

UGOTAVLJANJE IN RAZVIJANJE KLJUČNIH PODROČIJ USPOSOBLJENOSTI (KOMPETENC) ZDRAVNIKOV KOT IZHODIŠČE ZA MODERNIZACIJO IZOBRAŽEVALNEGA PROGRAMA

IDENTIFICATION AND DEVELOPMENT OF KEY COMPETENCES OF DOCTORS AS A STARTING POINT FOR MODERNIZING THE EDUCATIONAL PROGRAMME

Samo Pavlin¹, Igor Švab², Helena Kovačič¹

Prispelo: 26. 11. 2007 – Sprejeto: 27. 5. 2008

Izvirni znanstveni članek
UDK 614.25:377.1

Izvleček

Namen: Ugotoviti, v kolikšni meri študijski program splošne medicine v Sloveniji (Medicinska fakulteta, Ljubljana) vpliva na razvoj ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) bodočih zdravnikov.

Metode: Analiza relevantne literature; izvedensko vodena delavnica s skupino 'odličnih študentov' (N=9) zadnjih dveh letnikov splošne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Rezultati: Študijski program splošne medicine v Ljubljani na podlagi rezultatov analize odgovorov anketiranih študentov, študentov ne pripravi v zadostni meri za: motiviranje in vodenje bolnikov, sposobnost empatije (vživljanja) z ustrezno čustveno distanco, obvladovanje timskega dela, ne vpliva pa dovolj na razvoj komunikacijske usposobljenosti.

Zaključek: Študij splošne medicine v Ljubljani bi moral posvečati več pozornosti razvoju od situacije odvisne usposobljenosti in socializiranju študentov v to obliko učenja. To bi bilo mogoče tako z uvedbo posebnih učnih predmetov kot z organiziranjem posebnih modulov v okviru izvajanja obstoječe študijske prakse.

Ključne besede: študijski programi, splošna medicina, usposobljenost, kompetence, Slovenija

Original scientific article
UDC 614.25:377

Abstract

Objective: To determine to what extent the general medicine training programme at the Faculty of Medicine, University of Ljubljana, Slovenia, impacts the development of key competences of future medical doctors.

Methods: Analysis of relevant literature on key competences; expert workshop with the focus group of 'the best students' (N=9) in the last two years at the Faculty of Medicine in Ljubljana.

Results: The survey results showed that training in general medicine at the Ljubljana Faculty of Medicine does not prepare students adequately for providing motivation and guidance to their patients, to feel empathy with some preservation of emotional distance, to manage team work and to master communication skills.

Conclusions: General medicine training programme offered at the Ljubljana Faculty of Medicine should place greater focus on the development of situation-related competences and socialization of students. This goal can be achieved by enriching the present curriculum with new specialized subjects and by integrating new teaching modules into current teaching practices.

Key words: study programmes, general medicine, competencies, Slovenia

¹ Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, Kardeljeva ploščad 5, 1000 Ljubljana

² Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana
Kontakti naslov: e-pošta: samo.pavlin@fdv.uni-lj.si

1 Uvod

V sodobni družbi pri delu strokovnjakov ni več pomembno samo, kaj znajo, temveč tudi, kakšne značilnosti morajo imeti, da svoje delo lahko dobro opravljajo. V tem prispevku argumentacijo gradimo na predpostavki, da ima teoretično znanje medicine svoj smisel šele takrat, ko ga zdravniki uspejo nadgraditi s komunikativnostjo, z obvladovanjem stresa, motiviranjem drugih in ostalimi ključnimi področji usposobljenosti (kompetence), kar je značilno tudi za mnoge druge poklice. V tem kontekstu nas zanima, kdo nosi glavno odgovornost za razvoj omenjenih področij usposobljenosti (kompetenc): univerzitetni izobraževalni program ali pa skrbniki dodatnih izobraževanj ob delu, mentorji, lastna pobuda bodočih zdravnikov ali njihovi nadrejeni. Ne glede na razmerje, ki ga pri razvoju področij usposobljenosti (kompetenc) bodočih zdravnikov nosijo omenjeni akterji, smernice Bolonjske deklaracije (1) jasno opozarjajo, da profesionalno zdravniško znanje kot rezultat informacijsko-procesnega učenja ni edina naloga dodiplomskega študija splošne medicine.

V nadaljevanju predstavljamo dva teoretska sklopa, kamor bomo umestili empirično raziskavo. Prvi teoretski sklop so sociološke teorije, ki se kritično sprašujejo, ali je temeljna vloga izobraževalnega sistema predvsem pravilno certificiranje, ali pa bolj priprava diplomantov na opravljanje dela. Drugi teoretski sklop pa so avtorji s področja analize usposobljenosti v sferi izobraževanja in dela. Razlagalna narava tega članka je osnova za vpogled v institucionalne mehanizme razvijanja usposobljenosti zdravnikov splošne medicine.

1.1 Pogled relevantnih socioloških teorij

Funkcionalistična paradigma sociologije profesij (2, 3) in teorija človeškega kapitala (4, 5) ugotavljata, da igra formalni sistem izobraževanja pri usposabljanju bodočih strokovnjakov ključno vlogo, še zlasti zaradi zgodnje socializacije bodočih diplomantov v poklic. Doktrina pozitivne funkcije izobraževalnega sistema je doživela ostre kritike že kmalu po tem, ko se je pojavila. Številni avtorji (6-8) so namreč opozorili, da se začne stroka, ki ima podporni izobraževalni sistem, ukvarjati sama s seboj v trenutku, ko doseže dovolj visoko stopnjo institucionalnega zaledja. Temu pritrjujeta certifikatna teorija (9) in teorija omrežij (10). Prva poskuša dokazati, da opravlja izobraževalni sistem predvsem funkcijo kontrole dostopa do trga dela, druga pa izobraževalne sisteme omeji na funkcijo generatorjev socialnih vezi.

