obvladovanje. Razumevanje, da ob slabi organizaciji dela zaradi prigrad, ki jim ta botruje, zdravniki hitro izgubljajo profesionalni "obraz", kot o njem govori Goffman, in ker je ravno ta profesionalni obraz izpostavljen nenehni presoji posameznikov, medijev in s tem javnosti, je percepcija stresa najverjetneje še potencirana. Organizacijski pristopi, s katerimi bi delodajalci v idealnem primeru prevzeli del presoje javnosti nase z jasnim nastopom in upravljanjem kriznih situacij (Pondelek 2014), bi pomagali ohranjati zdravniški profesionalni "obraz" ter tako zmanjšali stopnjo stresa. Enak učinek je od istega ukrepa pričakovati tudi po Cooleyevi teoriji. Vsekakor pa je potrebno tudi zdravnike izobraževati o spopadanju s stresnimi situacijami oziroma krizami, saj (Thomas) omogoča primerjavo trenutne situacije s preteklimi in naučenim ter ustrezno ukrepanje.

Nujnost izobraževanj tudi na področju ne strogo strokovnih znanj je prav tako očitna. Delo v multiprofesionalnih timih je dandanes danost in nuja in prav nobenega mesta več ni za zdravnika, ki je v takšnem timu največja oziroma edina avtoriteta (deloma odraža proces deprofesionalizacije), ohranja pa zdravnik osrednjo vlogo, saj koordinira vse ostale udeležence, kar je pri zdravniku družinske medicine še posebnega pomena, saj ne koordinira samo dejavnosti drugih zdravstvenih strokovnjakov na svoji ravni (srednjih medicinskih sester, diplomiranih medicinskih sester, laborantov, rentgenskih tehnikov, fizioterapevtov ...), temveč ima kontakte in vpliv na delo strokovnjakov veliko širše – vertikalno koordinira delo na sekundarnem in terciarnem nivoju, horizontalno pa stopa v kontakt s socialnimi sistemi družbe, delodajalci, sodnim sistemom in mnogimi drugimi. Vztrajanje pri preživetih vzorcih obnašanja ni samo kontraproduktivno, temveč je tudi vir diskrepanc med percepcijo jaza zdravnikov in informacij, ki jih dobivajo iz okolice o sebi ter tako vir stresa (Cooley) ter po analogiji vir stresa za druge udeležence zdravstvenega tima. Povečana stopnja stresa pa negativno vpliva na delovni proces in lahko povečuje pojav napak.

Znanje v medicini zastara nekako v dveh letih in če želi zdravnik svojim bolnikom nuditi najboljšo možno oskrbo, kar je v interesu zdravnika, bolnika in plačnika, je nujno, da zna ta zdravnik znanje pridobivati, kritično vrednotiti, uporabljati in tudi ustvarjati. Ponovno je vzrok za slabost verjetno v načinu organizacije delovnega procesa, kjer so pritiski z vsakodnevnimi opravili (pre)veliki, da bi ostalo še kaj časa za takšne aktivnosti. Verjetno bi se bilo smiselno zgledovati po rešitvah drugih držav (npr. Švedska, v Vrhnjak 2010), kjer se aktivno in že historično ukvarjajo s tem, da opravila, za katera ni potrebna diploma medicinske fakultete in specializacija, niso delo specialistov družinske medicine. To pomeni vse - od obračunov, kodiranj, naročanj, skratka, administrativnih in upravljaljskih nalog (samo v ilustracijo, direktor bolnišnice je na Švedskem lahko tudi bivši vojak, brez predznanja iz medicine in delo dobro opravlja) do tega, da dovršen del (30 % ali več) dela opravljajo - pri kroničnih in nekaterih nezapletenih akutnih boleznih - izjemno samostojne medicinske sestre. Korak v to smer pri nas je postopno uvajanje referenčnih ambulant.

Tabela 3.12: Ovire pri izpolnjevanju poslanstva

V kolikšni meri vas spodaj našteje okoliščine ovirajo pri izpolnjevanju vašega poslanstva?		4 in več	Povprečje	SO
Prevelike delovne obremenitve.	N	86	4,57	0,70
	%	94,51 %		
Pomanjkanje časa.	N	87	4,67	0,56
	%	95,60 %		
Pomanjkanje finančnih virov.	N	39	3,30	1,07
	%	42,86 %		
Pomanjkanje vzpodbud za iskanje in pridobivanje dodatnih veščin.	N	31	2,97	1,23
	%	34,07 %		
Neučinkoviti načini poučevanja.	N	22	2,74	1,03
	%	24,44 %		
Pomanjkanje podpore v organizaciji.	N	26	2,80	1,12
	%	28,57 %		
Pomanjkanje kredibilnih informacij in izobraževanj.	N	12	2,35	0,98
	%	13,19 %		
Kraji izobraževanj so oddaljeni od kraja bivanja.	N	24	2,67	1,26
	%	26,37 %		
Izobraževanja so na škodo prostega časa.	N	68	4,02	1,26
	%	74,73 %		

Zdravniki so bili povprašani tudi po direktnih ovirah, ki jim stojijo na poti k idealnemu izpolnjevanju njihovega poslanstva, v pričujočem delu opisanih s kompetencami. Z izbiro štiri ali pet na petstopenjski lestvici izstopajo prevelike delovne obremenitve, pomanjkanje časa ter to, da so izobraževanja na škodo prostega časa.

Prevelike delovne obremenitve in pomanjkanje časa se skladajo s tem, kar kažejo zgoraj opisani podatki in ost ponovno usmerjajo v organizacijo delovnega procesa. To, da je ovira lahko tudi izobraževanje na škodo prostega časa pa je ob že omenjenem podatku, da 78 % zdravnikov in zdravnic

vsak dan skrbi še za otroke oziroma družino, popolnoma razumljivo in zahteva prilagoditev s strani ponudnikov izobraževanj in delodajalcev.

Tabela 3.13: Zadovoljstvo s kakovostjo opravljanja lastnega poslanstva

Kako zadovoljni ste s kakovostjo opravljanja svojega poslanstva?	Skupaj	4 in več	Povprečje	SO
N	73	62	3,85	0,64
f	100,00 %	84,93 %		

Kljub temu, da so identificirali ovire na poti k razvoju, so zdravniki zadovoljni s kakovostjo opravljanja svojega poslanstva oziroma dela, kar verjetno ponovno kaže na neko stopnjo idealizma in slepe pege pri poznavanju organizacije dela ali ob pomanjkanju profesionalnih (mednarodnih) izmenjav celo zaostanek za svetom in zadovoljstvo v lastnem mehurčku. Vendar so vse to špekulacije in bi se veljalo temu problemu dodatno in poglobljeno posvetiti.

Kompetenčni profil in osebne lastnosti

Pričakovati je, da bodo osebne lastnosti, kot so spol, starost in država diplomiranja, imele vpliv na izraženost kompetenc v kompetenčnem profilu, zato bodo ti vidiki v nadaljevanju dodatno osvetljeni.

Tabela 3.14: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na spol

	Moja raven - moški			Moja raven - ženske				Razlika povprečij
	Skupaj	Povprečje	SO	Skupaj	Povprečje	SO	t	
Uporaba informacijske tehnologije	18	5,78	1,06	83	5,18	1,16	2,00	0,48
Delovanje izven običajnih okoliščin (zunaj ambulante, izven rednega delovnega časa)	18	5,56	1,25	83	4,73	1,36	2,35	0,66

Pri primerjavi samoocenjene stopnje izraženosti kompetenc sta se glede na spol za statistično signifikantno izkazali razliki pri dveh kompetencah, uporabi informacijske tehnologije in delovanju izven običajnih okoliščin. Pri obeh so se slabše odrezale zdravnice. Morda je razloge iskati v še vedno tradicionalni razporeditvi interesov in se zdravnice manj zanimajo za tehniko kot zdravniki. Poročanemu dejstvu, da se zdravnice slabše ocenjujejo pri delu izven običajnih okoliščin kot njihovi moški kolegi, bi lahko botrovalo slabše ujemanje programa specializacije z feminizacijo poklica. Kot je že bilo rečeno, zdravniki družinske medicine najverjetneje večino znanja, ki ga potrebujejo za delo na svojem delovnem mestu, pridobijo tekom specializacije, ki traja 4 leta. Če zdravnica v tem času zanosi, se proces usposabljanja prekine za eno leto, hkrati pa je kot mlada mamica do otrokovega tretjega leta deležna ugodnosti, kot na primer opravičenost nočnega dela in je s tem manj izpostavljena urgentnim primerom, kar ima za posledico omenjeno oceno in, špekulativno, tudi večji stres.

Delodajalec namreč po ZDR-1¹ nočnega dela ne sme odrediti delavcem, ki še niso dopolnili 18 let in delavkam v času nosečnosti in še eno leto po porodu oziroma ves čas, ko dojijo otroka, če iz ocene tveganja zaradi takega dela izhaja nevarnost zanjo ali otroka, le s soglasjem pa delavcem, ki negujejo otroka, starega do treh let in delavcem, ki živijo sami z otrokom, mlajšim od sedem let ali hudo bolnim otrokom oziroma otrokom, ki potrebuje posebno nego in varstvo v skladu s predpisi, ki urejajo družinske prejemke. Kazalo bi prilagoditi pogoje usposabljanja za delovanje izven običajnih okoliščin s prilagoditvijo delovnega procesa tako, da se ga lahko enakovredno udeležujejo tudi bodoče in mlade mamice, kar ponovno govori o manj kot optimalnem vodenju in organizaciji delovnih procesov na primarni ravni zdravstvene oskrbe v Sloveniji.

Tabela 3.15: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na državo diplomiranja

	Moja raven - diploma v Sloveniji			Moja raven - diploma izven Slovenije			
	N (%)	Povprečje	SO	N (%)	Povprečje	SO	t
Hitrost analize stanja in odločanja	78 (84,78)	5,63	0,98	11 (11,96)	6,36	0,67	2,40
Obvladovanje stresa	78 (84,78)	4,58	1,27	11 (11,96)	3,55	1,57	2,44

Pri razdelitvi vzorca na skupini s slovensko diplomo in diplomo iz tujine se je izmed vseh testiranih kompetenc razlika v povprečjih izkazala za signifikantno le pri hitrosti analize in odločanja ter obvladovanju stresa. Pri hitrosti analize stanja in odločanja bi bilo potrebno razmisliti, kakšne osebne lastnosti imajo zdravniki in zdravnice, ki se podajajo na karierno pot v tujino, da pa so slabši pri obvladovanju stresa, pa se zdi intuitivno, saj se vsem ostalim (in že analiziranim dejavnikom) običajno pridruži še jezikovna ovira, znajti se morajo v novem življenjskem in delovnem okolju.

Tabela 3.16: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na starost

	Moja raven - starost do vključno 46,02			Moja raven - starost več kot 46,03				Razlika povprečij
	N	Povprečje	SO	N	Povprečje	SO	t	
Sposobnost dela v tujem jeziku	47	4,91	1,32	45	4,33	1,49	1,98	-0,58
Hitrost analize stanja in odločanja	47	5,51	0,98	45	5,93	0,94	-2,12	0,42

Rezultati analize glede vpliva starosti se skladajo s pričakovanji, da je danes pomembnejše dovolj dobro obvladati vsaj en tuj jezik ter da se nekatere sposobnosti s starostjo zaradi izkušenosti izboljšujejo.

Po literaturi je za izraženost kompetenc pomembna še izkušnost, zato je bila z linearno regresijo preverjena še povezava med številom let v sedanji delovni vlogi (vprašanje Q21) in izraženostjo kompetenc v kompetenčnem profilu. Dokazati je mogoče statistično značilen vpliv na sposobnost dela v tujem jeziku ($\beta = -0,24$; $R^2 = 0,06$), uporabo informacijske tehnologije ($\beta = -0,34$; $R^2 = 0,12$),

¹ Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1) Uradni list RS, št. 21/2013, 78/2013-popr.

izbiro ukrepa in ukrepanjem ($\beta=0,21$; $R^2=0,05$), učenjem in poglobljanjem znanja ($\beta=0,22$; $R^2=0,05$), hitrostjo analize stanja in odločanja ($\beta=0,22$; $R^2=0,05$). Vpliv na sposobnost dela v tujem jeziku se je pokazal že prej, pri primerjavi skupine starejših in mlajših anketirancev, podani so bili tudi verjetni razlogi, enako za informacijsko tehnologijo. Dodatno je zdaj videti še vpliv na hitrost analize in odločanje, ter izbiro ukrepa in ukrepanjem, kar je pri izkušenem posamezniku pričakovano boljše. Zanimivo je, da ima več izkušenj vpliv tudi na učenje in poglobljanje znanja. Vzroke bi bilo mogoče iskati v tem, da jim rutiniranost pri nekaterih veščinah omogoča več časa za ukvarjanje z drugimi.

Iz opravljenih analiz zbranih podatkov je mogoče zaključiti, da ima dimenzija osebnih lastnosti anketirancev vsekakor vpliv na v profilu testirane kompetence.

Kompetenčni profil in formalni sistem izobraževanja in usposabljanja ter mobilnost

Glede na uvodoma omenjene pričakovane determinante razvoja kompetenc, je bila tudi analiza zbranih podatkov razdeljena na posamezne dele. V tem delu je pozornost namenjena analizi tega, ali ima glede na zbrane podatke formalni sistem izobraževanja in usposabljanja vpliv na dobljeni nabor kompetenc ter, kjer je to mogoče ugotavljati, kakšen.

Tabela 3.17: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na študijsko oceno

	Moja raven - ocena do vključno 7.5			Moja raven - ocena od vključno 8			
	N (%)	Povprečje	SO	N (%)	Povprečje	SO	t
Učenje in poglobljanje znanja	26 (28,2)	4,69	0,93	66 (71,73)	5,20	1,18	-1,95

Pri razdelitvi vzorca na skupini z nižjo in višjo povprečno oceno predmetov pri študiju se je statistični pomembnosti približala le razlika pri kompetenci učenje in poglobljanje znanja. To si je mogoče razlagati z že prej navedenim podatkom, da se anketiranci v samo 21 % strinjajo, da jih je študij v veliki ali zelo veliki meri pripravil na kasnejše delo in so tako najverjetneje večino znanja, potrebne-ga za delo pridobili kasneje, med pripravništvom in specializacijo. Ključnega pomena se torej zdi dobro zastavljen program specializacije. Sami specializaciji bi zato v prihodnosti kazalo nameniti dodatno raziskovalno pozornost ter osvetliti mehanizme, ki vplivajo na uspešen prenos za kasnejše delo potrebnih znanj.

Že prej opaženo in komentirano disociacijo med študijem in delom na delovnem mestu zdravnika družinske medicine potrjuje tudi dejstvo, da karijerne možnosti kasneje kot motivator med študijem nimajo jasnega vpliva na testirani nabor kompetenc, statistični signifikanci se približa le vpliv na nadzorovanje in vodenje sodelavcev.

Bistvenega pomena je, da imajo znatiželjnost oziroma radovednost in motiviranost z izzivom vpliv na nekatere izmed kasneje za delo pomembne kompetence. Golo učenje za izpite in doseganje najvi-

šjih ocen pa ima na razvoj kompetenčnega profila v treh primerih negativen in relativno močan vpliv. Naravnost posameznika torej pri razvoju kompetenčnega profila igra pomembno vlogo. Pomembno bi bilo torej vzpodbujati posameznikovo radovednost, naučiti jih sprejemati ovire (v tem primeru težavnost študija) kot izziv ter jim jasneje predstaviti možne karierne poti kasneje (že prej omenjena vertikalna integracija oziroma harmonizacija učnih vsebin s časom po diplomi).

Dovolj povedni so tudi razdelki, kjer statistično odvisnosti ni mogoče dokazati: področja, kjer povezav ni pričakovati (jezikovne kompetence, informacijska tehnologija, razmišljanje in premlevanje, izbira ukrepa in ukrepanje, spretnost) in tistimi, kjer bi povezave bilo mogoče pričakovati, pa jih ni najti (bolj motivirani bi lahko bili bolj nagnjeni k iskanju informacij, učenje in poglobljanju znanja, iskanju novih rešitev, delu z ljudmi iz drugih okolij, katerih znanje in izkušnje bi jim lahko pomagale pri premagovanju njihovih izzivov).

Pri analizi vpliva oblik učenja med študijem je bil uporabljen sklop vprašanj z devetimi spremenljivkami: predavanja, delo v skupinah, sodelovanje pri raziskovalnih projektih, praktično znanje, teorije in teoretsko znanje, učitelj kot glavni vir informacij, projektno in problemsko učenje, pisne naloge ustne predstavitve študentov. V namen zmanjševanja šuma in še dodatnega večanja količine podatkov se je avtor v tem primeru odločil zmanjšati število dimenzij s faktorsko analizo ter za nadaljnje analize odvisnosti uporabljal tri spremenljivke s tremi različnimi idejnimi konstrukti za njimi: predavanja, sodelovanje pri raziskovalnih projektih ter ustne predstavitve študentov (slednjima je bilo sicer, kot že rečeno, s strani anketirancev med študijem namenjene manj pozornosti, vendar je pričakovati, da bodo kasneje na delovnem mestu pomembne veščine, ki se jih z njima pridobiva, zato sta bili po premisleku vseeno vključeni v analizo).

Izkazalo se je, da ima posvečanje pozornosti predavanjem negativni vpliv na sposobnost dela v tujem jeziku in na uporabo informacijske tehnologije. Oboje je pravzaprav pričakovano, saj predavanja potekajo v slovenskem jeziku in so v tem jeziku nato tudi zapiski, po katerih se študira za izpit. Ko pa se posameznik ne opira toliko na predavanja, je izpostavljen literaturi, ki je večinoma v angleškem jeziku ter iskanju literature, kar je danes mogoče le z uporabo informacijske tehnologije. Če pa so takrat še študentje namenjali pozornost sodelovanju pri raziskovalnih projektih, je danes boljše ocenjena njihova kompetenca nadzorovanja in vodenja sodelavcev, partnersko multiprofesionalno timsko delo, iskanje informacij, iskanje novih idej in rešitev ter delo z ljudmi iz drugih okolij ($p=0,05$). Ponovno je te rezultate mogoče pričakovati – raziskovalno delo nikoli ne poteka popolnoma samostojno, temveč v okviru večjih skupin, s čimer so se študentje že zgodaj naučili v skupini tudi delati ter razumeti pomen nadziranja in vodenja sodelavcev, da so naporu posameznih članov koordinirani. Večja stopnja inovativnosti (izražena s kompetenco iskanja novih idej in rešitev) pa je že tradicionalno povezana z raziskovalnim delom, kot je tudi komunikacija z raziskovalci od drugod za skupno reševanje raziskovalnih problemov. Kazalo bi torej te elemente poudarjati med štu-

dijem, vendar s signalom, kaj lahko s takšnim načinom dela pridobijo, saj nekateri brez obrazložitve ne vidijo dobrobiti in zato morda ne bi bili pripravljeni pozornosti posvečati takšnim načinom posredovanja znanja. Avtorjeva pričakovanja, da bodo ustne predstavitve imele vpliv na krepljenje kompetenc v profilu (recimo vsaj jezikovnih), se v tem okviru niso pokazala kot upravičena, vpliv raziskovalnega dela pa ima zelo verjetno večji vpliv, kot mu ga pripisujejo anketiranci.

