



Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra sociologie a andragogiky

KOMPETENCIE PRAKTICKÉHO LEKÁRA

GENERAL PRACTITIONER'S COMPETENCIES

Magisterská diplomová práce

Frederika Belanová

Vedúci magisterskej diplomovej práce: Mgr. Veronika Kubová

Olomouc 2011

Prehlasujem, že som túto prácu vypracovala samostatne a uviedla som v nej literatúru a ostatné zdroje, ktoré som použila.

V Bratislave, 24. 3. 2011

.....

Frederika Belanová

Pod'akovanie

Chcem vyjadriť pod'akovanie predovšetkým vedúcej mojej diplomovej práce Mgr. Veronike Kubovej za jej cenné pripomienky, odborné rady a obdivuhodnú trpezlivosť, s akou mi pomáhala v priebehu vzniku tejto práce.

Zvlášť ďakujem celej mojej rodine za podporu a všestrannú pomoc, bez ktorej by som túto prácu nemohla napísať.

Obsah

ÚVOD.....	6
1 VÝVOJ LEKÁRSTVA V SPOLOČNOSTI.....	8
1.1 TRADIČNÉ A PREDMODERNÉ LEKÁRSTVO	8
1.2 PREDCHODCOVIA PRAKTICKÝCH LEKÁROV.....	8
1.3 MODERNÍ A POSTMODERNÍ LEKÁRI	9
1.4 ŠTRUKTURÁLNO- FUNKCIONALISTICKÉ POŇATIE SPOLOČNOSTI.....	10
1.4.1 <i>Teória sociálnej štruktúry</i>	11
1.4.2 <i>Koncepcia role lekára podľa Talcotta Parsonsa</i>	12
1.4.3 <i>Ďalšie znaky lekárskej role</i>	14
1.4.4 <i>Teoretická a klinická perspektíva</i>	15
1.4.5 <i>Činnosti lekára vyplývajúce z jeho role</i>	16
2 PRIMÁRNA ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ.....	17
2.1 KONCEPCIA ODBORU VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LEKÁRSTVO	17
2.1.1 <i>Základné charakteristiky všeobecného praktického lekárstva</i>	18
2.1.2 <i>Všeobecný praktický lekár ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti</i>	19
2.1.3 <i>Vzdelanie všeobecného praktického lekára pre dospelých</i>	20
2.1.4 <i>Špecializačné vzdelávanie</i>	20
2.1.5 <i>Celoživotné vzdelávanie</i>	22
2.1.6 <i>Pracovisko všeobecného praktického lekárstva</i>	23
2.1.7 <i>Všeobecná problematika pomáhajúcich profesií</i>	24
2.1.8 <i>Choroba či ochorenie?</i>	25
2.2 VZÁJOMNÉ PRIENIKY PSYCHOLÓGIE A SOCIOLOGIE	27
2.2.1 <i>Aplikačné možnosti sociálnej psychológie v lekárskejších odboroch</i>	27
2.2.2 <i>Psychosociálne aspekty osobnosti</i>	27
2.2.3 <i>Sociálna inteligencia</i>	28
2.2.4 <i>Sociálna kompetencia</i>	30
2.2.5 <i>Múdrosť</i>	32
2.2.6 <i>Praktický lekár v praxi</i>	33
3 TERMINOLOGICKÉ POJMY PRE TVORBU KOMPETENČNÝCH MODELOV	35
3.1 KOMPETENCIE	35
3.2 ZÁKLADNÉ ZLOŽKY KOMPETENCIE	37
3.3 DRUHY KOMPETENCIÍ	39
3.3.1 <i>Prahové a odlišujúce kompetencie</i>	39
3.3.2 <i>Generické kompetencie</i>	40
3.3.3 <i>Individuálne a organizačné kompetencie</i>	40
3.3.4 <i>Manažérske, interpersonálne a technické kompetencie</i>	41
3.3.5 <i>Kľúčové kompetencie</i>	42

3.3.6	<i>Kompetencie podľa atribútov a praktík</i>	43
3.3.7	<i>Kompetencie a štýly osobnosti – adaptor a inovátor</i>	43
3.4	ZNAKY KOMPETENCIÍ.....	44
4	VÝCHODISKÁ PRI TVORBE KOMPETENČNÉHO MODELU	46
4.1	PRÍSTUPY K TVORBE KOMPETENČNÉHO MODELU	47
4.1.1	<i>Potreba kompetenčného modelu praktického lekára</i>	49
4.2	IDENTIFIKÁCIA KOMPETENCIÍ	50
4.2.1	<i>Prípravná fáza</i>	51
4.2.2	<i>Fáza získavania dát</i>	51
4.2.3	<i>Fáza analýzy a klasifikácie informácií</i>	52
4.2.4	<i>Popis a tvorba kompetencií</i>	53
4.2.5	<i>Overenie a validácia vzniknutého modelu</i>	55
5	KOMPETENČNÝ MODEL	56
	ZÁVER	62
	ANOTÁCIA	64
	ZOZNAM SKRATIEK	65
	ZOZNAM OBRÁZKOV	65
	ZOZNAM TABULIEK	65
	LITERATÚRA	66
	PRÍLOHY	69
	PRÍLOHA 1 – HIPPOKRATOVA PRÍSAHA.....	69
	PRÍLOHA 2 – KONCEPCIA ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI V ODBORE VŠEOBECNÉ PRAKTICKÉ LEKÁRSTVO PRE DOSPELÝCH	70
	PRÍLOHA 3 – ETICKÝ KÓDEX SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ KOMORY	73

Úvod

Michael Balint kedysi povedal, že pacient, ktorý prichádza k praktickému lekárovi si myslí, že dostal vstupenku k múdremu človekovi a ten mu pomôže rozlúštiť jeho problémy, ktoré nie je schopný sám ani pomenovať.

Tento poznatok sa vzťahuje na široký okruh „somatizujúcich“ chorých, na pacientov s funkčnými poruchami a psychickými i sociálnymi problémami. Lekár aj pacient sa ocitajú v situáciách, nepochybne traumatizujúcich. Vzhľadom k autorite a významu, ktorý pripisujú lekárovi pacienti a ich príbuzní, mal by ich vedieť vyriešiť a pomôcť v liečbe, v aktuálnom prístupe a v nájdení ich zmyslu. Tieto dôvody sa považujú za dostatočne vážne k tomu, aby psychosociálny prístup zaujal zodpovedajúce miesto v pohľade lekára (Seifert, Beneš a kol. 2005).

Sociálno-psychologické výskumy potvrdzujú, že aj v profesnej roli ostávajú ľudia sociálnymi bytosťami a ich prežívanie a hodnotenie sa premietajú do výkonu profesie. Medicína iba zdanlivo pracuje v hodnotovo neutrálnom prostredí. Lekárova skúsenosť a zaužívané postupy fungujú ako predporozumenie v diagnostickom a terapeutickom procese. V dôsledku toho sa lekár sústreďuje na podstatné prvky choroby a často nevníma množstvo ďalších informácií, napríklad skutočnosť, ako chorý prežíva svoje ochorenie, čo si o nej myslí a ako jej rozumie. Laické informácie majú pre neho skôr druhotný význam na rozdiel od pacienta, pre ktorého je to naopak, veľmi dôležité. To, čo sa lekár dozvedá o chorobe, zodpovedá jeho vedomostiam a možnostiam. Pristupuje k telu človeka zvonka i zvnútra, dozvedá sa to, čo je ostatným neprístupné, môže klásť otázky, ktoré by boli od iných ľudí považované za neprístojné. V psychologickej perspektíve je predstava o objektívnom vzťahu lekára k chorému len chimérou. To, čo lieči moderná medicína, sú prejavy choroby. Ozajstnou podstatou choroby je potreba, ktorá sa navonok prejavuje ako prosba chorého o pomoc druhých. Úspešná liečba vždy vyžaduje ľudský vzťah – záujem chorého vyliečiť sa a dobrú vôľu lekára pomôcť.

Významnú úlohu v tomto vzťahu má akceptovanie lekára, ktorá sa prenáša do vzájomného správania – pacienti viac počúvajú a rešpektujú celkový liečebný režim, lekári zas pozornejšie počúvajú pacienta. Odlišnosti vo vzájomných sympatiách a náklonnosti sú nevyhnutnou zložkou každej sociálnej interakcie, preto by táto problematika mala byť uvedomovaná a nie popieraná. Podľa Hallovej a kol. sa zistila zhoda medzi vzájomným hodnotením lekára a pacienta, čo oprávňuje k domnienke, že do klinického výkonu sa premietajú psychosociálne prvky viac, než sa pripúšťa. Tvrdenie, že rola lekára je

univerzalistická a emočne neutrálna je skôr sociálnym očakávaním a profesnou normou, než realitou (Křížová 2006, s.91-93; Hall 2002). Súčasťou tejto psychosociálnej zložky môže byť charizmatické pôsobenie, vyplývajúce z osobnostných vlôh lekára, ktorý vzbudzuje dôveru.

Lekár môže pacientovi aj uškodiť svojim správaním, verbálnou a nonverbálnou komunikáciou. Preto je dôležité, aby sa intencia pacienta stretla s autentickou intenciou lekára (pacient potrebuje pomoc – lekár chce, môže a vie, ako pomôcť), vylúčila sa deprivácia pacientov a naplnila sa ich potreba byť akceptovaný a nájsť porozumenie. Na druhej strane, ani lekári by nemali trpieť potláčaním svojich emócií a nevhodnými spôsobmi zvládania stresu. Emočné prežívanie sa nestratí, ale je kultúrne ovládané a redukované ako súčasť profesného výkonu lekára, čo je náročné, ale možné (Křížová 2006).

Objektom mojej práce je všeobecný, praktický lekár pre dospelých. Zvláštnosťou tohto odboru je možnosť lekára uplatniť v praxi široké spektrum teoretických znalostí a najrôznejších vyšetrovacích, diagnostických a liečebných metód. Z nich zas vyplýva potreba takých kompetencií, ktoré mu umožňujú a zároveň ho oprávňujú integrovane riešiť somatické problémy pacientov v ich psychických aj sociálnych súvislostiach (Honzák a kol. 2005).

Cieľom mojej práce je vytvoriť návrh kompetenčného modelu praktického lekára s dôrazom na psychosociálne kompetencie a návrh nástrojov validácie zahrnutých kompetencií.

1 Vývoj lekárstva v spoločnosti

1.1 Tradičné a predmoderné lekárstvo

Lekárska profesia získala nálepku výlučnosti riešením kľúčových a existenčných otázok človeka, týkajúcich sa jeho zdravia a choroby. Lekári si osvojili akúsi odolnosť voči kontrole laickej verejnosti a imidž trvalej potrebnosti pre spoločnosť. Vždy sa od nich vyžadovali zvláštne schopnosti a pôsobili najprv duchovne a nábožensky. Starodávni medicínmani využili všetky možné prostriedky pre uchovanie svojej moci, ktorá vyplývala z vedomia, že sú spojencami vyšších síl a zneužívali to (Guggenbühl-Craig, 2007).

V staroveku sa lekári začali zaoberať systematickým štúdiom empirických súvislostí a prestali sa považovať za sprostredkovateľov nadprirodzených síl. Stali sa pomocníkmi chorých, rozvíjali nielen klinické poznatky, ale položili aj základy lekárskej etiky a filantropiu ako jej hlavnú požiadavku s psychosociálnymi aspektmi ako sú upokojenie, dôvera, pocit istoty. Trvalou symbolickou súčasťou západnej lekárskej kultúry je práve pre spomenuté hodnoty Hippokratova prísaha (viď Príloha 1).

V stredoveku sa utlmil záujem o systematické poznanie sveta, čo v starostlivosti o chorých znamenalo namiesto liečby milosrdenstvo a súcit s trpiacim. Naopak, v renesancii sa medicína znovu obrátila k sústredenému záujmu o ľudské telo a jeho štúdium. Lekári všetkých spomenutých období boli rešpektovaní a sčasti obávaní takmer tak, ako moderní lekári (Křížová, 2006).

1.2 Predchodcovia praktických lekárov

Úradne určení lekári - zemskí fyzikovia pracovali v 16. stor. vždy tam, kde boli epidémie. Takto prirodzene vznikali územné spády, obvody. Východiskom v medicíne sa stal logicko-pozitivistický prístup k realite - za objekt štúdia považoval len objektívne pozorovateľné javy. Systém poskytovania zdravotnej starostlivosti očakával od lekárov skôr ochranu verejného zdravia než individuálnu liečbu. Zjavili sa prvé diela lekárskej etiky, ktoré poukazovali na morálne záväzky lekárskej profesie. Za dobrého lekára sa považoval ten, kto pozorne, solídne a humánne liečil chorého, napriek istému stupňu autoritatívnosti a paternalizmu. Predmoderné lekárstvo sprevádzala heterogenita, otvorenosť, silnejúce smerovanie k prírodným vedám a fyziológii, odlúčenie od posvätného a náboženského, ale s pretrvávajúcou dvojkolajnosťou v prístupe a kvalite liečby v duchu Platónovho poňatia: lekár slobodných občanov vysvetľuje, lekár otrokov prikazuje.

Z mravného hľadiska sa zdôrazňoval altruizmus – potreby lekára nemajú byť na prvom mieste jeho profesionálnej motivácie. Vyzdvihovala sa jeho zodpovednosť za použitie odborných vedomostí a zručností, „zasvätenie“ štúdiom a praxou a preto verejnosti neprístupné (Seifert, Beneš a kol. 2005).

Křížová uvádza, že v duchu moderných hodnôt – racionality, efektivity a účelovosti sa lekár opiera o pozitivistické paradigma. Nazerá na ťažkosti svojich pacientov ako na objektívne pozorovateľný a dokázateľný proces, ale bez individuálnych črt. Takýto prístup homogenizoval a klasifikoval choroby podľa spoločných rysov, čím sa stali štatistickou jednotkou.

Čo vynieslo lekárov na výslnie v minulom a predminulom storočí? Moderne organizované a byrokraticky usporiadané zdravotníctvo, starostlivosť o chorých a kontrolovanie pracovnej sily im umožnilo stať sa monopolnými poskytovateľmi zdravotných služieb, so samosprávnou reguláciou, delegovaním práva kontrolovať vlastnú prácu, stanovovaním podmienok a pravidiel pre výkon profesie, vrátane profesnej prípravy a certifikácie pre výkon povolania.

Lekári sa profesionalizovali - osvojili si vedomosti a zručnosti, zaujali určité postoje a reprezentovali profesiu istým spôsobom správania k pacientom, kolegom aj k verejnosti, čím prejavili svoje odborné aj sociálne kompetencie (Křížová, 2006).

1.3 Moderní a postmoderní lekári

Lekársky stav disponoval nielen vedomosťami, zručnosťami a vlastnou morálkou, ale aj schopnosťou a mocou stanovovať pravidlá pre výkon povolania a tento výkon kontrolovať. **Freidson** porovnáva predstavy lekárov o sebe a svojej roli s potrebami a požiadavkami spoločnosti, ktoré vzájomne výrazne kolidujú a spomína prepojenie medzi nositeľmi moci a mocenskými elitami, medzi ktorých lekári samozrejme patrili. Kontrolovali veľké skupiny populácie a vyslovovali sa ku všetkým problémom v spoločnosti. **Meyer** popisuje tendenciu lekárov správať sa onnipotentne: lekári považujú svoje vzdelanie za dostatočnú kvalifikáciu pre posudzovanie a vyjadrovanie sa aj k nelekárskej problematike. Tento postoj mohli rozvinúť na základe dôvery verejnosti a jej očakávania (Křížová 2006, Freidson 1988, Meyer 1988).

Guggenbühl-Craig sa nezvyčajne otvorene a kriticky zmieňuje aj o „temnej stránke“ lekárskej profesie, s ktorou má možno skúsenosť ne jeden pacient. Je spojená s túžbou po moci a jej faktickým dosiahnutím, ktorá vyplýva z možnosti pomôcť, liečiť,

zmiernovať utrpenie a zabraňovať chorobám všetkými prostriedkami a technikami. „Lekár je vystavený veľkému pokušeniu prežívať svojich pacientov ako regredujúcu, detinskú a úzkostnú skupinu ľudí a na druhej strane byť tým, kto je silný, hrdý, dištancovaný a možno ešte do istej miery zdvorilý lekár“ (Guggenbühl-Craig 2007, s.62- 64).

System „prvorepublikových“ rodinných lekárov poskytoval široké spektrum zdravotnej starostlivosti a podieľal sa na zlepšení zdravotného stavu vtedajšej populácie. Po februárovom prevrate v roku 1948 sa prevzal sovietsky zdravotný systém, ktorý uprednostňoval ambulantnú špecializovanú starostlivosť. Jej rozdelenie medzi viacerých ambulantných lekárov narušilo kontinuitu práce praktického lekára. Ambulantní špecialisti preberali pacientov do svojej starostlivosti aj na úkor činností, ktoré mohol vykonávať rovnako kvalitne aj praktický lekár (platí to doteraz vo väčšine krajín EÚ), čo viedlo k degradácii odboru takmer na bazálnu úroveň. Z rešpektovaného rodinného lekára sa stal obvodný lekár. Napriek bagatelizovaniu tohto odboru a jeho zamieňaniu s interným lekárstvom sa odbor v roku 1978 aj formálne emancipoval a vznikla Katedra všeobecného lekárstva a odborná spoločnosť všeobecného lekárstva vo vtedajšom Československu (Boerma a Fleming 2001).

Celospoločenské zmeny v roku 1989 vyvolali zmeny aj v zdravotníctve. Okrem iného došlo k transformácii štátnych poliklinických a závodných ambulancií na neštátne, súkromné ambulancie praktických lekárov.

Vedľa spomínanej pozitivistickej, neskôr aj technologicky a farmakologicky orientovanej medicíny sa dostali k slovu takmer zabudnuté smery (psychosomatická či antropologická medicína), postavené na iných hodnotách, ktoré sa v súčasnosti znovu dostávajú do popredia (Vymětal 2003).

1.4 Štruktúrálna- funkcionalistické poňatie spoločnosti

V tejto časti práce vymedzím niektoré pojmy, súvisiace so štruktúrálna-funkcionalistickým poňatím spoločnosti, pretože súvisia s témou mojej práce – funkciami a rolami praktického lekára a z nich vyplývajúcimi kompetenciami.

Funkcionalistická perspektíva poňatia sveta vychádza z predstavy, že je to sociálna mapa s množstvom sociálnych pozícií a s každou sa spájajú nejaké práva a povinnosti, ktoré vzájomne súvisia, sú prepojené a odvodené od určitého usporiadania v spoločnosti, tvoriac jej štruktúru. S každou *sociálnou pozíciou* je spojené určité očakávané správanie –

sociálna rola. Pokiaľ sa jedinci v určitej role správajú v súlade s uvedenými právami a povinnosťami, možno povedať, že „hrajú“ svoju sociálnu rolu podľa očakávania.

Pozíciu jednotlivcov v sociálnej štruktúre určuje ich *spoločenský status*, daný ich podobnými charakteristikami, ako napríklad povolanie, príjem, vzdelanie. Tieto pozície tvoria určitú sústavu, nazývanú aj sociálne vrstvy alebo straty (Kubátová 2006, s.77- 81).

1.4.1 Teória sociálnej štruktúry

Americký sociológ **Talcott Parsons** vychádza z tézy, že sociálnu štruktúru každého sociálneho systému tvoria pozície jednotlivcov alebo kolektívov, definované univerzalistickými hodnotami a normami, právami a povinnosťami. Jeho teória sa označuje aj ako teória stratifikačného usporiadania spoločnosti, definovaná ako usporiadanie jednotiek v systéme do stupnice. Podľa neho sa pozície v sociálnej štruktúre skladajú podľa dôležitosti (do akej miery sú funkčne nevyhnutné pre sociálny systém). O ich nevyhnutnosti a dôležitosti rozhodujú hodnoty a normy celého sociálneho systému. Konkrétny výkon role jednotlivcov či kolektívov sa teda deje:

1. na základe očakávaní, ktoré vychádzajú z pozície (tzv. inštitucionalizované očakávania v súlade s hodnotovým referenčným rámcom spoločnosti);
2. na základe statusu činiteľa – teda kvalít jednotlivca či kolektívu, ktoré sú dôležité pre daný systém.

Hodnotí sa na základe hodnotového referenčného rámca podľa pozície, dôležitosti jeho pozície, jeho kvality (statusu), jeho výkonu a ak je ocenený, získava ocenenie – *prestíž v spoločnosti*. Zdroje a prostriedky sú prideľované funkčne najdôležitejším sociálnym činiteľom a vrstvám podľa ich dôležitosti, schopnosti vykonávať svoju rolu a podávať očakávaný výkon. Diferenciáciou pozícií v systéme, ako aj výkonov a kvality činiteľov vzniká sociálna nerovnosť, čo sa považuje za meritokratickú (výkonovú) koncepciu sociálnej nerovnosti.

- Parsons vyvodil teóriu sociálnej štruktúry, ktorá obsahuje niekoľko predpokladov (Kubátová 2006, s. 83 - 85) :

- Meritokratický systém, založený na výkone a jeho hodnotení vytesnil pripísané kritériá sociálnej nerovnosti. Pre daný výkon je rozhodujúci neprípísaný status¹ (kvalita) činiteľa a jeho role. Tie sú ocenené (zdrojmi a prostriedkami), ktoré nazýva Parsons sociálna prestíž.
- Pozície v sociálnej štruktúre systému sú zostavené hierarchicky na základe ich funkcionálnej dôležitosti pre spoločnosť.
- Vysoké odmeny sú nevyhnutné k motivácii ľudí vykonávať funkčne dôležité zamestnanie.
- Existuje konsenzus na základe spoločne zdieľaných hodnôt o tom, ktoré pozície sú dôležité (funkcionálne nevyhnutné) pre spoločnosť.
- Moc ako schopnosť ovládať druhých ľudí nie je v tomto modeli dôležitá. Dôležitá je *autorita*, ktorá je spojená so sociálnym ocenením – s *prestížou* a vyplýva zo *statusu* a z *role*.
- Tento model nie je založený na vlastníctve alebo nevlastníctve výrobných prostriedkov (alebo moci) na rozdiel od teórií triedneho rozdelenia spoločnosti.

1.4.2 Konceptia role lekára podľa Talcotta Parsonsa

Podľa **Bártlovej** (2005, s.107) jednotliví lekári zastávajú konkrétne pracovné role, ktoré sa odlišujú kompetenčným poľom odbornej činnosti, mierou sociálnych väzieb, frekvenciou a charakterom styku s pacientom, postavením vo vzťahu nadriadenosti a podriadenosti a ďalšími faktormi, napríklad rozdielom medzi pozíciami a odbornými činnosťami praktického lekára a špecialistu. **Kubátová** uvádza, že hlavnú úlohu v stratifikačnej diferenciacii modernej spoločnosti majú práve kritériá, spojené s povoláním (Kubátová 2006, s. 85).