Danes večina avtorjev soglaša, da izobraževalni sistemi pozitivno vplivajo na razvoj področij usposobljenosti

(kompetenc) posameznika in na njegovo pripravo za vstop v svet dela. Vendar pa ostaja vprašanje dometa tega vpliva še vedno zelo odprto. Na razvoj usposobljenosti poleg izobraževalnega sistema močno vplivajo tudi individualne značilnosti posameznika, še zlasti osebna stališča in predstave posameznikov o možnosti lastnega vplivanja na svojo usodo in kariero, tj. (samo)iniciativnost, (samo)motiviranost ter dovzetnost za iskanje izzivov (11).

Zato lahko posamezniki iščejo razloge za kakovost zdravstvenih storitev pri dveh različnih in ne nujno povezanih virih. Prvi se nanaša na urejenost zdravstvenega sistema in organizacijske pogoje dela medicinskega osebja, drugi pa na zagotavljanje usposobljenosti zdravniškega osebja. V nadaljevanju bomo izhajali predvsem iz druge komponente in vloge, ki naj bi jo pri tem imel formalni izobraževalni sistem, ter se pri tem osredotočili na kompetenčni pristop (12).

1.2 Opredelitev področij usposobljenosti (kompetenc)

Usposobljenost (kompetenca) lahko opredelimo kot vidike znanja, motivov, samopodobe in vrednot posameznika, ki vplivajo na to, kako bo ta posameznik deloval v konkretni delovni situaciji (13). Ta definicija se še posebej dobro dotakne koncepta temeljnega oziroma ključnih področij usposobljenosti (kompetenc), ki vpliva na delovanje ostalih. Skupne so večjemu številu posameznikov, družbenih in poklicnih skupin. Iz te definicije izhaja Eurydicov (14) nabor ključnih usposobljenosti (komunikacija, delo z drugimi, reševanje problemov, računska pismenost, uporaba informacijske in komunikacijske tehnologije, učiti se učiti in druge) in nabor ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) Evropske komisije (15) (sporazumevanje v maternem jeziku, sporazumevanje v tujem jeziku, matematična pismenost, znanost in tehnologija, digitalna usposobljenost, učenje učenja, medosebna, medkulturna, družbena in državljanska usposobljenost, podjetnost in kultura). Sporazumevanje je torej na vrhu lestvic področij usposobljenosti (kompetenc), ki jih navajajo številne evropske institucije. Sporazumevanje je poleg poslovanja ambulate in obvladovanja kliničnih veščin tudi temeljna veščina zdravnikov družinske medicine (16) in je prisotna predvsem med bolnikom in zdravnikom.

S področja razvoja usposobljenosti v terciarnem izobraževanju predstavlja ključno raziskovalno dejavnost v evropskem raziskovalnem prostoru Reflexova³ raziskava (17). Celoten nabor te lestvice prikazujemo v Tabeli 1.

³Akronim izhaja iz naslova projekta: Research into Employment and professional FLEXibility.

Tabela 1. *Razširjeni nabor ključnih usposobljenosti (kompetenc), ki ga je v 6. okvirnem programu EU opredelil raziskovalni konzorcij Reflex.*

Table 1. *Broadened set of key competences defined by the REFLEX project within the EU 6th Framework Program.*

a. Strokovnost in praksa na svojem področju <i>Professional competence and skills in own field</i> b. Znanje na drugih področjih (kar ni neposredno povezano z mojim delom) <i>Knowledge of other disciplines (not directly connected with one's work)</i> c. Zaznavanje razumevanja problema <i>Ability to identify and understand the problem</i> č. Sposobnost hitrega osvajanja novega znanja <i>Fast acquisition of new knowledge</i> d. Sposobnost učinkovitega pogajanja <i>Effective negotiating skills</i> e. Sposobnost dela pod stresom <i>Ability to work under stress</i> f. Pripravljenost zagrabit priložnost <i>Readiness to grasp an opportunity</i> g. Sposobnost koordiniranja dejavnosti <i>Skills to coordinate activities</i> h. Sposobnost učinkovite uporabe časa <i>Effective use of time</i> i. Sposobnost produktivnega sodelovanja z drugimi (timsko delo) <i>Productive cooperative work skill(team work)</i> j. Sposobnost motiviranja drugih <i>Ability to motivate others</i> k. Sposobnost jasnega izražanja <i>Ability to express oneself clearly</i> l. Sposobnost vzpostavljanja lastne avtoritete pri drugih (postaviti se zase) <i>Ability to assert one's authority (to stand up for one's rights)</i>	m. Sposobnost dela z računalnikom in internetom <i>Computer and internet skills</i> n. Sposobnost iskanja novih idej in rešitev <i>Ability to search for new ideas and solutions</i> o. Pripravljenost »premljevanja« lastnih idej in idej drugih <i>Willingness to reflect on own and others' ideas</i> p. Sposobnost predstavljanja produktov, idej ali poročil drugim <i>Ability to present products, ideas or reports to others</i> r. Sposobnost pisanja poročil, zabeležk in dokumentov <i>Skills in report, notes and document writing</i> s. Sposobnost pisanja in branja v tujem jeziku <i>Reading and writing skills in a foreign language</i> š. Sposobnost samostojnega in odgovornega dela <i>Ability to independently perform responsible work</i> t. Sposobnost navezovanja in vzdrževanja družbenih stikov <i>Ability to initiate and maintain social contacts</i> u. Sposobnost učinkovitega odločanja v težavnih situacijah <i>Ability to make effective decisions in difficult situations</i>
--	---

Vir: Van der Velden in drugi, 2003; glej vir 17.