Tabela 3.18: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na študijsko mobilnost med študijem in specializacijo

	Moja raven - izmenjava s tujino tekom študija ali specializacije			Moja raven - brez izmenjave			
	N (%)	Povprečje	SO	N (%)	Povprečje	SO	t
Sposobnost dela v tujem jeziku	22 (23,91)	5,41	1,14	68 (73,91)	4,34	1,42	3,21

Med skupinama z in brez študijske mobilnosti v času študija in specializacije je statistično pomembna le razlika med povprečji v samoocenjeni sposobnosti dela v tujem jeziku, kar pa je v današnjem globalnem svetu zelo pomembna veščina. Na žalost je bila skupina študijsko/profesionalno mobilnih po opravljenem specialističnem izpitu premajhna, da bi dovoljevala nadaljnjo statistično obdelavo, kar je že bilo omenjeno.

Ni bilo mogoče potrditi statistično pomembnih razlik med tistimi anketiranci, ki so med študijem pridobivali delovne izkušnje in tistimi, ki jih niso. Povezanost pridobivanja delovnih izkušenj s kasnejšim delom je bila majhna, kar tudi lahko obrazloži odsotnost statistično pomembne povezave.

Iz tabele 3.19 pa je razbrati, da število delodajalskih/učnih ustanov med specializacijo statistično značilno vpliva na povprečno ocenjeno stopnjo ocenjenih lastnih kompetenc, v dveh primerih (veščost v medosebnih odnosih, delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij) pozitivno, v drugih statistično pomembnih primerih pa negativno.

Tabela 3.19: Razlika v povprečjih ocen kompetenc v naboru glede na število zamenjanih delodajalcev med specializacijo

	Število zamenjanih delodajalcev med specializacijo	N	Povprečje	SO	ANOVA
Veščost v medosebnih odnosih	Manj kot pet.	64	5,77	0,886	F(3,88)= 4,773; p=0,004
	Od pet do deset.	19	5,58	0,961	
	Več kot deset.	6	6,33	0,816	
	Drugo / Ne želim odgovoriti.	3	4,00	1,000	
	Total	92	5,71	0,955	
Nadzorovanje in vodenje sodelavcev	Manj kot pet.	64	5,17	1,077	F(3,88)= 3,911 p=0,011
	Od pet do deset.	19	5,00	1,202	
	Več kot deset.	6	4,67	1,211	
	Drugo / Ne želim odgovoriti.	3	3,00	1,000	
	Total	92	5,03	1,162	
Partnersko multiprofesionalno timsko delo	Manj kot pet.	64	5,52	0,959	F(3,88)= 2,969 p=0,036
	Od pet do deset.	19	5,37	1,422	
	Več kot deset.	6	4,50	1,871	
	Drugo / Ne želim odgovoriti.	3	4,00	1,000	
	Total	92	5,37	1,174	
Delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij	Manj kot pet.	64	5,58	1,081	F(3,88)= 3,247 p=0,026
	Od pet do deset.	19	5,53	1,073	
	Več kot deset.	6	6,67	0,816	
	Drugo / Ne želim odgovoriti.	3	4,33	2,082	
	Total	92	5,60	1,139	

Iz navedenih analiz spremenljivk, ki predstavljajo čas študija in specializacije, je mogoče razbrati, da različne dimenzije formalnega izobraževanja in usposabljanja spremljajo razlike v posameznih dimenzijah kompetenc pri zdravnikih družinske medicine. V tem vidiku so izsledki skladni s tistimi drugih avtorjev (Akkuyunlu idr. 2009).

3.2.3.4 Vloga delovnega okolja

Vpliv delovnega okolja na kompetenčni profil je zapisan že v "genetski material" kompetenc. Lucia in Lepsinger (1999) kompetence, kot je že bilo omenjeno, opredelita kot prednostne značilnosti osebe, ki se kažejo v uspešnem in učinkovitem delovanju na delovnem mestu. Gre torej za nabor medsebojno povezanih znanj, sposobnosti, veščin in stališč, ki pretežno vplivajo na delo posameznika in so tesno povezane z njegovim delovanjem v delovnem okolju, ki jih lahko merimo glede na sprejete standarde in ki jih lahko izboljšamo z usposabljanjem in razvojem. Kompetenčni pristop kot tak pa kadroviku pomaga razumeti in opisati zahteve delovnega mesta ter prilagajati ujemanje med delavcem in delovnim mestom.

Glede na sektor zaposlitve je bila najdena statistično značilna razlika (tabela 3.20) v oceni kompetence izbira ukrepa in ukrepanje ter obvladovanje stresa med javnim in zasebnim sektorjem delodajalskih organizacij anketirancev. Razliki je mogoče pojasnjevati s tem, da so zasebni izvajalci bolj nagnjeni k temu, da pretehtajo možnosti diagnostičnih in terapevtskih postopkov glede na izhod za bolnika ter pri tem upoštevajo še ekonomski vidik, od katerega so neposredno odvisni (za izbiro ukrepa in ukrepanje) oziroma s tem, da so sami svoji šefi in si zato delo organizirajo po lastnih pričakovanjih. Hkrati pa je tu videti, da je dovršen del stresa oziroma ocenjenega obvladovanja stresa (relativno nizka povprečna ocena) izven trenutnega dosega tudi zasebnih zdravnikov, kar pritrjuje izvajanju na začetku tega poglavja.

Ni bilo mogoče dokazati statistično pomembne razlike med povprečji skupin z različnimi stopnjami sofinanciranja izobraževanj s strani delodajalca, niti med različnimi velikostmi delodajalske organizacije. Bistveno torej ni, kdo pridobivanje znanja plača, temveč, da se znanje pridobi.

Tabela 3.20: Kompetenčni profil in razlike povprečij glede na sektor

	Moja raven - javna organizacija			Moja raven - zasebna organizacija			
	N (%)	Povprečje	SO	N (%)	Povprečje	SO	t
Izbira ukrepa in ukrepanje	67 (72,83)	5,72	0,65	24 (26,09)	6,04	0,81	1,98
Obvladovanje stresa	67 (72,83)	4,21	1,32	24 (26,09)	4,92	1,47	2,19

Respondenti so izbrali učenje z delavnicami (povprečna ocena 4,49), mentorstvo (3,63) in elektronska besedila ter članke kot najustreznejše metode učenja ob delu. Pričakovano je, da imajo delavnice prednost, saj so te običajno izpeljane v manjših skupinah, v katerih se posameznik hkrati ne počuti izpostavljen in ima možnost nadgraditi lastno znanje z individualiziranim pristopom. Enako velja za mentorstvo, ki pa je vsekakor dražja metoda, vsaj z vidika investiranega časa mentorja in učečega. Pričakovano je tudi, da so e-načini učenja vse bolj in bolj pomembni, tudi zaradi svoje dostopnosti. Zato je bila preverjena povezava med temi metodami učenja in izraženostjo kompetenc v kompetenčnem profilu. Povprečne ocene nadaljnjih metod niso veliko nižje, zato je izbor vsaj deloma subjektiven.

Tisti, ki menijo, da je učenje z delavnicami najprimernejša metoda, s to metodo lahko razložijo rahlo povečanje izraženosti kompetence večnosti v medosebnih odnosih, kar je tudi razumljivo, saj se v manjših skupinah stkejo pristnejši medosebni odnosi in sodelovanje, kar je za udeležence ugodno. Preostali dve metodi pa imata vpliv na več kompetenc – od logičnih vplivov uporabe elektronskih virov na kompetenco uporabe informacijske tehnologije do nelogičnih, da elektronski viri vplivajo na partnersko in multiprofesionalno delo v timu. To si je mogoče razlagati s tem, da je elektronska literatura predvsem dostopna v tujih jezikih in iz drugih držav, kjer je poudarek na takšnem sodelovanju večji, ter tako iz teorije v prakso pomaga učečim se razvijati to kompetenco.

Z osvetlitvijo nekaterih dimenzij delovnega okolja je videti, da ima to vsekakor vpliv na kompetenčni profil oziroma izraženost posameznih kompetenc, kar se sklada tudi z v drugem poglavju podanim teoretskim temeljem ter v tem obziru potrjuje hipotezo 1.

Namen raziskave je bil osvetliti tudi to, kako profesionalizacija oziroma deprofesionalizacija vpliva na kompetenčni profil zdravnikov družinske medicine. Anketiranci so z relativno nizko povprečno oceno ocenili trditev, da je njihovo delo v Sloveniji visoko cenjeno (2,30 na lestvici od ena do pet) ter da se profesionalni vidiki zdravniškega poklica izboljšujejo (2,65). Omenjeni spremenljivki bi tako lahko bili približek stalno odvijajočega se procesa deprofesionalizacije, visoka ocena pri trditvi "pri svojem delu sem zelo avtonomen" (3,82) ter "zdravniški poklic dosega najvišje etične standarde" (3,63) pa bi lahko bili odraz procesa v nasprotni smeri, profesionalizacije.

3.2.3.5 Vloga ovir pri izpolnjevanju poslanstva

Respondenti so kot najpomembnejše ovire pri izpolnjevanju lastnega poslanstva (torej dela, ki je v namene raziskave strnjeno v kompetenčnem profilu) prepoznali pomanjkanje časa (povprečno ocenjeno z 4.67 na lestvici od ena do pet), prevelike delovne obremenitve (4.57), da so izobraževanja na škodo prostega časa (4.02), pomanjkanje finančnih virov (3,30) in pomanjkanje vzpodbud (2,97).

V nadaljevanju bo osvetljen še vpliv delovne obremenjenosti (pričakovati je negativne korelacije) ter pomen prostega časa tradicionalno preobremenjenih zdravnikov ter finančni viri. Da zdravniki sami ne prepoznajo nujno najučinkovitejših načinov poučevanja, je že bilo prikazano na primeru učenja v delavnicah, vzpodbude in podpora delodajalca pa kulminirata v tem, da ima zaposleni na razpolago več časa za učenje, kar je prav tako že bilo osvetljeno.

Z linearno regresijo je mogoče prikazati vpliv pomanjkanja finančnih virov na kompetenco nadzovanje in vodenje sodelavcev ($\beta=0,28$; $R^2=0,08$), statistični značilnosti se približata še vpliva na učinkovito rabo jezika ($\beta=0,19$; $R^2=0,06$; $p=0,08$) in obvladovanje stresa ($\beta=0,20$; $R^2=0,05$; $p=0,07$), kar se zdi razumljivo, saj morajo delovne organizacije posebej zagotoviti sredstva. Za pridobivanje ozko strokovnih veščin je namreč lažje prepričati poslovne partnerje, financerje, lokalno okolje in druge k namenskim donacijam in podobno, za te, tradicionalno "manj zdravniške veščine", pa pogosto zmanjka razumevanja in posledično denarja.

Dokazati je bilo mogoče tudi negativen vpliv izobraževanj na škodo prostega časa na večino učenja in poglobljanja znanja ($\beta=-0,21$; $R^2=0,06$), kar je mogoče razlagati s tem, da so manj spočiti posamezniki manj zainteresirani in manj sposobni tozadevnih aktivnosti in torej, kot je že bilo omenjeno v uvodu v ta del besedila, to kliče k reorganizaciji zdravniškega stalnega podiplomskega usposabljanja tako, da ne bo več (toliko) na škodo prostega časa.

Statistično vpliva prevelikih delovnih obremenitev na kompetenčni profil ni bilo mogoče dokazati. Razlog bi lahko bil ta, da preobremenjenost sicer zmanjšuje uspešnost, vendar stalna raba znanj in

veščin po kompetencah hkrati krepi njihovo izražanje, zato teh vplivov tokrat ni bilo mogoče dokazati.

Glede prve hipoteze je tako moč reči, da jo rezultati analize potrjujejo. Povezave obstajajo, dasiravno so šibke in da ne vplivajo vsi faktorji na vse kompetence, kar pa je pravzaprav pričakovano, saj gre za visoko stopnjo soodvisnosti dejavnikov in njih veliko število.

3.2.3.6 Kompetence in opravljanje temeljnih nalog zdravnika družinske medicine

Hipoteza 2 je bila postavljena z namenom preveriti, v kolikšni meri je mogoče trditi, da splošna znanja in veščine (izbrane "bolj generične" kompetence: delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij; učinkovita raba jezika (pisno, ustno); sposobnost dela v tujem jeziku; uporaba informacijske tehnologije – tabela 3.3 na strani 71) vplivajo na kvaliteto opravljanja poslanstva oziroma temeljnih nalog zdravnika.

H2: Generične kompetence neposredno vplivajo na kvaliteto opravljanja temeljnih nalog zdravnika družinske medicine.

Predpostavljeno je bilo, da zdravniki družinske medicine lahko sami ocenjujejo svoje delo, kar je glede na njihovo vlogo "vratarja" v trenutnem sistemu zdravstvenega varstva osnovna predpostavka – da prepoznajo meje svojih znanj in veščin ter bolnika ustrezno napotijo k drugemu specialistu. Predpostavljena je torej visoka stopnja samouvida. V namen merjenja kvalitete opravljanja temeljnih nalog so bili zdravniki naprošeni za samooceno zadovoljstva s kvaliteto opravljanja svojega poslanstva na lestvici od ena do pet, v analizi pa se je že v prvi stopnji (računanje Pearsonovega r) izkazalo, da statistično značilnih soodvisnosti s testiranimi kompetencami, ki bi bile primerne za nadaljnjo analizo, ni moč najti. Kljub temu je za potrditev ali zavrnitev hipoteze, kot je formulirana, iz metodoloških razlogov bila opravljena multivariatna regresija. Ta signifikantnih vplivov isto ni pokazala.

Tabela 3.21: Kakovost opravljanja poslanstva in korelacije z bolj generičnimi kompetencami

	Kako zadovoljni ste s kakovostjo opravljanja svojega poslanstva?		
	r	p	N
Učinkovita raba jezika (pisno, ustno)	-0,16	0,17	72
Sposobnost dela v tujem jeziku	0,02	0,89	72
Uporaba informacijske tehnologije	-0,19	0,11	72
Delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij	0,01	0,95	72

Tabela 3.22: Kakovost opravljanja poslanstva in regresije z bolj generičnimi kompetencami

Oviram navkljub: kako zadovoljni ste s kakovostjo opravljanja svojega poslanstva?(R ² =0,08)		Učinkovita raba jezika (pisno, ustno)	Sposobnost dela v tujem jeziku	Uporaba informacijske tehnologije	Delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij
	Beta	-0,19	0,19	-0,22	-0,03
	p	0,15	0,19	0,09	0,81

Hipotezo 2 je torej mogoče zavrniti.

Kljub temu, da so identificirali ovire na poti k razvoju ter da so bili v komentarjih, ko so bili naprošeni zanje, kritični, so zdravniki očitno zadovoljni s kakovostjo opravljanja svojega poslanstva oziroma dela. Že v uvodu v pričujoče poglavje kopica podatkov kaže na posledice manj kot optimalne organizacije delovnih procesov oziroma organizacij nasploh na primarni ravni, relativno visoka stopnja ocenjevanja kvalitete lastnega dela pa, kot je že bilo rečeno, verjetno kaže na neko stopnjo idealizma in slepe pege pri poznavanju organizacije dela ali ob pomanjkanju profesionalnih (mednarodnih) izmenjav celo zaostanek za svetom in zadovoljstvo v lastnem mehurčku. Vendar so to špekulacije in bi se veljalo temu problemu dodatno in poglobljeno posvetiti, saj lahko morda gre tudi za identifikacijo s poklicem ter za prepričanje, da zdravniki družinske medicine opravljajo za ljudi zelo pomembno delo.

3.2.3.7 Generične in poklicno specifične kompetence – medsebojni vpliv

Namen hipoteze 3 je bil preveriti, ali izboljševanje veččnosti na področju generičnih kompetenc vpliva na višjo samooceno po poklicno specifičnih kompetencah.

H3: Krepitev generičnih kompetenc vpliva na krepitev poklicno specifičnih kompetenc.

V namen testiranja te hipoteze je bil z linearno regresijo testiran vpliv generičnih kompetenc na poklicno specifične (tabela 3.3 na strani 71).

Tabela 3.23: Vpliv krepitev generičnih na poklicno specifične kompetence - linearna regresija

	R ²	Učinkovita raba jezika (pisno, ustno)	Sposobnost dela v tujem jeziku	Uporaba informacijske tehnologije	Delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij
Razmišljanje in premlevanje, večdimenzionalno reševanje problemov	0,35	0,07	0,33*	0,04	0,32*
Delovanje izven običajnih okoliščin (zunaj ambulante, izven rednega delovnega časa)	0,10	-0,03	0,09	0,24**	0,10
Hitrost analize stanja in odločanja	0,16	0,09	0,22***	0,13	0,12
Iskanje informacij (npr. literatura, anamneza, status)	0,26	0,05	0,08	0,33*	0,24**

Vrednost p do 0,1 = ***, do 0,05 = **, do 0,01 = *.

Mogoče je torej reči, da je hipoteza 3 potrjena.

Da ima sposobnost dela v tujem jeziku vpliv na večdimenzionalno razmišljanje, je verjetno posledica možnosti biti izpostavljen večjemu naboru idej iz literature in bolj kritičnemu razmišljanju o njih. Hkrati delo z ljudmi v drugih okoljih pomaga pri relativizaciji oziroma postavljanju problemov v kontekst in njih večdimenzionalno reševanje. Da ima veččnost z informacijsko tehnologijo vpliv na

delovanje izven običajnih okoliščin je mogoče pojasniti s tem, da je, če si tega vešč, lažje po elektronski poti poiskati znanje, ko naletiš na nerutinske zadolžitve oziroma opravila ter najti rešitve zanje, enako bi bilo mogoče razložiti vpliv na iskanje informacij. Delo z ljudmi iz drugih okolij vpliva še na iskanje informacij – morda zato, ker lahko ljudje iz drugih okolij imajo znanje, ki ga sami iščemo.

3.3 Ugotovitve raziskave z uporabo ankete

V pričujoči raziskavi so bile postavljene tri hipoteze kot temelj raziskovanja - formalni sistem izobraževanja in usposabljanja ni edina determinanta razvoja generičnih in poklicno specifičnih kompetenc v zdravniškem poklicu; generične kompetence neposredno vplivajo na kvaliteto opravljanja temeljnih nalog zdravnika družinske medicine in krepitev generičnih kompetenc vpliva na krepitev poklicno specifičnih kompetenc.

Namen prve hipoteze je bil preveriti, ali v poklicu zdravnika družinske medicine obstaja povezava še med drugimi determinantami (ne samo formalnim sistemom izobraževanja) ter generičnimi in poklicno specifičnimi kompetencami. Z drugo hipotezo je bilo nameravano preveriti, v kolikšni meri je mogoče trditi, da splošna znanja in veščine (izbrane generične kompetence) vplivajo na kvaliteto opravljanja poslanstva oziroma temeljnih nalog zdravnika (kot najboljši približek je bila za analizo uporabljena samoocena zadovoljstva s kvaliteto opravljanja poslanstva). Namen hipoteze 3 je bil preveriti, ali izboljševanje veščosti na področju generičnih kompetenc vpliva na višjo samooceno poklicno specifičnih kompetenc.