Všeobecne akceptovanú sociologickú koncepciu role lekára podal až v 50. rokoch **Talcott Parsons**, ktorý sa zamerl na štruktúralno-funkcionálnu analýzu moderného sociálneho systému a poukázal na súvislosť medicíny so sociálnymi a kontrolnými funkciami v spoločnosti (Ivanová, Bártlová a Horváth 2006, s.199-206).

¹ Porovn. status získaný, resp. syntetický, ktorý popisujú tieto ukazovatele: objektívna charakteristika profesie; jej prestíž; dosiahnutá kvalifikácia; stupeň vzdelania; vplyv a moc; príjmy; životný spôsob. (Bartoňková a Šimek, 2002).

Rolu lekára definuje univerzalizmom, afektívnou neutralitou, funkčnou špecifickosťou a kolektívnou orientáciou, ktorým sa budem venovať v nasledujúcej časti.

Funkčná špecifickosť je kľúčovým znakom lekárskej role, zároveň vyjadruje nevyhnutnosť formálnej aj skutočnej odbornej kompetencie pre výkon lekárskeho povolania. Z odbornej kompetencie je potom odvodená podoba odborného vzdelania. Názov profesie MUDr., ktorý možno preložiť ako doktor všeobecnej medicíny sa vníma dnes skôr ako „ozdoba“ než vymedzenie kompetencií lekára. Potrebnú všeobecnosť predstavuje zdravotnícka inštitúcia a jej organizačné celky, zatiaľ čo kompetencie lekárov sa s pokračujúcou špecializáciou zužujú.

U všeobecného, praktického lekára ide o širokú odbornú kompetenciu, týkajúcu sa rozličných druhov ochorení. Odborná kompetencia praktického lekára je zásadne zúžená v súvislosti so závažnosťou ochorení a ak presahuje jeho možnosti, je povinný požiadať o spoluprácu špecialistu. Nejde o akúsi inú medicínu, ale skôr o metódu. *Funkčná špecifickosť, čiže odborná kompetencia* lekára, má kľúčové postavenie a stanovuje základnú profesnú požiadavku – povinnosť vzdelávať sa, pričom sa obzvlášť cenia špecializované vedomosti. Parsons zdôrazňuje sústredenie lekára na presne ohraničenú oblasť a nezasahovanie mimo svojej lekárskej odbornosti.

Univerzalizmus vyjadruje, že potencionálna vzťahová oblasť lekára zahŕňa všetkých ostatných členov spoločnosti. Vyplýva z nej požiadavka, aby lekár poskytol svoje odborné vedomosti a zručnosti každému, kto to potrebuje, nesmie nikoho diskriminovať podľa sociálneho pôvodu či osobných pocitov (viď Príloha 3). Obhajuje chorého ale súčasne reprezentuje aj potreby spoločnosti. Lekár sa často dostáva do konfliktu medzi súkromnými, individuálnymi potrebami pacienta a potrebami iných pacientov, o ktorých sa stará aj preto, pretože zdroje každej spoločnosti sú obmedzené (Křížová 2006)².

Afektívna neutralita priamo nadväzuje na univerzalizmus požiadavkou kontrolovať vlastné emócie, schopnosťou ovládať ich tak, aby sa nepremietali do klinického výkonu, bez emocionálnej účasti. To neznamená, že by lekárov postoj bol bezcitný. Myslí sa tým, že ideálny lekár vykazuje sympatie, intuitívne porozumenie bez plného rozvinutia emócií. Má rozumieť pocitom pacienta bez toho, že by ich sám cítil. Parsons nazýva túto zložku afektívnou neutralitou. Lekár nemôže podľahnúť zúfalstvu či optimizmu, sympatiám či

² Vo vyspelých krajinách sa lekári dostávajú do tohto konfliktu, ktorý sa nazýva sporom medzi klinickou zodpovednosťou (fidelity) a ekonomickou (stewardship) zodpovednosťou.

odporu, ale musí udržiavať určitý odstup. Požiadavka emocionálnej neutrality sa viaže najmä na tie emócie, ktoré by mohli mať negatívny vplyv na liečbu pacienta. Táto požiadavka sa nevzťahuje len na pacienta, ale na všetky role lekára a premieta sa do vzťahov k ostatným lekárom, ďalšiemu personálu. Vzájomná súčinnosť a úsilie k dosiahnutiu dohody zaručujú úspešnú liečbu. Zhlukujú sa do viacerých neformálnych noriem: zásadne zveriť liečbu najbližším príbuzným kolegom; pri liečbe nemoralizovať a nehodnotiť politické ani náboženské zmýšľanie, liečiť aj „zločincov a násilníkov“, nielen bezproblémových členov spoločnosti. Akékoľvek prejavy averzie sa hodnotia ako profesionálne zlyhanie, naopak - preferuje sa vecné zaobchádzanie s pochopením. V skutočnosti aj táto požiadavka je norma, vzdialená od reality. Určité emócie vyplývajú už len z toho, že predmetom lekárskeho zásahu sú intímne časti ľudského tela, či myšlienka, že činnosť lekára má fatálny dopad na chorého. Obrovská zodpovednosť za prospech chorého produkuje negatívny stres, ktorý by sa nemal stať prekážkou v profesionálnom výkone, preto by mal byť kultúrne spracovaný. Ďalším aspektom môže byť zaujímavosť či výnimočnosť prípadov (Křížová 2006).

Kolektívna orientácia znamená, že základom lekárskej profesie je altruistický ohľad na potreby chorého. Lekárovi potreby (existenčné, ekonomické, ale aj psychické alebo iné osobné) sú až na druhom mieste, teda stavia blaho pacienta nad svoje záujmy. Ide o optimálnu starostlivosť z hľadiska diagnostiky, terapie a ošetrovania. Lekár nesmie využívať pacienta vo svoj prospech, má povinnosť zachovať mlčanlivosť, musí zachovať dôstojnosť pacienta, t.j. nielen mu rozumieť, ale prejavovať aj záujem o jeho zdravotný stav a ďalšie potreby. Predpokladom je nezištnosť zo strany lekára, často sebazaprenie a ochota, ktorá smeruje k prospechu chorého (Ivanová, Bártlová a Horváth, 2006).

1.4.3 Ďalšie znaky lekárskej role

Uzavretosť ako ďalší znak lekárskej role sa prejavuje etickou požiadavkou o zachovávaní mlčanlivosti vo všetkom, čo súvisí s liečbou chorého.

Výlučnosť a kastovný charakter sú zdôraznené aj stavovskými kódexmi, zvláštnou legislatívou, vonkajšími atribútmi a symbolmi (plášť, fonendoskop, žargón, diplomy a tituly), ktoré mali posilňovať ostrú hranicu medzi svetom lekárov a laikov. V posledných rokoch sa začína redukovať používanie týchto vonkajších symbolov, aby sa zdôraznil partnerský vzťah k chorým. Niektorí lekári s tým nesúhlasia a domnievajú sa, že príčinou

úpadku a straty sociálnej prestíže lekárskej profesie je napríklad redukcia komunikácie v latinčine (Křížová 2006).

Kolegialita v lekárskej profesii sa prejavuje odovzdávaním poznatkov, zručností, skúseností a podporovaním mladých lekárov, ale aj spoluprácou praktických lekárov so špecialistami. Vnútorne udržiavanie súdržnosti lekárov a ostatné znaky lekárskej profesie sú popísané v Hippokratovej prísaha. Ich platnosť pretrváva do súčasnosti a je nepísanou normou medzi samotnými lekármi (viď Príloha 3). Aj podľa Ivanovej sa „jednotlivé role a znaky konkrétnych lekárskejších rolí prejavujú v rôznej miere, prípadne dochádza k ich modifikácii, vo svojom celku dobre vystihujú rolu lekára v zdravotníckom systéme“ (Ivanová 2006, s.183).

Výlučnosť charakteru výkonu lekárskeho povolania vyplýva aj z jednoznačnej požiadavky absolvovať predpísané pregraduálne, aj postgraduálne štúdium a nadobudnúť *odborné (funkčné) kompetencie*. Lekár teda vstupuje do svojej role inštitucionalizovaným štúdiom, ku ktorému sa rozhodol dobrovoľne a vykonáva povolanie, ktoré si vybral. Toto štúdium neznamena len oboznamovanie sa s prírodovedným základom súčasnej medicíny, ale i socializačným procesom, odovzdávaním hodnôt lekárskej profesie, ktorého cieľom je naučiť absolventa „myslieť, cítiť, konať“ v súlade s normami lekárskej profesie a mať spoločnú stavovskú identitu, ktorej základom je najmä profesná autonómia a udržanie kontinuity týchto hodnôt. Prispieva k tomu aj celoživotné, resp. sústavné vzdelávanie lekárov (Ivanová 2006, s.183).

1.4.4 Teoretická a klinická perspektíva

Oproti predmoderným lekárom s porovnateľnými, takmer identickými všeobecnými vedomosťami sa dnešní lekári výrazne líšia podľa teoretickej a klinickej perspektívy. **Freidson** rozlišuje lekárov podľa teoretickej mentality lekárov, ktorí sa venujú základnému a experimentálnemu výskumu. V práci sa zaoberám lekármi s klinickou perspektívou, konfrontovanými s každodennou starostlivosťou o chorých. Jednoznačne k nim možno priradiť praktických lekárov, ktorých „klinikou“ je ambulancia, ich hlavným pracovným nástrojom schopnosť primerane komunikovať.

Hoci rešpekt k lekárskeému poznaniu je dôležitý, klinická perspektíva vníma presnejšie individuálne zvláštnosti a odchýlky a netrvá na štatistickom modeli choroby a efektívite liečby. Rozhodujúca je vlastná skúsenosť lekára a najmä dodržanie postupu „lege artis“, ktorý vyjadruje súlad medzi lekárskeým zásahom a dostupnými vedeckými

poznatkami v praxi. Správnosť zvoleného postupu však opäť posudzuje ďalší lekár (Křížová 2006, s.41- 44, Freidson 1988).

1.4.5 Činnosti lekára vyplývajúce z jeho role

Bártlová definuje v súlade s Parsonsom činnosti lekárov v súčasnom zdravotníckom systéme, ktoré sú „funkcionálne zamerané na ochranu a upevňovanie zdravia, na diagnostiku a odstraňovanie choroby, na záchranu ohrozeného života“ (Bártlová 2005, s.107). **Ivanová** k tomu uvádza, že činnosti, vychádzajúce z lekárovej role možno rozdeliť na :

- poskytovanie podpory (lekár vníma ako svoju povinnosť to, že sa pacient môže o neho oprieť,
- poskytovanie úľav (odbremenenie pacienta od povinností, ktoré má v „normálnom živote“ s ohľadom na jeho ochorenie),
- odmietanie reciprocity (lekár udržiava asymetrický vzťah tým, že odmieta pociťovať to, čo pacient a aj tým, že nedovoľuje pacientovi prístup ku svojim vlastným pocitom. Robí tak preto, aby si udržal nezávislosť a mohol pomáhať ostatným),
- vedenie pacienta v priebehu choroby (pacient síce začína vzťah, ale je to lekár, ktorý iniciatívne určuje pacientovu rolu a vedie ho celým dynamickým procesom liečby),
- odborná zodpovednosť za priebeh liečby (iniciatíva a poznaná kompetencia vzťahu však so sebou prináša aj vedomie zodpovednosti),
- uvedomelé nakladanie s autoritou a mocou (odlišuje autoritu inštitucionálne pridelenú, ktorá znamená právo lekára rozhodovať o veciach pacienta; platí však, že čím väčšia je táto právomoc, tým zložitejšie je, aby sa lekár stal pacientovým dôverníkom. Najdôležitejším predpokladom úspechu je schopnosť lekára oddeľovať obe situácie a neprenášať emócie, vzniknuté v jednej situácii do druhej (Ivanová 2006, s.183).

V ďalšej kapitole sa budem venovať problematike primárnej zdravotnej starostlivosti, v rámci ktorej vykonávajú v súčasnosti praktickí lekári svoju prácu.

2 Primárna zdravotná starostlivosť

Primárna zdravotná starostlivosť je riadená, celková zdravotná a sociálna starostlivosť, ktorú poskytujú zdravotníci na úrovni prvého kontaktu občana so zdravotníckym systémom na základe dlhodobého, kontinuálneho vzťahu prístupu k jednotlivcovi. Je dostupná, otvorená, bez kultúrnych, geografických či ekonomických bariér, schopná prehľadne poskytnúť zdravotnú starostlivosť tak, aby sa v systéme občan vyznal a nebol vytrhnutý zo svojho prirodzeného prostredia, so zachovaním ľudskej dôstojnosti.

Zabezpečuje sa ambulantne a viaže sa na ňu *sekundárna starostlivosť*, špecializovaná podľa jednotlivých medicínskych odborov. Rieši problémy, ktoré presahujú možnosti primárnej starostlivosti.

Zložitá diagnostika a terapia na klinikách s prepojením na výučbovú a vedecko-výskumnú činnosť sa poskytuje v rámci vysokošpecializovanej *terciárnej starostlivosti*.

V rámci primárnej zdravotnej starostlivosti sa v súčasnosti poskytuje zdravotná starostlivosť na troch úrovniach:

- podľa dostupnosti,
- skladby pacientov,
- špecializácie pracovísk a ich technického aj personálneho vybavenia (Gladkij 2003).

2.1 Koncepcia odboru Všeobecné praktické lekárstvo

Všeobecné praktické lekárstvo pre dospelých je základný lekárske odbor so špecifickými charakteristikami, zameraný na liečebno-preventívnu starostlivosť o dospelú populáciu. Je to vedecká disciplína medicíny s vlastnými špecifikami poskytovania zdravotnej starostlivosti, riadením odboru, sieťou pracovísk, informačnou základňou, výskumom, vzdelávaním a manažmentom.

Podľa **Seiferta, Beneša a kol.** (2005) nepojednáva systematicky o chorobách, ktoré by sa netýkali iných odborov, *ide skôr o metódu*. Všeobecné praktické lekárstvo v sebe zahŕňa základné poznatky a prax z rozličných lekárske odborov, ktoré uplatňuje v podpore zdravia, prevencii, včasnej a rýchlej diagnostike, diferenciálnej diagnostike, komplexnej liečbe, rehabilitácii a ďalšej starostlivosti vrátane prvej lekárskej pomoci (viď Príloha 2).

2.1.1 Základné charakteristiky všeobecného praktického lekárstva

Z dokumentu Konceptia všeobecného praktického lekárstva vyberám nasledovné charakteristiky, pretože s nimi budem pracovať v časti, venovanej kompetenciám a kompetenčnému modelu:

Všeobecnosť – praktický lekár sa v praxi stretáva so všetkými problémami celej populácie, bez ohľadu na vek, pôvod, sociálne postavenie, rasu, vieru alebo charakter zdravotných problémov;

Dostupnosť – praktický lekár musí byť ľahko a dostatočne rýchlo dostupný a prístup k nemu nesmie byť limitovaný geografickými, rasovými, kultúrnymi, administratívnymi alebo finančnými bariérami;

Kontinuita – praktické lekárstvo je skôr orientované na človeka ako na jeho chorobu. Je založené na dlhodobom vzťahu medzi pacientom a jeho ošetrovateľom, ktorý lieči nielen epizódu jeho choroby, ale sa stará o významnú časť pacientovho života;

Komplexnosť – praktický lekár poskytuje komplexnú liečebno-preventívnu starostlivosť, zahŕňajúcu podporu zdravia, prevenciu choroby, liečbu rehabilitáciou, ale aj podpornú starostlivosť pacientom, rešpektujúcu biologické, psychologické a sociálne hľadiská. Humánne a etické aspekty vzťahu lekár-pacient zahŕňa do svojho klinického rozhodovacieho procesu;

Koordinovanosť – praktický lekár je pre pacienta lekárom prvého kontaktu so zdravotnými službami. Poskytovanie základných a špecializovaných služieb je výrazne ovplyvnené tým, čo pacienti lekárovi prezentujú. Praktický lekár je pre svojich pacientov radcom a koordinátorom vo využívaní špecializovaných zdravotných a sociálnych služieb. V indikovaných prípadoch zaisťuje praktický lekár včasné konziliárne vyšetrenie alebo odovzdanie pacienta do špecializovanej starostlivosti a zaisťuje náväznosť podporných odporúčaní;

Spolupráca – praktický lekár spolupracujúci s ostatnými poskytovateľmi zdravotných a sociálnych služieb, poznajúc a rešpektujúc ich kompetencie;

Orientácia na rodinu – praktický lekár vníma zdravotné problémy človeka v kontexte jeho rodinných, sociálnych a kultúrnych vzťahov a prostredia, v ktorom žije a pracuje;

Orientácia na komunitu – problémy pacienta sa vnímajú v kontexte života jeho komunity. Praktický lekár by si mal uvedomovať potreby populácie a mal by spolupracovať

s ostatnými profesionálmi zo zdravotnej, sociálnej a laickej oblasti k podpore pozitívneho pôsobenia na zdravie (viď Príloha 2).

2.1.2 Všeobecný praktický lekár ako poskytovateľ zdravotnej starostlivosti

Poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti podľa zákona 576/2006 Z.z., § 3 sú fyzické alebo právnické osoby, ktoré ju poskytujú na základe povolenia alebo živnostenského oprávnenia.

Súkromná lekárska prax vzniká registráciou na základe licencie, odbornej spôsobilosti, členstva v Slovenskej lekárskej komore, vlastníctvom alebo prenájom priestorov, personálnym a vecným vybavením ambulancie, prevádzkovým poriadkom, dokladom o bezúhonnosti a zdravotnej spôsobilosti.

Takmer všetci poskytovatelia primárnej zdravotnej starostlivosti v Slovenskej republike pracujú súkromne. Starostlivosť sa hradí prevažne z verejných zdrojov, na základe zmlúv so zdravotnými poisťovňami (Barancová a kol. 2008, s.66-68).

O 3,7 miliónov dospelých poistencov, t.j. 67 % obyvateľstva SR, ktorí sú prijímateľmi zdravotnej starostlivosti, sa okrem špecialistov stará 2236 všeobecných praktických lekárov pre dospelých³.

V načrtnutej hierarchii ambulantnej zdravotnej starostlivosti riadi zdravotnú starostlivosť v optimálnom prípade rozhladený a skúsený lekár, ktorý má triediacu funkciu, dohliada na integráciu vyšetrení a liečby pacienta, jeho kontinuitu a dostupnosť, tzv. gate keeping, aby sa čo najskôr zahájila liečba a predišlo sa nadbytočným a neodôvodneným vyšetreniam - polypragmázii, ktorá môže poškodiť pacienta.

V praxi sa praktický lekár stará o ľudí v produktívnom veku, ale aj o geriatrických pacientov a takisto o mladých ľudí, ktorí začínajú študovať, resp. študujú. Stretáva sa so širokým okruhom problémov a diagnóz – tu je namieste spolupráca so špecialistami. Situácia v teréne vyžaduje lekára, schopného obsiahnuť čo najviac vedomostí zo všetkých odborov. Dobrý praktický lekár zvládne 80 % problémov svojich pacientov sám a lepšie, ako keby ich posielal s jednotlivými problémami ku špecialistom. V praktickom lekárstve sa upúšťa od riešenia jednotlivých medicínskych problémov a odporúča sa organizovanie

³ Zdroj: emailová komunikácia s Národným centrom zdravotníckych informácií, 9. 2. 2011.

zdravotnej starostlivosti nielen v ambulanciách, ale aj v domácom prostredí. Návštevná služba lekárov je staronovým a najprogresívnejším trendom v EÚ (Lipták, 2011).

2.1.3 Vzdelanie všeobecného praktického lekára pre dospelých

Všeobecný praktický lekár pre dospelých smie vykonávať prax len na základe získania odbornej spôsobilosti k výkonu povolania lekára ukončením najmenej šesťročného prezenčného štúdia, ktoré obsahuje teoretickú a praktickú výuku v akreditovanom programe „všeobecné lekárstvo“ na lekárskej fakulte⁴. Študijný odbor Všeobecné lekárstvo sa môže podľa sústavy študijných odborov vydanej rozhodnutím Ministerstva školstva SR č. 2090/2002-sekr. zo dňa 16.12.2002 študovať v spojenom prvom a druhom stupni doktorského študijného programu podľa zákona č. 11/2002 §53 ods. 3, ktoré sú vzhľadom na špecifiká študijného odboru spojené do jedného celku. Absolventi študijného programu Všeobecné lekárstvo by mali ovládať teoretické poznatky všetkých teoretických, predklinických a klinických odborov a v praktickej výučbe si osvojiť základné diagnostické, terapeutické a preventívne postupy, ktoré uplatnia vo svojom povolaní tak, aby porozumeli existencii a významu súvislostí medzi klinickou medicínou a jej vedeckým základom.

Všeobecné lekárstvo (Kristová 2009) je základným odborom lekárskeho štúdia, pričom absolvovanie spojeného prvého a druhého stupňa doktorského študijného programu vytvára predpoklad na ďalšie vzdelávanie v odbore formou postgraduálneho štúdia „Špecializačné vzdelávanie v odbore Všeobecné praktické lekárstvo“.

2.1.4 Špecializačné vzdelávanie

Špecializačné vzdelávanie sa uskutočňuje pri výkone lekárskeho povolania povinnou nemocničnou praxou v hlavných odboroch (interné lekárstvo, chirurgia, gynekológia, pediatria, psychiatria, ARO) doplnená znalosťami z ďalších odborov - neurológia, kožné, hygiena, epidemiológia, očné, ORL, pracovné lekárstvo a praxou

⁴ Súčasný stav, kedy sa na Slovensku všetci absolventi LF stanú všeobecnými lekármi a lekár tohto odboru po špecializačnej príprave a atestácii sa znovu stane všeobecným lekárom, je neprimeraný. Je navrhnutý názov odboru Všeobecné praktické lekárstvo (General Medicine) a pre absolventa špecializácie všeobecný praktický lekár (General Practitioner). Rešpektujem tento návrh a v práci uvádzam všeobecné praktické lekárstvo, všeobecný praktický lekár, alebo stručne praktické lekárstvo, praktický lekár. (viď dokument Problémy primárnej starostlivosti).

v ambulancii praktického lekára pre dospelých. Študuje sa na lekárske fakultách ho možno absolvovať v rámci postgraduálneho štúdia všeobecné lekárstvo (WWW 2005). Lipták uvádza, že zo štyroch existujúcich fakúlt v SR sa dá pokračovať v tomto odbore, ktorý je akreditovaný na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave (Lipták 2007).