Če raziskovalna in politična skupnost še zna ugotoviti ključna področja usposobljenosti (kompetence) bodočih strokovnjakov, pa je manj znanega o načinu, kako jih razvijati. Oblikujejo se namreč v delovni in socialni situaciji skozi prakso v daljšem obdobju in na različne načine. Mnoga od osebno pogojenih področij usposobljenosti se namreč začno pridobivati že v zgodnji mladosti v družini in v šoli, pri opravljanju poklica pa jih je možno razvijati večinoma glede na naravo delovnih nalog, zato je njihovo pridobivanje z razrednimi učnimi metodami lahko vprašljivo. Nekateri avtorji namreč opozarjajo (18), da je za

razvijanje primerno predvsem situacijsko učenje oziroma primerno sodelovanje v praksi, vendar pa najbolj pogosto citirani modeli s področja nastajajoče teorije upravljanja znanja (19, 20) dokazujejo, da do najboljših učnih dosežkov in delovnih rezultatov vodi kombinacija informacijsko-procesnega kot tudi situacijskega učenja.

1.3 Vpetost usposobljenosti (kompetenc) splošnega zdravnika v slovenskem sistemu usposabljanja

Po Standardni klasifikaciji poklicev (21) so temeljne

naloge širše poklicne skupine zdravnikov naslednje: raziskovanje nepravilnosti in bolezni človeškega organizma, opravljanje pregledov in postavljanje diagnoz, predpisovanje in ugotavljanje zdravljenja, specialistično in kirurško zdravljenje bolezni, svetovanje in uporaba preventivnih medicinskih metod, priprava znanstvenih razprav in nadzorovanje drugih delavcev.

Drugi opisi so v slovenskem okolju redki. Ugotovimo lahko, da področja usposobljenosti (kompetence) zdravnikov po končanem fakultetnem izobraževanju niso resno opredeljena niti v zakonodaji, razen v učnih načrtih fakultet. Tu je v zadnjih desetletjih prišlo do premika: namesto izključnega osredotočanja na znanje prihajajo v ospredje tudi veščine in stališča. Tako Medicinska fakulteta v Ljubljani v svojem gradivu prenovljenega študija zapiše, da je cilj pouka medicine izobraziti diplomanta, da se bo sposoben vključiti v nadaljnji proces samostojnega in vodenega izobraževanja na področju medicine v kateri koli od medicinskih dejavnosti, temeljna znanja pa mu omogočajo nadgradnjo v znanstvenoraziskovalnem delu. V tem času je potrebno osvojiti tako naravoslovno znanje za razumevanje delovanja človeškega organizma in nastanka bolezni ter za razlago učinkov zdravljenja kot tudi znanje za spoznavanje in zdravljenje bolezni (22). Ob tem naj bi bodoči diplomanti poleg poznavanja naravoslovnih ved pridobili tudi komunikacijsko in ostalo ključno usposobljenost.

V opisanem kontekstu je malo znanega, kako je ključna zdravniška usposobljenost (kompetenca) sorodna z ostalimi strokami in v kolikšni meri naj k njihovem razvoju prispeva izobraževalni sistem. Opisana vprašanja so temeljno raziskovalno vprašanje tega prispevka. V nadaljevanju predstavljamo metodologijo, s pomočjo katere smo ključna področja usposobljenosti (kompetence) zdravnikov prepoznali in opisali v programu splošne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

2 Metodologija

Na osnovi predstavljenih teoretskih izhodišč nas zanima, v kolikšni meri učni program splošne medicine na Medicinski fakulteti v Ljubljani razvija tista področja usposobljenosti (kompetence), ki so za opravljanje zdravniškega poklica najbolj pomembna. Glavna metoda, s katero v tem prispevku iščemo odgovor na zastavljeno vprašanje, je eksperimentalno vodena delavnica z 9 'odličnimi'⁴ študenti

Medicinske fakultete v Ljubljani. Metodo fokusne skupine, ki temelji na skupinskih intervjujih znotraj majhne skupine študentov, smo uporabili zato, da bi prišli do poglobljenega vpogleda v vlogo, ki jo ima izobraževalni sistem pri razvijanju področij usposobljenosti (kompetenc) pri študentih za opravljanje zdravniške stroke.

2.1 Metodološka omejitve

Glavna šibkost metodološkega pristopa v opisanem primeru izhaja iz omejene izkušnje študentov pri vsakodnevni praksi zdravnikov. Kljub temu, da je pogled študentov na delo v zdravstvu vezan na študijski program, je tak vzorec za raziskovanje legitim in na določen način še posebej zanimiv. Študentje so se večinoma osredotočili na tista področja usposobljenosti (kompetence), ki so povezana z delom zdravnikov in niso pod neposrednim vplivom delovnih razmer v delodajalski organizaciji (stres, pomanjkanje časa, delo z administracijo ipd).

2.2 Potek fokusnih intervjujev

Na delavnici smo uporabili kombinacijo polstrukturiranih in poglobljenih intervjujev, ki jih je na ravni skupine vodil moderator/strokovnjak s Fakultete za družbene vede. 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 (23) smiselno preveriti še s pomočjo anketnega vprašalnika na večjem vzorcu, kar bo predmet prihodnjega raziskovanja. Devet študentov zadnjih dveh letnikov, vključenih v raziskavo, aktivno sodeluje v poklicnem študentskem društvu. Poleg tega se v okviru študijskih dejavnosti vsi izbrani študentje pogosto srečujejo z zdravniško prakso. Zato lahko sklepamo, da so bili v času poteka intervjujev sposobni razmišljati o svojem izobraževalnem programu tudi s strani trga dela. Delavnica je bila razdeljena na naslednje korake, ki smo jih v uvodnem delu udeležencem tudi predstavili:

- a) določitev ključnih delovnih nalog;
- b) opis ključnih delovnih nalog;
- c) določitev zahtevanih področij usposobljenosti (kompetenc);
- č) opis zahtevanih področij usposobljenosti (kompetenc);
- d) analiza razhajanj med možnim in dejanskim stanjem razvijanja usposobljenosti (kompetenc) s pomočjo anketnega vprašalnika.