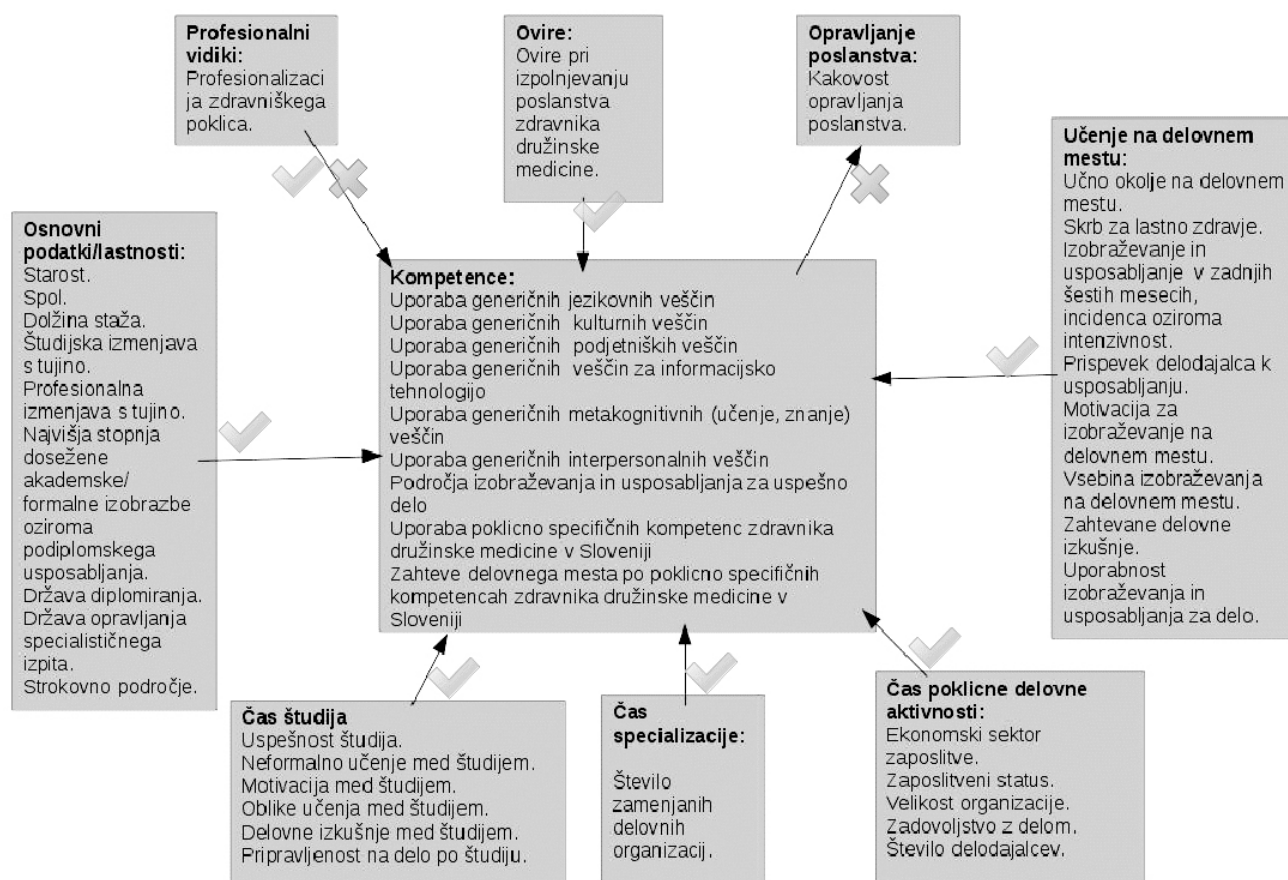
Glede prve hipoteze je mogoče reči, da jo izsledki potrjujejo. Povezave obstajajo, dasiravno so mestoma šibke. Ne vplivajo vsi faktorji na vse kompetence, kar pa je pravzaprav pričakovano, saj je prisotna soodvisnost dejavnikov in njih veliko število. Rezultati se skladajo s podatki iz literature (npr. Akkuyunlu, ur. Idr. 2009: 26). Zanimivo je videti, da imajo nekateri motivacijski dejavniki, ki so prisotni že med študijem domet tudi na v poklicnem življenju izražene kompetence ter da je domet študija samega precej omejen. Hkrati je, po pričakovanjih, prisoten precejšen vpliv delovnega okolja, ki pa je glede na podatke suboptimalno organizirano.

Druge hipoteze ni bilo moč potrditi (tabela 3.22 na strani 95). Razlogov, čemu je temu tako, je verjetno mnogo. Najprej je potrebno pomisliti na to, ali je sploh bilo primerno izbran približek kvalitete opravljanja temeljnih nalog zdravnika družinske medicine s samooceno zadovoljstva s kvaliteto opravljanja poslanstva, predvsem s pomislekom, ali lahko zdravniki sami ocenjujejo svoje delo. Že sama vloga zdravnika družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva, kjer je postavljen centralno, kot vratar, ki mora prepoznati omejitve lastnega znanja in drugih virov, ki so mu na uporabo, za izvajanje poslanstva družinske medicine ter bolnika ob približevanju mejam napotiti drugam, bi bilo dovolj varno sklepati, da je ta pomislek manj pomemben. Naslednja dimenzija razmisleka bi

bila šibkost povezav, ki se ob trenutnem številu respondentov enostavno ni pokazala v statistično signifikantni obliki. Zadnja dimenzija razmisleka pa trči na omejitve kompetenčnega pristopa. Mirabile (1997), na primer, govori o ustvarjanju abstraktnih, ozkih in preveč poenostavljenih opisov kompetenc, ki nezadostno odsevajo kompleksnost delovne učinkovitosti v različnih organizacijskih kulturah in kontekstih delovnih okolij.

Tretjo hipotezo je bilo moč potrditi. Ponovno pride v ospredje pomen konteksta in implicitnost dejavnikov, ki vplivajo na poklicno specifične kompetence.

Ilustracija 3.2: Prikaz povezav, testiranih v empiričnem delu



Kljukica: povezavo je bilo mogoče potrditi; križec: povezave ni bilo mogoče potrditi.

V ilustraciji 3.2 je opravljena povezava na uvodoma zastavljeni model pri raziskovanju uporabljenih konceptov in spremenljivk (ilustracija 3.1 na strani 69). Dokazati je bilo mogoče vpliv časa študija na kasnejšo izraženost kompetenc, najmočnejše je na izraženost nekaterih kompetenc kasneje vplivala motivacija, merjena z izjavo "študiral sem več, kot je bilo potrebno za polaganje izpitov", najmočnejši negativni vpliv pa je med študijem na uporabo informacijske tehnologije kasneje vplivalo predvsem posvečanje pozornosti linearnemu učenju – predavanjem. Razlike v izraženosti vsaj štirih kompetenc je bilo mogoče najti tudi med tistimi, ki so med specializacijo zamenjali več delodajalcev napram tistim, ki so jih zamenjali manj. Kasneje, v času poklicne aktivnosti ima na izraženost neka-

terih kompetenc vpliv ekonomski sektor zaposlitve ter dolžina delovnega staža. Učenje na delovnem mestu vpliva na kompetence predvsem preko modalnosti mentorstva ter elektronskih besedil oziroma člankov, vpliva pa ni bilo mogoče dokazati s strani velikosti delovne organizacije ali višine sofinanciranja izobraževanj.

Neposrednega vpliva kompetenčnega profila na izbrano mero kvalitete opravljanja poslanstva ni bilo mogoče dokazati. Med ovirami je mogoče dokazati vpliv pomanjkanja finančnih virov na nadzorovanje in vodenje sodelavcev ter negativen vpliv izobraževanj na škodo prostega časa na kompetenco učenja in poglobljanja znanja. Strogo statistično gledano bi bilo mogoče dokazati vpliv elementov profesionalizacije na kompetence ("V Sloveniji je moje delo visoko cenjeno" vpliva na razmišljanje, premlevanje, večdimenzionalno reševanje problemov ($R^2=0,06$; $\beta =0,21$, $p<0,05$), iskanje novih idej in rešitev ($R^2=0,05$; $\beta =0,23$, $p<0,05$) in na delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij ($R^2=0,05$; $\beta =0,21$, $p<0,05$); "Zdravniški poklic v Sloveniji dosega najvišje etične standarde" pa negativno na razmišljanje, premlevanje, večdimenzionalno reševanje problemov ($R^2=0,06$; $\beta =-0,22$, $p<0,05$), iskanje informacij ($R^2=0,08$; $\beta =-0,31$, $p<0,05$), izbiro ukrepa in ukrepanje ($R^2=0,04$; $\beta =-0,22$, $p<0,05$) ter spretnost ($R^2=0,16$; $\beta =-0,26$, $p<0,05$)), vendar je te rezultate potrebno interpretirati zelo previdno, saj je že iz uvodoma postavljenega teoretskega modela videti, da bi bilo preje pričakovati obraten vpliv kompetenc oziroma znanja na profesionalizacijo. Glede danih rezultatov je tako mogoče reči le, da je vpliv morda dvosmeren ter verjetno odvisen od tega, v kateri fazi profesionalizacij/deprofesionalizacije se opazovana profesija trenutno nahaja.

Pričujoča raziskava z vidika človeškega kapitala obravnava obseg kompetenc, osebnostnih lastnosti in znanja, ki se kažejo kot sposobnost opravljanja dela z ekonomsko vrednostjo (Becker 1962), v dotičnem primeru pri zdravnikih družinske medicine. S fokusno delavnico je bil dobljen nabor poklicno specifičnih kompetenc, ki je bil preverjen z anketnim vprašalnikom in kontekstualiziran s pomočjo ekspertov. Dobljeni nabor poklicno specifičnih kompetenc ni presenetljiv: veččnost v medosebnih odnosih, nadzorovanje in vodenje sodelavcev, partnersko multiprofesionalno timsko delo, razmišljanje in premlevanje, večdimenzionalno reševanje problemov, iskanje informacij (npr. literatura, anamneza, status), kritično vrednotenje podatkov, virov, izbira ukrepa in ukrepanje, delovanje izven običajnih okoliščin (zunaj ambulate, izven rednega delovnega časa), hitrost analize stanja in odločanja ter spretnost (pri diagnostičnih in terapevtskih posegih) ter se, kot je že bilo omenjeno, z omejitvami dobro prilega rezultatom drugih objavljenih študij. Dodatno s tega vidika raziskava osvetljuje, da za delo zdravnika družinske medicine niso potrebne samo specifične, temveč tudi generične kompetence ter nakazuje na to, da so nekatere v dosedanjih oblikah izobraževanja in usposabljanja bile zanemarjene (negativno izstopa predvsem obvladovanje stresa, ki, ponovno brez presenečenj, vpliva na izbiro ukrepa in ukrepanje).

Načrtovanje karier (v pričujočem kontekstu načrtna ali nenačrtna razvojna pot posameznika v smislu osebnega razvoja v določenem času v skladu z opredeljenimi cilji) je v literaturi prepoznano kot močan motivator za zaposlene in delodajalce, saj posameznike vzpodbuja pri vzdrževanju visokega standarda dela, da bi skupne načrte čim prej uresničili. (Svetlik in Zupan 2009; Ramšak-Pajk in Rajkovič 2004). Drugi ugotavljajo še, da so izobrazbeni in poklicni dosežki večinoma odvisni od individualnih psiholoških značilnosti posameznika. Posebno naj bi na sposobnost aktivacije formalne izobrazbe vplivala osebna stališča in predstave posameznikov o možnosti vplivanja na svojo usodo in kariero, tj. (samo)iniciativnost, (samo)motiviranost ter dovzetnost za iskanje izzivov (Semejin in drugi 2004). Pričujoča raziskava tako skozi prizmo teorij karier govori, da tudi pri zdravnikih osebna stališča - npr. možnost vplivanja na kariero, samomotiviranost in podobno - vplivajo na aktivacijo pridobljenih znanj, v pričujočem besedilu obravnavanih v kontekstu kompetenc.

Gledano skozi prizmo upravljanja človeških virov, se v zadnjem času išče nove možnosti za večanje produktivnosti in zmanjševanje trenj med interesi posameznikov in organizacij - prepoznavanje vloge medosebnih odnosov in vseh struktur, ki jih lahko navežemo nanje (Bratton in Gold 1999). Izziv upravljanja s človeškimi viri je tako lahko definiran kot zagotavljanje optimalnega srečevanja med organizacijo in v njej delujočimi posamezniki, kar naj bi bilo vodilo do učinkovitega in uspešnega doseganja organizacijskih ciljev na eni ter čim polnejšemu zadovoljevanju potreb in interesov posameznikov na drugi strani (Svetlik 2005). Dandanes je torej menedžment človeških virov postal strateška funkcija organizacij, ko pomaga usklajevati strateške cilje organizacije z realnostjo razpoložljive delovne sile in njenih lastnosti.

Pričujoča raziskava je skozi prizmo upravljanja s človeškimi viri postregla z dvema bistvenima podatkom: naborom kompetenc, potrebnih za delo zdravnika družinske medicine v Sloveniji in ocenjeno razliko med zdravnikom lastno stopnjo izraženosti posamezne kompetence in pričakovano glede na zahteve delovnega mesta, kar je prikazano v tabeli 3.10 na strani 83. Slednji podatek ponuja informacijo, kje so trenutno področja za izboljšave (največja diskrepanca je vidna pri obvladovanju stresa; učenju in poglobljanju znanja ter kritičnem vrednotenju podatkov. Najmanjša pa pri uporabi informacijske tehnologije; učinkoviti rabi jezika ter delovanju izven običajnih okoliščin).

Pri pogledu skozi prizmo upravljanja znanja se na organizacije s strani strank vrši vedno večji pritisk po čim hitrejšem ciklu prihoda novih izdelkov oziroma storitev na trg (v primeru zdravstva torej upoštevanje zadnjih znanstvenih dognanj v vsakdanji praksi). Vzporedno tudi znotraj organizacij obstaja trend k čim hitrejšemu ciklusu znanja: ustvarjanju, pridobivanju, razširjanju in uporabi. Pridobivanje znanja se neposredno nanaša na pridobivanje kadrov z izjemnimi zmožnostmi in tudi na iskanje načinov, kako ti svoje znanje v organizaciji razvijajo naprej (vključno z delom, ki posameznike vzpodbuja k iskanju novih rešitev); znanje se ustvarja tudi z izobraževanjem in usposabljanjem (Boxall idr. 2008). Pričujoča raziskava pokaže, da je ta vidik pri zdravnikih družinske medi-

cine še kako živ; motivirani so za učenje (namenjajo povprečno 4,5 ur delovnega časa tedensko za učenje), večinoma pridobivajo strokovna znanja oziroma se izobražujejo, da bi ostali na tekočem s svojim strokovnim področjem (skoraj 96 % vprašanih).

V kontekstu sociologije medicine teorije, ki se lotevajo preučevanja snovi z družbenega vidika, predpostavljajo, da je bolezen predvsem težava družbe kot sistema vrednot in norm. Glavni veji sta Parsonsov funkcionalistični pristop in marksizem. Z vidika posameznika pa dogajanje osvetljuje predvsem simbolični interakcionizem, Webrova teorija delovanja ter Giddensova teorija strukturacije (Pahor 1999). V kontekstu pričujoče raziskave se je mogoče miselno poigrati z vzporednicami med totalno ustanovo in visoko stopnjo formalne ureditve vsega, kar zadeva zdravništvo v Sloveniji (verženje opisov po celi hierarhiji pravnoformalnih predpisov). Podobno je mogoče vzporednice vleči tudi s teorijo strukturacije – identifikacijo področij za izboljšave z izdelavo kompetenčnega profila in ugotavljanjem razlik med pričakovano in dejansko stopnjo izraženosti ter tako ponujanje priložnosti za spreminjanje ali celo – korekcije.

V kontekstu sociologije profesij, profesionalizacije in deprofesionalizacije, je mogoče v pričujoči raziskavi slutiti povezave med nekaterimi profesionalnimi vidiki in nekaterimi za delo potrebnimi kompetencami. Vsekakor bi bila za natančno razjasnitev odnosov potrebna bolj usmerjena raziskava.

Iz zapisanega sledi, da je bil teoretski lok zastavljen zelo široko in nikakor ni olajševal izvedbe raziskave, ponuja pa dodano vrednost – vpogled v to, kaj kompetenčni profil tega tipa lahko in česa ne more predstavljati. Lahko pomeni orodje pri razmišljanju o tem, kako identificirati manj kot optimalna področja pri izpolnjevanju trenutnih delovnih nalog ob predpostavki, da ni edino in zveličavno orodje za ta namen. Lahko pomeni operacionalizacijo kompleksnejših idej, s poenostavitvami pa ne gre pretiravati, ker se lahko prvotni pomen izgubi.

Ne more pa popolnoma nadomestiti tehtnega razmisleka o tem, katera znanja in veščine so v določenem času in prostoru potrebna za uspešno izvedbo delovnih nalog ali za strateško planiranje (v pričujoči raziskavi je tako, na primer, zaradi metodologije zmanjšan pomen ustvarjanja znanja, ki pa je zelo pomembno za nadaljnji razvoj specialnosti družinske medicine). Ne more torej biti univerzalna rešitev, ki bi delovala v vseh kontekstih, mogoče pa je uporabiti metodologijo za prihod do kontekstualiziranega cilja.

3.4 Ugotovitve pogovora s strokovnjaki

Kot zadnji korak pri modificiranem triangulacijskem oziroma kombinacijskem pristopu umeščanja rezultatov v kontekst, so bili uporabljeni telefonski polstrukturirani intervjuji s tremi zdravniki družinske medicine z dolgoletnim delovnim stažem znotraj specialnosti. V nadaljevanju predstavljam sintezo njihovih odgovorov.

Strokovnjaki so se strinjali, da kompetenčni pristop, četudi je za zdravnike na začetku manj razumljiv, saj kompetence kot besedo običajno uporabljajo v drugačnem (klasičnem) kontekstu, dobrodošel, zanimiv in dobro popiše ter zajame znanja in veščine, ki naj bi jih imel zdravnik družinske medicine v Sloveniji. Po njihovem mnenju nabor kompetenc zajame vse delovne procese zdravnika družinske medicine v ambulanti ter slika realno sliko potrebnih znanj in veščin. Nabor kompetenc je vsebinsko pester, kar razlagajo s široko paleto dejavnosti, ki jih zdravnik družinske medicine opravlja. Razkorake med pričakovanimi in izraženimi stopnjami kompetenc so pričakovali že intuitivno, saj so zahteve delovnega mesta običajno večje kot to, kar lahko posameznik brez ustrezne podpore ponudi. Kot rešitev, vsaj pri tistih največjih razkorakih, predlagajo bolj strukturirane procese stalnega podiplomskega usposabljanja zdravnikov družinske medicine.

Tozadevno je priporočiti večje sodelovanje medicine kot vede z drugimi vedami (kot so to storili tudi npr. Uletova in sodelavci 2014), saj lahko ravno te druge vede medicini priskočijo na pomoč tam, kjer se sama znajde na majavi podlagi (organizacijska znanja ipd).

Stres oziroma neusposobljenost spopadanja z njim je v zadnjih letih postal zelo velika percipirana težava med zdravniki družinske medicine in ima več vzrokov, od tega, da se včasih temu enostavno ni pripisovalo pozornosti oziroma se o tem govorilo, do tega, da je danes vse bolj poudarjen pomen prostega časa. Prisotne so še organizacijske posebnosti (konflikt starejših šefov z inovativnejšim podmladkom), zahteve regulatorjev in plačnikov (ministrstvo za zdravje, zavarovalnica) ter pričakovanja in zahteve bolnikov (z dostikrat nekontekstualiziranim znanjem z interneta), splošna družbena klima, ki zdravnikom ni naklonjena ter občutek negotovosti zaradi odsotnosti povratnih informacij o lastnem delu. Želijo si več dvosmerne komunikacije z drugimi ravni zdravstvenega varstva.

V tem kontekstu je videti, da so strukture, ki skrbijo za kader v zdravstvu, obtičale v nekem drugem času in trenutna ureditev ni vir rešitev, temveč vir dodatnih težav, in stresa za zdravnike, kar se zelo verjetno posledično odraža tudi v učinkovitosti delovanja zdravstvenega sistema. Hkrati je potrebno v mislih imeti morda višjo zaznano stopnjo od realne zaradi senzibiliziranosti za tematiko.