V kontexte s odbornými kompetenciami lekára je deľba práce taká zásadná, že pregraduálna výchova sa považuje len za prvý stupeň lekárskeho vzdelania. Z hľadiska praxe je potrebné postgraduálne vzdelávanie a odborná špecializácia (Křížová 2006).

Cieľom špecializačného vzdelávania v odbore Všeobecné lekárstvo, ktoré vychádza z interného lekárstva, je získanie takých kompetencií, aby sa lekár vedel postaviť ku každému problému v ambulancii. V súčasnosti sa začína medzi medicínskymi autoritami hovoriť o všeobecnom praktickom lekárovi ako o špecialistovi na polymorbiditu. Toto označenie vyplýva z charakteru pacientov a spôsobu práce praktických lekárov. Pre polymorbídneho pacienta je veľmi pohodlné, ak má všeobecného praktického lekára, ktorý ho dobre a komplexne lieči napríklad aj v prípade imobility v domácom prostredí. Vďaka tomu sa zredukujú jeho časté a vyčerpávajúce návštevy rôznych vzdialených špecializovaných ambulancií a v konečnom dôsledku sa zachová maximálne možná kvalita života pacienta. Zredukovanie preskripčných obmedzení praktických lekárov by tiež odbremenilo pacientov od chodenia po lekárske predpisy na lieky k špecialistom (Lipták 2011, s.4-5).

Praktický lekár by sa mal vyznať aj v problematike psychosociálnej a kontinuálnej starostlivosti (WWW 2005). Aj podľa Křížovej (2006) ide v tejto zložke o správanie a vystupovanie k pacientom, kolegom a ostatným účastníkom zdravotnej starostlivosti. Predstavy o správaní a vystupovaní lekára sú transkulturálne a historicky premenlivé. To, čo vyhovuje v jednom kultúrnom prostredí, nemusí vyhovovať v inom. Dodnes je stabilná a platná len dôležitá požiadavka benefiencie a nonmaleficiencie a všeobecne sa očakáva, aby obidve zložky boli v súlade.

Obrazom dokonalého lekára je odborná precíznosť, sprevádzaná výnimočným ľudským charakterom, múdrosťou, autentickým záujmom o prospech pacienta - najvyšším ideálom je teda spojenie odbornosti a ľudskosti. Ani lekári nie sú jednotní v názore, či sa „to ľudské“ dá naučiť, alebo či sa tu len spontánne neprejavuje osobnosť každého lekára. Významnú úlohu má okrem osobnosti lekára aj celková spoločenská atmosféra, hodnoty a normy konkrétneho pracoviska, oddelenia, ambulancie a jeho vzdelanie (Seifert, Beneš a kol. 2005).

2.1.5 Celoživotné vzdelávanie

Barancová (2008) uvádza zákonom danú povinnosť sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov podľa ustanovenia § 42 ods.1 zákona č.578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Ide o:

1. sústavné vzdelávanie je priebežne obnovované a udržiavanie získanej odbornej spôsobilosti, je v súlade s rozvojom príslušných odborov po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania.
2. sústavné vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov príslušného zdravotníckeho povolania zabezpečuje zamestnávateľ a komora, v ktorej je zdravotnícky pracovník registrovaný (§ 62, ods. 2-6) samostatne, alebo v spolupráci so vzdelávacími inštitúciami a odbornými spoločnosťami Slovenskej lekárskej spoločnosti, alebo inými medzinárodne uznanými odbornými spoločnosťami alebo profesnými združeniami a poskytovateľmi, ak ďalej nie je ustanovené inak.
3. Kritériá a spôsob hodnotenia sústavného vzdelávania zdravotníckeho pracovníka podľa odsekov 3 a 4 ustanoví všeobecne záväzný právny predpis, vydaný ministerstvom zdravotníctva.

V priebehu sústavného vzdelávania by mal zdravotnícky pracovník nadobúdať nové dostupné poznatky v oblasti lekárskej vedy a biomedicínskych vied a tie vo svojej praxi aplikovať s prihliadnutím na technické a vecné vybavenie zdravotníckeho zariadenia, v ktorom zdravotnú starostlivosť poskytuje.

Základný rámec procesu sústavného vzdelávania ako jednej z foriem ďalšieho vzdelávania ustanovuje § 11 nariadenia vlády SR č.322/2006 Z.z.

Sústavné vzdelávanie je rozložené na nemerateľnú a merateľnú zložku. Nemerateľná zložka sa skladá zo samostatného štúdia v príslušnom odbore a z výkonu odbornej zdravotníckej praxe v príslušnom odbore.

Merateľná zložka je pomerne obsiahlejšia a skladá sa z aktivít, na ktorých by sa mal zdravotnícky pracovník zúčastňovať, aby spĺňal podmienku sústavného vzdelávania. Tieto aktivity študijného programu sústavného vzdelávania sa realizujú prezenčnou, dištančnou alebo kombinovanou metódou a obsahujú:

- jednorázové aktivity rôzneho vzdelávacieho typu, na rôznej úrovni,

- odborné stáže na akreditovaných pracoviskách (rezidenti v ambulancii praktického lekára),
- dištančné vzdelávanie - korešpondenčné vzdelávanie, videokonferencie, e-learning,
- pedagogickú činnosť – v rámci teoretickej a praktickej výučby,
- publikačnú činnosť,
- vedeckovýskumnú činnosť.

Priebeh sústavného vzdelávania sa zaznamenáva do indexu odbornosti ako dokladu o ďalšom vzdelávaní. Oprávnenými subjektmi na vykonanie záznamov sú vzdelávacia ustanovizeň, komory, pracoviská zariadení a Slovenská lekárska spoločnosť. Jednotlivé zložky podliehajú hodnoteniu na základe kritérií, vypracovaných MZ SR (Barancová 2008, s.55-57).

„Faktom ostáva, že pre dôraz na osvojovanie odborných vedomostí, ktoré má zaistiť v budúcnosti lekárom pevnú expertnú pozíciu, ostáva čoraz menej času pre psychosociálnu stránku a jej rozvoj – zaoberanie sa celým človekom“ (Seifert, Beneš a kol. 2005, s.65).

2.1.6 Pracovisko všeobecného praktického lekárstva

Pracoviskom tohto odboru je ambulancia všeobecného praktického lekára, v ktorej pracuje zvyčajne v dvojici lekár so sestrou⁵. Ambulantná zdravotná starostlivosť sa poskytuje aj v domácom prostredí alebo inom prirodzenom prostredí osoby a poskytuje ju všeobecný praktický lekár pre dospelých.

Ambulancie všeobecného praktického lekárstva sú zaradené vo verejnej minimálnej sieti, odborne a metodicky riadené hlavným odborníkom pre odbor všeobecné praktické lekárstvo. Spolupracujú s organizáciami, reprezentujúcimi všeobecných praktických lekárov podľa ich stavovských kódexov, profesijných a odborných kompetencií (najmä so Slovenskou lekárskou komorou, Slovenskou lekárskou spoločnosťou, Spoločnosťou všeobecného/praktického lekárstva Slovenskej lekárskej spoločnosti, sekciou všeobecných lekárov, Asociáciou súkromných lekárov SR, ako aj s ostatnými odbormi zdravotníctva a lekármi samosprávneho kraja (viď Príloha 2).

⁵ V takejto zostave pracuje väčšina z 2232 praktických lekárov pre dospelých na Slovensku, v priemernom veku 54,3 roka. Zdroj: emailová komunikácia s Národným centrom zdravotníckych informácií 9.2.2011.

Praktický lekár okrem poskytovania odbornej zdravotnej starostlivosti a poskytovania psychosociálnych intervencií svojim pacientom plní aj úlohu manažéra. Riadi a vedie prevádzku ambulancie, ľudí, musí sa orientovať aj v spoločenských vedách a okrem odborných vedomostí byť funkčne gramotný aj v jazykovej a počítačovej oblasti.

2.1.7 Všeobecná problematika pomáhajúcich profesií

Smitka sa naliehavo obracia k svojim čitateľom: „Doba, v ktorej žijeme, mnohé racionalizuje. Niektoré spoločenské inštitúcie vynechávajú meno jedinca a stačí im jeho rodné číslo, bankové konto, niekde odlačok prstov. Niekde sa ľudia nestretávajú vôbec. Čo sa potom odohráva v pomáhajúcich profesiách?“ (Smitka 2009, s.149).

Práca lekára patrí medzi tie, aby ju lekár mohol vykonávať, musí mať odbornosť - určitý objem nevyhnutných vedomostí a zručností, získaných formálnym štúdiom.

Vzťah k pacientovi sa však neučí, alebo ak, tak len okrajovo. Predpokladá sa akosi samozrejme, pritom ľudský vzťah medzi lekárom a pacientom hrá podstatnú úlohu. Praktický lekár stretáva ľudí v núdzi a v závislom postavení a jeho ambulanciou prejdú desiatky pacientov, každý s inými potrebami. Majú ťažkosti, bolesti a chcú mať pocit, že sú výnimoční vo svojom trápení a neobťažujú tým. Tento pocit im môže poskytnúť vnímavý lekár s dostatkom sily a disciplíny, aby ovládol svoju prípadnú únavu, alebo aj znechutenie a prejavil pochopenie a uznanie všetkým pacientom, ktorí prichádzajú do ambulancie.

Pomerne často sa objavuje u lekárov závažný psychologicko-medicínsky problém - syndróm vyhorenia s dopadom na kvalitu života a jeho výkon, kedy môže dôjsť k strate energie, stagnácii a frustrácii (Kopřiva 2006). Táto problematika je taká závažná a rozsiahla, že by mohla byť témou samostatnej práce. V lepšom prípade dochádza „len“ k profesionálnej deformácii. Smitka sa vo svojich esejách zmieňuje o zvyčajne negatívnom konotáte tohto slovného spojenia a uvažuje, ktoré profesné aktivity deformujú lekára v bežnom živote. Uvádza triviálny príklad z ambulancie, kedy lekár nahlas a direktívne kladie otázky nedoslýchavému pacientovi a dáva mu rady. Ak tento návyk (až deformáciu) preniesie do „normálneho“ života, považuje sa to za nevhodné. Lekár, ktorý celý život pracuje s pacientmi vie svoju „deformáciu“ zúročiť pre seba. Vyhýba sa unáhlenému hodnoteniu druhých, je vycvičený v primeranej miere tolerancie, disciplíny aj voľnosti vo svojom živote, v sebaovládaní, kvalitnejšom rozlišovaní hodnôt. Z tohto hľadiska by sa mal vedieť pohybovať s inými ľuďmi na pomyselných čiarach života od detstva do staroby, najmä

s tými, ktorí vyžadujú vo zvýšenej miere direktívnosť, špecifický paternalizmus a zároveň láskavosť“ (Smitka 2009, s.127-130).

Úspešná liečba vždy vyžaduje ľudský vzťah. Súčasťou tejto psychosociálnej zložky môže byť charizmatiké pôsobenie, vyplývajúce z osobnostných vlôh lekára, ktorý vzbudzuje dôveru. Na druhej strane môže lekár pacientovi uškodiť svojim správaním, verbálnou a nonverbálnou komunikáciou a pôsobiť výrazne iatrogénne. Z psychologického hľadiska je preto dôležité, aby sa intencia pacienta stretla s autentickou intenciou lekára (pacient potrebuje pomoc – lekár chce, môže a vie, ako pomôcť), vylúčila sa deprivácia pacientov a naplnila sa ich potreba byť akceptovaný a nájsť porozumenie. Ide aj o lekárov, aby netrpeli potláčaním svojich emócií a nevhodnými spôsobmi zvládania stresu. Emočné prežívanie sa nestratí, ak ho kultúrne ovládnu a redukujú ako súčasť svojho profesného výkonu, čo je náročné, ale možné (Křížová 2006).

2.1.8 Choroba či ochorenie?

Rolová požiadavka na afektívnu neutralitu podľa **Parsonsa** súvisí s dominantným pozitivistickým paradigmatom zdravia a choroby, oddelením telesných procesov od duševných a odosobnením choroby. Povojnový vývoj medicíny sa jednoznačne priklonil k vede a technológii. Základom profesného prístupu sa stal vedecký prístup a význam ľudského prvku tak bol civilizačne potlačený, aj keď sa o ňom stále hovorí (Křížová 2006, s.92-93).

S rozvojom medicínskych technológií a zvyšovaním diagnostickej potencie medicíny sa lekári stávajú stále viac expertmi na liečbu chorôb a ich tradičná rola sprievodcov a poradcov ustupuje do pozadia. Ďalšou závažnou novinkou je možnosť zachrániť či významne predĺžiť život chorého, čím vstupujú do hry zložitejšie hodnoty. Pacienti nie vždy rozumejú podstate ponúkaných diagnostických a liečebných výkonov, preto by im ich mal lekár vysvetliť (Seifert, Beneš a kol. 2005). Súčasná medicína kladie na praktických lekárov nároky na hranici ľudských možností, pretože by mali byť široko vzdelanými odborníkmi v medicínskych vedách, šikovnými technológmi a navyiac by mali zvládnuť dohovor s ľuďmi, ktorí majú rozličné medicínske informácie a dezinformácie. Tieto nároky rieši medicína špecializovaním, čo na jednej strane prináša veľké možnosti, na druhej strane mátie pacientov, ktorí navštívia viacerých špecialistov. Každý z nich nasadí svoju liečbu a všetky tieto odporúčania strácajú logiku.

Akcentom na vedeckosť a dehumanizáciu medicíny sa zaoberá viacero autorov. **Seifert, Beneš a kol.** pripomínajú, že anglosaský „objav“ rozdielu medzi illness a disease popísal už pred sto rokmi prof. Thomayer (Seifert, Beneš a kol. 2005, s.127).

O ochorení hovoria, že je to pojem, „často vzdialený vedeckému výkladu, ochoreniu, liečbe a zdravotníctvu vôbec. Skrátka, ide o súbor niekedy veľmi zmätených názorov, ktoré však považuje pacient za podstatné“ (Seifert, Beneš a kol. 2005, s.127).

Chorobu vysvetľujú ako medicínsky konštrukt, zahŕňajúci etiológiu, patogenézu, typický priebeh, objektívne nálezy, kauzálnu liečbu, prognózu, zásady rehabilitačných postupov – teda všetko to, čo je popísané v učebniciach a čo medicína považuje za podstatné. **Ivanová** uvádza tri modely choroby v ich vzťahných systémoch:

Biomedicínsky model choroby – vzťahný systém medicíny (disease). Model súvisí s prírodovedným prístupom, chorobu vníma primárne ako biologickú poruchu, ktorá ovplyvňuje uvažovanie zdravotníckych pracovníkov. Pri jeho dôslednom uplatňovaní sa záujem zdravotníkov sústreďuje na chorobu ako takú a nie na pacienta.

Psychologický model choroby – vzťahný systém osoby (illness). Tento model vypracoval **Balint**, ktorý upozornil na rad psychologických činiteľov počas rozvoja, priebehu choroby a jej liečby ako u zdravotníkov, tak aj u pacientov. Psychický stav pacienta má vplyv na jeho postoj k utrpeniu a na schopnosti zvládnuť ho, dať mu určitý zmysel.

Sociologický model choroby – vzťahný systém pôsobenia choroby (sickness) je založený na predpoklade, že každá choroba je sociálnym javom, pretože zasahuje jednotlivé sociálne role, čo zároveň vyvoláva určitú odozvu sociálneho okolia. V rámci sociológie sa choroba vníma ako odchýlka od normy - normou je plnenie všetkých pôvodných sociálnych rolí (Ivanová 2006, s.199).

Vymětal uvažuje o tom, ako vrátiť starostlivosti o chorého ľudskú dimenziu a ako ju pestovať. Súčasnú medicínu považuje za medicínu s celostným prístupom k človeku. Zahŕňa objektívnu stránku choroby (disease), ktorú možno vyčítať z chorobopisu (*vysoké odborné kompetencie, profesionalita*) a jej subjektívnu stránku ochorenie (illness), danú prežívaním choroby a jej pôsobenia na pacientov a jeho príbuzných, resp. spracovaním situácie lekárom (*jeho psychosociálne kompetencie*). Celostné poňatie prekonáva a spája obe hľadiská (Vymětal 2003).

O **Franklovi** (Frankl 2006, Křivohlavý 2009) a logoterapii, ktorej venoval významnú časť svojho diela, možno veľmi zjednodušene povedať, že jej podstatou je citlivá práca so slovom. Je inšpirujúca pre tých praktických lekárov, ktorí považujú za dôležitú nielen liečbu chorého orgánu, ale aj komunikáciu s pacientom vo všetkých psychických aj sociálnych súvislostiach, v hľadaní a nachádzaní zmyslu života aj v utrpení, spojeného s chorobou.

2.2 Vzájomné prieniky psychológie a sociológie

2.2.1 Aplikačné možnosti sociálnej psychológie v lekárskejších odboroch

Spolupráca sociálnej psychológie a lekárskejších odborov vychádza z výskytu psychogénnych ochorení, spôsobených nezriedka psychickými stresmi z konfliktných medziľudských vzťahov a celkových patogénnych podmienok života, ako je permanentný zhon, preľudnenie, boj o status a prestíž, sociálne neistoty, nezamestnanosť a pod. (Křivohlavý, 2010). Je potvrdená priama súvislosť medzi záťažovou situáciou a chorobou, ktorá sa niekedy rozumie ako útek do choroby, pritom ide o volanie o pomoc. Tu sa v plnej miere môže rozvinúť a prejaviť pôsobnosť praktického lekára odhalením uvedených ťažkostí, ich súvislosťou s ochoreniami, liečbou a upevňovaním zdravia pacientov, teda reflektovaním ich emocionálnych aj somatických problémov. Samotné liečenie vyžaduje určité psychosociálne pozitívne podmienky, začínajúce vzťahom medzi lekárom a pacientom (Nakonečný 2009).

2.2.2 Psychosociálne aspekty osobnosti

Všetci sme vybavení určitou mierou psychických daností a sociálnych zručností, ktorá nám umožňuje zvládať rôzne životné situácie. Pre praktického lekára je uplatňovanie psychologických poznatkov a sociálnych zručností nielen nevyhnutnosťou, ale aj etickou záležitosťou, pretože mu umožňujú jednať s pacientmi s porozumením, ohľaduplne, dávať im najavo silu ľudskej blízkosti a vzájomnosti (Vymětal 2003).

Mikuláštik takisto poukazuje na úzku súvislosť medzi psychickými aspektmi ľudskej skúsenosti (myšlienky, pocity, správanie) a širšou sociálnou skúsenosťou (vzťahy, tradície, kultúra). Ide o vzájomný presah psychológie a sociológie, ktorého ovládanie považuje autor považuje za dôležitý komunikačný nástroj (Mikuláštik 2008).

Nakonečný definuje pojem *psychosociálna kompetencia* ako oprávnenie a pripravenosť pracovať s ľuďmi, rozumieť im aj podmienkam, v ktorých pôsobia na ľudí, komunikuje s nimi, ovplyvňuje ich a podporuje (Nakonečný 2009).

Psychologicky poňatý pojem osobnosti vyjadruje podľa **Výrosta** vnútorné usporiadanie človeka, ktoré tvorí systém dispozícií, vlastností a prejavujú sa znakmi pozorovaného správania a uvádza príklady (*dobromyseľný, vrúcny*); determinantmi správania (*extraverzia, úzkosť*); kategóriami týchto determinantov (*temperament, inteligencia*). Kľúčové aspekty psychológie osobnosti sú:

- sebapoňatie,
- v oblasti genézy vznik a fungovanie ja,
- v oblasti štruktúry osobnosti sú to psychické vlastnosti či rysy,
- v oblasti dynamiky systém motívov správania a jeho princípy.

K problematike psychológie patria aj biologické a sociálno-kultúrne determinanty: vrodené spôsoby správania; dedičnosť; sociálna skúsenosť a kultúrne vplyvy a ich vzťahy.

Výrost poznamenáva, že „už pri vstupe do oblasti sociálnopsychologického štúdia osobnosti musíme počítať s tým, že presne vymedziť hranice kompetencie tejto oblasti psychologického poznania nie je možné“ (Nakonečný 2009, s 441; Výrost 1997).

Ľudia všeobecne každodenne vstupujú do rozličných medziľudských vzťahov a situácií a spôsoby ich správania sa jednotlivito líšia. Pri ich interpretovaní sa používajú pojmy *sociálna inteligencia, sociálna kompetencia a múdrosť*. V mnohom sú podobné a možno medzi nimi nájsť spojitosti (Výrost a Baumgartner 2006).

2.2.3 Sociálna inteligencia

V podobnom význame ako sociálna inteligencia sa používajú aj iné pojmy, napr. *emočná inteligencia, praktická inteligencia, sociálna kompetencia* a pod. Zdôrazňujú sa rôzne aspekty:

- kognitívne komponenty -najmä schopnosť porozumieť iným ľuďom,
- dôraz na správanie – schopnosť úspešne pôsobiť na iných ľuďoch.

Výrost a Baumgartner (2006, s.60) uvádzajú tieto zložky:

- a) percepcia psychických stavov a nálad iných ľudí;

- b) všeobecná schopnosť vychádzať s inými ľuďmi;
- c) poznanie sociálnych pravidiel;
- d) vhl'ad a vnímavosť pre komplexné sociálne situácie;
- e) používanie sociálnych techník k manipulácii s inými;
- f) prevzatie perspektívy iných;
- g) sociálna adaptácia.