⁴Izbor študentov za fokusno skupino 'odličnih študentov' je opravil diplomant medicinske fakultete ob upoštevanju dveh meril: aktivno sodelovanje študentov v študentskem poklicnem društvu in njihov nadpovprečen študijski uspeh.

Navedene korake, razen analize razhajanj med možnim in dejanskim stanjem razvijanja usposobljenosti (kompetenc), smo izvajali s pomočjo informacijske tehnologije, ki je s projiciranjem gradiva na platno udeležencem omogočila sprotno spremljanje napredka, izvajalcem pa olajšala izvedbo in omogočila sprotno zapisovanje. Posamezni koraki so potekali v naslednjem vrstnem redu:

a, b) Določitev in opis ključnih delovnih nalog zdravnika splošne medicine

V prvem koraku delavnice so udeleženci delavnice z individualnim poročanjem oblikovali nabor ključnih delovnih nalog zdravnika splošne medicine, kot so jih razumeli na podlagi študijskega programa, praktičnih izkušenj ter neformalnih stikov. Ključne delovne naloge smo opredelili kot tiste, ki predstavljajo jedro zdravniškega dela ter imajo jasen začetek in konec. S procesnim razumevanjem nalog, ki izhajajo iz korenoma več delovnih opravil, smo se izognili pretirani drobitvi, ki ne ponuja dobre podlage za razmislek o ključnih področjih usposobljenosti (kompetencah). Na koncu smo ponovno pregledali nabor nalog ter, kjer je to bilo mogoče, posamezne naloge združili.

Poznavanje in razumevanje temeljnih nalog je nujen korak pri analizi področij usposobljenosti (kompetenc). To velja tako za metodološke korake pri analizi dela kot tudi za interpretacijo rezultatov.

c, č) Določitev zahtevanih področij usposobljenosti (kompetenc)

Po opredelitvi ključnih nalog smo se lotili oblikovanja nabora in generiranja opisa zahtevanih področij usposobljenosti (kompetence). Najprej smo udeležencem ponovno predstavili pojem usposobljenosti (kompetence) in jih prosili, da v skupini razmislijo in zapišejo, katera področja usposobljenosti (kompetence) so po njihovem mnenju potrebna za opravljanje nalog. Po 15 minutah smo udeležence delavnice prosili, da v 'smeri urinega kazalca' individualno poročajo, katera področja usposobljenosti (kompetence) so identificirali. Pri tem smo sproti odpravljali morebitne nejasnosti v smislu pravilnega razumevanja samega pojma področij usposobljenosti (kompetenc), iskali skupni imenovalac v primeru ponavljanja istih področij usposobljenosti (kompetenc) pod različnimi imeni ter usklajevali različna poimenovanja. V nadaljevanju so udeleženci delavnice na predstavljen način opisali identificirana področja usposobljenosti (kompetence), pri čemer smo preko panelnega

prikazovanja rezultatov iskali konsenz udeležencev o posameznem opisu.

V naslednjem koraku smo pregledali in izostrili vse zapise delavnic: popravili slovnične napake, dopolnili opise v skladu z opombami, izdelanimi na delavnicah, odstranili morebitna prekrivanja v zapisih. Ključni korak v tej fazi je bilo predvsem smiselno sintetiziranje rezultatov.

d) Analiza razhajanj med želenim in dejanskim (realnim) stanjem razvijanja področij usposobljenosti (kompetenc) v programu medicine

Udeleženci delavnice so na list papirja z vnaprej pripravljeno prazno tabelo najprej iz projiciranega panela v prvi stolpec prepisali skupinsko ugotovljena področja usposobljenosti (kompetence). V naslednjem koraku pa so s pomočjo vprašalnika z ocenami od 1 do 5 ocenjevali razhajanja med želenim in dejanskim (realnim) stanjem razvoja v univerzitetnem programu medicine. Pri tem je evalvacija razvoja vedno temeljila na dveh vrednostih: oceni obstoječega (dejanskega) pridobivanja usposobljenosti ter oceni potrebnega (želenega) načina pridobivanja usposobljenosti. Vprašanje, povezano s stvarnim stanjem, se je torej glasilo: »V kakšni meri MF v Ljubljani pri študentih razvije izbrano usposobljenost?« Vprašanje, povezano z želenim stanjem, pa: »V kakšni meri bi po vašem mnenju morala MF v Ljubljani razviti izbrano usposobljenost?«

Po koncu tega dela delavnice je sledil vnos podatkov, elementarna analiza podatkov (izračun razhajanj) ter priprava sinteznih grafov.

3 Rezultati

Ključne naloge zdravnika splošne medicine

Na podlagi delavnice z odličnimi študenti smo prišli do podobnih ugotovitev o tem, katere so temeljne naloge zdravnika, kot jih navaja Standardna klasifikacija poklicev. Študentje so na delavnici ugotovili naslednje ključne naloge: komunikacija z bolnikom, prepoznavanje bolezni, predpisovanje in izvajanje terapije, napotitev k specialistom, upravljanje zdravstvene ekipe, izobraževanje sebe in drugih ter izvajanje preventivne dejavnosti.