Velikost delovne organizacije v svojih ekstremih ima vpliv na delo zdravnika družinske medicine. Velikim organizacijam intervjuvanci pripisujejo lažje financiranje izobraževanj zdravnikov, lažje akademsko in siceršnje udejstvovanje, bolj strukturirano ukvarjanje s težavami in upravljanjem člo-

veških virov, a hkrati tudi manj tople in človeške odnose, manj povezanosti. Izpostavljen je bil pomen organiziranja oziroma organizacijskih veščin vodstev pri dobrem vodenju organizacij.

Če je torej pričakovati, da bodo v Slovenijo prenašane dobre prakse od drugod ali pa, da bodo zdravniki sami iskali za svoja okolja najboljše rešitve, jim je potrebno zagotoviti manevrske vire – čas, prostor in denar, da lahko takšne rešitve sanjajo in uresničijo. Pričakovati je, da je to v srednje velikih organizacijah lažje, zato bi bilo na mestu združevanje vsaj oddelkov na regijski ravni (npr. računovodstvo, vzdrževanje, menedžment) in usmerjanje prihrankov v inovativnost.

Glede nizke stopnje mobilnosti vidijo vzroke v tem, da zgodovinsko gledano starejša generacija, ki še dela, ni bila vzgojena v takšnem (mednarodnem) duhu in da je danes za izmenjave možnosti verjetno več. Nekaterim ni bilo znano, da, na primer, kolektivna pogodba za zdravnike in zobozdravnike, omogoča in preferira izmenjave kot način podiplomskega usposabljanja.

Glede slabe informiranosti o možnostih in načinih podiplomskega izobraževanja deljeno odgovornost nosijo zdravniki, ki si niso prebrali lastne kolektivne pogodbe in njihove stanovske organizacije (zdravniška zbornica, sindikat), ki očitno še niso storile dovolj za dovoljšnjo informiranost članstva.

Nezadostna komunikacija med zdravniki družinske medicine in bolnišničnimi specialisti je poleg pomanjkanja povratnih informacij, zmanjševanja negotovosti in s tem stresa, povezana še z nepriljubljenostjo družinske medicine kot karierni izbire, saj bolnišnični specialisti marsikdaj neupravičeno na ves glas podcenjujejo svoje kolege iz zdravstvenih domov, to pa na mladih, ki se še odločajo o prihodnosti in so primorani delati v bolnišnicah, pusti globok vtis. Neugodno je še razmerje med obremenitvami (redne in dežurstva), odgovornostjo ter plačilom. Dodatna cokla je še ureditev, da zdravniki do svojega 33. leta ali še dlje ne morejo samostojno delati, ker pred specialističnim izpitom ne dobijo licence za samostojno delo.

Če si želimo učinkovitega in stroškovno vzdržnega zdravstvenega sistema, bodo morali tako tudi zdravniki pomesti pred svojimi vrati ter si priznati, da ima pač vsak svojo domeno, v kateri lahko funkcionira, izven nje pa je bos. Popolnoma normalno je, da ima zdravnik družinske medicine izjemno široko znanje, ki pa zato ne more biti preveč poglobljeno, znanje bolnišničnih specialistov pa je po naravi specializacije močno zoženo in predvsem poglobljeno. Ne eno ne drugo ni slabše ali boljše, temveč predvsem drugačno in si kot tako zasluži obojestransko spoštovanje, saj omogoča oskrbo bolnikov tam in tako kot ti oskrbo potrebujejo, v obsegu, ki ga je zdravnik ali zdravnica sposoben zagotoviti brez škode za lastno zdravje.

Feminizacija poklica je dejstvo in večinoma ne vpliva na potek dela, mladi starši tudi ne koristijo ali poznajo fleksibilnih oblik dela zaradi družine.

Vedno večji pomen prostega časa, kar so navedli tudi intervjuvanci, narekuje tudi posodobitev delovnih razmerij v zdravstvu po zgledu družini prijaznih podjetij in podobno, predvsem pa bo

potrebno več narediti na prepoznavanju motivov in želja mladih zdravnikov ter zagotavljanja njih izpolnitev, da bodo z zadovoljstvom izbirali poklic zdravnikov družinske medicine in ob tem dosegli samouresničitve.

3.5 Prednosti in slabosti raziskave

Kot vsako opravilo v kontekstu, ima tudi pričujoča raziskava svoje prednosti in slabosti oziroma omejitve.

Prednosti raziskave so: kombinacija več raziskovalnih pristopov za zmanjšanje pristranskosti vsakega (triangulacija), pristop "od spodaj navzgor". Večina kompetenčnih profilov se ukvarja s tem, kar naj bi bilo, ne pa s tem, kaj je in kako zapolniti identificirana mesta za izboljšave v trenutni obliki dela oziroma sistema. Naslednja prednost je lokalno izdelan kompetenčni profil, ki odraža tudi dejavnike, ki jih je zelo težko kvantificirati – sistemsko in družbeno okolje, naravnost k spremembam ipd. S svojimi prednostmi in slabostmi (omenjeni v poglavju o metodologiji) je bil uporabljen spletni način zbiranja podatkov, ki lahko v prihodnosti olajša ponovno zbiranje podatkov in primerjave s časovno oddaljenostjo ter posledične dinamike.

Slabosti raziskave je mogoče prepoznati v tem, da je zaradi objektivne in subjektivne obremenjenosti z opravljanjem in težavnostjo uravnovešenja družinskega in profesionalnega življenja na vprašalnik odgovorilo relativno malo zdravnikov specialistov družinske medicine (101 od 786). Avtor je po svoji temeljni izobrazbi in usposabljanju zdravnik. Kljub lastni skrbnosti in vsemu trudu mentorja ter članov komisije obstaja možnost, da je kaj družboslovno pomembnega spregledal. Pomembno je tudi, da je pri interpretaciji rezultatov potrebno upoštevati omejitve kompetenčnega pristopa in merskega instrumenta (stran 83). Ker je bila tovrstna raziskava opravljena prvič, postavlja več vprašanj kot ponuja dokončnih odgovorov.

3.6 Prednosti in slabosti raziskave v odnosu do sorodnih študij in modelov ter pomembne razlike

Glede na odzivnost na merski instrument oziroma anketo so izkušnje drugih raziskovalcev v Sloveniji v le majhno oporo, saj so nekateri s klasičnim poštnim vprašalnikom imeli dobre izkušnje (Klemenc – Ketiš 2014) in poročajo o več kot tristo zbranih izpolnjenih anketah, drugi (Terseglav 2015) pa imajo s klasičnim anketiranjem slabe izkušnje in so vsled nezadostnega števila anketirancev morali naknadno spreminjati protokol študije. Lastni merski instrument je tako nekje vmes, za raziskovanje v prihodnje pa bi bilo verjetno smiselno problematiko razbiti na več poglavij in po elek-

tronski poti pošiljati le krajše in ožje usmerjene vprašalnike, ki bodo vzeli še manj časa (lastna anketna je zahtevala približno 14 minut časa za izpolnjevanje v celoti). Pri tem bo potrebno biti tudi pazljiv, da ne bo vprašalnikov preveč, ker bodo potem moteči in ne bodo opravljali svoje naloge.

Glede na pristop "od spodaj navzgor" je raziskava opravljena na novo, saj so drugi poznani kompetenčni modeli pridobljeni s konsenzom ekspertov. Vsak pristop ima svoje prednosti in slabosti - "od spodaj navzgor" lahko spregleda strateški vidik prihodnjega razvoja, bolje pa prepozna trenutno stanje in potrebe; konsenz ekspertov pa je lahko boljše orodje za prepoznavanja izzivov prihodnosti, saj ni toliko "obremenjen" s podrobnostmi vsakdana, kar je hkrati tudi slabost, saj običajno ne more dati dobrega vpogleda v prisotne priložnosti za izboljšave.

Glede na populacijo je lastna raziskava sorodna tisti, o kateri poroča Klemenc - Ketiševa s sodelavci (2014), saj se tudi oni ukvarjajo z zdravniki družinske medicine, vendar v drugačnem kontekstu - izboljševanje kakovosti s prenosom mednarodno izdelanega modela v Slovenijo. Terseglavova (2014) pa je morala spremeniti protokol raziskave vsled majhni odzivnosti ter tako ni zajela samo zdravnikov družinske medicine, temveč tudi zdravnike s sekundarne ravni, ki delajo v ambulantah. To je mogoče razumeti kot metodološko slabost študije, saj različni profili (specialnosti) posedujejo različna znanja in veščine, ki jih morajo pri svojem vsakdanjem delu uporabljati. Najosnovnejši element, je na primer, čas - zdravnik družinske medicine ima za povprečno obravnavo bolnika sedem minut časa, internist pa nemalokrat dva- ali večkrat več, saj je "globina" obravnave neprimerljiva. Lastna študija je bila zato omejena zgolj in samo na zdravnike specialiste družinske medicine.

Glede na dobljene rezultate je lastna študija specifična za čas in okolje, v katerem je bila izvedena. Modeli, podani v tabeli 2.1 na strani 29, so zato relevantni toliko, kolikor je videti dobršno mero prekrivanja. Ni pa v teh modelih posebej izpostavljena potreba po obvladovanju stresa (ki posledično vpliva na izbor in izvedbo zdravljenja) ali po ročnih spretnostih, kar je verjetno odraz tega, da ima vsak pristop svojo paralakso. Iz druge smeri gledano je v lastnem kompetenčnem modelu ustvarjanje znanja relativno manj pomembno, v konsenzualnih modelih pa je to posebej poudarjeno. Tu je viden razkorak pri strateškem pogledu, saj se profesionalizacija (ali pa uveljavljanje specializacije družinske medicine znotraj medicine) še vedno dogaja in je procese za uspešno zaključen MacDonaldov projekt verjetno lažje videti s strateškega vidika, manj obremenjeno z vsakdanjimi opravili. Iz istega vidika je zatorej pomemben tudi dvojen pristop - z enim je mogoče izboljševati delovne pogoje ter zagotavljati optimalno srečevanje med znanji, sposobnostmi in veščinami posameznikov in zahtevami delovnega mesta, z drugim pa je mogoče upravljati z lastnostmi poklica na srednji in daljši rok.

Kot je že bilo omenjeno, je v svetu poznanih kar nekaj kompetenčnih modelov (pregled v tabeli 2.3 na strani 58): kompetenčni okvir za izboljšanje kakovosti govori o petih meta-kompetencah: skrbi za bolnika in varnost, enakosti in etičnosti, efektivnosti in efikasnosti, metodah in orodjih, svetovanju

in profesionalnem razvoju ter vodenju in menedžmentu. Če je mogoče iz lastnega kompetenčnega modela nekatere kompetence umestiti pod nekatere od kategorij (na primer nadzorovanje in vodenje sodelavcev pod vodenje in menedžment), drugih ni mogoče jasno umestiti v nobeno od njihovih kategorij (na primer učinkovita raba jezika, obvladovanje stresa, kritično vrednotenje podatkov, virov), enakost in etičnost pa je očitna podstat in v lastnem kompetenčnem profilu niti ni dobila svojega ločenega mesta.

Bellagio model uporablja kompetence: v populacijo usmerjeno vodenje, zaupanje javnosti (preglednost in odgovornost), aktiven program sprememb/spreminjanja, navpična in vodoravna vključenost ter standardizirana merjenja, mreženje strokovnjakov ter vodenje in infrastruktura. Ponovno je mogoče nekatere kompetence iz lastnega modela umestiti v omenjene kategorije (na primer: partnersko multiprofesionalno delo v kategorijo navpične in vodoravne vključenosti, izbiro ukrepa in ukrepanje v aktiven program sprememb ipd), druge pa ostajajo izven Bellagio kategorij. Za sociološki pogled je verjetno kompetenca zaupanje javnosti zelo zanimiva in je (kot je v besedilu že bilo omenjeno) strateško vodilo za nadaljnji organiziran razvoj specialnosti v to smer, vsaj v Sloveniji.

Kompetence ACGME (skrb za bolnika, medosebne in komunikacijske veščine; profesionalizem; v sistemu osnovano delovanje; medicinsko znanje in na delu osnovano učenje in izboljšave) so zastavljene tako široko, da je v njihove kategorije mogoče umestiti praktično vse kompetence iz lastnega profila, hkrati pa je to znak, da je model zelo širok in kot tak le orodje za izdelavo bolj specifičnih in namenskih kompetenčnih profilov po specialnostih, kar se v ZDA tudi dogaja.

Podobno široko zastavljena sta še modela CanMEDS in model Greinerjeve, torej je vanju mogoče umestiti vse kompetence iz lastnega modela, vendar ima to ponovno enako slabost, da je model za praktično rabo manj primeren.

Ob primerjavi dobljenega kompetenčnega profila s tistim, ki ga za svoje diplomante navaja Medicinska fakulteta v Ljubljani, izstopa manjša izraženost sposobnosti analize, sinteze in predvidevanja rešitev ter posledic kasneje v profesionalnem življenju. Enako izstopa slabša kooperativnost dela v mednarodnem okolju kasneje, uporaba znanstvenih metod oziroma znanstvenoraziskovalnega dela. V tem obziru je mogoče pritrditi anketirancem, da jih študij ni dovolj dobro pripravil na poklicne izzive, še posebej, če upoštevamo še to, da med znanji in veščinami ni govora o obvladovanju stresa, kjer je bila izmerjena največja razlika med dejanskim in želenim stanjem. Hkrati pa je potrebno medicinski fakulteti priznati vertikalno daljnovidnost, saj so se ravno te kompetence izkazale kot pomembni dejavniki pri razvoju znanj in veščin za delo zdravnika družinske medicine in jih bo tako verjetno potrebno bolje implementirati ter študentom predočiti, čemu so takšna znanja in veščine pomembne.

Vzporejanje dobljenega kompetenčnega profila s tistim, ki ga podaja Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru ponovno pokaže podobno stanje pri podobnih kompetencah, ponovno je problematičen

mednarodni vidik ter dodatno še kritičnost pri razmišljanju. V luči sheme podiplomskega usposabljanja zdravnikov je vprašljiva tudi trditev, da bo diplomant po zaključenem študiju sposoben za samostojno delo v ambulanti splošne medicine – kar bi bilo sicer lepo, v danem sistemu pa ni izvedljivo.

Šest temeljnih znanj in veščin, ki jih je v definiciji družinske medicine opisala WONCA (2009), vodenje primarne zdravstvene oskrbe, v osebo usmerjena zdravstvena oskrba, zmožnost reševanja specifičnih problemov, celostni pristop, usmerjenost v skupnost ter celovito oblikovanje modelov, ponovno ne omogočajo umestitve vseh kompetenc iz dobljenega modela ter imajo predvsem strateški pomen za nadaljnji razvoj družinske medicine kot specialnosti in niso toliko konkretno orodje za izboljševanje ujemanja med zaposlenim, okoljem in organizacijo.

3.7 Nadaljnja vprašanja

V Sloveniji se že desetletja pripravlja reforma zdravstvenega sistema, znotraj katere naj bi poudarili vlogo primarne ravni, saj je bilo že večkrat pokazano in izračunano, da je učinkovita oskrba na primarni ravni najcenejša in najučinkovitejša zdravstvena oskrba (to ugotavlja tudi avtor v poročilu izmenjave HOPE 2010). S tega vidika bi bilo smiselno po spremembi vloge zdravnika družinske medicine – v trenutnem političnem okviru je to verjetno po uvedbi urgentnih centrov, ki bodo razbremenili zdravnike družinske medicine hkratne skrbi za akutne in kronične bolnike – raziskavo ponoviti in opazovati, kako se spreminja profil skozi čas oziroma, kakšen vpliv na potrebna znanja in veščine ima sprememba v delovnem okolju. Nekatere spremembe v kompetenčnem profilu je mogoče predvideti (zdravniki, ki ne bodo več toliko delali v akutnem okolju, verjetno ne bodo potrebovali toliko znanj in veščin za takojšnje ukrepanje, se bo pa še poglobila potreba po večdimenzionalnem razmišljanju in premlevanju, kritičnem vrednotenju informacij iz različnih virov), drugih pa zaradi kompleksnosti sistema ne. Bodo pa tudi te, ki se jih ne da predvideti, še naprej zelo pomembne za zaokroženo celoto znanj, ki jih bodo v prihodnosti za uspešno delo potrebovali zdravniki družinske medicine.

Znotraj Slovenije v trenutku nastajanja pričujočega dela obstajajo različne organizacije službe zdravnika družinske medicine. V prestolnici in Mariboru, na primer, se akutna, urgentna služba, izvaja centralizirano in so zdravniki družinske medicine manj izpostavljeni tovrstnemu delovnemu okolju. Hkrati je pričakovati, da je populacija njihovih bolnikov (in s tem zahtev) drugačna od tistih v najbolj obrobni delih Slovenije. S tem se avtomatsko postavlja vprašanje: obstajajo znotraj Slovenije razlike v profilu? Glede na to, da so kompetenčni profili lahko zelo specifični, je to pravzaprav pričakovati. Uvid v razlike bi pomenil dodano vrednost za odločevalce o medicinskem izobraževanju in usposabljanju, saj bi postalo očitno, da je potrebno poskrbeti za dodatna znanja in veščine na

določenih geografskih območjih. Enako bi bilo smiselno primerjati razlike v profilih med državami ter poskusiti razložiti razlike – nekatere morda izvirajo iz vsebine dela, druge iz drugačnega zdravstvenega sistema, organiziranosti ipd. Kakšna razlika pa je verjetno tudi kulturno pogojena.

Za zdravnike najpomembnejšo informacijo pa bi podala študija, ki bi iskala povezavo med uporabo kompetenčnega pristopa k usposabljanju in izhodi za bolnike. Ima uporaba kompetenčnega pristopa tudi vpliv na boljše izhode zdravljenja? Manj napotitev? Dejansko cenejšo in dostopnejšo obravnavo v domačem kraju? Sveti gral ekonomistov v zdravstvu je za čim manj denarja kupiti čim več zdravja prebivalstva, zato bi takšna nadgradnja v najboljšem primeru lahko pomenila manjšo revolucijo v tem, na kakšen način zagotavljamo zdravstveno oskrbo.

4 ZAKLJUČNE UGOTOVITVE IN PREDLOGI

Pričujoče besedilo ponuja vpogled v nekatere vidike zdravniškega dela v Sloveniji, ki doslej morda niso bili (dovolj) osvetljeni. V medicini in pri delu zdravnikov je posebej pomembno, da so njihova znanja v skladu z zadnjimi ugotovitvami s področja, na katerem so aktivni in da so sposobni s svojim delom odgovoriti na zahteve okolja, v katerem delujejo (WHO 2005). Zdravniško delo tudi v ožjem smislu ne poteka v osami, saj zahteva mnogo interakcij (z bolniki, medicinskimi sestrami, socialnimi delavci, sodniki ipd.) in zato je poznavanje osnovnih gonil takšnih interakcij še posebej pomembno. Sociologija medicine tako ponuja pomemben vpogled (Pahor 1999; White 2009; Ule idr. 2014) v to, da se domet oziroma jurisdikcija medicine po eni strani širi, po drugi strani pa na novih področjih tega nevajena naleti na enakovredne sogovornike. Ta medsebojna odvisnost pri naslavljanju težav sodobnega časa tako od deležnikov zahteva, da se medsebojno razumejo. Novi sogovorniki morajo tako razumeti, kaj govori medicina, medicina pa njih. To ni vedno samo stvar uporabljanih žargonov, temveč tudi razumevanja idej, ki so uporabljane kot miselno orodje pri pristopanju k težavam.