Podľa pôvodnej Thorndikovej definície z roku 1920 sociálna inteligencia znamená „*schopnosť porozumieť a riadiť mužov a ženy, chlapcov a dievčatá – konať rozumne v ľudských vzťahoch*“. Tradičnejší prístup konceptualizuje sociálnu inteligenciu ako vlastnosť alebo skupinu vlastností, ktoré sa môžu porovnávať na dimenzii nízka vs. vysoká. Je teda definovaná výkonom zisťovaným v testoch, ktoré merajú sociálne spôsobilosti. Osobnostný prístup k štúdiu sociálnej inteligencie vychádza z predpokladu, že je inteligentné a regulované najmä kognitívnymi procesmi percepcie, pamäti, uvažovania a riešenia problémov. Individuálne rozdiely v sociálnom správaní vyplývajú z rozdielov v poznatkoch, ktoré ľudia nadobudli v sociálnych interakciách. Dôležité nie je, koľko sociálnej inteligencie človek má, ale akou sociálnou inteligenciou disponuje. S pojmom sociálna inteligencia súvisí masovo rozšírený pojem emočná inteligencia, spojený s menom **Goleman**, ktorý vyčlenil niekoľko dimenzií emočnej inteligencie:

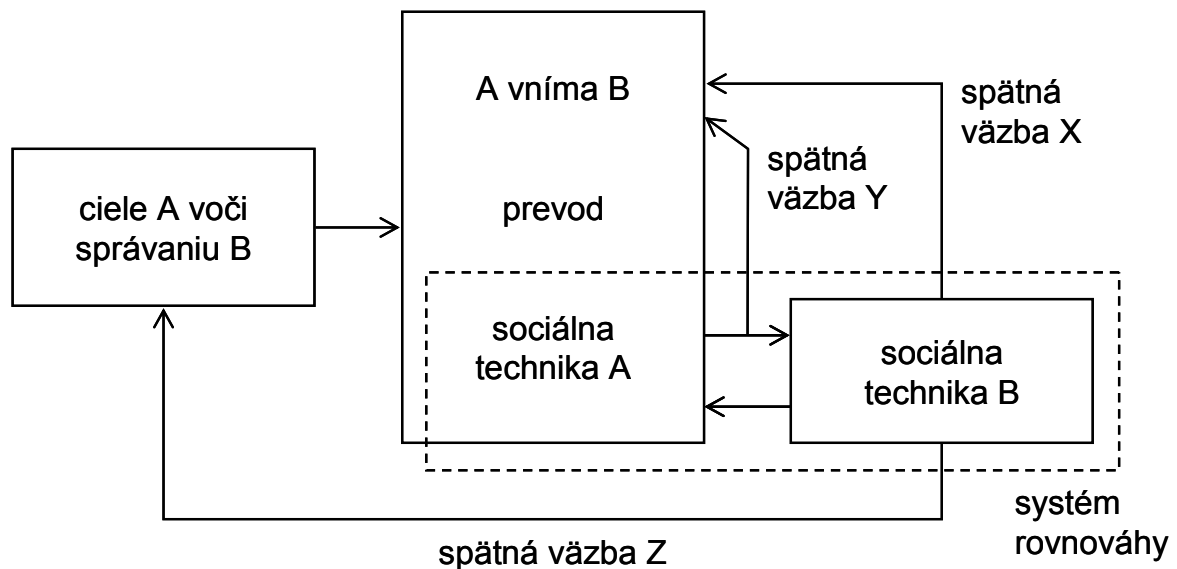
- poznávanie a ovládanie vlastných emócií,
- sebamotivovanie – regulovanie emócií vo väzbe na stanovené ciele;
- empatiu voči iným;
- sociálnu obratnosť - schopnosť ovplyvňovať priebeh emočných procesov u iných ľudí (Výrost a Baumgartner 2006, s.61).

Spojenie sociálnej a emocionálnej inteligencie sa chápe ako súbor vzájomne súvisiacich emocionálnych a sociálnych kompetencií a rozlišuje intrapersonálnu (uvedomovanie seba samého, svojich predností aj nedostatkov, nedeštruktívne vyjadrovanie emócií a myšlienok) a interpersonálnu rovinu (schopnosť uvedomovať si emočné prežívanie a potreby iných ľudí a vytváranie a rozvíjanie kooperatívnych, konštruktívnych a vzájomne uspokojivých vzťahov) (Výrost a Baumgartner 2006, s. 62-63).

2.2.4 Sociálna kompetencia

Sociálna kompetencia je kľúčovým konceptom sociálnej psychológie, súvisí s konceptom *schopností* či *inteligencie*, ale aj *múdrosti* v psychológii osobnosti. V teoretickom ponímaní sa medzi nimi nachádza mnoho podobností:

Sociálna kompetencia sa v minulosti označovala aj ako *sociálna inteligencia*, ktorá sa uplatňuje v sociálnych interakciách. **Argyle** zaviedol termín sociálna obratnosť (social skill), ale používal aj termín sociálna kompetencia. Hovorí o akejsi perцепčnej a akčnej šikovnosti, ktorú jedinec vykazuje v sociálnej interakcii pri presadzovaní svojich záujmov.



Obr. 1: Model sociálnej kompetencie⁶

Schéma ukazuje interakciu (napríklad pri odoberaní anamnézy) medzi osobami A a B. Osoba A (*lekár*) vníma osobu B (*pacient*), vytvára si jej obraz – to sa spája na jednej strane s motiváciou A (*lekára*) voči B (*pacienta*) (čo chce v interakcii s ňou dosiahnuť) a na druhej strane s použitím určitej techniky A (*lekára*) voči B (*pacientovi*). Osoba B (*pacient*) reaguje vlastnou sociálnou technikou, ktorá pôsobí na A (*lekára*) ako spätná väzba, ako na jej perцепciu B (*pacient*), tak aj motiváciu a sociálne správanie voči B (*pacient*).

Vysoká úroveň sociálnej kompetencie (obratnosti) sa objavuje tam, kde perцепcia partnera aj akcia, ktorá sa voči nemu použila sú psychologicky adekvátne. Rozhodujúca je teda psychologická adekvátnosť sociálneho správania voči danej sociálnej situácii. V praxi sa môže v takýchto situáciách preukázať majstrovstvo lekára, ktorý dokáže rýchlo a

⁶ Zdroj: (Nakonečný 2009, s.443)

správne dešifrovať, čo vlastne signalizuje partner svojimi reakciami. Tie bývajú veľmi komplexné a zahŕňajú verbálne, paralingvistické, expresívne a iné prvky správania, ich kombinácie a sekvencie (Nakonečný 2009; Argyle 1967).

V získavaní sociálnej kompetencie sa uplatňujú skúsenosti a zrejme aj určité vlohy, súvislosť so všeobecnou inteligenciou však nemusí byť vysoká: ľudia s vysokou všeobecnou inteligenciou môžu mať pomerne nízku úroveň sociálnej inteligencie (sociálnej kompetencie), ale jedinci s vysokou úrovňou sociálnej kompetencie bývajú vo všeobecnosti vysoko inteligentní (Nakonečný, 2009). **Výrost a Baumgartner** (2006, s.71) takmer zhodne uvádzajú, že človek hodnotený ako vysoko kompetentný v jednom type kultúry môže mať vážne problémy v odlišnom kultúrnom kontexte. Pri vymedzení pojmu *sociálna kompetencia* uvádzajú zoznam zložiek, ktorý poskytuje prehľad, čo všetko možno zahrnúť do tohto pojmu:

- efektívna komunikácia v rôznych sociálnych vzťahoch a situáciách;
- schopnosť vytvárať a udržiavať vzťahy;
- úspešne riešiť sociálne problémy;
- schopnosť rozhodovať;
- konštruktívne riešiť problémy;
- efektívne uplatňovať základné sociálne zručnosti (komunikácia, empatia, asertivita, coping atď.);
- sociálne poznávanie – presná identifikácia pravidiel, platných v danom segmente sociálneho prostredia (rodina, škola, spoločnosť);
- sebakontrola a sebamonitorovanie vlastného správania a jeho pôsobenia na iných;
- vnímanie self-efficacy (vlastnej efektivity);
- adekvátne sebaopínanie, identita;
- schopnosť poskytovať a získavať sociálnu podporu;
- efektívna sociálna sieť;
- rešpektovať individuálne odlišnosti a rozdiely, podmienené rodinou a etnicitou;
- orientácia na budúcnosť – schopnosť stanoviť ciele a dosiahnuť ich;
- záujem o wellbeing druhých a schopnosť preberať za nich zodpovednosť;

- schopnosť diferencovať medzi sociálne pozitívnymi a negatívnymi vplyvmi v skupine.

Kľúčom pre pochopenie sociálnej kompetencie je interakcia medzi jednotlivcom a prostredím a spôsob, akým ho zvláda. Táto perspektíva ukazuje možnosť, ako riešiť praktické problémy v premenlivom prostredí zapojením sociálnej psychológie (Výrost a Baumgartner 2006, s.72-75).

2.2.5 Múdrost'

S predošlými pojmami (sociálna inteligencia a sociálna kompetencia) úzko súvisí pojem múdrost'. Psychologický obsah chápania múdrosti vo všeobecnom chápaní je podmienený sociálne a kultúrne a vníma sa ako:

1. výnimočná úroveň ľudského fungovania;
2. múdrost' je rovnováha medzi intelektuálnymi, emočnými a motivačnými aspektmi fungovania človeka;
3. múdrost' sa spája s cieľavedomým správaním, zameraným na ciele, sledujúce pohodu iných aj vlastnú.

Baltes a kol. definujú múdrost' ako expertné poznanie a usudzovanie o dôležitých, ťažkých a neistých otázkach, spojených s významom a organizáciou života. Uvádzajú, že najvyššími ukazovateľmi úspešnosti nie sú kognitívne faktory (napr. inteligencia), ale osobnostné faktory, ako sú otvorenosť, skúsenosti, tvorivosť, kognitívny štýl, zamerané na hodnotenie, porovnávanie a posudzovanie informácií. Veľký význam majú praktické skúsenosti s vážnymi životnými problémami, prítomnosť mentora, vystavenie sa určitým idiografickým udalostiam a sociálnym podmienkam. Múdrost' je možné ovplyvniť zámerným psychologickým pôsobením. Múdri ľudia viac preferujú hodnoty, sledujúce prospech iných a angažujú sa vo vyjednávaní a riešení konfliktov. Zreteľne sa ukazujú súvislosti medzi pojmami sociálna inteligencia, sociálna kompetencia a múdrost'. Sociálnu inteligenciu možno chápať ako základnú štruktúru vo väzbe na inteligenciu. Sociálna kompetencia je určitou nadstavbou, zreteľne manifestovaná v správaní a k jej rozvoju sa používajú rôzne výcvikové a intervenčné programy. Pojem múdrost' sa chápe ako výnimočná úroveň existovania človeka vo svete a je sociálne a kultúrne podmienený. Ide teda o komplexný jav, ktorý zahŕňa pri kognitívnych aspektoch (inteligencia) aj osobnostné črty a hodnotovú zameranosť človeka. Tieto aspekty zohrávajú dôležitú úlohu pri formovaní toho, čo nazývajú autori múdrost'ou (Výrost a Baumgartner 2006, s.81-82).

2.2.6 Praktický lekár v praxi

Stretnutie lekára s pacientom v ambulancii sa vyznačuje preberaním širokého okruhu problémov, ktoré charakterizuje často neprehľadná zmes biologických, psychologických a sociálnych faktorov, zasadená do jedinečného kontextu pacientovho života. Prezentované ťažkosti môžu vyjadrovať akútne a ťažké poruchy, rovnako ako chronické ochorenia, rozličné zdravotné obmedzenia, ale aj somatizované psychologické a psychiatrické problémy, či sociálne zlyhávanie ⁷.

Mladí lekári až v praxi zisťujú, že ich školské vedomosti sú nedostatočné pri konkrétnom pacientovi. Často sa ani jeden pacient „nepodobá“ tomu z učebnice a lekár si začína uvedomovať, že v kontakte s pacientom „tvárou v tvár“ mu samotné odborné vedomosti nepostačia. K osvojeniu schopnosti uvažovať v dimenzii vzťahovej diagnostiky a vedomého používania liečebného potenciálu vzťahu lekár-pacient je nevyhnutná osobná skúsenosť formou zážitku, ktorý môžu absolvovať rezidenti v ambulancii priamo pod vedením skúseného praktického lekára. Vyplýva z toho okrem iného aj požiadavka zvládnutia komunikačných zručností, aby boli schopní preklenúť tieto dva pohľady – vedeli pacientovi primerane vysvetliť o čo ide, ako choroba prebieha, aká je prognóza, aká bude liečba a v neposlednom rade spoznali samých seba. Kvalitná komunikácia medzi lekárom, pacientom a ostatnými účastníkmi zdravotnej starostlivosti nie je len základom lekárskej praxe, ale aj prevenciou voči rozličným nedorozumeniam a konfliktom (Seifert, Beneš a kol. 2005).

Mikulecký uvádza, že dobrá anamnéza je viac než 50 % diagnózy. Pacienta privádzajú k lekárovi nejaké chorobné príznaky – symptómy. Lekár si všíma celkový zjav pacienta od chvíle, ako vojde do ambulancie, chôdzu, pohyby, stabilitu, eviduje aktuálne zmeny (výhoda dlhodobého kontaktu s ním), spôsob, akým si sadne, stiskom ruky, spôsobom hovoru. Pozornosť lekára by nemala ustať ani na chvíľu. Mal by neustále pozorovať a hodnotiť nielen vypovedané, ale aj neverbálne signály pacienta a porovnávať s normou, resp. zdieľanými informáciami, pritom cielenými otázkami dopĺňať informácie o chorobných prejavoch a pátrať po príznakoch. Otázky môžu byť všeobecné či cielené na

⁷ Tu vidím zhodu s andragogickým poňatím dospelého človeka. Praktický lekár podobne ako andragóg sa zaujíma o svojho pacienta v celom priebehu jeho životnej dráhy, aby mohol intervenovať nielen expertne, v zmysle diagnózy a liečby, ale vníma ho aj ako človeka, ktorý sa ocitol v nejakom probléme a treba mu celkovo pomôcť (Bartoňková, Šimek 2002).

jednotlivé orgány, resp. orgánové systémy. Súčasťou anamnézy je fyzikálne vyšetrenie, (pohľad, poklop, poslech, pohmat, per rectum) a základné prístrojové vyšetrenia (EKG, krvný tlak, optotyp), ďalej infúzia, im. a iv. injekcie, transfúzia, malé chirurgické zákroky atď. Údaje dopĺňajú laboratórne vyšetrenia (moč, cukor, CRP, hemocult). Lekár zároveň zhromažďuje ďalšie objektívne známky ochorenia a súčasne ich triedi s ohľadom na ich validitu, aktuálnosť a dôležitosť.

Kritické zhodnotenie nazbieraných informácií, porovnávanie s osobnými i literárnymi skúsenosťami a konečná voľba medzi ponúkanými diagnózami (diferenciálna diagnóza) ústi do pracovnej diagnózy. Ďalšie overovanie a potvrdzovanie predchádzajúcich výsledkov lekára nakoniec dovedie k definitívnej diagnóze. Zvláštnosťou odboru praktické lekárstvo je možnosť lekára uplatniť v praxi široké spektrum teoretických znalostí a najrôznejších vyšetrovacích a liečebných metód, z ktorých môže vykonávať v ambulancii len niektoré, ale vie ich primerane pacientom vysvetliť a pripraviť ich k špecialistom. Tu sa môže prejaviť v plnej miere odborné aj ľudské majstrovstvo lekára (Mikulecký 2001, s. 222).

Práca praktického lekára má omnoho viac dimenzií, než „iba liečenie“ pacienta. Ako súkromný poskytovateľ zdravotnej starostlivosti plní aj úlohu manažéra, riadi a vedie prevádzku ambulancie, ľudí, musí sa orientovať v spoločenských vedách a byť funkčne gramotný okrem svojej odbornosti aj v jazykovej a počítačovej oblasti (Seifert, Beneš a kol. 2005).

Cieľom tejto práce je návrh kompetenčného modelu praktického lekára s dôrazom na psychosociálne kompetencie, ktorý v podobnej forme nebol doteraz vytvorený.

3 Terminologické pojmy pre tvorbu kompetenčných modelov

3.1 Kompetencie

Problematika kompetencií patrí k relatívne novým fenoménom vo viacerých disciplínach - v pedagogike, manažmente, sociológii, psychológii, ekonómii, andragogike. Kompetencia ako odborný termín je celkom bežný, líši sa však používaním i významom.

Odborná aj laická verejnosť ju vysvetľujú takmer výhradne ako synonymum možnosti vyjadriť sa k nejakému problému či oprávnenie o niečom rozhodovať. Kompetencia je v tomto prípade spojená s ďalšími, väčšinou sociologickými termínmi ako je moc, vplyv, prípadne formálna, pozičná kompetencia, autorita (Veteška, Tureckiová 2008, s. 25), ako uvádzam aj v kapitole 2.3 (Křížová 2006, Guggenbühl-Craig 2007).

Vymedzenie a poňatie pojmu kompetencia je stále platné aj v odbornej terminológii ďalších sociálnych vied. Vyjadruje, reflektuje a potvrdzuje aj sociálnu pozíciu jednotlivca, resp. jeho zvyčajne významnejšie postavenie v spoločenskej hierarchii.

Odborníci nie sú jednotní v tom, čo zaradiť do pojmu kompetencia, pretože sa nedá sa definovať jednostranne - len z psychologického, sociologického, ekonomického, andragogického hľadiska, alebo z hľadiska personálneho riadenia. V určitom bode sa individuálne a spoločenské požiadavky stretávajú a tvoria samotný obsah pojmu kompetencia, ktorý sa bežne používa v dvoch základných významoch:

- kompetencia ako formálna právomoc, oprávnenie, rozsah pôsobnosti, zodpovednosť udelené zvyčajne nejakou autoritou alebo patriacou nejakej autorite – daná zvonku;
- kompetencia ako schopnosť vykonávať nejakú činnosť, byť v príslušnej oblasti kvalifikovaný – daná vnútorne, zdôrazňujúca vnútornú kvalitu človeka, ktorá je výsledkom jeho rozvoja (*skúsený lekár s klinickými aj ambulantnými skúsenosťami*).

Pod pojmom kompetencia teda rozumieme spôsobilosť, ktorá je súborom vedomostí, zručností, skúseností a vlastností, určitých predpokladov k určitej činnosti, ktorá podporuje dosiahnutie cieľa a je pozorovateľná v správaní.

Správanie je výsledkom komplikovaných procesov, pretože v konkrétnej situácii sa každý človek správa inak. Vyplýva z dynamiky osobnosti, v ktorej je viacero vrstiev – stabilných charakteristík, ako sú postoje, hodnoty, motívy, spôsobilosti, vedomosti

a zručnosti. Pozorované správanie je výsledkom synergie týchto a iných faktorov. V každej vzorke správania možno identifikovať viacero kompetencií.

Na začiatku kapitoly som spomínala, že v literatúre nejestvuje zhoda v jednoznačnom definovaní kompetencie, jej vymedzení ani obsahu. Niektorí autori zdôrazňujú vlastnosti, iní správanie, ale väčšina z nich sa zhoduje v tom, že kompetencia sa prejavuje vždy v určitej podobe správania.

Hroník definuje kompetencie ako súbor určitých predpokladov k určitej činnosti, preto má bližšie k činnosti samotnej než k vlastnosti či rysu (Kubeš, Spillerová, Kurnický 2004, s. 23-26).

Veteška a Tureckiová vysvetľujú pojem kompetencia ako oprávnenie, právomoc, udelenú formálnou autoritou k vykonávaniu určitých rozhodnutí, čiže vyjadruje okrem individuálneho aj sociálny rozmer jednotlivca – nositeľa právomoci ako osoby, poverenej rozhodovaním a ovplyvňovaním jednaní druhých osôb – nielen vzdelávať, ale aj vychovávať, nielen presvedčať, ale aj intervenovať (*lekár*) (Veteška, Tureckiová 2008, s.19).

Boyatzis prispel k porozumeniu pojmu kompetencia a jej praktickému využitiu zdôraznením rozdielu medzi povinnosťou niečo vykonať a schopnosťami pracovníka splniť úlohu na požadovanej úrovni (Kubeš, Spilerová, Kurnický 2004, s. 27). Odlíšením procesu od výsledku definujú kompetenciu ako „množinu správania pracovníkov, ktoré musia v danej pozícii použiť, aby úlohy z tejto pozície kompetentne zvládli“. Ďalej sa uvádza, že zverenú úlohu zvládne pracovník splnením troch predpokladov:

1. je vnútorne vybavený takými vlastnosťami, schopnosťami, vedomosťami, zručnosťami a skúsenosťami, ktoré k takémuto správaniu nevyhnutne potrebuje;
2. je motivovaný takéto správanie použiť, teda vidí v požadovanom správaní hodnotu a je ochotný takto vynaložiť potrebnú energiu;
3. má možnosť v danom prostredí takéto správanie použiť.

Prvý predpoklad sa týka vedomostí a zručností, ktoré sa dajú rozvíjať. Ak pracovníkovi chýbajú zručnosti, nedosiahne požadovaný výsledok.

Splnenie druhého predpokladu je zložitejšie, pretože ide o motívy, hodnoty, postoje, presvedčenie a životnú filozofiu, ktoré patria k stabilným zložkám osobnosti človeka. Ak nie je motivovaný, nebude sa usilovať používať svoje zručnosti, aj keď ich má.

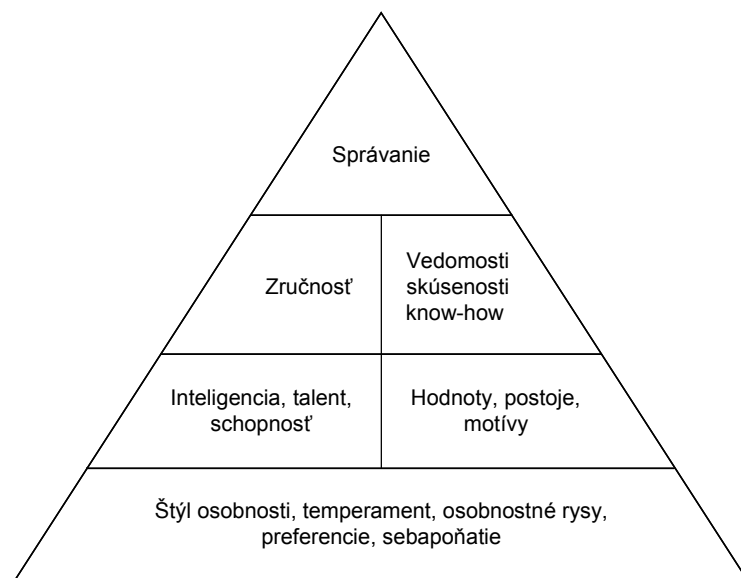
Tretí predpoklad súvisí s vonkajšími podmienkami, ktoré významne ovplyvňujú predošlé oblasti. Pokiaľ mu okolité prostredie neumožní použiť svoju kompetenciu, nepomôže mu jeho schopnosť a ochota. Pre kompetentný výkon je podmienkou splnenie všetkých troch predpokladov, ktoré sú v tomto zmysle rovnocenné.

Z praktickej stránky má zmysel hovoriť o kompetencii len vo vzťahu ku konkrétnej pracovnej úlohe, pozícii alebo funkcii. Kompetencie sa týkajú celej osobnosti a získavajú sa v priebehu celého života (Kubeš, Spillerová, Kurnický, 2004, s. 27).