Identifikacija in opis ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) splošnega zdravnika

V Tabeli 2 prikazujemo rezultate prve faze delavnice, ki se osredotočajo na identifikacijo in opis ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) splošnega zdravnika.

Tabela 2. *Identificirana področja usposobljenosti (kompetence) ter kompetenčni opisi.*Table 2. *Identified competences and competence descriptions.*

Usposobljenost (kompetenca) <i>Competence</i>	Opis <i>Description</i>
Sposobnost nadgrajevanja in povezovanja teorije s prakso <i>Ability to upgrade one's skills and integrate theory and practice</i>	Imeti dober pregled nad teorijo in jo poznati. Spremljati nova spoznanja in razvoj ter prenašanje tega v prakso. <i>Broad understanding of theory . Being kept informed about the latest advances and developments, and able to apply this knowledge to practice.</i>
Vzpostavljanje profesionalnega partnerskega odnosa z bolnikom (in sodelavci) <i>Building good partnership with patients (and colleagues)</i>	Sposobnost predstaviti bolezen in možnosti zdravljenja, razumevanje bolnikovih težav in pričakovanj ter vzdrževanje enakovrednega odnosa na človeški ravni. Pri tem ni diskriminacije. Poznati svojo vlogo tudi zunaj ambulate v vseh situacijah. <i>Ability to present the disease and treatment modalities, to understand the patient's problems and expectations, to maintain the health professional/ patient relationship based on the principles of human equality, without discrimination. Knowing one's role in all situations outside a health facility.</i>
Sposobnost empatije z ustrezno čustveno distanco <i>Ability to empathize yet with some preservation of emotional distance</i>	Pokazati bolniku, da razumemo njegove težave, a ne pustiti, da nas čustveno obremeni. Objektivno mu moramo nuditi pomoč v vseh okoliščinah. Znati ga razumeti in mu razložiti probleme. <i>Displaying empathy for the patient, yet with some preservation of emotional distance. Being ready to help the patient under any circumstances; being able to understand the patient and explain his/her problems</i>
Motiviranje in vodenje bolnika (in zdravstvenega osebja) <i>Motivating and guiding patients (and health care staff)</i>	Pokazati bolniku pot do tistega, kar je za njegovo zdravje najboljše. Spodbuditi bolnika k odločitvi za to pot. <i>Advising the patient on how to make the best choices for his/her health. Encouraging and motivating them to follow the advice given.</i>
Komunikativnost <i>Communicativeness</i>	Poslušanje, jasno izražanje, prijaznost in ustvarjanje dobrega počutja bolnika. <i>Listening actively to the patient, maintaining honest and clear communication with him/her and making him/her feel comfortable and at ease.</i>
Dobronamerno altruistično razmišljanje <i>Positive and altruistic disposition</i>	V vsakem trenutku ravnati tako, kot je najboljše za bolnika; skladno z etičnimi normami. <i>Being committed to always do what is best for the patient by adhering to ethical standards of the profession.</i>

Obvladovanje timskega dela <i>Team work managing skills</i>	Koordinacija, vodenje, sodelovanje, sposobnost učenja drugih. <i>Coordination, leadership, cooperatio and teaching skills.</i>
Prenašanje doktrine <i>Dissemination and transfer of professional knowledge and policy</i>	Učenje drugih kolegov. <i>Teaching colleagues.</i>
Ustvarjanje novega znanja <i>Acquiring new knowledges</i>	Pripravljenost sodelovanja pri napredku medicine, pri zbiranju podatkov, raziskavah, študijah. <i>Willingness to participate in the development activities, data collection and research.</i>

Ugotovljena področja usposobljenosti (kompetence) so v veliki meri skladne z naborom, ki so ga pri analizi zdravstvenih sistemov omenili tudi drugi raziskovalci v mednarodnem prostoru (24).

Razhajanja pri razvijanju ključnih področij usposobljenosti (kompetenc) v študijskem programu splošna medicina

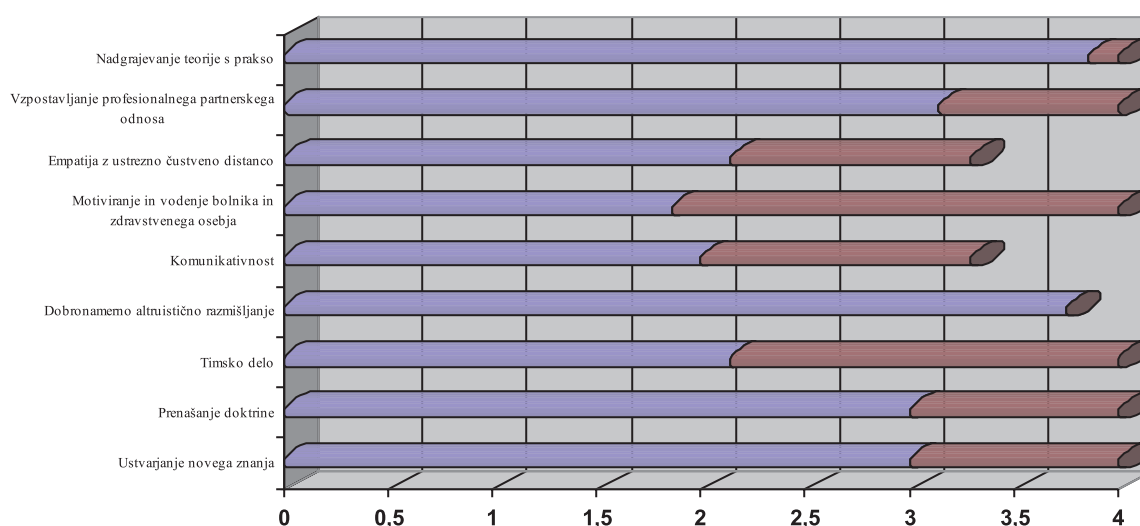
V prvih dveh korakih delavnice na MF v Ljubljani smo identificirali ključna področja usposobljenosti (kompetence) zdravnikov, kot jih vidijo odlični študentje, ter nato pripravili njihove sintezne opise. V tretjem koraku pa smo udeležence delavnice s pomočjo anketnega vprašalnika prosili, da na lestvici ocen 1 (nezadostno),