Spremembe se ne dogajajo samo na robu interakcije medicine z drugimi znanstvenimi disciplinami ali družbenimi področji, temveč tudi znotraj medicine same. Vloga zdravnika se je skozi zgodovino, še posebej pa v zadnjih desetletjih, močno spremenila. Od polbožanskih mož v belem, o odločitvah katerih se ne sprašuje, vse bolj v ospredje prihaja model opolnomočenega bolnika, ki sicer nima na voljo vseh informacij za strokovno vodenje lastnega zdravljenja, želi pa biti aktiven del odločanja o lastnem življenju in telesu (Ule 2003; Illich 2010). To večine zdravnikov (oziroma v mnogih državah vse bolj zdravnic) oddaljuje od faktografskega kopičenja podatkov v glavah k temu, da je sposoben te podatke razumljivo predstaviti sodelujočim v zdravljenju - na eni strani bolnikom in svojcem, na drugi strani pa članom tima, ki ga tudi vodi in mu je predal del skrbi za zdravje bolnikov (na primer fizioterapevti, medicinske sestre). Vzporedno se je dogajala še institucionalizacija zdravnika kot poklica, saj ta večinoma ni več sam svoj šef, temveč je vpet v zapleteno mrežo delodajalcev, plačnikov in regulatorjev.

Populacija v pričujoči raziskavi je hkrati predstavljala tudi vzorec (198 specialistov (25,19%) in 588 specialistk (74,81%) družinske medicine, s povprečno starostjo 48,8 let), saj je po več kanalih vabilo k sodelovanju prejel vsak zdravnik oziroma zdravnica družinske medicine v Sloveniji. Na vprašalnik je odgovorilo 18 moških (9,09% moških iz populacije oziroma 17,82% respondentov) in 83 žensk (14,12% žensk iz populacije oziroma 82,18% respondentov), s povprečno starostjo 46,0 let. Povprečna starost je statistično značilno nižja kot v populaciji ($t=-3,14$; $p=0,002$). Glede na sestavo populacije bi med respondenti bilo ob popolni preslikavi deležev glede na spol pričakovati 25,44 moškega in

75,56 ženske. Razlika med opazovanim in pričakovanim številom moških in žensk med respondenti tako statistično ni signifikantna ($\chi^2=2,91$; $p=0,088$).

Pri posploševanju rezultatov raziskave, kot je pričujoča, na celotne populacije je potrebno biti previden, saj zelo pogosto obstaja zelo malo znanih fiksnih točk, torej podatkov, na katere se je moč opreti, in po njih sklepati na zanesljivost preostalih.

Sestava vzorca po starosti tako ni reprezentativna za celoten vzorec zdravnikov specialistov družinske medicine v Sloveniji. Drugo vprašanje pa je točni pomen te fiksne točke, saj si upravljavci in stroka že dlje časa prizadevajo za to, da bi se za družinsko medicino odločilo več mladih zdravnikov ter bi se tako populacija tudi pomladila. Za vzorec respondentov pa je mogoče trditi, da je po spolu reprezentativen za populacijo zdravnikov specialistov družinske medicine v Sloveniji, kar je v luči opazovane feminizacije podatek dokajšnje vrednosti.

Glede na z raziskavo dobljene rezultate je mogoče reči, da na nabor kompetenc, ki jih zdravniki družinske medicine v Sloveniji potrebujejo za svoje delo, ne vpliva samo formalni sistem izobraževanja in usposabljanja. Ne vplivajo vsi analizirani faktorji na vse kompetence, kar pa je pravzaprav pričakovano, saj je prisotna soodvisnost dejavnikov in njih veliko število. Rezultati se skladajo s podatki iz literature (npr. Akkuyunlu, ur. Idr. 2009, 26) in zgoraj omenjenimi pričakovanji na podlagi pregledane literature. Zanimivo je videti, da imajo nekateri motivacijski dejavniki, ki so prisotni že med študijem, domet tudi na v poklicnem življenju izražene kompetence ter da je domet študija samega precej omejen. Hkrati je, po pričakovanjih, prisoten precejšen vpliv delovnega okolja, ki pa je glede na podatke suboptimalno organizirano.

Spremenjene zahteve okolja, tako dražbenega kot delovnega, postavljajo pred zdravnike tudi drugačne zahteve glede njihovih znanj in veščin. Misel McClellanda (1973 v Pezdirc 2005), da je pomen znanja, ki ga je sposoben posameznik v konkretnih okoliščinah konkretno uporabiti, večji od faktografsko pomnjenih podatkov, tako preveva tudi pričujoče delo. Boyatzis (1982) misel nadaljuje in trdi, da so kompetence nujne, ne pa tudi zadostne karakteristike osebe, ki so potrebne za učinkovito in/ali superiorno opravljanje dela in so mešanica motivov, sposobnosti, samopodobe, družbenih vlog oziroma za celoto znanj, ki jih posameznik uporablja v določeni situaciji.

Neposrednega vpliva kompetenčnega profila na izbrani približek kvalitete opravljanja temeljnih nalog zdravnika z raziskavo ni bilo mogoče potrditi (tabela 3.22 na strani 95). Izsledok se tako vsaj deloma sklada s pričakovanji, ki jih je bilo mogoče graditi na podlagi pregledane literature. Razlogov, čemu jasne povezave ni bilo mogoče pokazati, je verjetno mnogo. Najprej je potrebno pomisliti na to, ali je sploh bilo primerno izbran približek kvalitete opravljanja temeljnih nalog zdravnika družinske medicine s samooceno zadovoljstva s kvaliteto opravljanja poslanstva, predvsem s pomslekom, ali lahko zdravniki sami ocenjujejo svoje delo. Že sama vloga zdravnika družinske medicini-

ne v sistemu zdravstvenega varstva, kjer je postavljen centralno, kot vratar, ki mora prepoznati omejitve lastnega znanja in drugih virov, ki so mu na uporabo, za izvajanje poslanstva družinske medicine ter bolnika ob približevanju mejam napotiti drugam, bi bilo dovolj varno sklepati, da je ta pomislek manj pomemben. Naslednja dimenzija razmisleka bi bila šibkost povezav, ki se ob trenutnem številu respondentov enostavno ni pokazala v statistično signifikantni obliki. Dodatna dimenzija razmisleka pa trči na omejitve kompetenčnega pristopa. Mirabile (1997), na primer, govori o ustvarjanju abstraktnih, ozkih in preveč poenostavljenih opisov kompetenc, ki nezadostno odsevajo kompleksnost delovne učinkovitosti v različnih organizacijskih kulturah in kontekstih delovnih okolij. Ta pomislek se glede na izrazito kompleksnost dela zdravnikov zdi na mestu. Nikakor pa odsotnost jasnih povezav v pričujočem delu ne zmanjšuje pomena kompetenčnega pristopa kot orodja za doseg cilja pri ukvarjanju z zdravniki družinske medicine z vidika upravljanja s človeškimi viri, kar so prepoznali tudi pri OECD (2001; 2005), ko govorijo o kompetencah kot sposobnostih za izpolnjevanje (kompleksnih) delovnih zahtev.

V raziskavi se je skozi proces pregleda teoretskih podlag in predvsem empiričnega dela izkristaliziral dobljeni kompetenčni profil zdravnikov družinske medicine v Sloveniji s kompetencami: delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij; učinkovita raba jezika (pisno, ustno); sposobnost dela v tujem jeziku; uporaba informacijske tehnologije; nadzorovanje in vodenje sodelavcev; partnersko multiprofesionalno timsko delo; veščost v medosebnih odnosih; iskanje informacij (npr. literatura, anamneza status); kritično vrednotenje podatkov, virov; izbira ukrepa in ukrepanje; spretnost (pri diagnostičnih in terapevtskih posegih); razmišljanje in premlevanje, večdimenzionalno reševanje problemov; učenje in poglobljanje znanja; iskanje novih idej in rešitev; delovanje izven običajnih okoliščin; hitrost analize stanja in odločanja; obvladovanje stresa. Po pričakovanjih so nekatere kompetence bolj specifične za poklic zdravnika družinske medicine, druge pa manj. Zanimiva je ugotovitev, da zdravniki poročajo, da pri prav vseh kompetencah delovno mesto zahteva višjo izraženost posamezne kompetence, kot jo sami trenutno lahko izrazijo, kar je lahko potencialen izvor stresa na delovnem mestu ter je vsekakor priložnost za izboljšave.

Za današnje razumevanje stresa je, na primer, pomembna Goffmanova (1956) trditev o svetosti jaza. Jaz je za nas pomembnejši kot vse drugo, ker predstavlja to, kar smo in je vedno z nami. Če nekdo izpodbija integriteto našega jaza, je to lahko zelo mučno. Vsak jaz je poseben in z vsako socialno interakcijo jaz, ki smo ga negovali celo življenje, postavljamo na ogled. Goffman je trdil, da za posamezno vlogo specifično obnašanje nima osnove v funkcionalnih zahtevah dotične vloge, temveč v videzu izpolnjevanja zahtev. Stres je tako lahko povzročen, ko ljudje ne odigrajo svoje vloge, saj sicer ljudje ne bi bili tako pripravljene odigrati vzorcev obnašanja, dojetih kot primernih za njihovo situacijo. V dobljenem kompetenčnem profilu se ta vidik verjetno še posebej odraža v poudarjenem pomenu zmožnosti spopadanja s stresom, ki je po eni strani res zelo pomembna, po drugi

strani pa so zdravniki družinske medicine za to tematiko vsled številnih aktivnosti stanovskih organizacij na tem področju senzitivizirani.

Schultz (1961) je zapisal, da človek pridobiva in razvija kompetence ter poklicno znanje v izobraževalnem sistemu. Sfordova (v Paavola 2003) v organizaciji prepoznava učenje kot pridobivanje (na primer certifikatov po zaključku formalnih izobraževanj) ter učenje kot udeležbo (ob vsakdanjem delu posameznik pridobiva izkušnje in znanje za obvladovanje vseh možnih scenarijev na delovnem mestu), Paavola sam (2003) pa dodaja še učenje kot ustvarjanje znanja. Pomembno je vedeti, da se lahko znanja pridobivajo na formalne in neformalne načine.

Z mislijo na to, da so današnji k uporabnikom usmerjeni poklici v veliki meri odvisni tudi od generičnih kompetenc, ki se jih ne pridobiva nujno v formalnih oblikah izobraževanja in usposabljanja, je bil zastavljen tudi del empiričnega dela. Da generične kompetence vplivajo na poklicno specifične, je bilo moč potrditi. S tem v ospredje ponovno prihaja pomen konteksta in implicitnost dejavnikov, ki vplivajo na poklicno specifične kompetence ter da na delovno mesto zdravnika družinske medicine ni mogoče gledati samo mediko-mehanistično, temveč je za reševanje izzivov potreben širši razmislek in morebiti iskanje pomoči in rešitev izven stroge domene medicine.

Za ilustracijo: feminizacija zdravniškega poklica je dejstvo, razlogov za to je ponovno verjetno več ter so verjetno zakoreninjeni v naših bioloških danostih (Voyer in Voyer 2014) in organizaciji šolskega sistema, ki je bolj na kožo pisan deklicam. V uradnem dokumentu Ministrstva za zdravje – Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji (2013) – je kot zdravilo za to navedeno uvajanje kvot za vpis študentov na Medicinske fakultete, osnovanih na spolu. Po mnenju avtorja je to birokratsko reševanje problema, saj ne izbira kandidatov na podlagi njihovih sposobnosti, temveč spola in je tako v svoji osnovi diskriminatoren. Ne gre posameznikov tlačiti v sistem, četudi je ujemanje slabo, temveč je nujno urediti sistem tako, da bo posameznikom v njem lahko. V primeru feminizacije zdravniškega poklica bi se bilo tako potrebno, na primer, ozreti v tujino ter prevzeti dobre prakse (ob razumevanju, čemu v originalnem okolju delujejo) – na primer uvajanje deljenih ambulant, ko bi dve zdravnici/dva zdravnikarjela za isto populacijo in izpad ene/-ga zaradi bolezni otroka in podobno ne bi pomenil nemogočih obremenitev za kolege. S tem bi delovno mesto zdravnika družinske medicine hipoma postalo prijaznejše in bolj zaželeno. Nadalje uvajanje fleksibilnega delovnega časa, modernizacija delovnega okolja (v 21. stoletju zdravniki ne funkcionirajo več samo s stetoskopom, kar je tudi ena izmed vodilnih tem v mnenjih anketirancev) ter predvsem omogočanje vsakodnevnega dela v skupinah, kjer je mogoče deliti težke izkušnje, razreševati težje dileme in podobno.

Da samo denar ni motivator za to, da bodo zdravniki raje delali v družinski medicini in morda celo na podeželju, so v medijih že ugotavljali tudi pri nas (npr. Celin 2013), hkrati z ugotovitvijo, da se

izboljšave navadno izgubijo kje v predalu, ker denarja za spremembe ni, kar pa je škoda, saj sta za inovativne rešitve običajno potreben čas in denar.

Uletova s sodelavci (2014, 18) ugotavlja, da se je z medikalizacijo družbe oziroma širitvijo jurisdikcije medicine ta začela pojavljati kot sogovornica na področjih, kjer ima več enakovrednih sogovornikov. Opozarja tudi na nevarnost negativnih družbenih izhodov, če ne prepozna demokratičnosti iskanja kompromisa v realnosti, kjer ni samo ene resnice. Kliče k boljšemu sodelovanju z ostalimi vejami znanosti, še posebej s sociološkimi, ki lahko pomagajo razložiti vedno dražjo zdravstveno oskrbo (staranje populacije, poostrena regulativa, defenzivna medicina) ter iskati rešitve (delujoče preventivne akcije, preprečevanje vloge bolnega ipd.). Pričujoče besedilo osvetli del te kompleksne interakcije s tem, ko pokaže, da znanja in veščine zdravnika družinske medicine niso odvisne samo od strogo medicinskih spremenljivk, temveč tudi vsaj deloma družbenih – medicina je torej res v celoti vpeta v družbo, domačo in vse bolj tudi mednarodno.

Že v študijah Whitehall I in Whitehall II je namreč zdravnik Marmot s sodelavci (1984, 1991) v okolju britanske državne skrbi za zdravstveno oskrbo državljanov (NHS) uspel dokazati socialni gradient umrljivosti – spremljali so mortaliteto več kot 17.000 britanskih državnih uslužbencev (v študiji Whitehall I samo moških, dvajset let kasneje v Whitehall II pa obeh spolov) - v razdobju desetih let ter jih glede na njihovo službo razdelili v skupine vodij, profesionalnih izvršnih delavcev, pisarniških delavcev in drugih. Ne glede na vzrok smrti, so imeli tisti v skupini z višjim profesionalnim položajem najmanjšo umrljivost, ki se je večala po skupinah z nižanjem naziva, četudi so bile razlike v spremenljivkah (spol, starost, dostikrat tudi prihodek) med skupinami majhne. Skupaj z objavo rezultatov so pozvali k posvečanju več pozornosti vzpodbujanju zdravega obnašanja, socialnim okoljem, oblikovanju delovnih mest in posledicam prihodkovne neenakosti. Dvajset let kasneje se kazalci v spremljani populaciji (Whitehall II) niso bistveno spremenili (Ferrie idr. 2002). Omenjena študija je pomembna, ker na praktičen način pokaže, kako je lahko za zaznavanje zdravstvenega pomena pomembna aplikacija sociološkega znanja ter da je lahko egalitarizacija pri dostopu do zdravstvene oskrbe tudi dvorezen meč, saj se brez ustreznih kompenzatornih mehanizmov izvedbeno sistem osredotoči na zdravljenje prisotnih težav in ne preprečevanja nastajanja (teh istih težav in tudi novih). Percepcija "manjvrednosti" zdravnikov družinske medicine, o kateri poroča večina anketirancev in intervjuvancev, tako ni samo morebitni vzrok za manjšo priljubljenost specialnosti družinske medicine med mladimi zdravniki, temveč je v okviru izsledkov obeh študij mogoče razmišljati tudi o posledicah za zdravje zdravnikov družinske medicine v Sloveniji, ki tudi v pričujočem delu poročajo o manj kot optimalni skrbi za svoje zdravje.

Pri razmišljanju o morebitnem prenosu pričujočega profila na druge poklicne skupine v medicini, je potrebno biti podobno previden, kot pri prenašanju mednarodnih modelov v lokalno okolje. Že osnovna ideja družinske medicine – specialnost, ki je "uporabnikom" najbližja in ki zmore razrešiti

večino bolezenskih stanj, ko pa jih ne more, pa pozna pot do nosilcev znanj in veščin, ki bodo vodila do rešitve, jo uporabi in razreševanje tudi koordinira – priča o tem, da je nabor kompetenc pri zdravnikih družinske medicine verjetno širši kot pri drugih specialnostih ter da se na določenih mestih z drugimi specialnostmi tudi prekriva.

Z dobršnjo mero gotovosti je tako pričakovati, da tudi druge specialnosti znotraj medicine potrebujejo tiste bolj generične kompetence, ki jih opremijo z osnovnimi veščinami, potrebnimi za delo z ljudmi (na primer "učinkovita raba jezika (pisno, ustno)", "delo z ljudmi iz drugih kulturnih okolij"). Pri bolj poklicno specifičnih kompetencah pa je pričakovati, da je prekrivanje selektivnejše (kompetenca "spretnost (pri diagnostičnih in terapevtskih posegih)" je tako zelo verjetno bolj izražena pri kirurških kot pri endokrinologih/diabetologih, "hitrost analize stanja in odločanja" pa bolj pri intenzivistih in urgentnim stanjem izpostavljenih specialnostih ter manj pri drugih, na primer revmatologih).

Na podlagi zastavljenega teoretskega okvira ter lastnega empiričnega dela je tako mogoče oblikovati nekaj predlogov za deležnike v zdravstvenem sistemu.

Predlogi

Glede na to, da je raziskava ponudila vpogled v nekatere dimenzije ujemanja znanj in veščin, ki jih zdravniki družinske medicine imajo, in tiste, ki bi jih morali imeti, je mogoče ob upoštevanju ugotovljenih dejavnikov vplivanja podati nekaj priporočil za posamezne ravni delovanja v zdravstvenem sistemu.

Zdravnikom in zdravnicam družinske medicine je mogoče svetovati izobraževanje tudi na drugih področjih, ne samo na z medicino najožje povezanih. Videti je namreč, da ima krepitev generičnih kompetenc vpliv na krepitev poklicno specifičnih kompetenc. Z drugimi besedami, če se bolje znajdejo v vsakdanjem življenju, se bodo tudi v poklicnem. To je pravzaprav pričakovano, saj je pri večini sodobnih delovnih mest pričakovati visoko potrebno izraženost veščin komunikacije, sodelovanja z drugimi in podobnega; tega pa se ni vedno moč naučiti v sterilnem okolju zdravniške ambulante. Glede na to, da delodajalci v razmeroma veliki meri upoštevajo zdravniške predloge izobraževanj, se zdi tak miselni preskok izvedljiv, še posebej, če imajo delodajalci uvid v to, da potrebujejo zaposlene, ki so čim boljši v svojem delu. Še posebej je mogoče priporočiti medorganizacijsko in mednarodno mobilnost, ki jo trenutna regulativa (kolektivna pogodba) že omogoča. Vsaki dve leti za mesec dni oditi na "kroženje" v organizacijo, kjer je doma znanje, ki ga zdravnik pri lastnem delu prepozna kot šibko ali pa oditi na iskanje dobrih praks v tujino ter nato prenašanje dobrih

izkušenj nazaj v domovino, kar pa popolnoma na glavo postavi trenutni sistem stalnega podiplomskega izobraževanja s prevladujočo vlogo seminarjev, kongresov, predavanj in branja člankov.