Pre doplnenie rozlíšim pojmy *competence* a *competency*. V angličtine ide len o iný tvar slova, ktoré má rovnaký význam - pôvodne právomoc, oprávnenie, v prenesenom význame schopnosť, spôsobilosť, kvalifikáciu, zručnosť, obratnosť. Rôzni autori prisudzujú prenesenému významu rôzny obsah. Použitím jedného z uvedených tvarov sa usilujú prikladany význam špecifikovať. Niektorí používajú *competence* pre kvalifikáciu („tvrdé“ zručnosti - hard skills) iní tvar *competency* pre schopnosť správania („mäkké“ zručnosti – soft skills) či naopak, čím spôsobujú v pojmoch zmätok. Koubek požaduje jasné odlíšenie týchto pojmov, aby nenastali nejasnosti napríklad pri tvorbe kompetenčného modelu a navrhuje české (resp. slovenské) ekvivalenty ako odborná schopnosť, spôsobilosť, kvalifikácia, či schopnosť správať sa, alebo jednoducho len schopnosť (Armstrong 2002, s.282).

3.2 Základné zložky kompetencie

Kompetencia je relatívne stabilná charakteristika osobnosti. Ak poznáme nároky na konkrétnu pozíciu pracovníka, budeme vedieť identifikovať vyžadované kompetencie a takmer s istotou predvídať kvalitu jeho správania pri riešení situácií a pracovných úloh. Či sa považuje za kompetenciu pozorovateľné správanie, alebo ide o predpoklady správania, vyplývajúce z osobnostných charakteristík, obidva prístupy používajú ako kritérium *výkon* v pracovnej situácii, t.j. rôzne pripravených použiť určité správanie k efektívnemu zvládnutiu úloh (Kubeš, Spillerová a Kurnický 2005, s. 28).



Obr. 2: Hierarchický model štruktúry kompetencie⁸

Za očakávaným správaním sa skrývajú jednotlivé zložky osobnosti, ktoré vstupujú do kompetencie:

rysy – sú hlboké a vrodené charakteristiky osobnosti, ktoré umožňujú stabilné reakcie na určité podnety z okolitého prostredia. Typickým rysom je temperament, ovplyvňujúci napríklad priebeh a intenzitu emocionálnej reakcie na podnety z okolia (napr. nízka a vysoká sebakontrola, ovládanie);

motívy – patrí sem všetko, čo podnecuje človeka k určitej činnosti. Sú to vnútorné pohnútky, vzbudzujúce a udržiavajúce aktivitu. Výrazne motivovaný človek vyhľadáva situácie, z ktorých sa môže poučiť, dáva si ciele, ktoré sú pre neho výzvou;

sebapoňatie – obraz seba, budovaný skúsenosťami a prežívaním reality. Človek buduje hodnoty a postoje k sebe i k okolitému svetu. Má vplyv na osobné presvedčenie o svojich schopnostiach;

vedomosti – sú všetky poznatky, ktoré človek nazhromaždí v určitej oblasti, súvisiacej s prácou v určitej pozícii;

zručnosti – zabezpečia vykonanie duševnej alebo fyzickej činnosti, úlohu, ktoré podľa zložitosti vyžadujú rozličný počet zručností .

Kompetencie, resp. ich prejav sú tesne prepojené so zložkami intelektuálneho kapitálu (ľudský kapitál, štruktúrny a záujmový/spoločenský).

⁸ Zdroj: (Kubeš, Spillerová a Kurnický 2004, s.28)

3.3 Druhy kompetencií

3.3.1 Prahové a odlišujúce kompetencie

Pre tvorbu kompetenčného modelu je nevyhnutné označiť druhy kompetencií a ich delenie do určitých skupín. Viacerí autori uvažujú pomerne podobne:

Boyatzis hovorí, že v prvom prípade byť kompetentným znamená *byť dostatočne „dobrým“*. Cieľom tohto prístupu je odlišenie pracovníkov všeobecne vhodných na danú prácu od tých, ktorí nie sú vhodní. Popis kompetencií je veľmi konkrétny a zameriava sa na merateľné či testovateľné prejavy takého správania. Druhým významom je považovať pracovníka za kompetentného vtedy, keď podáva *nadpriemerný, vynikajúci výkon*. Boyatzis chápe v tomto význame kompetencie ako charakteristiky človeka, ktoré sú v kauzálnom vzťahu k nadpriemernému pracovnému výkonu. Tieto charakteristiky môžu tvoriť už spomínané motívy, rysy, zručnosti, sebapoňatie a vedomosti (Kubeš, Spillerová a Kurnický 2004, s.30-32).

O minimálnych požiadavkách na schopnosti kandidáta pre určitú prácu hovorí Boyatzis ako o *kompetenciách základných*, resp. používa pojem *prahové kompetencie* (threshold). Sú veľmi konkrétne, nehovoria však nič o zvládaní náročných situácií v budúcnosti.

Hornby a **Thomas** definujú kompetencie podobne: ako vedomosti, zručnosti a kvality efektívnych manažérov a lídrov. Takto definované kompetencie sa ťažko dajú merať, pretože hovoria o ťažko uchopiteľných osobnostných charakteristikách (*aký je vlastne „dobrý lekár“?*).

Organizácie sa nemôžu spoliehať na základné kompetencie. Vyžadujú od svojich zamestnancov *kompetencie vysokého výkonu*, charakteristické relatívne stabilným správaním, vďaka ktorému možno očakávať nadpriemerné výsledky.

Spencer a **Spencer** delia kompetencie do dvoch kategórií podľa predpovede výkonu v určitej pozícii. *Prahové kompetencie* sú základné charakteristiky (zvyčajne vedomosti alebo základné zručnosti, ktoré každý pracovník potrebuje na zvládnutie pridelených úloh). Tieto kompetencie nerozlišujú priemerný a nadpriemerný výkon. *Odlišujúce kompetencie* ich naopak, rozlišujú. Sú akousi nadstavbou nad prahovými kompetenciami. Autori uvádzajú ako príklad kompetencie dosahovania cieľov, vyjadrených vlastným stanovením vyššieho cieľa, než stanovila organizácia, čím rozlišujú priemerného pracovníka od nadpriemerného.

Schroder uvažuje podobne, rozlišuje *základné kompetencie a kompetencie vysokého výkonu* (definované konkrétnymi vedomosťami a zručnosťami, potrebnými pre vlastný výkon manažéra). Napriek tomu možno zostaviť zoznam činností, ktoré musí každý manažér v akejkolvek organizácii zvládnuť, ak v nej chce efektívne pôsobiť (Kubeš, Spillerová, Kurnický 2004, s.30-32).

3.3.2 Generické kompetencie

Kompetencia sa vždy viaže na konkrétnu úlohu a je kontextualizovaná, sú však profesie, pre ktoré sú vypracované súbory tzv. *generických kompetencií*, ktoré nie sú viazané na konkrétne miesto alebo úlohu. Na základe nich vznikajú generické kompetenčné modely.

Hroník ich nazýva univerzalistickými a argumentuje proti ich zostavovaniu a využívaniu⁹.

Bartoňková uvádza, že generické kompetencie, resp. generické kompetenčné modely obsahujú napríklad schopnosť riešiť problémy – ide teda o kompetenciu, ktorá je potrebná v akejkolvek organizácii a v každej pozícii. Generické kompetenčné modely ponúkajú organizáciám osvedčený zoznam kompetencií, zvyčajne na konkrétnu pozíciu (*napr. kartotéka typových pozícií*). Neobsahujú však špecifiká konkrétnej firmy, ktorá sa rozhodne ich použiť, nie sú prepojené so stratégiou firmy (Bartoňková 2010, s.88).

3.3.3 Individuálne a organizačné kompetencie

Smída rozoznáva *individuálne kompetencie* – odlišujú špičkových zamestnancov od priemerných; ich rozvoj vychádza z motivácie pracovníkov a týka sa všetkých od najnižšej úrovne po najvyššiu a viaže sa na ostatné personálne činnosti a charakter firemnej kultúry; *organizačné kompetencie* – predstavujú všeobecné charakteristiky úspešných organizačných systémov, napríklad plánovanie práce, organizovanie zdrojov, riešenie krízových situácií, dokončovanie úloh, meranie postupu prác, riadenie rizika. Majú blízko

⁹ „Tento rysový prístup, ktorý je známy pod názvom „teória vlastností“, treba považovať za zjednodušujúce a už som to kriticky hodnotil v predošlých kapitolách. Na základe tohto kritického zhodnotenia možno zdôrazniť, že neexistuje jeden univerzálny psychologický typ správneho a úspešného manažéra. Rovnako neexistuje univerzálny psychologický typ lekára, právnikapod. Dá sa však povedať, že bezpochyby sa od seba odlišuje skupina manažérov, umelcov, lingvistov apod. Tieto skupiny sa však od seba líšia skôr charakterom činnosti a svojimi výstupmi než osobnostnými vlastnosťami“ (Hroník 2008, s.22).

k štruktúrnemu kapitálu a závisia od kvality ľudského kapitálu; *klúčové kompetencie* – odlišujú organizáciu od konkurencie v rámci odvetvia a vytvárajú konkurenčnú výhodu.

3.3.4 Manažérske, interpersonálne a technické kompetencie

Ďalšie členenie kompetencií je založené na type práce, z ktorej vyplývajú potrebné zručnosti a vedomosti. **Tyron** (Bartoňková 2010, s. 88) člení kompetencie na:

manažérske kompetencie sa týkajú zručností a schopností, ktoré prispievajú k vynikajúcemu výkonu v roli manažéra. Majú zabezpečiť splnenie úloh v súlade so strategickým plánom, vytvárať priaznivé prostredie v tíme, vyberať a rozvíjať svojich podriadených, napr. riešením konfliktov, koučovaním, ich hodnotením, strategickým plánovaním a pod.;

interpersonálne kompetencie sú nevyhnutné pre efektívnu komunikáciu a budovanie dobrých vzťahov. Sú dôležité v každej pozícii, kde prichádzame do kontaktu s inými ľuďmi (*aktívne počúvanie - anamnéza, prezentačné zručnosti - prednášanie, kooperácia so špecialistami, dodávateľmi, atď., komunikácia s pacientmi, príbuznými atď.*);

technické kompetencie sa týkajú konkrétnych funkcií, v ktorých treba plniť úlohy, typické pre prácu zamestnanca a odlišné od práce iných špecialistov (*napr. praktické lekárstvo oproti špecialistovi chirurgovi, vedúci lekár ambulancie oproti rezidentovi a pod.*).

Caroll a McCrackin (Kubeš, Spillerová a Kurnický 2004, s.35) čiastočne kopírujú predchádzajúce delenie - maximalizujú výkon jednotlivca, tímu a celej organizácie. Kompetencie delia na: *klúčové kompetencie*, ktoré popisujú prejavy správania, dôležité pre všetkých zamestnancov. Prispievajú k hodnotám firmy, jej kultúre a očakávanému výkonu. Sú základom pre stanovenie kritérií pri výbere pracovníkov, navyše môžu pomôcť pri definovaní rozvojových priorit pre širší okruh zamestnancov. Prostredníctvom klúčových kompetencií sa odlišujú od seba jednotlivé firmy, i keď pôsobia v rovnakej oblasti. Jestvujú zoznamy tzv. *korporátnych kompetencií*, ktoré sú temer nepoužiteľné a pre príliš vysoký počet (20 až 40) sa nedajú vyhodnotiť. Odlišujú sa aj kultúrnymi rozdielmi. Sú však vynikajúce pre vytvorenie lokálneho modelu, alebo ako základ pre vytvorenie modelu na konkrétnu pozíciu. V jednom z poňatí zahŕňajú schopnosti, zručnosti, postoje, hodnoty a osobnostné rysy a vlastnosti osobnosti a sú špecifické tým, že sú obsahovo neutrálne, musia byť však spojené s konkrétnym obsahom (Bartoňková 2010, s.93).

3.3.5 Kľúčové kompetencie

Z predchádzajúceho prehľadu je zrejmé, že jestvuje mnoho výkladov a členení kompetencií. Vyjadrujú schopnosť človeka správať sa primerane k situácii, v súlade sám so sebou, autenticky, teda konať kompetentne. Potenciálom k používaniu kompetencií je individuálna kompetencia ku konaniu a vychádza zo:

sociálnej kompetencie – schopnosť tímovej práce, kooperatívnosť, schopnosť čeliť konfliktným situáciám, komunikatívnosť;

kompetencie vo vzťahu k vlastnej osobe – schopnosť zaobchádzať so sebou samým, schopnosť sebareflexie, schopnosť sebaodhodnotenia, sebarozvoj atď.;

kompetencie v oblasti metód – vedome uplatňovať odborné vedomosti, analyzovať, tvoriť, riešiť, štruktúrovať a klasifikovať nové informácie, kontextualizovať, zvažovať šance a riziká atď.) V súlade s týmto členením požadujú:

- schopnosť komunikovať a spolupracovať,
- schopnosť riešiť problémy a kreativitu;
- samostatnosť a výkonnosť;
- schopnosť niesť zodpovednosť;
- schopnosť učiť sa a schopnosť myslieť;
- schopnosť argumentovať a hodnotiť.

Tieto schopnosti nie sú izolované, ale vzájomne sa pretínajú a mali by sa chápať ako celoživotný proces vzdelávania a rozvoja (Belz, Siegrist 2001, s.33). V takomto poňatí majú dlhšiu životnosť ako odborné kvalifikácie.

Belz a Siegrist (2001) dopĺňajú problematiku kompetencií a uvádzajú ďalšie možné delenie na:

tímové kompetencie – popisujú špecifické schopnosti a charakteristiky tímu ako pracovnej jednotky a sú dôležité v takých organizáciách, v ktorých každý jej člen je schopný vykonávať akúkoľvek úlohu, za ktorú je zodpovedná celá skupina (*tu napríklad zastupujúci lekár, čiastočne sestry*). Medzi ďalšie tímové kompetencie patrí napr. stanovovanie spoločných cieľov; stanovovanie priorít; definovanie rolí, vytváranie efektívneho pracovného procesu (*spolupráca s dodávateľmi, špecialistami, laboratóriami, sociálnymi sieťami, poisťovňami, atď.*);

funkčné kompetencie – špecializované vedomosti a zručnosti, potrebné v určitých pozíciách (v medicíne lekárske špecializácie na rozličných úrovniach). Funkčné kompetencie by mali diferencovať úroveň od začiatočníkov po seniorov (*praktik- rezident versus praktik-vedúci lekár ambulancie*) a okrem odborných zručností a vedomostí by mali popisovať aj súhrn kompetencií, zabezpečujúcich vysoký výkon.

vodcovské a manažérske kompetencie – požadujú sa v menlivom prostredí, ktoré kladie zvýšené nároky na vytváranie vzťahov a vedenia organizácie. V každej firme sa zdôrazňuje iný manažérsky prístup, ktorý sa prejavuje mierou určitých kompetencií (v pozícii praktického lekára okrem funkčných kompetencií aj zvýšené nároky na psychosociálne kompetencie). Prejavuje sa to práve pri výbere vhodného pracovníka na vyššiu pozíciu (*rezident - budúci praktik*), aby bol kompatibilný s vytváranou kultúrou.

3.3.6 Kompetencie podľa atribútov a praktík

Klemp (Kubeš, Spillerová, Kurnický 2004, s.35-39) porovnal 62 kompetenčných modelov rozličných firiem a ich predstavu o nadpriemernom pracovníkovi v určitej pozícii. Všimol si ich spoločné znaky a rozdelil kompetencie podľa:

atribútov / vlastností – vrodenej charakteristik, ktoré ľudia prinášajú do svojej pozície pre splnenie pridelených úloh; sú to schopnosti ľudí vykonávať nejakú prácu (*napr. líder môže mať strategické myslenie, iniciatívu, vysokú energiu ako osobnú vlastnosť, trpezlivosť, empatiu, zodpovednosť, atď.*);

praktík / zvyklostí – naučených prejavov správania – ich správanie v určitej pozícii pre dosiahnutie žiadúceho výsledku (*napr. líder - tu praktický lekár môže určiť víziu alebo smerovanie – edukuje pacientov a ich príbuzných, robí preventívne prehliadky, poskytuje komplexné služby, podporuje a vedie rezidentov, zveľaduje ambulanciu, je empatický atď.*) Praktiky závisia od toho, či ich nositeľ má určité vlastnosti, potrebné k danému správaniu.

3.3.7 Kompetencie a štýly osobnosti – adaptor a inovátor

Štýly osobnosti súvisia s používaním kompetencií v určitom prostredí a ich efektivitou. Prácu manažéra charakterizuje neustále riešenie problémov, ktoré vznikajú pri uspokojovaní vnútorných aj vonkajších potrieb zákazníkov. Rozvoj manažérov a posudzovanie ich efektivity výrazne ovplyvnila Kirtonova teória kognitívneho štýlu

adaptor / inovátor. Koncepcia vychádza z predpokladu, že ľudia sa líšia spôsobom myslenia, riešenia problémov, rozhodovania a tvorby. K *adaptívnemu* pólu inklinujú tí, ktorí riešia problémy radšej vo vzťahu k definovanej štruktúre s jestvujúcim konsenzom zúčastnených na rozdiel od tých, ktorí sa prikláňajú k *inovatívnejmu pólu* a nepotrebujú štruktúru ani konsenzus zúčastnených. Ani jeden z uvedených spôsobov sa neklasifikuje ako lepší alebo horší. Preferovaný štýl však ovplyvňuje pozorovateľné správanie a môže byť zdrojom problémov, napr. pri práci v tíme (Kubeš, Spillerová, Kurnický 2004, s. 39).

Jestvuje mnoho ďalších spôsobov členení kompetencií, ktoré spájajú nasledovné zložky (Bartoňková 2010, s. 94):

vedieť čo (know-what) – faktografické, kodifikovateľné poznatky, ktoré sa ľahko odovzdávajú (*odborné vedomosti a zručnosti*);

vedieť prečo (know-why) – vedecké poznanie (*kedy a prečo použiť určité vedomosti*);

vedieť ako (know-how) – schopnosť splniť určité úlohy (*akú liečbu nasadiť, ako si získať dôveru pacienta*);

vedieť kto (know-who) – vedieť, kto disponuje predošlými zložkami (*spĺňa kandidát požiadavky na dobrého praktika?*)

3.4 Znaký kompetencií

Veteška a Tureckiová (2008, s.25) uvádzajú, že kompetencia je charakteristická tým, že je:

kontextualizovaná – vždy je umiestnená v určitom prostredí alebo v situácii, vytvorenej predchádzajúcimi vedomosťami, skúsenosťami, záujmami a potrebami ostatných účastníkov situácie;

multidimenzionálna – je zložená z viacerých zdrojov (informácií, vedomostí, zručností, predstáv, postojov, iných čiastkových kompetencií atď.), prepojených so základnými dimenziami ľudského správania;

definovaná štandardom – predpokladaná úroveň zvládnutia je daná vopred so súborom výkonových kritérií - merítok či štandardov očakávaného výkonu či správania. Umožňuje jedincovi, aby svoju kompetenciu demonštroval a aby ju dokázal sám aj zmerať a vyhodnotiť;

*kompetencia má potenciál pre akciu a rozvoj – získava sa a rozvíja učením a vzdelávaním,
teda kontinuálnym a celoživotným procesom.*

4 Východiská pri tvorbe kompetenčného modelu

V predošlej časti som definovala kompetencie, určila som ich obsah, zložky, možné spôsoby delenia podľa druhov do rôznych skupín, ich znaky. V tejto časti chcem vysvetliť pojem kompetenčný model, jeho výhody a možnosti jeho použitia. V závere vytvorím návrh kompetenčného modelu praktického lekára.

Podstata kompetencií a kompetenčného modelu je podľa **Hroníka** v tom, že v každej organizácii sa dajú rôzne veci urobiť odlišným spôsobom, pričom uvádza dve východiská pre tvorbu kompetenčného modelu:

1. *sociálnopsychologické* hľadisko – vychádza z predpokladu, že firmu tvoria ľudia, ktorých kompetencie vytvárajú kompetenciu firmy. Je to východisko, ktoré smeruje od jednotlivca k firme.
2. *strategické alebo organizačno-marketingové* východisko – od kompetencií firmy ku kompetenciám jednotlivca. Vychádza z toho, že každá firma má svoje kompetencie, rozdelené do skupín, rozvinuté na rozličnej úrovni, ktoré zodpovedajú charakteru skupiny a sú v súlade so základnou stratégiou firmy.

Kompetenčný model sa vytvára kombináciou jednotlivých vedomostí, zručností a ďalších charakteristík osobnosti, usporiadaných podľa určitého kľúča do viacerých rovnorodých celkov – kompetencií. Funkčným kompetenčným modelom sa dá výkonnosť riadiť rozvíjaním patričných kompetencií (Kubeš, Spillerová, Kurnický 2004, s.60).

Zostaviť kompetenčný model ideálneho pracovníka je však takmer nemožné. Zopakujme si v súlade s Hronikom (2007, s. 33), že „*neexistuje univerzálny psychologický typ správneho lekára, právnik a pod*“. Schopnosti a zručnosti jednotlivcov sa navzájom kombinujú podľa životných skúseností, praxe, vzdelania a ďalších činiteľov a podľa nich možno vytvoriť neštandardný kompetenčný model. Podľa neho jestvujú dva prístupy: rysový prístup a prístup podľa situácie – situacionalizmus.

V rysovom prístupe sa uplatňujú vlastnosti človeka v akejkoľvek situácii, ktoré sú trvalé a nemenné. Za ich základnú jednotku sa považuje rys (črta osobnosti, napr. svedomitosť, priateľskosť, stabilita a i.), ktoré sa považujú za menšie jednotky než kompetencie. V pozadí vzniku tohto prístupu bolo úsilie prísť na niečo definitívne, akýsi „kameň mudrcov“, vyselektovanie najzákladnejších rysov. V praxi sa ukázalo, že teória rysov nefunguje, lebo:

nezohľadňuje situáciu – napríklad človek označený v určitom prostredí za problematickeho je v inom prostredí žiadúci (v čase mieru majú takíto ľudia problémy, v čase vojny sú nenahraditeľní);

neberie do úvahy role – zamestnanec vo firme je v roli, ku ktorej sa viažu jasne definované očakávania (seriózny a neprístupný lekár, v súkromí veselý, so zmyslom pre humor). Tie sú nezávislé od osobnosti - introvert môže byť vynikajúcim komikom, čo naznačuje, že medzi rysmi (vlastnosťami) a správaním nie je vôbec priamočiary a determinujúci vzťah;

má slabú väzbu na výkon – rysový prístup sa usiluje formulovať profil ideálneho pracovníka v danej pozícii, ktorý je v jednej firme úspešný, v druhej zlyháva;

žiadnu väzbu na stratégiu – najväčšou nevýhodou je, že psychologický jazyk rysov sa veľmi ťažko, resp. vôbec neprenáša na správanie firmy.