2 (zadostno), 3 (dobro), 4 (prav dobro) in 5 (odlično), ocenijo:

- »V kolikšni meri Medicinska fakulteta v Ljubljani pri študentih razvije izbrano usposobljenost (kompetenco)?« ter
- »V kolikšni meri bi po vašem mnenju morala Medicinska fakulteta v Ljubljani razviti izbrano usposobljenost (kompetenco)?«

Na ta način je namreč možno ugotoviti razliko med dejanskim in želenim načinom razvijanja usposobljenosti. Rezultate prikazujemo na Sliki 1.

Iz rezultatov na Sliki 1 lahko razberemo, da program splošna medicina MF v Ljubljani študente zelo dobro usposobi za: nadgrajevanje in povezovanje teorije



Slika 1. Razhajanja med dejanskim in želenim stanjem razvijanja kompetenc v programu medicina.

Figure 1. Discrepancies between actual and desired development of competences in the medical training programme.

Tabela 3. Primerjava ugotovljenih področij usposobljenosti (kompetenc) pri študiju splošne medicine (MF v Ljubljani) s projektom Reflex (17).

Table 3. Comparison of competences provided by the general medicine training programme at the Ljubljana Faculty of Medicine and key competences of the REFLEX project.

Identificirano na MF v Ljubljani <i>Identified competences of medical undergraduates at the Ljubljana Faculty of Medicine</i>	Reflexov nabor <i>Set of key competences proposed by the REFLEX project</i>
Sposobnost nadgrajevanja in povezovanja teorije s prakso <i>Ability to upgrade one's skills and to integrate theory and practice</i>	Strokovnost in praksa na svojem področju <i>Professional competence and skills in own discipline</i> Sposobnost hitrega osvajanja novega znanja <i>Ability of fast knowledge acquisition</i>
Vzpostavljanje profesionalnega partnerskega odnosa z bolnikom (in sodelavci) <i>Building good partnership with patients (and colleagues)</i>	Sposobnost samostojnega in odgovornega dela <i>Ability to independently perform responsible work</i> Sposobnost navezovanja in vzdrževanja družbenih stikov <i>Ability to initiate and maintain social contacts</i>
Sposobnost empatije z ustrezno čustveno distanco <i>Feeling empathy with some preservation of emotional distance</i>	–
Motiviranje in vodenje bolnika (in zdravstvenega osebja) <i>Motivation and guidance of patients (and health care staff)</i>	Sposobnost motiviranja drugih <i>Ability to motivate other people</i>
Komunikativnost <i>Communicativeness</i>	Sposobnost jasnega izražanja <i>Ability to express oneself clearly</i> Sposobnost pisanja in branja v tujem jeziku <i>Reading and writing skills in a foreign language</i>
Dobronamerno altruistično razmišljanje <i>Positive altruistic disposition</i>	–
Obvladovanje timskega dela <i>Team work management</i>	Sposobnost tvornega sodelovanja z drugimi (timsko delo) <i>Productive cooperative work skill(team work)</i>
Prenašanje doktrine <i>Dissemination of professional knowledge and practice</i>	Pripravljenost »premljevanja« lastnih idej in idej drugih <i>Willingness to reflect on own and others' ideas</i> Sposobnost predstavljanja produktov, idej ali poročil drugim <i>Ability to present products, ideas or reports to others</i>
Ustvarjanje novega znanja <i>Generating new knowledge</i>	Sposobnost iskanja novih idej in rešitev <i>Ability to search for new ideas and solutions</i> Sposobnost pisanja poročil, zabeležk in dokumentov <i>Skills in report, notes and document writing</i>

s prakso (3,86), dobronamerno altruistično vedenje (3,75) ter vzpostavljanje profesionalnega partnerskega odnosa z bolnikom in sodelavci (dejanska 3,14). MF najslabše usposobi svoje študente za motiviranje in vodenje bolnika (1,86), komunikativnost (2,00) ter sposobnost empatije z ustrezno čustveno distanco in za obvladovanje timskega dela (2,14). Največje razhajanje med dejanskim in pričakovanim stanjem se pojavi pri motiviranju in vodenju bolnika (2,57), timskega delu (2,0) ter vzpostavljanju profesionalnega partnerskega odnosa med zdravnikom in bolnikom ter komunikativnostjo (1,29).

4 Razpravljanje

Ugotovimo lahko, da se identificirana področja usposobljenosti (kompetence) ujemajo tako z opisi zdravnika v mednarodnem prostoru kot tudi s ključno usposobljenostjo univerzitetnih diplomantov oziroma strokovnjakov v širšem pomenu besede (24). Ti opisi poleg poznavanja zdravstvene teorije omenjajo tudi elemente, kot so čustvovanje, upoštevanje socialnih dejavnikov in ozadja bolnika, obravnavanje bolezni z različnih perspektiv, holistično povezovanje telesa in duha, spoštovanje in podobno. Zato je nabor, ki smo ga dobili na MF, v osnovi smiselno primerjati z univerzalnim Reflexovim naborom področij usposobljenosti (kompetenc) (17) vseh visokošolskih diplomantov (glej Tabelo 1), saj lahko na ta način odpravimo morebitne šibkosti v predstavljenem profilu.