Delodajalcem je mogoče predlagati združevanje določenih organizacijskih funkcij oziroma oddelkov na regijski ali še širši ravni ter s privarčevanimi sredstvi razvoj strateškega in k posamezniku usmerjenega upravljanja s človeškimi viri, ki bo omogočal merjenje ter spremljanje ujemanja med zahtevami in zmožnostmi ter sooblikoval politiko izboljšav. Potrebno je redno posodabljanje vedenja o tem, kaj organizacija v danem trenutku in okolju potrebuje ter predvsem vedeti, v katero smer naj teče nadaljnji organizacijski razvoj. Svetovati je mogoče dopolnitev letnih razgovorov s kompetenčnim profilom oziroma pristopom za manj stihjsko usposabljanje zaposlenih ter za zmanjševanje razkorakov tam, kjer so največji (recimo obvladovanje stresa, učenje in poglobljanje znanja, kritično vrednotenje podatkov in virov). Vsekakor je to mogoče šele, ko se zdravnike razbremeni opravil, ki jih lahko opravijo drugi (in cenejši) profili. Nalaganje novih in novih administrativnih opravil je kontraproduktivno in je trošenje več kot 22-letnega izobraževanja in usposabljanja po nepotrebem. V namen povečevanja privlačnosti delovnega mesta zdravnika družinske medicine je posebno pozornost nameniti strukturi zaposlenih, poznavanje njihovih motivov ter pričakovanj od delovnega mesta ter prilagajanje, na primer s ponujanjem fleksibilnih oblik dela, deljenimi ambulantami in podobnim. Glede na to, da je v prihodnosti zaradi pomanjkanja zdravnikov pričakovati povečevanje deleža zdravnikov iz tujine, je nujna boljša podpora tujcem za zmanjšanje stopnje stresa, ki je na dolgi rok škodljiva njim in posledično tudi delodajalcem. V nabor potrebnih oziroma zahtevanih izobraževanj ne gre vključevati samo medicinskih (vključiti npr. kroženje na delovnih mestih ipd.), za večjo prijaznost delovnega mesta pa ne organizirati ali prijavljati zaposlenih na izobraževanja, ki večinoma potekajo izven rednega delovnega časa. Zdravniki družinske medicine v 78 % še vsak dan skrbijo še za družino in ob že tako napornem delu in obremenjenosti jim ne gre jemati zadovoljstva v družinskem krogu. Posebno pozornost bi bilo potrebno posvečati udobnosti delovnega mesta, da so na voljo vsa potrebna delovna sredstva (tudi dostop do svetovne literature, posveti ipd.), da je mogoče svoje delo opraviti s čim manj napora (tudi ergonomsko oblikovane ambulante ipd.).

Zelo pomemben vidik je, da se zdravniki raje odločajo v debati z vrstniki ali specialisti, zato jim bi bilo takšne forume nujno tudi omogočiti – da bi lahko neobremenjeno predebatirali težje primere in iskali inovativnejše rešitve. To bi zelo verjetno vodilo k manj napotovanju na sekundarno raven in pocenilo zdravstveni sistem.

Najpomembnejši ukrep se torej zdi brezkompromisna podpora učenju na delovnem mestu – z že omenjenimi izobraževanji, kroženji, dostopom do literature in posveti pod eno streho. Takoj za tem pa je proaktivno sodelovanje z zaposlenimi pri izgradnji prijaznih delovnih mest ter delitev odgo-

vornosti – kot je bilo že omenjeno – pri zmanjševanju in obvladovanju stresa na delovnem mestu (osnove kriznega komuniciranja v kriznih trenutkih).

Odločevalcem bi bil prvi nasvet, v nabor potrebnih izobraževanj ne vključevati samo medicinskih. Več pozornosti bi bilo potrebno namenjati obvladovanju stresa, učenju in poglobljanju znanja ter kritičnemu vrednotenju podatkov in virov. Zdravniška zbornica Slovenije je primanjkljaj na tem področju prepoznala in ga vključila v nov pravilnik o zdravniških licencah (URL 48/15). V okviru zbiranja kreditnih točk za podaljšanje licence je uvedla tudi obvezo usposabljanja zdravnikov in zobozdravnikov s področja varnosti, kakovosti, etike in komunikacije.

Vsekakor je na mestu vsaj delna prilagoditev izobraževanja in usposabljanja temu, kar je potrebno s strateškim pogledom v prihodnost na področjih, ki so se izkazala za pomanjkljiva, še posebej večji vključenosti v raziskovalne projekte tekom študija, saj ima takšno vključevanje pozitivne učinke na vrsto kompetenc, ki so potrebne za delo zdravnika družinske medicine. Smiselna se zdi tudi kombinacija več metod za doseganje cilja izobraževanja in usposabljanja (medsebojno dopolnjevanje na na času in na znanju (kompetencah) osnovanega usposabljanja).

Bistvenega pomena pri tem je ohranjanje strateškega pregleda nad razvojem specialnosti, katerega nosilec bosta verjetno še naprej katedri za družinsko medicino obeh medicinskih fakultet.

Vsekakor je na mestu dobra komunikacija med specialnostmi znotraj medicine v izogib nerealnim pričakovanjem kolegov.

Zdravstveni sistem je v Sloveniji v času nastajanja tega dela na razpotju – ugledne mednarodne organizacije ugotavljajo stare resnice, da so potrebne spremembe pri obsegu pravic iz zdravstvenega zavarovanja, strukturi zdravstvenega zavarovanja, strukturi zdravstvenega varstva in višini prispevkov za zdravje v kombinaciji ali posamično (npr. IMF 2015, 17-19). Ti izzivi, znani že od prej, so tokrat predstavljeni "od zunaj" in morebiti bo to dovolj velika motivacija za začetek nadzorovanih sprememb na bolje.

Poleg tega so v Sloveniji vidiki (de)profesionalizacije zdravniškega poklica v času nastajanja pričujočega besedila še posebno aktualni: vsled nekaterih afer se je javnost začela spraševati, do kolikšne mere zdravniški ceh izvaja standarde izobraževanja in do kolikšne mere bi morali biti izpostavljeni zunanjemu precejevanju in nadzoru (npr. Rednak A 2015). Hkrati nekateri znani zdravniki trdijo, da jih je sram, da so zdravniki (MMC/STA 2009), ker osebno niso zadovoljni z načinom in hitrostjo reagiranja profesionalnih struktur (Zdravniške zbornice ipd.).

Profesionalizacija (in kot njen del tudi deprofesionalizacija) je pomembna, ker so zahtevana znanja in standardi pri visoko profesionaliziranih poklicih, kar zdravniški nedvomno je, predpisana s strani profesije. Ta ima ob prevladujočem vplivu na vsebine študija na fakulteti in vsebine podiplom-

skega usposabljanja tudi prevladujoč vpliv na ponudbo na trgu zdravniške delovne sile in na proces stalnega podiplomskega izobraževanja zdravnikov. Z njim je namreč pogojena licenca za samostojno delo. Razumevanje procesov, ki so pripeljali do takšnega stanja in razumevanje mehanizmov, ki delujejo znotraj profesije ter pri njenih interakcijah z okoljem, lahko pomembno vpliva na to, kako člani opravljajo svoje delo, pri katerem je mogoče opazovati prepletanje institucionalnih, družbenih in osebnih prioritet (Martimianakis 2009). Hkrati pa je zaradi popolne integracije v družbo in zaradi poravnave vrednot poklicne skupine, posameznikov, ki v njej delujejo ter širše družbe mogoče razumeti, čemu je medicina in posledično zdravstveni sistem tako pomemben za države, družbo in posameznika.

Razumevanje položaja zdravnika v družbi in kaj ga lahko ogrozi, razumevanje dinamike/zahtev napram drugim profesionalcem v timu, ki skrbijo za bolnika in njihova pričakovanja, zmožnost razlage t.i. mehkega pristopa, ki je potreben za uspešno delo zdravnika, razlage s profesionalizacijo deloma odvzete svobodne poklicne odločitve posameznika, naravnost profesionalnih struktur tako, da člane opremijo s potrebnimi znanji, v zameno pa zahtevajo od članov neke vrste poslušnost – od vsega tega je odvisno, kaj točno je vloga zdravnika in kako bo ta opravljal poklicne naloge. Iz teh razmerij pa izhajajo tudi potencialni konflikti, ki jih je verjetno mogoče konstruktivno reševati šele, ko so osveščeni tudi globlji motivi zelo vplivnih družbenih skupin.

Morda bo pričujoča raziskava v tem procesu pomagala osvetliti kak prej manj osvetljen delček zdravstvenega sistema ter tako pomagala najti pot do rešitve kakšnega problema, z upanjem na nadaljnje interdisciplinarne izmenjave znanj.

5 LITERATURA

1. Abbott, Andrew D. 1988. *The system of professions: an essay on the division of expert labour*. Chicago: University of Chicago Press.
2. Accreditation Council on Graduate Medical Education. 2007. *General Competencies for Residents*. Accreditation Council on Graduate Medical Education: Chicago.
3. - ACGME General competencies. Dostopno na [http://www.hmc.psu.edu/competencies/pdfs/ACGME %20GENERAL %20COMPETENCIES.pdf](http://www.hmc.psu.edu/competencies/pdfs/ACGME%20GENERAL%20COMPETENCIES.pdf) (24. julij 2008).
4. Akkuyunlu A, Kovačič H, Svetlik I, Pavlin S, ur. 2009. *Development of Competencies in the World of Work and Education*. HEGESCO report. Dostopno na [http://www.hegesco.org/content/view/36/108/](http://www.hegesco.org/content/view/full/36/108/) (26. maj 2010).
5. Allen, Jim, Pavlin, Samo, van der Velden, Rolf, ur. 2011. *Competencies and Early Labour Market Careers of Higher Education Graduates in Europe*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
6. Altieri, Giovanna, della Ratta-Rinaldi, Francesca in Otteri, Cristina. 2004. *How to measure eWorkin social surveys*. STILE - European conference: Measuring the Information Society. 30. september - 1. oktober. Bruselj.
7. American Board of Medical Specialties. Dostopno na <http://www.abms.org/board-certification/a-trusted-credential/based-on-core-competencies/> (18. februar 2015).
8. Argyris, Chris. 2004. *Reasons and rationalizations: the limits to organizational knowledge*. Oxford: OUP.
9. BAK - Bundeärztekammer. 2006. *Ärztliche Ausbildung in Deutschland*. Dostopno na <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.101.169&all=true#nc> (12. februar 2012).
10. Batt, Rosemary in Doellgast, Virginia. 2005. *Groups, Teams, and the Division of Labor*. V Ackroyd Teoksessa, Stephen, Batt, Rosemary, Thompson, Paul in Tolbert, Pamela: *Work and Organization*, 138-161. Oxford: Oxford University Press.
11. Becker, Gary S. 1962. *Investment in Human Capital: a theoretical analysis*. *Journal of Political Economy* (suppl.): 9-49.

12. Berry Christopher R, Glaeser Edward L. 2005. The divergence of human capital levels across cities. National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
13. Bezenšek, Jana in Barle, Andreja. 2007. Poglavlja iz sociologije medicine. Maribor: Medicinska fakulteta.
14. Borg, Vilhelm, Kristensen, Tage S. 2000. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life-style or work environment? *Social Medicine & Medicine*: 1019-1030.
15. Borisov, Peter. 1985. Zgodovina medicine: poskus sinteze medicinske misli. Ljubljana : Cankarjeva založba.
16. Boxall, Peter F., Purcell, John in Wright, Patrick. 2008. *The Oxford Handbook of Human Resource Management*. Oxford: Oxford University Press.
17. Boyatzis, Richard E. 1982. *The Competent Manager – A Model for Effective Performance*. New York: Wiley.
18. Brante Thomas. 2001. Consequences of Realism for Sociological Theory Building. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 31(2): 167-195.
19. Bratton, John in Gold, Jeff. 1999. *Human Resource Management: theory and practice*. London: Macmillan.
20. Brod, Alenka, Brigita Centrih in Sara Košič. 2007. Sodobnost kreiranja kompetenc in večnamenska uporaba v kadrovske praksi. *Human Resource Management Magazine* 5(19): 46-52.
21. Caldwell, John C. (2003). Mortality in relation to economic development. *Bulletin of the World Health Organization*. 81(11), 831-832. Dostopno na http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862003001100011&lng=en&tlng=en. 10.1590/S0042-96862003001100011 (14. september 2015).
22. Cedilnik-Gorup, Eva, ur. Zdravje zdravnikov. Učno gradivo. *Družinska medicina* 2013 (11, supp 4). Dostopno na <http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Zdravje-zdravnikov.pdf> (10.marec 2015).
23. Celin Mateja. 2013. Zdravstvo na podeželju: denar ni najboljša vaba. *Delo* (20. oktober). Dostopno na <http://www.delo.si/zgodbe/nedeljskobranje/zdravstvo-na-podezelju-denar-ni-najboljsa-vaba.html> (30. september 2013).
24. Charite Universitätsmedizin. 2010. Studienordnung des Modellstudiengangs Medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Dostopno na

http://www.charite.de/studium_lehre/studieren_an_der_charite/grundstaendige_studiengaenge/modellstudiengang_medizin/?no_cache=1&cid=69058&did=24098&sechash=f57aa659 (12. februar 2012).

25. Chatenier du, Elise, Verstegen, Jos A.A., Biemans, Harm J.A., Mulder, Martin in Omta, Onno S.W. 2010. Identification of competencies for professionals in open innovation teams. *R&D Management* 40(3): 271-280.
26. Chomsky, Noam. 1957. *Syntactic Structures*. Berlin: Mouton & Co.
27. - 1965. *Aspects of the Theory of Syntax*. Cambridge, MA: MIT Press.
28. Christensen, Leif. 2004. The Bologna process and medical education. *Med Teach* 26: 625-629.
29. Cockerham William C. 2010. *Medical Sociology*. Eleventh Edition. New Jersey: Prentice Hall.
30. Collins, Randall. 1979. *The Credential Society: An Historical Sociology of Education and Stratification*. New York: Academic Press.
31. Constable, Chief J. 1988. *Developing the Competent Manager in a UK Context*, report for the Manpower Services Commission. Sheffield: Manpower Services Commission.
32. Cooley, Charles Horton. 1922. *Human Nature and the Social Order* (Revised edition). New York: Charles Scribner's Sons. Dostopno na https://www.brocku.ca/MeadProject/Cooley/Cooley_1902/Cooley_1902toc.html (30. oktober 2015).
33. Cowan, Robin., David, Paul Allan in Foray, Dominique. 1999/2000. The Explicit Economics of Knowledge Codification and tacitness. *Industrial and corporate change* 9(2): 211-253.
34. Crawford, Robert. 2006. Health as a meaningful social practice. *Health* vol. 10: 401-420.
35. Cumming, Allan in Ross, Michael. 2007. The Tuning Project for Medicine – learning outcomes for undergraduate medical education in Europe. *Medical Teacher* 29: 636-641.
36. Cumming Allan, ur. 2011. *MEDINE 2: Medical Education in Europe*. Progress Report. Edinburgh: University of Edinburgh.
37. - 2010. The Bologna process, medical education and integrated learning. *Medical Teacher* 32: 316-318.
38. Czabanowska, Katarzyna, Klemenc-Ketiš, Zalika in Kijowska, Violetta. 2013. Does Competency-based medical education in QI at primary health care level have a comprehensive theoretical model? *Probl Med Rodz* 2013; 4(40): 71-74.

39. Czabanowska, Katarzyna, Klemenc-Ketiš, Zalika, Potter, Amanda, Rochfort, Andree, Tomasiak, Tomasz, Csiszar, Judit in Van den Bussche, Piet. 2012. Development of a competency Framework for Quality Improvement in Family Medicine: A Qualitative Study. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(3): 174-180.
40. Čižman, Milan, Bajec, Tom, Pečar Čad, Silva, Jenko, Silva, Kopač, Zdravka, Bogovič, Metka, Tratar, Franci, Štrancar Fatur, Katja, Kobal, Nataša, Mavsar Najdenov, Brigita, Drofenik, Polonca, Premuš Marušič, Alenka, Balkovec, Cvetka, Remec, Tatjana, Salemović, Danilo, Ovnič Hanuš, Alenka, Martinčič, Tatjana, Stefanič, Metka, Jošt, Maja, Sonc, Monika, Križman, Lučka, Kraševc, Mojca, Armuš Pižent, Aleksandra, Fijavž, Edita, Zorec, Marija, Žvokelj, Jana, Faganeli, Nataša, Lavra, Jadranka, Sikošek Skulj, Tatjana, Bačar, Cvetka, Hriberšek, Danila, Zorc, Marjeta, Čeplak, Polona in Veselinovič, Jelena. 2009. Poraba antibiotikov v slovenskih bolnišnicah v obdobju 2004-2008 od nacionalne ravni do ravni oddelkov. *Zdrav Vestn*; 78: 717-725.
41. Davenport, Thomas H., Prusak, Laurence. 2000. *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. Harvard Business School Press.
42. DEHEMS. Dostopno na www.dehems-project.eu (12. avgust 2010).
43. Denzin, Norman K. 1978/1989. *The Research Act. A theoretical introduction to sociological methods*. 3rd edition. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
44. Devanna, Mary Anne, Fombrum, Charles J, Tichy, Noel M in Warren, D. 1984. A framework for Strategic Human Resource Management. V Fombrum Charles J., Tichy Noel in Devanna, Mary Anne, ur. 1984. *Strategic Human Resource Management*, 33-51. New York: Wiley.
45. Dierkes, Meinolf, Child, John in Nonaka, Ikujiro. 2003. *Handbook of organizational learning and knowledge*. Oxford: Oxford University Press.
46. Dorland's medical dictionary. Dostopno na <http://www.dorlands.com/> (9. april 2011).
47. Drinovec, Jože. 2002. Profesionalizem in zdravnik. *Zdrav Vestn* 2002; 71: 751-752.
48. Drinovec, Jože in Poredoš, Pavel. 2001. Etični vidiki zdravnikovega sodelovanja s farmacevtsko industrijo. *Zdrav Vestn* 2001; 70: 465-468.
49. Dubois, David D. in Rothwell William J. 2000. *The competency toolkit (Vol. 1 of 2)* Amherst, MA: Human Resource Development Press.
50. - 2004. *Competency – based Human resource Management: Discover a New System for Unleashing the Productive Power of Exemplary Performers*. Palo Alto: Davies-Black Publishing.