Ako vyplýva z uvedených faktov, účinný kompetenčný model by mal vychádzať zo situacionalizmu, ktorý je vždy výsledkom konkrétnych situácií. Mal by spĺňať tieto požiadavky:

- Variabilita správania zodpovedá variabilite situácií. Kládne sa dôraz na skúsenosť na pozorovateľné veci a javy (*v ambulancii - požiadavka na primerané správanie lekára k rozličným pacientom v rozličných situáciách*).
- obsahuje 10-12 jednotlivých kompetencií.

4.1 Prístupy k tvorbe kompetenčného modelu

Pri tvorbe kompetenčného modelu možno podľa **Bartoňkovej** (2010, s.97-102)) vyjsť z viacerých prístupov:

- preskriptívny alebo „vypožičaný“ prístup,
- kombinovaný prístup,
- prístup šitý na mieru.

Prístup k tvorbe kompetenčného modelu volíme podľa nášho zámeru, jeho miesta v stratégii firmy, kľúčových cieľov a zámerov v oblasti ľudských zdrojov, stupňa rozvoja organizácie a vonkajších podmienok. Všetky zmienené prístupy môžu priniesť úžitok vo forme konkurenčnej výhody. Podmienkou však je, aby manažér (*líder ambulancie*) mal

jasne definované očakávania, poznal výhody aj obmedzenia rôznych prístupov k identifikácii kompetenčných modelov a vedel ich účinne prepojiť.

Preskriptívny prístup k modelovaniu kompetencií znamená, že sa organizácia rozhodne nevytvárať nové kompetenčné modely, ktoré by jej boli „šité na mieru“, ale požičajú si hotový model. Tento postup je najúspornejší, šetrí čas aj financie – netreba realizovať prieskum, na základe ktorého by sa identifikovali špecifické kompetenčné modely. Lee a Bird (Kubeš, Spillerová, Kurnický 2004, s.64; Lee, Bird 1996) však upozorňujú na limity týchto komerčných, univerzálnych modelov, ktoré nemusia byť zhodné s podmienkami organizácie, ktorá ich použije; „jazyk“ kompetencií môže byť nevyhovujúci – napríklad nepodporuje hodnoty organizácie, štatistické definovanie kompetencií nereflektuje zmeny požiadaviek organizácie v čase. Platí, že ak sa použije tento prístup, hrozí, že sa v budúcnosti budú prijímať rozhodnutia na základe posudzovania ľudí podľa kritérií, ktoré neodrážajú jedinečnosť organizácie. Napriek uvedeným výhradám môže byť aj prospešný, ak:

- model bol identifikovaný v organizácii s porovnateľnými kľúčovými parametrami (veľkosť, organizačná štruktúra, stratégia, charakteristiky trhu),
- organizácia potrebuje v krátkom čase získať základný prehľad o požiadavkách na svojich pracovníkov a potrebách ich rozvoja.

Kombinovaný prístup k modelovaniu kompetencií prispôsobuje už vytvorený model špecifikám organizácie, v ktorej bude použitý. Zvyčajne sa uskutočňuje nenáročnými metódami (riadené diskusie s projektovými skupinami, dotazník na zistenie miery potrebnosti jednotlivých kompetencií, štruktúrovaný rozhovor zameraný na identifikáciu kritických udalostí pri plnení úloh v daných pozíciách) tak, aby sa zachytili kľúčové rozdiely medzi vypožičaným modelom a špecifikami organizácie, v ktorej sa má aplikovať. Vhodný je najmä vtedy, ak je podľa situácie potrebné:

- vybrať z viacerých kompetencií také, ktoré sú pre organizáciu kritické (v zmysle rozlíšenia nadpriemerných pracovníkov v danej pozícii);
- upresniť behaviorálny popis jednotlivých kompetencií z vypožičaného modelu (považujeme zaň dokumenty tak, aby presnejšie zodpovedali pozícii (pracovnému miestu, manažérskej úrovni) v danej organizácii.

Jedným z možných prístupov je zistenie miery potrebnosti kompetencií z firemného modelu v lokálnom prostredí a doplnenie o špecifické kompetencie.

Prístup šitý na mieru znovu mapuje terén a nepracuje s vopred známymi a definovanými kompetenciami. Identifikuje tie prejavy správania, ktoré zaistujú nadštandardný výkon. Tento prístup vyžaduje nielen dôkladnú znalosť pozícií, pre ktoré sa hľadajú modely nadštandardného výkonu, ale aj celej organizácie a vonkajších podmienok, v ktorých pôsobia. Hoci je časovo aj metodologicky náročnejší, ako jediný vytvára základ, ktorý legitimizuje závažné personálne rozhodnutia, ako je výber a promovanie ľudí do manažérskych pozícií alebo všetky manažérske rozhodnutia, spojené s reštrukturalizáciou alebo zefektívnením fungovania organizácie.

Funkčný kompetenčný model by mal pomáhať a nekomplikovať situáciu vo firme. Hroníkov model vytvorený podľa strategického východiska by mal prepájať stratégiu s personálnymi činnosťami, bol by zrozumiteľný a zdeliteľný, jednotný, použiteľný aj inde a oboznamujúci tak, aby sa dal dobre využiť pri riadení ľudských zdrojov (Veteška, Tureckiová 2008, s.88). Ak sa implementuje do riadenia, prinesie výhodu zamestnávateľovi aj zamestnancom a samozrejme klientom, pretože popisuje, čo by sa malo urobiť a zdôrazňuje tie prvky správania, ktoré prinášajú úspech, vyhýbajú sa predsudkom či diskriminácii.

4.1.1 Potreba kompetenčného modelu praktického lekára

V predošlých častiach práce som naznačila náročnosť práce a napĺňanie viacerých rolí lekára, podľa ktorých vykonáva „zložitú, vysoko kvalifikovanú duševnú prácu a vynakladá najmä psychickú energiu exponovaním psychických funkcií (pamäť, vôľa, pozornosť, ostražitosť, myslenie) s technickými, technologickými, ekonomickými, organizačnými, sociálnymi a psychologickými aspektmi“ (Šimek 2007, s. 41).

Podľa Nakonečného oprávnenie a pripravenosť jedinca (*lekára*) pracovať s ľuďmi, rozumieť im aj podmienkam, v ktorých na nich pôsobí, komunikuje s nimi, ovplyvňuje ich a podporuje, predpokladá jeho odborné a psychosociálne kompetencie (Nakonečný, 2009).

Pri štúdiu dokumentov som zistila, že jestvujúca koncepcia všeobecného lekárstva (viď Príloha 2) vychádza z obsahu dokumentu Študijný odbor všeobecné lekárstvo a z dokumentu Špecializačný odbor Všeobecné lekárstvo A022, s dôrazom na odborné kompetencie, získané formálnym štúdiom. Podobne sú komponované aj požiadavky na všeobecného lekára v dokumente Kartotéka typových pozícií.

V uvedených, oficiálnych dokumentoch dominuje dôraz na funkčné, odborné kompetencie v zhode s Parsonsovým poňatím role lekára (viď kap. 1.4.2), ale zároveň

s potrebou, či v kontraste s potrebou psychosociálnych kompetencií. Tie sú argumentované a teoreticky podložené v kap. 2.2, resp. pozorované v každodennej v praxi priamo v ambulancii, či verbalizované v spoločnosti.

Pre tvorbu návrhu kompetenčného modelu, naznačeného a obsiahnutého v spomínaných dokumentoch, využívam kombinovaný prístup, ktorý umožňuje jeho obohatenie o psychosociálne kompetencie a ich rozpracovanie. Vzhľadom k svojmu použitiu je primárne hodnotovo orientovaný na budúcnosť a mohol by slúžiť ako podklad pre voľbu vhodných metód pri výbere, hodnotení praktických lekárov, aj ako východisko k tvorbe intervenčných a výcvikových programov pre praktických lekárov a najmä ich rezidentov v rámci špecializačného a celoživotného vzdelávania.

4.2 Identifikácia kompetencií

V zhode s cieľom mojej práce som teoreticky vymedzila pojem kompetencia, jej zložky, druhy, znaky a potrebnosť kompetenčného modelu praktického lekára. Pri ich popise vychádzam z relevantných dokumentov a odbornej literatúry. V tejto časti sa dostávam cez teoretické východiská a prístupy k samotnej tvorbe kompetenčného modelu praktického lekára a k vyústeniu do návrhu nástrojov validácie uvedených kompetencií.

Cieľom poznania a pochopenia kompetencií je zvyčajne pragmatický záujem firmy:

- či určitý typ správania prispieva, prípadne rozhoduje o úspešnosti pracovníka v danej pozícii,
- umožňuje pripraviť tréningové a rozvojové programy,
- maximalizuje úspešnosť výberu a promovania pracovníkov na danú pozíciu,
- stanovuje štandardy dobrého výkonu.

Popisuje sa viac než 40 techník, ktoré priamo alebo nepriamo vedú k formulácii kompetencií. Základné fázy identifikácie kompetencií ale zostávajú totožné:

1. prípravná fáza;
2. fáza získavania dát;
3. fáza analýzy a klasifikácie informácií;
4. popis a tvorba kompetencií a kompetenčného modelu;
5. overenie a validácia vzniknutého modelu (Kubeš, Spillerová, Kurnický 2004, s. 46).

4.2.1 Prípravná fáza

Je najdôležitejším krokom pri aplikácii kompetenčného prístupu. Získavame odpovede na otázky ako postupovať, ako definovať koncepciu a celkový prístup, kto bude zdrojom informácií a rozhodneme, od koho budeme informácie získavať. Zmyslom tejto fázy je:

- identifikovať kľúčové pracovné pozície,
- získať informácie o cieľoch, kritických faktoroch úspechu a strategických zámeroch organizácie;
- porozumieť organizačnej štruktúre.

Táto fáza predchádza samotnej identifikácii kompetencií a jej hlavným nástrojom sú štruktúrované rozhovory s manažérmi, ktoré z organizačných dôvodov nemôžem uskutočniť, preto využívam možnosť *pracovať s dokumentmi a odbornou literatúrou*. V prípravnej fáze sa môžu vyskytnúť ďalšie otázky – či ide viac o poznanie kompetencií, ktoré „zodpovedajú“ za úspech manažérov v súčasných podmienkach alebo či ide o hodnotenie aktuálneho potenciálu manažérov z pohľadu budúcich očakávaní, (tzv. hodnotovo orientovaný prístup). Woodruff sa nepriamo prikláňa k tomuto prístupu a zároveň upozorňuje na problém, že dobrá prepracovanosť techník analýzy kompetencií môže zvádzať k záveru, že sme dospeli k spoľahlivým výsledkom. Takto získaný zoznam charakteristík je založený viac na histórii než na budúcnosti a riešenie vidí v použití techník so zakomponovanými nárokmi na budúce očakávania o predstave úspešného manažéra. (Kubeš, Spillerová, Kurnický 2004, s. 48-55). Ako som spomínala v kap. 4.1.1, pripravovaný kompetenčný model je primárne hodnotovo orientovaný na budúcnosť., pretože sa bude týkať prípadného výberu, hodnotenia a prípravy rozvojových aktivít praktických lekárov, ale najmä ich rezidentov.

4.2.2 Fáza získavania dát

Na získanie dát pre identifikáciu kompetencií sa používajú techniky, zaužívané aj v rámci analýzy pracovného miesta, analýzy práce. Cieľom týchto postupov je získať podrobné informácie o pracovnom mieste alebo *role*, ktorá sa aktuálne vykonáva alebo bude vykonávaná. Pri klasickom prístupe k identifikácii kompetencií a tvorbe kompetenčného modelu sa podľa **Spencera a Spencera** využíva šesť zdrojov a techník: rozhovor alebo metóda kritických situácií; panely expertov; prieskumy; databázy

kompetenčných modelov; analýza pracovných funkcií a úloh; priame pozorovanie (Kubeš, Spillerová, Kurnický 2004, s. 48).

Pre identifikovanie kompetencií je hlavným zdrojom informácií priamy nadriadený pre danú pozíciu. Optimálny počet opytovaných v rovnakej pozícii by bol tri a viac. Z organizačných dôvodov som nemohla túto podmienku splniť, preto som túto techniku vylúčila. Z uvedených zdrojov a techník používam len tie, ktoré boli pre mňa realizovateľné v rámci tejto práce. Ide o analýzu činností so sledovaním súvislostí v profesnom jednaní a schopností, potrebných k zvládnutiu rôznych situácií v práci (Belz a Siegrist 2001, s. 28). Teoreticky sú podložené a bližšie argumentované v kap. 1.4.2 o koncepcii role lekára a v kap. 1.4.5 o činnostiach lekára. V kap. 2.1 pracujem s koncepciou odboru, kde sú uvedené charakteristiky všeobecného lekárstva a požiadavky na vzdelávanie. Ďalej v kap. 2.2. sú uvedené vzájomné prieniky psychológie a sociológie a teoretické vymedzenia psychosociálnych kompetencií. Zdrojom informácií sú dokumenty a odborná literatúra:

- Etický kódex Slovenskej lekárskej komory (viď Príloha 3);
- Hippokratova prísaha (viď Príloha 1);
- Kartotéka typových pozícií – lekár v odbore všeobecné lekárstvo (WWW 2010);
- Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore Všeobecné praktické lekárstvo pre dospelých (viď Príloha 2);
- Špecializačný študijný program pre špecializačný odbor Všeobecné lekárstvo č. A022 (WWW 2005);
- Študijný odbor Všeobecné lekárstvo (Kristová 2009);
- odborná literatúra (viď zoznam použitej literatúry).

4.2.3 Fáza analýzy a klasifikácie informácií

Priebeh tejto fázy sa odvíja od zámeru projektu, jeho rozsahu a použitých techník zberu dát. Treba vziať do úvahy aj fakt, či posudzujeme informácie vzhľadom k jestvujúcemu kompetenčnému modelu, alebo sa kompetencie posudzujú prvý raz. Dôležité je identifikovať tie informácie, ktoré popisujú pozorovateľné prejavy správania – tie aktivity, ktoré prispievajú k úspešným alebo neúspešným výkonom. Ďalším krokom je zaradenie týchto prejavov do skupín. V tomto prípade ide o prístup posudzovania už

jestvujúcich informácií (v odbornej literatúre a dokumentoch), ktoré sú doplnené ďalšími informáciami, spracovanými nasledovne (Kubeš, Spillerová, Kurnický 2004, s.56):

1. jednotlivé prejavy správania popísať s označením zdroja týchto informácií, aby sa dali kombinovať;
2. zo získaných informácií určiť tie, ktoré priamo popisujú pozorovateľné prejavy a aktivity, ktoré prispievajú k úspešnému alebo neúspešnému výkonu. Tento krok odfiltruje len tie záznamy, ktoré by mohli byť zdrojom pre tvorbu a popis kompetencií;
3. v treťom kroku sa jednotlivé výroky zaradia do skupín, nazývaných kompetenčné témy. Výroky so spoločnou témou sa zaradia do jednej skupiny a ďalej sa analyzujú s cieľom vytvoriť homogénne celky, pre ktoré sa používa aj termín *kompetenčné kotvy*, ktoré už tvoria základ kompetencií a ich prejavov;
4. v poslednom kroku sa odporúča získané prejavy, zaradené do kompetencií overiť na širšom vzorku respondentov a predchádzajúce výroky prehodnotiť dotazníkovou metódou najčastejšie na stupnici významnosti (päťbodová stupnica) - ako často treba uplatňovať dané správanie pre úspešné plnenie úloh v určitej pozícii. Táto informácia rozhodne o zaradení kompetencie do kompetenčného modelu.

Hlavným zdrojom informácií v tejto fáze je popis činností a špecifikácia pracovného miesta, ktorý poskytuje informácie o vykonávanej práci, pracovných podmienkach a požiadavkách na vedomosti a zručnosti, ktoré by pracovník (*praktický lekár*) mal mať. V tejto fáze opäť vychádzam z prístupnej odbornej literatúry a dokumentov, ako uvádzam v kap. 4.2.

4.2.4 Popis a tvorba kompetencií

Vo fáze popisu a tvorby sa prepracuje charakteristika kompetencie tak, aby čo najpresnejšie vystihovala a popisovala správanie, ktoré ju charakterizuje. Potom ju treba nazvať a vytvoriť stupnicu, t.j. popísať jej rozličné prejavy podľa úrovne rozvoja. Popis úrovni zvyčajne začína aktívnymi, negatívnymi prejavmi správania v rámci danej kompetencie, prechádza slabo rozvinutou úrovňou až po vysokú úroveň rozvoja kompetencie. Pri jej tvorbe platia nasledovné pravidlá:

- používať jednoduchý, zrozumiteľný a jednoznačný jazyk;

- nájsť kompromis medzi príliš všeobecnými a príliš podrobnými popismi – obidva sťažujú prácu hodnotiteľov a znižujú spoľahlivosť výsledkov;
- kompetencia by sa nemala popisovať a vysvetľovať v kruhu – t.j. v definícii ani v popise by sa nemal objaviť názov kompetencie.

Konečný názov kompetencie sa vytvorí až po popise stupnic; názov má byť skráteným a súhrnným vyjadrením správania, ktoré tvorí jadro kompetencie. Každý stupeň na stupnici by mal byť popísaný jednoznačne a odlišiteľne. Stupnica umožňuje posudzovať úroveň rozvoja kompetencií jednotlivých pracovníkov. Výsledkom tejto fázy je návrh kompetenčného modelu (Kubeš, Spillerová, Kurnický 2004, s. 57).

V odbornej literatúre sa odporúča (Hroník 2006, s. 43) použitie päťbodovej stupnice rozvoja kompetencií so stredovou hodnotou (viď Tab. 1), ale pre limitovanosť tejto práce som spomínanú metódu nepoužila. Podľa autora sa päťdielna stupnica s hodnotami od 0 do 4 používa v hodnotiacich a rozvojových centrách AC a DC, ktorých sa zúčastňujú interní hodnotitelia, niekedy s menšou skúsenosťou s bodovaním. Je dostatočne diferencovaná a môžu ju zvládnuť ľudia s rozličnou skúsenosťou. Pred použitím k hodnoteniu stupňa rozvoja jednotlivých kompetencií by bola prepracovaná pre každú kompetenciu tak, aby popisovala požadovaný výkon alebo správanie, zodpovedajúce jednotlivým stupňom rozvoja.

Tab. 1: Stupnica rozvoja úrovne kompetencií¹⁰

<i>Bodová hodnota</i>	<i>Približná charakteristika</i>	<i>Praktické dopady</i>
0	Nedostatočná, ohrozujúca úroveň, zásadné rozpory so všetkými bodmi z pozorovateľného správania, ktoré sú uvedené u príslušnej kompetencii v kompetenčnom modeli, prípadne chýba daná kompetencia, aj keď bola príležitosť k prejavu. Dá sa formulovať rozvoj od základov a ihneď.	Ak chýba takáto kompetencia alebo má nízku úroveň, môže ohroziť a obmedziť prácu praktického lekára .
1	Podpriemerná, limitujúca úroveň. Dá sa konštatovať zásadný rozpor s niektorým z bodov pozorovateľného správania, ktoré sú uvedené pri príslušnej kompetencii v kompetenčnom modeli. V danej kompetencii sa dá formulovať systematický rozvoj, ktorého cieľom je potlačiť slabé stránky.	Kompetencia by sa mala rozvíjať, pretože obmedzuje dobrý výkon lekára.
2	Postačujúca minimálna úroveň. S výhradami zodpovedá kompetenčnému modelu, resp. popisu prejavov kompetencií na úrovni pozorovateľného správania. Dajú	Dá sa používať, ale treba ju sústavne rozvíjať. Pre lekára však nepostačuje.

¹⁰ Zdroj: (Hroník 2006, s.43)

	sa formulovať kľúčové oblasti na zlepšenie. Rozvoj je zameraný na posilnenie silných a potlačenie slabých stránok.	
3	Optimálna úroveň. Presne zodpovedá kompetenčnému modelu. Dajú sa v nej nájsť oblasti na zlepšenie. Už sa nedá konštatovať „kvalitatívny skok“. K danej kompetencii nie je žiadna výhrada. Rozvoj sa zameriava na posilnenie silných stránok.	Kompetencia je primerane rozvinutá a pripravená k štandardnému použitiu.
4	Excelentná úroveň, ideálny stav. Prejav kompetencie je na vzorovej úrovni, voči ktorej nie sú žiadne výhrady.	Kompetencia je ideálna a nevyžaduje žiadny rozvoj.

4.2.5 Overenie a validácia vzniknutého modelu

Poslednou fázou tvorby kompetenčného modelu pred začatím používania by mala byť validácia a praktické overenie vytvoreného modelu, či model naozaj popisuje správanie, prinášajúce nadpriemerné výsledky, či je spoľahlivý pri výbere pracovníkov, hodnotení, identifikácii potrieb rozvoja a pod. Najbežnejší spôsob validácie je transformácia popisov správania jednotlivých kompetencií do položiek dotazníka a vytvorenie nástroja pre 360° spätnú väzbu. Podľa Kubeša a Šebestovej (2008, s.14) sa 360° spätná väzba skladá z postupných krokov, ktorých podstatou je viacnásobné hodnotenie pracovníka.

Pre hodnotenie praktického lekára sa javí tento nástroj ako vhodný, pretože lekára môžu hodnotiť kolegovia, nadriadení, podriadení aj pacienti, s ktorými je v každodennom styku a hodnotí aj sám seba. Hodnota informácie z 360° stupňovej spätnej väzby je v tom, že pracovník vidí svoje správanie objektívnejšie a môže robiť korekcie podľa definovaných výkonových štandardov a ďalších dimenzií. Typické sú kompetencie, z ktorých sú odvodené položky – prejavy správania, ku ktorým sa hodnotitelia vyjadrujú.

Výstupom z tejto fázy je príprava kompetenčného modelu k používaniu. Pred jej použitím v praxi by sa uskutočnila validácia a bola náležite vyhodnotená. Jej konkrétnejšie rozpracovanie už prekračuje rámec tejto práce aj preto, že metodika validácie je samostatným a od tvorby kompetenčného modelu významne odlišným problémom.

5 Kompetenčný model

Cieľom tejto práce je návrh kompetenčného modelu praktického lekára s dôrazom na psychosociálne kompetencie. Vytvorený model by mal slúžiť ako nástroj pre výber vhodných kandidátov – všeobecných praktických lekárov pre dospelých, ich hodnotenie, aj ako doplnok ďalšieho vzdelávania v rámci špecializačného a celoživotného (sústavného) vzdelávania všeobecných praktických lekárov pre dospelých a rezidentov priamo pri predatestačnej príprave v ambulancii.