V Tabeli 3 lahko opazimo, da se 9 področij usposobljenosti (kompetenc), ki smo jih identificirali pri študiju medicine MF v Ljubljani, ujema z 12, ki jih opisuje projektni konzorcij REFLEX. Pri tem naj omenimo, da REFLEX v svoj nabor ne vključuje 'dobronamernega altruističnega razmišljanja' ter 'sposobnosti empatije z ustrezno čustveno distanco'. Očitno gre za izrazito sektorsko pogojeni prvini, ki sta pomembni predvsem pri odnosu zdravnikov do bolnikov in pri medicinskem osebju (25).

Če primerjavo obrnemo in opazujemo REFLEXOV nabor z naborom delavnice na MF, ugotovimo, da nismo odkrili 10 splošnih področij usposobljenosti (kompetenc), ki pa jih omenjeni konzorcij vključuje. Med njimi gre za: 'opaziti in razumeti problem', ki bi se delno skladal s sposobnostjo nadgrajevanja in povezovanja teorije s prakso ter komunikativnostjo. Poleg tega na delavnici nismo identificirali 'sposobnosti dela z računalnikom in internetom', za katero sicer lahko sklepamo, da je študentom samoumevna. Še bolj zanimivo pa je iskanje vzrokov za 'REFLEXOVA'

področja usposobljenosti (kompetence), ki bi jih lahko opredelili kot tista, ki se tipično navezujejo na administrativni oziroma tržni (deležniško) 'prirastek' zdravniškega poklica in jih v delavnici nismo prepoznali. Gre za:

- strokovnost in praksa na svojem področju;
- sposobnost učinkovitega pogajanja;
- sposobnost dela pod stresom;
- pripravljenost zagrabit priložnost;
- sposobnost koordinacije dejavnosti;
- sposobnost učinkovite uporabe časa;
- sposobnost vzpostavljanja lastne avtoritete pri drugih (postaviti se zase);
- sposobnost učinkovitega odločanja v težavnih situacijah.

Glede na dobljeni rezultat lahko sklepamo, da obstoječi program splošne medicine tega ne razvija v taki meri, da bi jih njihovi diplomanti zaznali kot primerne. Razpravo o tem, ali bi razvoj le-teh moral soditi v domeno izobraževalnega programa, glede na to, da potrebe po njih v organizaciji obstajajo (kot opozarjajo mednarodne raziskave), bomo pustili za kako drugo priložnost.

Dobljeni rezultati kažejo na to, da je program splošne medicine preko procesno-informacijskega učenja in memoriranja strokovne literature usmerjen predvsem v pridobivanje ozko specializiranega znanja, premalo pa na sposobnost, kako ga uporabiti. Izmed opisanih področij usposobljenosti (kompetenc) je še posebno zaskrbljujoče razhajanje, ki se pojavlja pri komunikaciji, saj se v sodobni družbi vloga zdravnika vedno bolj spreminja v vlogo svetovalca. Na to so opozorili mnogi avtorji (26, 27), ki ugotavljajo, da sodobna razosebljenost medicina pogosto potiska to nalogo na obrobje svoje dejavnosti, in sicer k drugemu medicinskemu osebju (ki ima – paradoksalno – pri interpretaciji bolezni omejene pristojnosti) ali k psihologom.

Taki rezultati opozarjajo na potrebo po nadaljnji analizi opisane tematike. V primeru, da bodo tudi nadaljnje raziskave potrdile opisano ugotovitev, to kliče po nujni dopolnitvi izobraževalnega sistema bodočih zdravnikov. V nasprotnem primeru se namreč v zdravstvu utrjuje tista logika usposobljenosti, ki sovпада z neučinkovitim zdravstvenim sistemom. Tak sistem pozablja na svojo osnovno funkcijo in še poglablja spiralo zanemarjanja temeljnega zdravniškega poslanstva. To naj bi gradilo na zaupanju med zdravnikom in bolnikom (28) ter v tej luči postavilo zdravnika v funkcijo mentorja.

5 Sklep

S prispevkom smo na podlagi empirične raziskave pokazali, da obstoječi program študija splošne medicine ne posveča dovolj pozornosti osebnostno in kulturno pogojenim usposobljenostim (kompetencam), ki so ključne za doseganje temeljnega zdravniškega poslanstva: vodenje bolnika, timsko delo, vzpostavljanje strokovnega in partnerskega odnosa med zdravnikom in bolnikom ter komunikativnost. To lahko razumemo tudi kot posledico evropske (kartezijanske) paradigme znanja, za katero sklepamo, da je značilna za velik del visokošolskih izobraževalnih ustanov v evropskem prostoru.

Eno ključnih vprašanj za reševanje opisane problematike kaže usmeriti v vzpostavitev ustreznega razmerja in povezovanja med informacijsko-procesnim učenjem, ki se odvija predvsem v učilnicah, ter situacijskim učenjem, ki je povezano predvsem z uporabo praktičnega znanja. Informacijsko-procesno učenje je namreč zelo uporabno v stabilnih okoljih, kjer je interakcija s posamezniki omejena ali je sploh ni. V tem procesu učenja namreč uspešno ali manj uspešno prihaja do kodiranja zunanjih informacij ter njihovega shranjevanja in priklica iz spomina (29).