51. Dubois, Carl-Ardy in Singh, Debbie. 2009. From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health* 7(1): 87.
52. European Union of Medical Specialists. 2006. *European CME/CPD Development and Structure in the Member States*. Bruselj: UEMS.
53. Eurydice. 2002. *Key Competencies*. Bruselj: European Unit.
54. Evetts, Julia. 2003a. The Sociological Analysis of Professionalism. *International Sociology* 18(2): 395-415.
55. - 2003b. The Sociological Analysis of Professionalism: occupational change in the modern world. *International Sociology* 18(2): 395-415.
56. - 2006. Organizational and Occupational Professionalism: the challenge of new public management. XVI ISA World Congress of Sociology. The Quality of Social Existence in a Globalising World Durban, South Africa. 23-29 July 2006.
57. Evropska komisija. 2000. Lizbonska strategija – cilji. Dostopno na <http://www.evropa.gov.si/si/lizbonska-strategija/cilji-lizbone-2000/#c57> (31.maj 2010).
58. Evropska komisija. 2005. Direktiva 2005/36/EC Evropskega parlamenta in sveta. Dostopno na <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2005L0036:20110324:EN:PDF> (30. december 2011).
59. Ferrie, Jane E., Shipley MJ, Davey Smith G, Stansfeld SA, Marmot Michael G. 2002. Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 56: 922-926.
60. Focault, Michel. 2007. *The Birth of the Clinic*. Accel Development.
61. Frank, Jason R., Snell, Linda S., Cate, Olle Ten, Holmboe, Eric S., Carraccio, Carrol, Swing, Susan R., Harris, Peter, Glasgow, Nicholas J., Campbell, Craig, Dath, Deepak, Harden, Ronald M., Iobst, William, Long, Donlin M., Mungroo, Rani, Richardson, Denise L., Sherbino, Jonathan, Silver, Ivan, Taber, Sarah, Talbot, Martin in Harris, Kenneth A. 2010. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher* 32: 638–645.
62. Frank, Jason R, ur. 2005a. *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
63. - 2005b. *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

64. Fraser, Sarah W. in Greenhalgh, Trisha. 2001. Complexity science. Coping with complexity: educating for capability. *BMJ* 323(7316): 799-803.
65. Freeman, Chris. 2001. The Learning Economy and International Inequality. V Archibugi, Danele in Lundvall, Bengt-Åke . 2001. *The Globalizing Learning Economy*, 147-163. Oxford: Oxford University Press.
66. Freidson, Eliot. 1973. *Professions and their prospects*. New York: Sage.
67. - 1988. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press: Chicago.
68. - 2001. *Professionalism: the third logic*. Cambridge: Polity Press.
69. Gabbay, John in le May, Andree. 2004. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ* 329(4): 1013-1018.
70. Gamble, Paul R. in Blackwell, John. 2002. *Knowledge management: a state of the art guide*. London: Kogan Page Publishers.
71. General Medical Council. 2009. *Tomorrow"s Doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education*. Dostopno na http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors_2009.pdf_39260971.pdf (30. december 2011).
72. Generalni sekretariat Vlade RS. *Evroterm - večjezična terminološka zbirka*. Dostopno na <http://evroterm.gov.si/> (11. april 2011).
73. Gill, Andreas, Ellström, Per Erik in Kock, Henrik. 2005. Why do small enterprises participate in a program for competence development? Dostopno na http://www.vet-research.net/ecer_2005/thu08/session5b/P20050000748/view?searchterm=COMPETENCE (15. junij 2010).
74. Gill, Harvey. 2005. Quality Improvement and Evidence-Based Practice: As One or at Odds in the Effort to Promote Better Health Care? *Worldview on Evidence-Based Nursing* 2(4): 52-54.
75. Goffman, Erving. 1956. *The presentation of self in everyday life*. University of Edinburgh. Dostopno na http://monoskop.org/images/1/19/Goffman_Erving_The_Presentation_of_Self_in_Everyday_Life.pdf (30. oktober 2015).
76. Goriup, Jana in Barle, Andreja. 2007. *Poglavja iz sociologije medicine*. Maribor: Medicinska fakulteta.

77. Gorman, Bridget K. in Read, Jen"nan Ghazal. 2003. Gender disparities in adult health: An examination of three measures of morbidity. *Journal of Health and Social Behavior* 47: 95-110.
78. Greiner, Ann C. in Knebel Elisa, ur. 2003. *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Institute of Medicine: Washington, D.C. Dostopno na http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10681&page=1 (18. februar 2015).
79. Grosjean, G. 2003. *Co-op in the Knowledge Economy: Critical Competencies and "Fit"*. Vancouver: University of British Columbia.
80. Gruban, Brane. 2011. So kompetence nova priložnost za opešane letne razgovore? Dostopno na <http://www.dialogos.si/slo/objave/clanki/letni-razgovori/> (5. april 2012).
81. Habermas, Jürgen in McCarthy, Tomas. 1979. *Communication and the Evolution of Society*. Beacon Press.
82. Haralambos, Michael, Holborn, Martin, Makarovič, Matej, Medved, Barbara, Ramšak, Polona in Žakelj, Mitja. 1999. *Sociologija: teme in pogledi*. Ljubljana: DZS.
83. Harrison, Stephen in Waqar, IU Ahmad. 2000. Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025. *Sociology* 34(1): 129-146.
84. Hinings, C.R. 2005. The Changing Nature of Professional Organizations. V Ackroyd, Stephen, ur. 2005. *The Oxford Handbook of Work and Organization*, 405-424. Oxford: Oxford University Press.
85. Hinze, Susan W. 1999. Gender and the body of medicine or at least some body parts: (Re)constructing the prestige hierarchy of medical specialties. *Sociological Quarterly* 40: 217-240.
86. Hochbaum, Godfrey., Rosenstock, Irwin in Kegels, Stephen. 1952. *Health belief model*. United States Public Health Service. Dostopno na [http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE_DAN_TEORI/DOC/Health %20Belief %20Model.doc](http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE_DAN_TEORI/DOC/Health%20Belief%20Model.doc) (10. september 2015).
87. Hollingshead, August B. 1973. Medical Sociology: A Brief Review. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 51(4): 531-542.
88. Horsley, Tanya, Grimshaw, Jeremy in Campbell, Craig. 2010. How to create conditions for adapting physicians' skills to new needs and lifelong learning. Dostopno na www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/124418/e94294.pdf (11.april 2011).
89. Hoyman, Michelle in Faricy, Cristopher. 2009. It takes a village. A Test of the Creative Class, Social Capital, and Human Capital Theories. *Urban Affairs Review* 44(3): 311-333.

90. Huang, Jie-Tsuen in Hsieh, Hui-Hsien. 2011. Linking Socioeconomic Status to Social Cognitive Career Theory Factors: A Partial Least Squares Path Modeling Analysis. *Journal of Career Assessment* 19(4): 452-461.
91. Hughes, Everett C. 1959. The Dual Mandate of Social Science: Remarks on the Academic Division of Labour. *Canadian Journal of Economics and Political Science* 25(4): 401-410.
92. Hutshinson, Brian, Levesque, Jean-Frederic, Strumpf, Erin in Coyle, Natalie. 2011. Primary Health Care in Canada: Systems in Motion. *Milbank Quarterly* 89: 256-288.
93. International Federation of Medical Students' Associations in Westbye, H. 2005. The Bologna Declaration and medical education: a policy statement from the medical students of Europe. *Medical teacher* 27(1): 83-85.
94. Illich Ivan. 2010. Limits to medicine. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Marion Boyars Publishers, London.
95. Institute of Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century*. The National Academies Press: Washington, DC.
96. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU. Slovar slovenskega knjižnega jezika. Dostopno na <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> (6. junij 2011).
97. International Monetary Fund. 2015. IMF Country Report No. 15/265: Republic of Slovenia. Technical Assistance Report – Establishing a Spending Review Process. Dostopno na http://www.mf.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/43/2552/ (15. oktober 2015).
98. IOM. IOM core competencies focus on collaborative care. Dostopno na <http://managedhealthcareexecutive.modernmedicine.com/managed-healthcare-executive/content/tags/affordable-care-act/iom-core-competencies-focus-collaborat?page=full> (18. februar 2015).
99. Joint declaration of the European Ministers of Education. 1999. The Bologna Declaration. Dostopno na http://www.bologna-berlin2003.de/pdf/bologna_declaration.pdf (30. december 2011).
100. Kasl, Stanislav V. in Cobb, Sidey. 1966. Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role behavior. *Archives of Environmental Health* 12(2): 246-266.
101. Kežar, Ivan. 2011. Uvajanje kompetenc v sistematizaciji delovnih mest ob presoji sveta delavcev. Združenje svetov delavcev Slovenije. Dostopno na www.delavska-participacija.com

%2Fpriloge %2FID050315.doc&usg=AFQjCNH1iEvIxOYH3A8r7UOox5OJCjU7KA (12. junij 2013).

102. Kersnik, Janko in Švab, Igor. 2004. Evropska definicija družinske medicine. Dostopno na http://www.woncaeurope.org/Web %20documents/European %20Definition %20of %20family %20medicine/Evropska_definicija_druzinske_medicine.pdf (9. april 2011).
103. Kersnik, Janko. 2010. Kakovost v zdravstvu. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Dostopno na http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Kakovost_v_zdravstvu.pdf (9. april 2011).
104. Klemenc-Ketiš, Zalika, Kuhar, Primož, Kersnik, Janko., Burazeri, Genc in Czabanowska, Katarzyna. 2014. Self-assesment Questionnaire for Family Doctors" Assesment of Quality Improvement Competencies: A Cross-cultural Adaptation in Slovenia. *Zdrav Var* 53: 34-41.
105. Klemenčič, Sonja, Hlebec Valentina. 2007. Fokusne skupine kot metoda presojanja in razvijanja kakovoti izobraževanja. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.
106. Klemp, George O. 1980. The assessment of occupational competence. Final Report. New York.
107. Kocka, Jürgen. 1990. Bürgertum and professions in the nineteen century: two alternative approaches. V Burrage, Michael, in Torstendahl, Rolf, ur. 1990. Professions in Theory and History. *Rethinking the Study of Professions*, 62-74. London: SAGE.
108. Kohont, Andrej. 2005. Kompetenčni profili slovenskih strokovnjakov za upravljanje človeških virov : magistrsko delo. Ljubljana: FDV.
109. - 2011. Vloge in kompetence menedžerjev človeških virov v kontekstu internacionalizacije. Doktorska disertacija. Ljubljana, FDV.
110. Kotnik, Mateja. 2015. Dober zdravnik, a menda slab direktor. Delo, 30. september. Dostopno na <http://www.delo.si/arhiv/dober-zdravnik-a-menda-slab-direktor.html> (30. september 2015).
111. Kramberger, Anton. 1999. Poklici, trg dela in politika : poklicni problem socialne države, empirični primeri iz Slovenije (Zbirka Znanstvena knjižnica, 35). Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
112. Krause, Elliot A. 1971. The sociology of occupations, 78-79. Michigan: Little Brown.
113. Kurdija, Slavko in Broder, Živa. 2010. Zaupanje v zdravstvo. Center za raziskovanje javnega mnenja. Dostopno na http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/aktualno/plitbarometer_2010/Microsoft_Word_-_Zaupanje_v_zdravstvo_2_2010.pdf (1. marec 2015).

114. Kusunoki, Ken. 2004. Value Differentiation: Organizing Know-What for Product Concept Innovation. V Nonaka, Ikujiro in Hirotaka, Takeuchi. 2004. Hitotsubashi on knowledge management. Singapur: John Wiley & Sons (Asia).
115. Larson, Magali S. 1977. The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis. University of California Press.
116. Leeuwenhorst Working Party. 1977. "The Work of General Practitioner" , A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Journal of the Royal College of General Practitioners 27: 117.
117. Lied, Terry R. 2001. Small hospitals and performance measurement: implications and strategies. International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 14(4): 168 -173.
118. Light, Donald W. in Hafferty, Frederic W. 1995. Professional dynamics and the changing nature of medical work. Journal of health and social behavior: 132-153.
119. Lobe, Bojana. 2006. Združevanje kvalitativnih in kvantitativnih metod – stara praksa v novi preobleki? Družboslovne razprave, XII, 53: 55-73.
120. Long, Donlin M. 2000. Competency-based Residency Training: The Next Advance in Graduate Medical Education. Academic Medicine 75(12): 1178-1183.
121. Longmore, Murray, Wilkinson, Ian in Davidson, Edward. 2010. Oxford handbook of clinical medicine. Oxford: Oxford University Press.
122. Loudon Irvine, Horder, John, Webster Charles. 1998. General Practice under the National Health Service 1948 – 1997: 251-253. Oxford: Clarendon Press.
123. Lucia, Anntoinette D. in Lepsinger, Richard. 1999. The Art and Science of Competency Models. San Francisco: Jossey-Bass / Pfeiffer.
124. Lundvall, Bengt-Åke. 2001. The Learning Economy: Some Implications for the Knowledge Base of Health and Education Systems. V OECD. 2001. Knowledge Management in the Learning Society, 125-141. Pariz: OECD.
125. Macdonald, Keith M. 1995. The sociology of the professions. London. Thousand Oakas: SAGE.
126. Maiorova, Tanja, Stevens, Fred, van der Velden, Lud, Scherpbier, Albert in van der Zee, Jouke. 2007. Gender shift in realisation of preferred type of gp practice: longitudinal survey over the last 25 years. BMC Health Services Research 7(1): 111.
127. Majcen, Milena. 2004. Prepletenost kompetenc, delovne uspešnosti in delovnih ciljev z rednim letnim razgovorom. Human Resource Management magazine 2(4): 36-41.

128. - 2009. Management kompetenc: izdelava modela kompetenc ter njegova uporaba za razvoj kadrov in za vodenje zaposlenih k doseganju ciljev. Ljubljana: GV Založba.
129. Mali, Franc. 2002. Razvoj moderne znanosti: socialni mehanizmi. Ljubljana: Založba FDV, zbirka Teorija in praksa.
130. Malnar, Brina. 2002. Sociološki vidiki zdravja. V Toš, Niko in Malnar, Brina, ur. 2002. Družbeni vidiki zdravja. Sociološka raziskovanja odnosa do zdravja in zdravstva, 3-32. Ljubljana: FDV-IDV.
131. Martimianakis, Maria Athina, Maniate, Jerry M. in Hodges, Brian David. 2009. Sociological interpretations of professionalism. *Medical Education* 43: 829-837.
132. McAdam, Rodney in Reid, Renee. 2002. A comparison of public and private sector perceptions and use of knowledge management. *Journal of European Industrial Training* 24(6): 317-329.
133. McClelland, David C, Atkinson, John W., Clark, Russel A. in Lowell, Edgar L. 1976. The achievement motive. London: Wiley.
134. McClelland, David C. 1988. How motives, skills, and values determine what people do? *American Psychologist* 40: 812-825.
135. McLagan, Patricia A. 1989. Models for HRD Practice. *Training and Development Journal* 43(9): 49-59.
136. Mechanic, David. 1995. Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science and Medicine* 41: 1207-1216.
137. Meglič, Matic, Marušič, Dorjan, Anžur, Aleš in Kodele, Drago. 2007. Opremljenost in uporaba IT v bolnišnicah in zdravstvenih domovih v Sloveniji. *Informatica Medica Slovenica* 12(2): 34-9.
138. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. 2013. Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji. Dostopno na http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mreza_na_primarni__sekundarni_in_terciarni_ravni/Mreza_za_ZS_13-11-2013-lektorirano.pdf (10. avgust 2015).
139. Mirabile, Richard J. 1997. Everything you wanted to know about competency modeling. *Training & Development* 51(8): 73.
140. MMC RTV SLO/STA. Primer Nekrep: "Sram me je, da sem zdravnik". 2009. Dostopno na <http://www.rtv slo.si/zdravje/novice/primer-nekrep-sram-me-je-da-sem-zdravnik/217784> (10. september 2015).

141. Možina, Stane, Svetlik, Ivan, Jamšek, Franc, Zupan, Nada in Vodovnik Zvone, ur. 2002. Management kadrovskih virov. Ljubljana: Založba FDV.
142. Mulej, Matjaž., Ženko, Zdenka in Kajzer, Štefan. 2004: Dialektična teorija sistemov in invencijsko-inovacijski management. Maribor. Management Forum. Dostopno na <http://www.epf.uni-mb.si/default.aspx> (12. maj 2010).
143. Murray, Christopher J.L. in sodelavci. 2015. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. The Lancet Published Online Dostopno na [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X) (26. avgust 2015).
144. Nancarrow, Susan A. in Borthwick, Alan M. 2005. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociology of Health & Illness* 27: 897–919.
145. Nonaka, Ikujiro in Hirotaka Takeuchi. 1995: *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. Oxford University Press.
146. Novak, Boštjan. 2009. Sistemi napredovanja v državni upravi. Primerjalna analiza. Univerza na Primorskem. Diplomsko delo, 19-21.
147. Numerato, Dino, Salvatore, Domenico in Fattore, Giovanni. 2011. The impact of management on medical professionalism: a review. *Sociology of Health & Illness* 34(4): 626-644.
148. OECD. 2001. Definition and selection of competencies: Theoretical and Conceptual Foundations. Dostopno na <http://www.oecd.org/dataoecd/48/22/41529556.pdf> (11. april 2011).
149. - 2005a. DeSeCo: Definition and Selection of Key Competencies. Dostopno na <http://www.oecd.org/dataoecd/47/61/35070367.pdf> (11. april 2011).
150. - 2005b. Summary of the final report "Key Competencies for a Successful Life and a Well-Functioning Society". Dostopno na http://www.portal-stat.admin.ch/deseco/deseco_finalreport_summary.pdf (12. maj 2010).
151. - 2013. Health at a glance 2013: OECD indicators. OECD Publishing. Dostopno na http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (20. januar 2015).
152. Oleszczyk, Marek, Švab, Igor, Seifert, Bohumil, Krztoń-Królewiecka, Anna in Windak, Adam. 2012. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. *BMC family practice* 13(1): 15.
153. Paavola, Sami, Lipponen, Lasse in Hakkarainen, Kai. 2004. Models of Innovative Knowledge Communities and Three Metaphors of Learning. *Review of Educational Research* 74: 557-576.

154. Pahor, Majda. 1999. Zdravstvena sociologija. Teorija in praksa 36(6): 1014-1026.
155. - 2006. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki kot družbeni pojav. Zdrav Vestn 71: 43-7.
156. Palsson, Runolfur, Kellett, John, Lindgren Stefan, Merino, Jamie, Semple, Colin in Sereni, Daniel. 2007. Core competencies of the European internist: A discussion paper. Eur J Intern Med 18(2): 104-108.
157. Parsons, Talcott. 1951. The Social System. Glencoe, Ill.: The Free Press.
158. Patricio, Madalena, den Engelsen, Corine, Tseng, Dorine in ten Cate, Olle. 2008. Implementation of the Bologna two-cycle system in medical education: Where do we stand in 2007? - Results of an AMEE-MEDINE survey. Med Teach 30(6): 597-605.
159. Patterson, Fiona, Ferguson, Eamonn, Lane, Pat, Farrell, Kathleen, Martlew, Joy in Wells, Allison. 2000. A competency model for general practice: implications for selection, training, and development. Br J Gen Pract 50: 188-193.
160. Patterson, Fiona, Ferguson, Eamonn in Thomas, Sarah. 2008. Using job analysis to identify core and specific competencies: implications for selection and recruitment. Medical Education 42(12): 1195-1204.
161. Pausolo, Hannele in Rahkonen, Ossi. 1989. Sociology of Health in Finland: Fighting an Uphill Battle? Acta Sociologica 32: 261-274.
162. Pavitt, Keith. 1992. Internationalisation of technological innovation. Science and Public Policy 19(2): 119-123.
163. Pavlin, Samo in Kogovšek Tina. 2007. Qualitative and Quantitative Approaches to the Measurement of Complex Social Phenomena: a Case of Occupational Professionalisation. Metodološki zvezki 4(2): 99-115.
164. Pavlin, Samo. 2003. Uvod k družbi, ki temelji na znanju. Poročilo v okviru projekta Dejavniki in indikatorji razvoja na znanju temelječe (slovenske) družbe. Ljubljana: IER in FDV.
165. - 2007. Vloga znanja pri profesionalizaciji poklicev. Ljubljana: FDV.
166. Pavlin, Samo in Judge, Adam Nigel, ur. 2009. Development of Competencies in the World of Work and Education. HEGESCO report. Dostopno na <http://www.hegesco.org/content/view/36/108/> (26. maj 2010).