Pri tvorbe kompetenčného modelu praktického lekára som postupovala podľa kapitoly 4. Vychádzala som zo sociálno-psychologického hľadiska, ktoré predpokladá, že firmu tvoria ľudia a svojimi kompetenciami môžu „ŕahať“ firmu k efektívite, pričom vychádzajú z konkrétnej situácie (Bartoňková 2010, s.97). Kombinovaný prístup som zvolila vzhľadom k jasnému popisu pozície všeobecného praktického lekára (WWW 2010), pričom som použila údaje z dokumentov a zdrojov, uvedených v kap 4.2.2.

Z relevantných zdrojov, ktoré uvádzam nad tabuľkami, som identifikovala také prejavy správania, ktoré by mali zaistiť optimálne plnenie úloh praktického lekára. Vybrané prejavy správania som zaznamenala, označila podľa zdrojov a kombinovala som ich. Potom som ich zaradila do skupín predstavujúcich kompetenčné témy (oddelených zvýraznenými čiarami), čím som získala rovnorodé celky, ktoré sú základom jednotlivých kompetencií. Tieto rovnorodé celky som zaradila do skupín kompetenčných kotiev. Výsledok tohto procesu je sumarizovaný v nasledujúcich tabuľkách:

Tab. 2: Funkčné kompetencie všeobecného praktického lekára¹¹

<i>Činnosť praktického lekára</i>	<i>Kompetenčné kotvy a ich prejavy</i>	<i>Kompetencie</i>
preventívna a liečebná starostlivosť	dostatočné teoretické lekárske vedomosti a zručnosti k rozpoznaní vážnych zdravotných stavov, vedomosti k ich predchádzaniu; odborné vedomosti v rámci všeobecného praktického lekárstva	odbornosť
diagnostika a liečba	klinické zručnosti a vedomosti,	odbornosť

¹¹ Zdroj: (WWW 2005: Špecializačný študijný program pre špecializačný odbor Všeobecné lekárstvo č. A022)

	systematické analyzovanie, hodnotenie, určovanie liečby	
predoperačné vyšetrenia	spolupráca so špecialistami, porovnávanie, hodnotenie, aplikácia	odbornosť
včasné zistenie dg, odoslanie k špecialistovi alebo na hospitalizáciu	ovládanie propedeutiky všetkých základných lekárske odborov a spolupráca so špecialistami, kontextualizácia	odbornosť
pohotovostná služba	neodkladná, akútna pomoc s výkonom prvej pomoci, rýchle riešenie, rozhodovanie	odolnosť voči stresu
medicínska konzultačná činnosť	základná jednotka v klinickej práci PL- ide o kontakt s pacientom, identifikáciu kľúčového problému pacienta, brána k ďalším špecialistom, dlhodobý kontakt s pacientom	kooperatívnosť

Tab. 3: Manažérske kompetencie všeobecného praktického lekára¹²

<i>Činnosť praktického lekára</i>	<i>Kompetenčné kotvy a ich prejavy</i>	<i>Kompetencie</i>
riadenie prevádzky ambulancie	organizácia priestorov, vybavenia, zdravotníckeho materiálu, liekov, údržba ambulancie, dodržiavanie predpisov, komunikácia s dodávateľmi, riešenie problémov	riadiť
riadenie sestry a rezidentov	usmerňovanie, vzdelávanie, motivovanie, hodnotenie, odmeňovanie	riadiť
spolupráca s dodávateľmi	spolupracovať s laboratóriami, špecialistami, poisťovňami, učtárňou, daňovým úradom, samosprávou...	organizovať
organizácia vzdelávacích podujatí	organizuje a garantuje vzdelávacie semináre pre svojich pacientov a ich príbuzných	organizovať
prijímanie nových pacientov	vedenie dokumentácie, porovnávanie a kontrola informácií, vyšetrení	kontrolovať

¹² Zdroj: (Príloha 2 – Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore Všeobecné praktické lekárstvo pre dospelých)

rozšírenie služieb	rozvoj ambulancie vhodným výberom ďalšieho lekára so špecializáciou geriatra, ovládajúceho cudzie jazyky	plánovať
--------------------	--	----------

Tab. 4: Psychosociálne kompetencie praktického lekára¹³

Sociálna inteligencia		
<i>Činnosť praktického lekára</i>	<i>Kompetenčné kotvy a ich prejavy</i>	<i>Kompetencie</i>
vedenie štruktúrovaného rozhovoru (anamnéza) pre vytvorenie obrazu o pacientovi a jeho ťažkostiach	kognitívne zložky (najmä porozumieť iným ľuďom), vzbudiť dôveru v pacientovi	sociálna obratnosť
poskytovanie základných informácií o chorobe, spôsobe jej liečby, prognóze s ohľadom na osobnosť pacienta	percepcia psychických stavov a nálad iných ľudí	sociálna obratnosť
ovplyvňovanie a vedenie pacientov k zmene životného štýlu	používanie sociálnych techník k manipulácii s inými	sociálna obratnosť
pomoc pri riešení osobných problémov pacientov	vhľad do komplexných sociálnych situácií so zachovaním afektívnej neutrality	empatia
počúvanie pacientov, úsilie porozumieť im, rozmýšľať nad riešením	všeobecná schopnosť vychádzať s ľuďmi, prevzatie perspektívy iných	empatia
samostatné riešenie problémov pacientov alebo v spolupráci so špecialistami	presvedčenie, že je/nie je schopný riešiť problém, svojimi silami	autonómnosť
asertívne jednanie s pacientmi aj partnermi	poznávanie a ovládanie vlastných emócií	autonómnosť
vlastné vzdelávanie	dosahovanie svojich cieľov so zvážením svojich možností	asertivita
konziliárne služby	dosahovanie svojich cieľov v zmysle pomôcť pacientovi	asertivita
kontakt s pacientmi	riešenie ich zdravotných a sociálnych problémov	asertivita

¹³ Zdroj: (kap. 2.1.7, 2.2, 3.3.4; Príloha 3 – Etický kódex Slovenskej lekárskej komory)

Sociálna kompetencia

<i>Činnosť praktického lekára</i>	<i>Kompetenčné kotvy a ich prejavy</i>	<i>Kompetencie</i>
odoberanie anamnézy, kontakt s dodávateľmi	efektívna komunikácia v rôznych situáciách	komunikácia
rozhovor s pacientom a jeho príbuznými	uplatňovanie základných komunikatívnych a sociálnych zručností	komunikácia
riešenie zdravotného problému	konštruktívne riešenie problémov	komunikácia
vyšetrenie všetkých pacientov bez rozdielu na vek, pohlavie, rasu...	sebakontrola vlastného správania a jeho pôsobenia na iných	schopnosť sebareflexie
nájdenie riešenia problémov pacienta	vnímanie vlastnej efektivity	schopnosť sebareflexie
lekár v úlohe spovedníka	adekvátne sebapónímanie, identita	schopnosť sebareflexie
počúvanie pacientov a pomôcť im	schopnosť poskytovať a získavať sociálnu podporu	kooperácia
využívanie spolupráce so špecialistami	efektívna sociálna sieť	kooperácia
prijatie všetkých pacientov do stavu, ktorí majú záujem	rešpektovanie individuálnych odlišností a rozdielov	kooperácia
budovanie ambulancie, prijatie ďalšieho lekára	orientácia na budúcnosť, schopnosť stanovovať ciele a dosiahnuť ich	koordinácia
prevencia a vedenie k zdravému štýlu života	záujem o pohodu druhých a schopnosť preberať za nich zodpovednosť	koordinácia
budovanie hlavného kmeňa kapitovaných pacientov	schopnosť diferencovať medzi sociálne pozitívnymi a negatívnymi vplyvmi v skupine.	koordinácia

Múdroosť

<i>Činnosť praktického lekára</i>	<i>Kompetenčné kotvy a ich prejavy</i>	<i>Kompetencie</i>
vnímanie každého pacienta ako jedinečnej bytosti s ťažkosťami	výnimočná úroveň ľudského fungovania – uznáva hodnoty sledujúce prospech iných a angažuje sa	otvorenosť
vyšetrovanie, analyzovanie, hodnotenie stavu pacienta a určovanie diagnózy	rovnováha medzi intelektuálnymi, emočnými a motivačnými aspektmi fungovania človeka	skúsenosť
porovnávanie, posudzovanie a nachádzanie nových riešení	spája sa s cieľavedomým správaním, sledujúce pohodu iných aj vlastnú.	tvorivosť

Podľa typológie kompetenčných modelov som navrhla predbežný kompetenčný model, ktorý kombinuje mäkké faktory (psychosociálne kompetencie) s tvrdými faktormi (odbornosť, funkčnosť) (viď Obr. 3 a Tab. 5). Model je zameraný na pozorovateľné správanie a je odvodený z **Tyronovho** delenia kompetencií na manažérske, interpersonálne a technické kompetencie. (Belz a Siegrist 2001, s.27-34). Uvedený model som prispôbila potrebám tejto práce a na základe identifikácie kompetencií som ich začlenila do troch skupín: funkčné kompetencie, manažérske kompetencie a psychosociálne kompetencie.

Belz a Siegrist (2001) všeobecne charakterizujú *funkčné kompetencie* ako špecializované vedomosti a zručnosti, potrebné v určitých pozíciách (*v medicíne lekárske špecializácie na rozličných úrovniach*), bez ktorých nie je možné vykonávať lekársku prácu a vyplývajú zo zákona (viď kap. 2.1.3 až 2.1.5). Pri zostavovaní tabuľky som vychádzala z dokumentov Špecializačný študijný program pre špecializačný odbor Všeobecné lekárstvo č. A022, Študijný odbor Všeobecné lekárstvo a z kap. 2.1.3 až 2.1.5.

Manažérske kompetencie – zabezpečujú podľa tých istých autorov menlivé prostredie, ktoré kladie zvýšené nároky na vytváranie vzťahov a vedenia organizácie. V každej firme sa zdôrazňuje iný manažérsky prístup, ktorý sa prejavuje mierou určitých kompetencií (*v pozícii praktického lekára okrem funkčných kompetencií aj zvýšené nároky na psychosociálne kompetencie*). Prejavuje sa to napríklad práve pri výbere vhodného pracovníka na vyššiu pozíciu (*rezident - budúci praktik*), aby bol kompatibilný s vytváranou kultúrou. Pri zostavovaní Tab. 3 som vychádzala z Prílohy 2.

Psychosociálne kompetencie – pripomeňme si z kap. 2.2.2, že Nakonečný (2009) ich definuje ako oprávnenie a pripravenosť (*tu lekára*) pracovať s ľuďmi, rozumieť im aj podmienkam, v ktorých pôsobia na ľudí, komunikuje s nimi, ovplyvňuje ich a podporuje. Ovládanie úzkej súvislosti medzi psychickými aspektmi a sociálnou skúsenosťou sa považuje za dôležitý komunikačný nástroj (Mikulášik 2008).

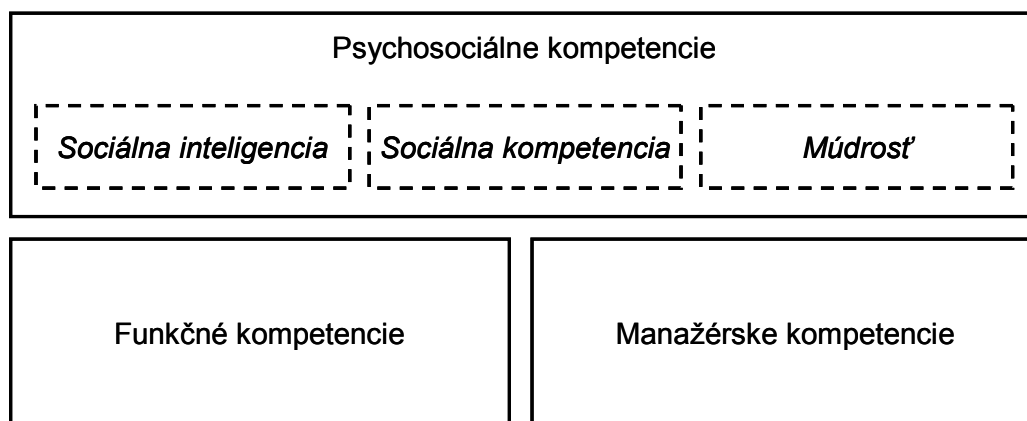
Do tabuľky s psychosociálnymi kompetenciami som zaradila tri hlavné témy:

sociálnu inteligenciu (viď kap. 2.2.3), ktorá vychádza z predpokladu, že konanie lekára je inteligentné a riadené najmä kognitívnymi procesmi percepcie, uvažovania, pamäti a riešenia problémov a prejavuje sa v intrapersonálnej rovine a v interpersonálnej rovine;

sociálnu kompetenciu (viď kap. 2.2.4), ktorá je akousi nadstavbou sociálnej inteligencie. Prejavuje sa v sociálnych interakciách (*social skills*) pri presadzovaní svojich

záujmov. Pri jej zostavovaní som použila zoznam zložiek, ktoré do tohto pojmu zahŕňajú Výrost a Baumgartner (2006, s.71).

múdrosť (viď Podkapitola 2.2.5) – ako expertné poznanie a usudzovanie o dôležitých, ťažkých a neistých otázkach, spojených s významom a organizáciou života (Výrost a Baumgartner 2006).



Obr. 3: Predbežný kompetenčný model

Tab. 5: Detailný predbežný kompetenčný model

<i>Funkčné kompetencie</i>	<i>Manažérske kompetencie</i>	<i>Psychosociálne kompetencie</i>
kooperatívnosť odbornosť odolnosť voči stresu rozhodnosť	kontrolovať organizovať plánovať riadiť	sociálna inteligencia - <i>autonómnosť</i> - <i>empatia</i> - <i>asertivita</i> - <i>sociálna obratnosť</i> sociálna kompetencia - <i>komunikácia</i> - <i>kooperácia</i> - <i>koordinácia</i> - <i>sebareflexia</i> múdrosť - <i>otvorenosť</i> - <i>skúsenosť</i> - <i>tvorivosť</i>

Záver

Cieľom mojej práce bolo vytvoriť návrh kompetenčného modelu praktického lekára s dôrazom na psychosociálne kompetencie a návrhom nástrojov validácie zahrnutých kompetencií.

V práci som sledovala pozíciu lekára v spoločnosti od počiatkov medicíny po súčasnosť (viď kap. 1) a hľadala som styčné body jeho správania a konania, vychádzajúc z poznatkov spoločenských vied. Opierala som sa o stručný popis vývoja a postupných premien lekárstva, ktoré sa v niektorých obdobiach prikláňa viac k prírodovednému poňatiu medicíny, inokedy zas akceptuje viac jej psychosociálne aspekty a ich zaradenie do systému zdravotnej starostlivosti.

V časti o primárnej zdravotnej starostlivosti (viď kap. 2) som sa venovala právnym aspektom odboru všeobecného lekárstva a zaradila som všeobecné praktické lekárstvo v súčasnom zdravotnom systéme s jeho charakterom, koncepciou odboru, požadovaným vzdelaním a ďalšími podmienkami, ktoré sú nevyhnutné k výkonu práce praktického lekára. Ďalej som nadviazala problematikou pomáhajúcich profesií a s nimi súvisiacimi presahmi sociológie a psychológie ako neoddeliteľnými zložkami všeobecného lekárstva, v ktorej som podrobnejšie rozobrala problematiku psychosociálnych kompetencií a ich teoretických vymedzení.

V kapitole 3 som terminologicky vymedzila pojem kompetencie, jej zložky, druhy, znaky, identifikáciu a potrebnosť kompetenčného modelu praktického lekára.

V závere práce som sa venovala teoretickým východiskám (viď kap. 4) a samotnej tvorbe kompetenčného modelu praktického lekára (viď kap. 5). Kompetenčný model bol vytvorený so zreteľom na psychosociálne kompetencie, pričom som vychádzala z činností praktického lekára rozdelených do troch základných rámcov: funkčné kompetencie, manažérske kompetencie a psychosociálne kompetencie. Psychosociálne kompetencie som členila ďalej do troch skupín: sociálna inteligencia, sociálna kompetencia a múdrosť. V týchto skupinách som identifikovala kompetenčné kotvy a ich prejavy, na základe ktorých som zostavila návrh kompetenčného modelu praktického lekára. Pred jeho použitím v praxi by sa uskutočnila validácia a bola náležite vyhodnotená (viď 4.2.5).

V práci som použila metódu štúdia odbornej literatúry, dokumentov a ďalších relevantných zdrojov, ktoré sa týkajú lekárskej profesie.

Kompetenčný model by mohol vzhľadom k svojej hodnotovej orientácii na budúcnosť slúžiť ako podklad pre voľbu vhodných metód pri výbere, hodnotení praktických lekárov, aj ako východisko k tvorbe intervenčných a výcvikových programov pre praktických lekárov a najmä ich rezidentov v rámci špecializačného a celoživotného vzdelávania.

Anotácia

<i>Priezvisko a meno autora:</i>	Belanová Frederika
<i>Názov katedry a fakulty:</i>	Katedra sociologie a andragogiky FF UP
<i>Názov práce:</i>	Kompetencie praktického lekára
<i>Názov práce v anglickom jazyku:</i>	General practitioner's competencies
<i>Počet znakov:</i>	109 264
<i>Počet príloh:</i>	3
<i>Počet titulov použitej literatúry:</i>	31
<i>Kľúčové slová:</i>	kompetenčný model, praktický lekár, psychosociálne kompetencie, spoločenské role lekára, všeobecné lekárstvo

Cieľom práce je identifikovať kompetencie praktického lekára s dôrazom na jeho psychosociálne kompetencie a ich potrebu pre účastníkov liečebného procesu v kontraste s expertným poňatím lekárskej role. Problematika sa rieši zostavením kompetenčného modelu praktického lekára s návrhom nástrojov validácie zahrnutých kompetencií. Kompetenčný model je primárne zameraný na budúcnosť, aby sa mohol využiť ako nástroj pre výber, hodnotenie a rozvoj pracovníkov. Práca sa opiera o zdroje z odbornej literatúry a relevantných dokumentov.

Zoznam skratiek

AC	Assesment Centre
ARO	Anesteziologicko-resuscitačné oddelenie
CRP	C– reaktívny proteín
DC	Development Centre
EÚ	Európska únia
iv. injekcia	intravenózna injekcia
im. injekcia	intramuskulárna injekcia
KTP	Kartotéka typových pozícií
LF	Lekárska fakulta
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
ORL	Otorinolaryngológia
SLK	Slovenská lekárska komora
SR	Slovenská republika
SS VPL	Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva

Zoznam obrázkov

OBR. 1: MODEL SOCIÁLNEJ KOMPETENCIE	30
OBR. 2: HIERARCHICKÝ MODEL ŠTRUKTÚRY KOMPETENCIE	38
OBR. 3: PREDBEŽNÝ KOMPETENČNÝ MODEL	61

Zoznam tabuliek

TAB. 1: STUPNICA ROZVOJA ÚROVNE KOMPETENCIÍ	54
TAB. 2: FUNKČNÉ KOMPETENCIE VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRA	56
TAB. 3: MANAŽÉRSKE KOMPETENCIE VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRA.....	57
TAB. 4: PSYCHOSOCIÁLNE KOMPETENCIE PRAKTICKÉHO LEKÁRA	58
TAB. 5: DETAILNÝ KOMPETENČNÝ MODEL.....	61

Literatúra

- ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. Vyd.8. Praha: Grada Publishing a.s., 2002, 856 s. ISBN 80-72269968.
- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd.6. Praha: Grada Publishing, a.s. 2005, 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BARTOŇKOVÁ, H. *Firemní vzdělávání*. Praha: Grada 2010. 204 s. ISBN 978-80-247-2914-5.
- BELZ, H. – SIEGRIST, M. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení*. Praha: Portál 2001, 376 s. ISBN 80-7178-479-6.
- BOERMA, W. G. W. – FLEMING, D. M. *Rola praktického lékaře v základnej zdravotnej starostlivosti*. Senica: Prognóza 2001, 100 s., ISBN 80-968691-0-8.
- FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta 2006, 237 s. ISBN 80-7295-085-1.
- GLADKIJ, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Vyd.1. Brno: Computer Press 2003, 380 s. ISBN 80 7226-996-8.
- GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007, 120 s. ISBN 978-80-7367-302-4.
- HALL, J. A. a kol. Liking in the physician-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 48, 2002, č. 1, s. 69-77.
- HONZÁK, R. a kol. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005.
- HRONÍK, F. *Hodnocení pracovníků*. Praha : 2006, 128 s. ISBN 80-247-1458-2.
- IVANOVÁ, K. – BARTLOVÁ, S. – HORVÁTH, M. Odkaz díla Talcotta Parsonse v medicíně a ošetrovatelství. In: Šubrt, J. a kol. *Talcott Parsons a jeho přínos soudobé sociologické teorii*. Praha: Nakladatelství Karolinum 2006, s. 199-213. ISBN 80-246-1239-9.
- KRISTOVÁ, V. *Študijný odbor Všeobecné lékařstvo*. Univerzita Komenského v Bratislave, Lékařská fakulta. 2009. Dostupné z: <http://www.fmed.uniba.sk/index.php?id=2524>.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada 2009, 138 s. ISBN 978-80-247-2362-4.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha : Portál 2010, 195 s. ISBN 973-80-7367-726-8.
- KŘÍŽOVÁ, E. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: SLON 2006, 142 s. ISBN 8086429-57-1.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 5. Praha: Portál 2006, 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
- KUBEŠ, M. – ŠEBESTOVÁ, E. *360 stupňová zpětná vazba jako nástroj rozvoje lidí*. Praha: Grada Publishing 2008, 160 s. ISBN 978-80-247-2314-3.
- KUBEŠ, M. – SPILLEROVÁ, D. – KURNICKÝ, R. *Manažerské kompetence. Způsobilosti vyjímečných manažérů*. Praha: Grada 2004, 183 s. ISBN 80-247-0698-9.
- LIPTÁK, P. *Problémy primárnej starostlivosti*. Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva. 2007. Dostupné z: <http://www.sprl.sk/cps/rde/xchg/sprlsk/xsl/aktualne.htm>
- LIPTÁK, P. *Všeobecný lekár je špecialista na polymorbiditu*. Medical practice, VI, 2011, č. 1, s. 4-5.
- MIKULÁŠTIK, M. *Sociální kompetence*. Bratislava: Bratislavská vysoká škola práva 2008, 274 s. ISBN 978-80-88931-90-4.
- MIKULECKÝ, M. Anamnéza – úvod ku správnej diagnóze. In: Ďuriš, I. – Hulín, I. – Bernadič, M. *Princípy internej medicíny*. Bratislava : SAP 2001, 2951 s. ISBN 80-88908-69-8.
- RUISEL, I. *Osobnosť a poznávanie*. Bratislava: IKAR, a.s. 2008, 255 s. ISBN 978-80-551-1599-3.
- SEIFERT, B. – BENEŠ, V. a kol. *Všeobecné praktické lékařství*. Praha: Galén a nakladatelství Karolinum 2005, 292 s. ISBN 80-246-1131-7.
- ŠIMEK, D. *Otevřená práce*. Olomouc : UPOL 1994, s.13. ISBN neuvedené.
- VETEŠKA, J. – TURECKIOVÁ, M. *Vzdělávání a rozvoj podle kompetencí*. Praha : UJAK 2008, 140 s. ISBN 978-80-86723-54-9.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3. Praha: Portál 2003, 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

VÝROST, J. – BAUMGARTNER, F. K aktuálnym otázkam výskumu sociálnej inteligencie, sociálnych kompetencií a múdrosti. In: Ruisel, I. a kol. *Úvahy o inteligencii a osobnosti*. Bratislava: Ústav experimentálnej psychológie SAV, 2006, s. 60-88.