Zdravniki pa se pri svojem delu pogosto znajdejo v razmerah, ko ni jasne povezave med vzrokom in posledico ali pa posledica sploh ni vidna. Učenje v teh kontekstih uspešneje pojasnjujejo teorije socialnega učenja. Pri tej vrsti učenja je ključno vprašanje, na kakšen način ljudje vzpostavljajo vzročne zveze v novih situacijah prek izkušenj in splošnih pravil. Teorija socialnega učenja za razliko od klasičnega in instrumentalnega pogojevanja temelji na učenju prek opazovanja (30). Poznavanje intenzivnosti ene ali druge oblike učenja ter njunega povezovanja v izobraževalnem sistemu torej odpira naslednja vprašanja, ki so za razvoj izobraževalnega programa zelo pomembna:

- Kako naj izobraževalni program sploh razume strokovno delo zdravnika splošne prakse?
- Ali naj razločuje med strokovno usposobljenostjo in drugo usposobljenostjo, ki jih od zdravnika pričakuje delodajalec?
- Kako naj v tem kontekstu vzpostavlja merila šolske uspešnosti?
- Kakšna metodološka orodja naj pri tem uporablja?
- Na osnovi česa naj rekrutira kandidate v svoje izobraževalne programe?
- Koliko naj se posveti temu pri razvijanju njihove kariere?
- Koliko časa naj posveti ukvarjanju z lastnimi obstoječimi rutinami in koliko uvajanju novih?

Sklepamo lahko, da bo iskanje rešitev in odgovorov na zastavljena vprašanja mogoče predvsem na podlagi uvajanja različnih oblik situacijskega učenja v programe, kar v tradicionalno tog izobraževalni sistem prinaša novo logiko. Ta bo zadovoljivo integrirala situacijsko učenje v visokošolske učne programe in to obliko učenja ustrezno vrednotila. Študij splošne medicine sicer že danes temelji na institucionalnem združevanju razrednega pouka z delodajalskimi organizacijami in državo, zato se zdi, da je težava predvsem v povezovanju med omenjenimi prvinami.

Zahvala

Avtorji se zahvaljujejo Blažu Vrhnjaku, ki je poskrbel za organizacijo delavnice in interpretacijo rezultatov na Medicinski fakulteti v Ljubljani.

Literatura

1. Bologna Declaration of 19 June 1999. Pridobljeno dne 8.5.2008 s spletne strani: http://www.bologna-bergen2005.no/Docs/00-Main_doc/990719BOLOGNA_DECLARATION.PDF.
2. Durkheim E. Professional Ethic and Civil Morals. New York: The Free Press, 1957.
3. Parsons T. Professions and the Social Structure. V publikaciji Glencoe: Essays in Sociological Theory. Free Press, 1954.
4. Schultz TW. Investment in Human Capital. Am Econ Rev 1961; 51(1): 1-17.
5. Becker GS. Investment in Human Capital: a theoretical analysis. J Polit Econ 1962; 70(S5): 9-49.
6. Freidson E. Professions and their prospects. New York: Sage, 1973.
7. Illich I. Medicinska Nemezis. Beograd: Biblioteka Zodiak, 1975.
8. Larson MS. The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis. Berkeley: University of California Press, 1977.
9. Collins R. The Credential Society: An Historical Sociology of Education and Stratification. New York: Academic Press, 1979.
10. Lin N. International Sunbelt Social Network Conference. Charleston: South Carolina 1999.
11. Semejin J et al. Graduates' personality characteristics and labor market entry – an empirical study among Dutch economics graduates. Econ Educ Rev 2004; 24: 67-83.
12. Pezdirc MS (ur). Kompetence v kadrovske praksi. Ljubljana: GV izobraževanje; 2005.
13. Spencer LM, Spencer MS. Competence at work: models for superior performance. New York: Wiley, 1993.
14. Eurydice Key Competencies. Bruselj: European Unit 2002.
15. Jelenc Z in dr. Strategija vseživljenjskega učenja v Sloveniji. Ljubljana: Javna verzija. Program Evropske Unije Izobraževanje in usposabljanje 2010, 2006.
16. Švab I (ur). Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995.
17. Van der Velden R et al. The Flexible Professional in the Knowledge Society – New Demand on Higher Education in Europe. STREP proposal. Maastricht: ROA, 2003.
18. Wenger E, McDermott RA, Snyder W. Cultivating communities

- of practice: a guide to managing knowledge. Boston: Harvard Business School Press, 2002.
19. Nonaka I, Takeuchi H. The Knowledge—Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation. Oxford: Oxford University Press, 1995.
 20. Boisot M. The Creation and Sharing of Knowledge. V knjigi: Choo CW, Bontis N. The Strategic Management of Intellectual Capital and Organisational Knowledge. Oxford: Oxford University Press, 2002.
 21. SURS. Standardna klasifikacija poklicev. 2007. Pridobljeno dne 20.5.2008 s spletne strani: <http://www.stat.si/klasje/klasje.asp>.
 22. Pavlin S et al. Vodnik po poklicih, višjih šolah in fakultetah. Ljubljana: Delo; 2006.
 23. Denzin NK. The Research Act. 3th ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1978/1989.
 24. Kligler B et al. Core Competencies in Integrative Medicine for Medical School Curricula: A Proposal. Acad Med 2004; 79 (6): 521–31.
 25. Rubin RW. Developing cultural competence and social responsibility in preclinical dental students. J Dent Educ 2004; 68: 460–7.
 26. Beckman H, Frankel R. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Inter Med 1984; 101: 692–6.
 27. Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits. Westport, CT: Auburn House, 1993.
 28. Stroman C. Explaining illness to African Americans: Employing cultural concerns with strategies. V Whaley B (ur.). Explaining illness: Research, theory, and strategies. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum 2000: 299–316.
 29. Anderson JR. Cognitive Psychology and Its Applications. 3rd ed. New York: Freeman, 1990.
 30. Bandura A. Principles of Behavior Modification. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.