167. Pavlin, Samo, Švab, Igor in Kovačič, Helena. 2008: Ugotavljanje in razvijanje ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) zdravnikov kot izhodišče za modernizacijo izobraževalnega programa. *Zdrav vars* 47(3): 106-116.
168. Peck, Caty, McCall, Martha, McLaren, Belinda in Rotem, Tai. 2000. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ* 320: 432-435.
169. Penciner, Rick, Langhan, Trevor, Lee, Richard, McEwen, Jill, Woods, Robert A. in Bandiera, Glen. 2011. Using a Delphi process to establish consensus on emergency medicine clerkship competencies. *Medical Teacher*, 33(6): 333-9.
170. Penrose, Edith Tilton. 1995[1959]: *The theory of the growth of the firm*. Oxford: Oxford University Press.
171. Pezdirc, Marija Sonja. 2005. *Kompetence v kadrovski praksi*. Ljubljana: GV izobraževanje.
172. Pfadenhauer, Michaela. 2003. Crisis or Crash? Problems of legitimation and loss of trust of modern professionalism. Murcia: 6th ESA Conference.
173. Phillips, Susan P. 2008. Models of medical education in Australia, Europe and North America. *Medical Teacher* 30: 705-709.
174. Pickard, Susan. 2009. The Professionalization of General Practitioners with a Special Interest: Rationalization, Restratification and Governmentality. *Sociology* 43(2): 250-267.
175. Plsek, Paul E. in Greenhalgh, Trisha. 2001. Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ* 323: 625-628.
176. Plsek, Paul E in, Wilson, Tim. 2001. Complexity science: Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. *BMJ* 323: 746-749.
177. Pondelek, Damjana. 2014. Sami in nemočni v središču kriznih situacij in afer. *Pharmonia* 42-49. Dostopno na <http://www.urednica.si/wp4/wp-content/uploads/Sami-in-nemo%C4%8Dni-v-sredi-%C5%A1-%C4%8Du-kriznih-situacij-in-afer.pdf> (10. september 2015).
178. Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem. URL RS 165/00. Dostopno na <http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=399> (15. november 2011).
179. Pravilnik o zdravniških licencah. URL RS 136/06. Dostopno na <http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=391> (15. november 2011).
180. Preston, Samuel H. 1975. The changing relation between mortality and level of economic development. *Population studies* 29(2): 231-248.

181. Prideaux, David. 2003. ABC of learning and teaching in medicine: Curricular design. *Bri Med J* 326: 268-270.
182. Program pripravništva za poklic zdravnik. URL RS 98/1999. Dostopno na <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=199533&stevilka=1597> (15. november 2011).
183. Ramšak-Pajk, Jožica in Rajkovič, Vladislav. 2004. Kariera medicinske sestre in samoevalvacijski model. *Obzor Zdr N* 38: 21-9.
184. Rastogi, P.N. 2003. The nature and role of IC - rethinking the process of value creation and sustained enterprise growth. *Journal of Intellectual Capital* 4(2): 227-248.
185. Rednak, Andreja. 2015. Kako se hoče Rajko Kenda skriti pred odgovornostjo. *Finance*. Dostopno na [http://zdravstvo.finance.si/8835592/Kako-se-ho %C4 %8De-Rajko-Kenda-skriti-pred-odgovornostjo](http://zdravstvo.finance.si/8835592/Kako-se-ho-%C4%8De-Rajko-Kenda-skriti-pred-odgovornostjo) (10. september 2015).
186. Reinalda, Bob in Kulesza-Mietkowski, Ewa. 2006. *The Bologna Process - Harmonizing Europe's Higher Education*. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich Publishers.
187. Ritzer, George in Walczak, David. 1988. Rationalization and the deprofessionalization of physicians. *Social Forces* 67: 1-22.
188. Robotham, David in Jubb, Richard. 1997. Competencies in Management Development. *Journal of European Industrial Training* 21(5): 171-175.
189. Royal College of Physicians and surgeons of Canada. The CanMEDS Physician competency Framework. Dostopno na <http://rcpsc.medical.org/canmeds/index.php> (15. junij 2010).
190. Samanta, Ash, Samanta, Jo. 2005. Evidence-based medicine: A clinical governance tool for rationalising or rationing health care? *Clinical Governance: An International Journal* 10(4): 308-313.
191. Sanghi, Seema. 2009. *The Handbook of Competency Mapping: understanding, designing and implementing competency models in organizations*. New Delhi: Sage Publication.
192. Schlette, Sophia, Froelich, Anne in Marti, Tino. 2009. *The Bellagio Model: Population-oriented Primary Care*. Predstavitev - international Forum on Quality and Safety in Health Care. Berlin. Dostopno na http://www.hpm.org/Downloads/Events/Bellagio_Model_Berlin.pdf (18. februar 2015).
193. Schroder, Harold M. 1989. *Managerial Competence: The Key to Excellence*. Dubuque, IA: Kendall-Hunt.

194. Schultz, Theodore W. 1961. Investment in Human Capital. *American Economic Review* (March): 1-17.
195. Seljak, Janko in Kvas, Andreja. 2004. Sprememba odnosov v zdravstvenem varstvu kot predpogoj za uspeh zdravstvene reforme. *Uprava* II(1/2004): 109-124.
196. Semejin, Judith, Boone, Cristophe, van der Velden, Rolf in van Witteloostuijn, Arjen. 2004. Graduates' personality characteristics and labor market entry – an empirical study among Dutch economics graduates. *Economics of Education Review* 24: 67-83.
197. Senge, Peter M. 1990/1994. *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Currency Doubleday.
198. Shilling, Chris. 2002. Culture, the 'sick role' and the consumption of health. *The British Journal of Sociology* 53: 621-638.
199. Siegrist, Hannes. 1990. Professionalization as a process: patterns, progression and discontinuity. V Burrage, Michael in Torstendahl, Rolf, ur. 1990. *Professions in Theory and History. Rethinking the Study of Professions*, 177-202. London: SAGE.
200. Smith, Richard. 2003. What doctors and managers can learn from each other? *BMJ* 326: 610-611.
201. Spence, Michael. 1973. Job Market Signalling. *Quarterly Journal of Economics* 87: 355-374.
202. Spencer, Lyle M. in Spencer, Signe M. 1993. *Competence at work: models for superior performance*. New York: Wiley. Str. 9.
203. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2010. ZZZS. 2010. Dostopno na <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/9A5C83D33340B453C12576FD00468384> (15. november 2011).
204. Stankosky, Michael. 2005. *Creating the discipline of knowledge management: the latest in University research*. Elsevier. Amsterdam.
205. Starfield, Barbara, Leiyu, Shi in Macinko, James. 2005. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 83(3): 457-502.
206. Storey, Les, Howard, John in Gillies, Alan. 2006. *Competency in Healthcare. A practical guide to competency frameworks*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
207. SURS. 2014. Izdatki in viri financiranja zdravstvenega varstva, Slovenija, 2012 . Dostopno na http://www.stat.si/novica_prikazi.aspx?id=6382 (20. januar 2015).
208. Svetlik, Ivan. 1999a. Sodobni izzivi profesionalizmu. *Knjižnica* 43(2/3): 7-18.

209. --- 1999b. Profesionalnost in kakovost v knjižničarstvu. Knjižnica 43(2/3): 7-18.
210. Svetlik, Ivan in Pavlin, Samo. 2004. Izobraževanje in raziskovanje za družbo znanja. Teorija in praksa 41(1-2): 199-211.
211. Svetlik, Ivan, Trbanc, Martina, Lipavec, Alena in Ignjatović, Miroljub. 1996. Kriteriji za ugotavljanje ravni uspešnosti. Ljubljana: FDV.
212. Svetlik, Ivan in Nada Zupan, ur. 2009. Menedžment človeških virov. Ljubljana : Fakulteta za družbene vede.
213. Švab, Igor. Načela družinske medicine. Dostopno na http://www.drmed.org/druzinska_medicina/vec.htm (9. april 2011).
214. Švab, Igor, Ribarič, Samo, Plemenitaš, Ana, Kopač, Igor in Pirtošek, Zvezdan. 2004. Sodobno medicinsko izobraževanje. Zdrav vestn 73: 109-11.
215. Talbot, Martin. 2004. Monkey see, monkey do: a critique of the competency model in graduate medical education. Medical Education 38(6): 587-92.
216. Terseglav, Saška Aleksandra. 2014. Pomen komunikacijskih kompetenc zdravnikov v procesu diagnostike in zdravljenja. Doktorsko delo. UL FDV, Ljubljana.
217. Toš, Niko, Malnar, Brina, ur. 2002. Družbeni vidiki zdravja. Ljubljana: FDV.
218. Turner, Bryan S. 1995. Medical power and social knowledge. London: Sage Publications.
219. Ule, Mirjana, Malnar, Brina in Kurdija, Slavko. 2014. Health and Medicine in Transition. Dunaj: Edition Echoraum & Steinbeis-Transferzentrum/Neue Kybernetik.
220. Ule, Mirjana. 2003. Spregledana razmerja: o družbenih vidikih sodobne medicine. Ljubljana: Aristej.
221. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta. Predstavitveni zbornik : enovit magistrski študij druge stopnje - medicina. Dostopno na <http://www.mf.uni-lj.si/dokumenti/b5825a84842d79450f105cdaed1fd915.pdf> (30. december 2011).
222. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, kurikularna komisija. 2003. Posodobitev študija na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Predlog kurikularne komisije. Dostopno na [http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=medicinska %20fakulteta %20v %20ljubljanimaastricht&source=web&cd=8&ved=0CFAQFjAH&url=http %3A %2F %2Fandper.files.wordpress.com %2F2011 %2F02 %2Fposodobitev-studija.doc&ei=_4UBT_r1KZGd-waM5oDWAQ&usg=AFQjCNFTEQjpFzZnQIazpDXFeKaRdgQaQQ](http://www.google.si/url?sa=t&rct=j&q=medicinska%20fakulteta%20v%20ljubljanimaastricht&source=web&cd=8&ved=0CFAQFjAH&url=http%3A%2F%2Fandper.files.wordpress.com%2F2011%2F02%2Fposodobitev-studija.doc&ei=_4UBT_r1KZGd-waM5oDWAQ&usg=AFQjCNFTEQjpFzZnQIazpDXFeKaRdgQaQQ) (30. december 2011).

223. Univerza v Mariboru – Medicinska fakulteta. 2007. Vloga za pridobitev soglasja k študijskemu programu Medicinske fakultete Univerze v Mariboru (akreditacija enovitega magistrskega študijskega programa splošna medicina). Dostopno na http://www.mf.uni-mb.si/attachments/083_program.pdf (30. december 2011).
224. Uradni list RS, št. 14/1994. Kolektivna pogodba za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji. Dostopno na <https://www.uradni-list.si/1/content?id=68480> (10. september 2015).
225. Uradni list RS, št. 48/15. Pravilnik o zdravniških licencah. Dostopno na <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV2225#> (15. oktober 2015).
226. Van Beveren, John. 2003. Does health care for knowledge management? *Journal of Knowledge Management* 7(1): 90-95.
227. Van der Velden, Rolf. 2007. The Flexible Professional in the Knowledge Society New Demands on Higher Education in Europe. 6OP. Dostopno na <http://www.fdewb.unimaas.nl/roa/reflex/> (31. maj 2010).
228. Van der Velden, Rolf in Wolbers, Maarten. 2004. How much does education matter and why? Research Centre for Education and the Labor Market. Maastricht University.
229. Vlada RS 2005a. Okvir gospodarskih in socialnih reform za povečanje blaginje v Sloveniji. Dostopno na http://www.vlada.si/fileadmin/dokumenti/si/projekti/projekti_do_2009/Okvir_gosp-soc-reform-2005-Vlada.pdf (11. november 2013).
230. - 2005b. Program reform za izvajanje Lizbonske strategije. Dostopno na http://www.umar.gov.si/fileadmin/user_upload/projekti/04_pr-lizbona.pdf (11. november 2013).
231. Vogrinc, Janez. 2008. Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta: 99-118.
232. Voyer, Daniel in Voyer, Susan D. 2014. Gender Differences in Scholastic Achievement: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin* 140(4): 1174-1204.
233. Vrhnjak, Blaž. 2007. Javno zasebno partnerstvo v teoriji. *Zdrav Vestnik* 76: 481-486.
234. Vrhnjak, Blaž in Azuara, Sylvia G. 2010. HOPE Exchange Program: The Chronic Patient – a Clinical and Managerial Challenge. Report. Dostopno na <https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjABahUKEwiV49KY3bLHAhWDWxQKHbUOckk&url=http%3A%2F%2Fwww.sb-sg.si%2FUserFiles%2FFile%2FHOPE%25202010%2520Exchange>

%2520program.pdf&ei=1DHTVZWpDoO3UbWdqMgE&usg=AFQjCNFtkrRodYahGvVVcEIhIAPHXqF5zg&sig2=Tf1Rfb8605o3nreCYLAtng&bvm=bv.99804247,d.d24 (10. avgust 2015).

235. Weber, Max. 1922/1978. *Economy and Society*, vols. I & II. Berkeley: University of California Press.
236. Weinert, Franz E. 2001. Concept of competence: A conceptual clarification. Defining and selecting key competencies. V Rychen, Dominique Simone in Salganik, Laura Hersh, ur. 2001. *Defining and selecting key competencies*, 45-65. Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers.
237. White, Kevin. 2009. *An introduction to the sociology of health and illness*. London: Sage publications.
238. WHO 1988. Sex differentials in life expectancy and mortality in developed countries: an analysis by age groups and causes of death from recent and historical data. *Popul Bull UN*. 25: 65-107.
239. - 2005. *Knowledge Management Strategy*. Dostopno na <http://www.who.int/kms/about/strategy/en/> (13. februar 2014).
240. Wilensky, Harold L. 1964. The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology* 70(2): 137-158.
241. Wilson, Tim in Holt, Tim. 2001. Complexity science: Complexity and clinical care. *BMJ* 323: 685-688.
242. WONCA Europe (The European Society of General Practice / Family Medicine). 2002. *The European Definition of General Practice/Family Medicine*. Barcelona: WONCA.
243. World Federation for Medical Education and the Association for Medical Education in Europe (in consultation with the Association of Medical Schools in Europe and the World Health Organisation (Europe) 2005. *WFME/AMEE statement on the Bologna process and Medical Education*. Dostopno na http://www.aic.lv/bologna/Bologna/contrib/Statem_oth/WFME-AMEE.pdf (30. december 2011).
244. Zadel, Aleksander. 2005a: *Ways of successful training and the development of competence*. Dostopno na www.fm-kp.si/zalozba/ISBN/961-6486-71-3/211-229.pdf (15. junij 2010).
245. Zairi, Mohamed. 1998a. Managing human resources in healthcare: learning from world class practices - part I. *Health Manpower Management* 28(2): 48-57.
246. - 1998b. Managing human resources in healthcare: learning from world class practices - part II. *Health Manpower Management* 28(2): 58-65.

247. Zakon o zdravniški službi (ZzdrS). Ur.l. RS, št. 98/1999. Dostopno na http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r05/predpis_ZAKO1395.html (11. maj 2010).
248. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). URL RS 23/2005. Dostopno na <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200523&stevilka=778> (15. november 2011).
249. Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje. Dostopno na <http://www.ess.gov.si/ncips/cips/> (15. november 2011).
250. Zdravniška zbornica Slovenije. 1994. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Dostopno na <http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386> (10. maj 2010).
251. - 2004. Vsebina specializacije iz družinske medicine. Dostopno na <http://www.zdravniskazbornica.si/library/includes/file.asp?FileId=160> (20. januar 2015).
252. - 2014. Članstvo zdravniške zbornice na dan 1.7.2014. Dostopno na <http://www.zdravniskazbornica.si/f/6440/clanstvo-2014> (20. januar 2015).
253. Zdravstveni dom Nova Gorica. Pravilnik o sistemizaciji delovnih mest. Dostopno na http://www.google.com/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.zd-go.si%2Fobvestila%2Fadmin%2Fdatoteke%2Fsplosni%2FPravilnik%2520o%2520sistemizaciji%2520delovnih%2520mest.pdf&rct=j&q=sistemizacija%20delovnih%20mest%20zdravstveni%20dom%20nova%20gorica&ei=eQ6iTc-XJlFpsgbogPWNAg&usg=AFQjCNHt7EYdojVJa1Qc_Hnwwq4QLDXS1Xg&sig2=qyMblmaA4ARh79rvGiLMxw&cad=rja (10. april 2011).
254. Zemke, Ron. 1982. Job competencies: Can they help you design better training? Training 19(5): 28-31.
255. Zupanič, Milena in Vukelić, Majda. 2013. Brežiška zdravnica jutri v zapor na Ig. Delo 55/226 (30. september).

STVARNO IN IMENSKO KAZALO

A		F	
Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME).....	56, 57, 58, 106, 118	feministični pristop.....	8, 16, 17
analiza dela.....	33, 34	feminizacija zdravništva.....	53
B		Flexnerjevo poročilo.....	45
Bellagio model.....	57, 58	Friedson.....	29
Beveridgeov model.....	54	funkcionalistični pristop.....	8, 16, 101
Bismarckov model.....	54	G	
bolezen kot deviantnost.....	15	generične kompetence.....	59
bolonjski proces.....	45, 46	Giddensova teorija strukturacije.....	8, 16, 101
Boyatzis.....	10, 11, 38, 110, 119	glavni raziskovalni problem.....	9
C		Goffman.....	17
Canadian Medical Education Directions for Specialists.....	56	H	
CanMEDS.....	51, 57, 58	health belief model.....	19
Charite.....	51	HEGESCO.....	72
Comte.....	7, 14	hipoteze.....	74, 95, 96, 97
Crawford.....	18	I	
D		Illich.....	15, 109, 125
DALY.....	21	izobraževanje zdravnikov.....	46, 47, 48, 57
delovno specifične kompetence.....	11, 38	J	
deprofesionalizacija.....	31, 32	javne zdravstvene organizacije.....	41
družbeni status.....	20, 28	javno zdravje.....	14
družinska medicina.....	22, 49, 52	Jutrišnji zdravniki.....	50
E		K	
Eurydice.....	11, 37, 122	kirurgija.....	49, 52
Evroterm.....	36	kompetence.....	59
		kompetenčni pristop.....	35
		Kramberger.....	30

L
Lizbonska strategija 6

M
MacDonaldov profesionalni projekt 30
marksizem.....8, 16, 101
Marx..... 16, 18
McClelland.....8, 10, 36, 37, 128
Millerson 29
možnosti mednarodne mobilnosti..... 77

N
načrtovanje karier 100

O
obnašanje v bolezni..... 19
obnašanje v času bolezni..... 18
overskilled..... 82

P
Parsons15, 16, 130
Pavlin..... 56
poklic27, 28, 29, 30, 31, 40, 74
poklicno specifične kompetence 59
Praktik.um 73
prednosti raziskave..... 104
Preston..... 21
pripravnštvo 42, 43
profesija10, 27, 28, 29
profesionalizacija28, 30, 31, 32, 105
profesionalizem pri zdravnikih 30
psihosocialni model..... 19

Q
Quality Improvement Competency Framework 57,
58

R
REFLEX..... 72
Rosenstock..... 19

S
Sfardova..... 38
simbolični interakcionizem..... 8, 16, 101
slabosti raziskave 104
Slovar slovenskega knjižnega jezika..... 27, 36
socialna medicina 14
socioekonomski status..... 16, 20, 21
sociologija..... 7, 10, 13, 16, 109, 124
sociologija medicine..... 7, 14
specializacija zdravnikov 43
splošna medicina..... 47, 48, 49
strokovno napredovanje 78
struktura raziskave 63
Svetlik 28
Svetovna zdravstvena organizacija 6
Svetovno združenje družinskih zdravnikov 56

T
teoretski lok..... 10, 101
Terseglavova..... 62

U
učenje 40
učne metode..... 40
ULMF..... 45, 47, 48, 49
UMMF..... 45, 47, 48, 49
underskilled 82
upravljanje človeških virov..... 8, 33, 35, 126

V
Virchow 7, 8, 14
vodenje projektov..... 79
vpogled v kasnejša delovna okolja 80

W

Weber.....	18, 20, 32
Webrova teorija delovanja	8, 16, 101
Whitehall I.....	20, 79
Whitehall II	20

Z

z dokazi podprto zdravljenje	34
------------------------------------	----

zdravnik družinske medicine.....	59
Zdravniška zbornica	44
Zdravniška zbornica Slovenije	43, 73

Ž

življenje kot gledališče.....	17
-------------------------------	----