WWW. Kartotéka typových pozícií (KTP) – Lekár v odbore všeobecné lekárstvo. Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny. 2010. Dostupné z: <http://www.istp.sk/ktp/lekar-v-odbore-vseobecne-lekarstvo-54046.php>

WWW. Špecializačný študijný program pre špecializačný odbor Všeobecné lekárstvo č. A022. Akreditačná komisia MZ SR. VESTNÍK MZ, ročník 53, osobitné vydanie 30. júla 2005. Dostupné z: <http://www.sprl.sk/zc/img/SSP.pdf>.

Prílohy

Príloha 1 – Hippokratova prísaha

Prisahám pri Apolónovi, bohovi lekárstva, pri Aeskulapovi, Hygiei a Panacei aj pri všetkých bohoch a bohyniach a dovolávam sa ich svedectva, že túto prísahu a tieto záväzky budem podľa svojich síl a svedomia poriadne dodržiavať:

Svojho učiteľa v lekárskom umení si budem rovnako ctíť ako vlastných rodičov a vďačne mu ponúknem všetko potrebné. Ak sa dostane do núdze, dám mu zo svojho, rovnako i jeho potomkom dám a budem ich pokladať za vlastných bratov. Pokiaľ po znalostiach tohto umenia zatúžia, budem ich vyučovať zadarmo a bez nárokov na akékoľvek záväzky.

Svojim synom a synom svojho učiteľa ako aj všetkým ustanoveným a na dodržanie lekárskeho mravu prisahajúcim umožním, aby sa zúčastňovali na výučbe aj na prednáškach aj na celej vede. Nikomu však inému.

Spôsob svojho života zasväťím podľa vlastných síl a svedomia úžitku chorých a budem ich ochraňovať pred každou krivdou a bezprávím. Ani prosbami sa nedám prinútiť na podanie smrtiaceho lieku, ani sám nikdy na to nedám podnet. Nijakej žene nepodám prostriedok na vyhnutie plodu. Svoj život a svoje umenie vždy budem chrániť v čistote a udržím ich bez akejkoľvek viny. Sám neuskutočím rez u nijakého chorého, ktorého trápia kamene, ale odovzdám ho do rúk mužom skúseným v tomto odbore.

Nech vkročím do akéhokoľvek domu, vojdem tam len s úsilím pomôcť chorým a budem sa vyhýbať každému podozreniu z bezprávia alebo hocijakého ublíženia. Zrieknem sa túžby po zmyslových pôžitkoch či so ženami či s mužmi, či so slobodnými či otrokmi.

Keď pri svojej lekárskej praxi zbadám alebo vypočujem niečo, čo by malo zostať tajomstvom, o súkromnom živote ľudí všetko zamlčím a ako tajomstvo uchovám.

Ak budem túto prísahu dodržiavať a poriadne splňať, nech sa mi dožičí život navždy šťastne, nech sa dožijem úcty všetkých ľudí a nech sa radujem z plodov svojho umenia.

Ak ju však poruším či poškvrním, nech sa mi stane pravý opak.

Príloha 2 – Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore Všeobecné praktické lekárstvo pre dospelých

Všeobecné praktické lekárstvo je špecializovaným odborom so zameraním na všeobecnú ambulantnú starostlivosť. Je to vedecká disciplína medicíny s vlastnými špecifikami poskytovania zdravotnej starostlivosti, riadením odboru, sieťou pracovísk, informačnou základňou, výskumom, vzdelávaním a manažmentom kvality. Zameriava sa na:

- zabezpečenie prvého kontaktu občana s poskytovateľom zdravotnej starostlivosti,
- zabezpečenie rovnosti k voľnému a neobmedzenému prístupu občana k všeobecnej ambulantnej starostlivosti,
- spôsob poskytnutia zdravotnej starostlivosti vo vlastnej kompetencii, sprostredkovaním špecializovanej ambulantnej alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti – gatekeepingu a triediacej funkcie,
- integráciu poskytovania zdravotnej starostlivosti, jej kontinuitu a dostupnosť počas života pacienta,
- poskytovanie celkovej a nepretržitej zdravotnej starostlivosti dospelým obyvateľom bez rozdielu veku, pohlavia, rasy či náboženstva,
- manažment zdravotnej starostlivosti pacienta,
- kvalitu a efektivitu celého systému poskytovania zdravotnej starostlivosti.

Tento odbor sa vyznačuje komplexnosťou medicínskych činností na úrovni všeobecnej ambulantnej starostlivosti: podpora zdravia, prevencia, včasná a rýchla diagnostika, diferenciálna diagnostika, komplexná liečba, rehabilitácia a ďalšia starostlivosť vrátane prvej lekárskej pomoci. Všeobecný praktický lekár poskytuje zdravotnú starostlivosť na úrovni súčasných (reálne dostupných) poznatkov s primeraným rozsahom vedomostí vlastnými prostriedkami. V prípade potreby sprostredkuje efektívne využitie služieb v hierarchii zdravotníctva. Vo svojej práci sa riadi princípom zachovania integračnej a koordinačnej funkcie všeobecného praktického lekárstva, vrátane manažovania zdravotnej starostlivosti osoby. Podľa koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore všeobecné praktické lekárstvo musí lekár poskytnúť a ovládať:

V rámci prevencie:

- celoštátne preventívne programy a aplikuje ich vo svojej práci, najmä očkovanie, depistáž, skrining a boj proti alkoholizmu a drogovým závislostiam,
- metódy a systém dispenzarizácie zdravých osôb, ohrozených a chronicky chorých,
- metódy depistáže a boja proti nakažlivým chorobám, zásady spolupráce s úradmi verejného zdravotníctva,
- základy hygienického dozoru a kontroly pracovísk a zariadení v určitých závodoch, sídliskách a objektoch,
- organizáciu a metódy preventívnych prehliadok,
- zásady zdravotnej výchovy obyvateľstva,
- posudzovanie zdravotnej spôsobilosti na výkon určitej činnosti.

V rámci diagnostiky a liečby:

- pozná a realizuje základné a komplexné vyšetrenie osoby v ambulancii, v domácom prostredí alebo v inom prirodzenom prostredí osoby,
- využívanie diagnostických a liečebných metód v ambulancii a mimo nej – metodiky, pomôcky, prístroje,
- indikácie laboratórnych, funkčných a iných pomocných vyšetrení, indikácie na konziliárne vyšetrenia a poskytnutie hospitalizácie,
- diagnostiku a liečbu stavov, ktoré ohrozujú bezprostredne život (bezvedomie, šok, akútne zlyhanie obehu a dýchania, úrazy, otravy, náhle cievne a brušné príhody, poruchy príjmu, komatózne stavy, poruchy vedomia a správania),
- diferenciálnu diagnostiku na základe anamnézy, vlastného vyšetrenia a pomocných vyšetrení v ambulancii (EKG),
- rozpoznanie vlastných možností a schopností diagnostikovať a liečiť stav vlastnými silami a včas rozhodnúť o vhodnosti konzília,
- zásady prvej pomoci a resuscitácie, tlmenie bolesti, liečba šoku a komatóznych stavov,
- prvú pomoc pri úrazoch,

- prvú pomoc pri pôrode,
- sledovanie a uplatňovanie nových liečebných postupov, metód a liekov,
- metodiky komplementárnej medicíny (akupunktúra, homeopatia atď.)
- diagnózu smrti, základy súdneho lekárstva.

V rámci rehabilitácie:

- pozná a realizuje základné metódy liečebnej a pracovnej rehabilitácie,
- funkčné vyšetrenie pohybového aparátu,
- indikácie a aplikácie rehabilitačných metodík a techník manipulačnej terapie,
- prevenciu a liečbu rehabilitáciou,
- indikácie aplikácie rehabilitácie v domácom prostredí,
- pooperačnú starostlivosť o osobu v domácom prostredí.

V rámci organizácie práce:

- pozná a realizuje koncepciu odboru a jej praktickú aplikáciu,
- zásady riadenia, organizácie práce, manažmentu, kontroly práce na pracovisku,
- zásady uplatňovania a kontroly ochrany a bezpečnosti pri práci,
- spoluprácu s orgánmi štátnej správy, miestnej samosprávy, zdravotnými poisťovňami a sociálnou poisťovňou,
- spoluprácu so sociálnou sieťou,
- vykazovanie činnosti pre orgány zdravotníctva, zdravotníckej štatistiky, povinné hlásenie chorôb,
- spoluprácu s odbornými spoločnosťami, stavovskými organizáciami v zdravotníctve,
- podmienky organizácie a účasti na vzdelávacích akciách sústavného vzdelávania vrátane odborných stáží a účasti na klinických dňoch, seminároch, konferenciách atď.,
- základy psychológie.

Príloha 3 – Etický kódex Slovenskej lekárskej komory

Časť I. – Všeobecné povinnosti lekára

- Stavovskou povinnosťou lekára je profesionálna starostlivosť o zdravie jednotlivca a spoločnosti v súlade so zásadami ľudskosti, v duchu úcty k ľudskému životu od jeho počiatku až do konca.
- Povinnosťou lekára je zachovávať život, chrániť a obnovovať zdravie, mierniť utrpenie bez ohľadu na národnosť, rasu, vierovyznanie, politickú príslušnosť, spoločenské postavenie pacienta, jeho morálnu a rozumovú úroveň a povest', ako aj bez ohľadu na subjektívne pocity lekára.
- Lekár uznáva právo každého človeka na slobodný výber lekára a napomáha uplatňovaniu tohoto práva.
- Lekár v čo najväčšej miere rešpektuje vôľu chorého alebo jeho zákonného zástupcu, ak je to v súlade s postupom lege artis.
- Lekár nesmie napomáhať alebo sa zúčastňovať na porušovaní cti alebo dôstojnosti človeka. Každý lekár je povinný oznámiť príslušným štátnym orgánom podozrenie z hrubého, resp. krutého zaobchádzania a týrania pacienta, a to najmä osoby maloletej a osoby zbavenej spôsobilosti na právne úkony.
- Pri určovaní liečebného postupu je lekár obmedzovaný iba poznatkami lekárskej vedy a platnými právnymi predpismi. Pri výbere úkonov a zákrokov musí postupovať racionálne a voliť ich optimálny počet.
- Lekár je povinný za každých okolností zachovať svoju profesijnú nezávislosť voči ostatným subjektom.
- Lekár je povinný poznať a dodržiavať zákony a záväzné právne predpisy pre výkon svojho povolania.
- Lekár je povinný zachovávať v záujme pacienta povinnú mlčanlivosť spôsobom, ako to stanovuje zákon. Nesmie podávať tretej strane nijaké informácie o skutočnostiach, ktoré sa dozvedel priamo či nepriamo v rámci svojho profesionálneho vzťahu k pacientovi, s výnimkou, keď to pripúšťa osobitný právny predpis.
- Lekár, ktorý vykonáva zdravotnú starostlivosť samostatne (t.j. mimo

pracovnoprávneho vzťahu k inej fyzickej alebo právnickej osobe), je osobne zodpovedný za všetky úkony pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Zodpovednosť lekárov, vykonávajúcich zdravotnú starostlivosť v rámci pracovnoprávneho vzťahu s inou fyzickou alebo právnickou osobou sa posudzuje podľa ustanovení Zákonníka práce a Občianskeho zákonníka.

- Lekár, ktorý používa pseudonym pri činnosti súvisiacej s jeho povoláním, je povinný túto skutočnosť oznámiť lekárskej komore.
- V neštátnej zdravotnej starostlivosti je lekár povinný vykonávať povolanie s vybavením zodpovedajúcim jeho odbornosti a príslušným právnym predpisom. V štátnej zdravotnej starostlivosti je povinný primerané vybavenie požadovať.
- Každý lekár je povinný sústavne udržiavať a zdokonaľovať svoje odborné vedomosti a schopnosti.
- Lekár je oprávnený vykonávať diagnostické, preventívne a liečebné úkony len v rámci daných možností svojej odbornej kvalifikácie a spôsobilosti. Nesmie sa podujat' na liečenie a úkony, ktoré sú mimo jeho schopností a kompetencie vymedzenej odbornosťou. V prípadoch bezprostredne ohrozujúcich život či zdravie je lekár povinný bezodkladne poskytnúť lekársku pomoc bez ohľadu na svoju odbornosť.
- Lekár je oprávnený vykonávať klinický experiment len v súlade s platnými právnymi predpismi.
- Nový spôsob liečenia je možné použiť u chorého až po predpísaných biologických a klinických skúškach, za podmienok dodržiavania Helsinskej konvencie, Norimberského kódexu a v súlade s platnými právnymi predpismi.
- Lekár nesmie zvoliť diagnostický a liečebný postup, ktorý sám o sebe v súvislosti so stavom chorého zvyšuje neúmerne riziko k očakávanému prínosu.
- Lekár smie ukončiť graviditu iba v prípadoch zákonom stanovených.
- Lekár môže slobodne odmietnuť vykonať taký lekársky výkon, alebo môže odmietnuť spoluúčast' na takom výkone, ktorý odporuje jeho svedomiu, okrem prípadov bezprostredne ohrozujúcich život alebo zdravie.
- Lekár je povinný pri odbere tkanív a orgánov dodržiavať príslušné právne normy.
- Lekár je povinný plniť svoje povinnosti aj v prípadoch verejného ohrozenia, pri

prírodných katastrofách alebo katastrofách inej povahy.

- Lekárom je zakázané požívať nedôstojné praktiky, smerujúce k rozšíreniu klientely. Je zakázané takéto aktivity iniciovať prostredníctvom druhých osôb. Reklama a inzercia súkromnej praxe zdravotníckych zariadení a požívaných diagnostických a liečebných metód je povolená. Reklama musí byť pravdivá, striedma, výsostne informujúca a nesmie slúžiť na odlákavie pacientov. Jej text a uverejnenie v oznamovacích prostriedkoch nesmie znížiť vážnosť lekárskeho stavu.
- Lekár nesmie prijať, ponúkať alebo požadovať deľbu honorára za účelom vyhýbania sa daňovým predpisom.
- Lekár môže poskytovať nevyhnutnú zdravotnú starostlivosť so špeciálnym zameraním v zariadeniach očnej optiky, obchodných zariadeniach zdravotníckych pomôcok a priestoroch súvisiacich s uvedenými zariadeniami, formou poradenstva a starostlivosti pre určitú zdravotnícku pomôcku (optickú, zmyslovú, ortopedickú, protetickú, kompenzačnú a rehabilitačnú), za predpokladu, že k takejto činnosti získal povolenie MZ SR (okresného, krajského úradu) v zmysle zákona č. 277/1994 Zb. o poskytovaní zdravotnej starostlivosti v neštátnych zdravotníckych zariadeniach. Pri tejto činnosti nesmie prevládať komerčný záujem nad kvalitou odbornej starostlivosti.
- Zakázané je predpisovanie, používanie a rozširovanie liekov, ktoré nie sú povolené, ako aj vedomé predpisovanie liekov nezodpovedajúcich zdravotnému stavu pacienta.
- Lekár nesmie predpisovať lieky, na ktoré vzniká závislosť alebo látky dopingového účinku k iným ako liečebným účelom.
- Lekár nesmie ponúknuť chorému nedostatočne vyskúšaný alebo zdanlivo účinný liečebný úkon alebo prostriedok. Akékoľvek uplatňovanie šarlatánstva a potulná prax sú zakázané.
- Lekár nesmie sám alebo po dohode s inými: a) ordinovať neúčelné liečebné alebo iné úkony zo zisťných dôvodov, b) poskytnúť zo svojej právomoci pacientovi akékoľvek neoprávnené finančné, pracovné, sociálne a iné výhody.
- Lekár nesmie zneužívať volenú alebo úradnú funkciu na zvýšenie počtu svojich pacientov a príjmov od nich.

- Povinnosťou lekára je pravdivo informovať o svojich poznatkoch, skúsenostiach a výsledkoch získaných pri výkone povolania. Tieto sa nesmú zverejniť pred laickou verejnosťou, ak neprešli odbornou oponentúrou na zodpovedajúcej úrovni.
- Zakázaná je akákoľvek podpora osoby, ktorá vykonáva lekársku činnosť bez oprávnenia. Takúto činnosť je lekár povinný ohlásiť lekárskej komore a orgánom štátnej správy.
- Lekár je povinný pri výkone svojho povolania viesť a uchovávať zdravotnú dokumentáciu v súlade s platnými právnymi predpismi. Vyhotoveniu odborných posudkov, potvrdení a odporučení je lekár povinný venovať primeranú zodpovednosť a pozornosť, údaje v nich musia byť pravdivé, objektívne, presne formulované a musia spĺňať všetky náležitosti.
- V záznamoch o liečení je lekár povinný riadne dokumentovať každý úkon zdravotnej starostlivosti v zmysle platných právnych predpisov. Dokumentácia musí byť vedená v úradnom jazyku, zrozumiteľná, overená podpisom a identifikačnými údajmi lekára. Túto povinnosť má aj konziliárny lekár. Dokumentácia môže byť vedená aj na magnetických pamäťových médiách alebo elektronických nosičoch iného typu. Vo všetkých týchto prípadoch má lekár dokumentáciu chrániť pred stratou, odcudzením, zmenou alebo zneužitím. Pri každom použití zdravotnej dokumentácie je povinný riadiť sa ustanoveniami Občianskeho zákonníka o ochrane osobnosti (§ 10 - 16 Obč. zák.) a ustanoveniami zákona č. 277/1994 Zb. o zdravotnej starostlivosti.
- Osobný život lekára, v záujme povesti lekárskeho stavu, musí byť vedený v súlade so všeobecne prijatými morálnymi normami.
- Lekár je povinný zdržať sa pri výkone povolania užívania alkoholu a omamných látok. V žiadnom prípade nesmie byť osobou závislou na alkohole a iných omamných látkach, pričom pojem závislosti vymedzuje zák. SNR č. 46/1989 Zb. o ochrane pred alkoholizmom a inými toxikomániami.
- Lekár chráni ľudskú dôstojnosť smrteľne chorého a umierajúceho, účinne tíši bolesť a zmierňuje jeho fyzické a duševné utrpenie.
- Lekár sa môže slobodne zúčastňovať na prezentácii a diskutovaní medicínskych tém na verejnosti, v tlači, rozhlase, televízii.

Časť II. – Povinnosti lekára voči chorým

- Lekár ručí chorému vo svojej starostlivosti za zodpovedné, svedomité a starostlivé plnenie profesionálnych povinností a za to, že vždy včas a dôsledne zaistí všetky náležité diagnostické a opatrenia, ktoré stav chorého vyžaduje.
- Lekár sa k chorému správa korektne, s pochopením, trpezlivo a nezníži sa k hrubému alebo nemravnému jednaniu.
- Lekár rešpektuje všetky pacientove občianske práva, vrátane zodpovednosti za vlastné zdravie.
- Lekár je povinný zodpovedne, zrozumiteľne a primerane informovať chorého alebo jeho zákonného zástupcu o povahe ochorenia, zamýšľaných diagnostických a liečebných úkonoch, vrátane rizika a o ďalších dôležitých okolnostiach.
- Lekár smie odmietnuť starostlivosť o chorého iba ak by sa neúmerne zvýšilo jeho pracovné zaťaženie alebo z titulu svojej nepríslušnej odbornosti a ďalej v prípade, že je ohrozený jeho život alebo zdravie, s výnimkou prípadov bezprostredne ohrozujúcich život alebo vážne ohrozujúcich zdravie chorého.
- Lekár vo vzťahu k chorému nesmie zneužiť jeho dôveru a závislosť akýmkoľvek spôsobom, najmä tým, že by si vynucoval akýkoľvek úplatok.

Časť III – Vzájomné vzťahy medzi lekármi a inými zdravotníckymi pracovníkmi

- Základom týchto vzťahov je vzájomné čestné, slušné, spoločensky korektné správanie sa spolu s kritickou náročnosťou, rešpektovaním kompetencie a priznaním práva na odlišný názor.
- Lekári sú povinní sa navzájom morálne podporovať. Lekár, ktorý má spor s kolegom, sa musí snažiť o jeho zmierlivé urovanie, v prípade potreby aj prostredníctvom orgánov komory. Je zakázané kolegu ohovárať, osočovať alebo rozširovať o ňom údaje, ktoré by ho mohli poškodiť pri výkone povolania. Zastať sa neprávom napadnutého kolegu je povinnosťou a prejavom stavovskej etiky. Nepravdivá výpoveď v disciplinárnom konaní je disciplinárnym previnením.
- Je zakázané vzájomné odlákavie a tiež pokus o odlákavie pacientov.
- Lekár nesmie podceňovať a znevažovať profesionálnu úroveň iného lekára, alebo zdravotníckeho pracovníka, znevažovať jeho osobu a činnosť nevhodnými výrazmi

a komentovať nevhodným spôsobom jeho činnosť.

- Lekár je povinný kolegiálne spolupracovať s inými lekármi, ktorí súčasne alebo následne vyšetrujú, či liečia toho istého pacienta. Ak z nejakých príčin odovzdá chorého do starostlivosti iného lekára, je povinný mu odovzdať všetky zistené nálezy a pravdivo ho informovať o doterajšom priebehu liečenia.
- Lekár je povinný požiadať iného lekára o konzílium vtedy, keď to uzná za vhodné. Má vyhovieť aj žiadosti pacienta, jeho rodiny alebo jeho zákonného zástupcu o konzílium. Je právom lekára navrhnúť osobu konziliára. Pokiaľ je možné, rešpektuje aj v tom vôľu chorého. Závery konziliárneho vyšetrenia musia byť dokumentované písomne a je povinnosťou o nich informovať chorého. Lekár je povinný zúčastniť sa konzíliá, aj keď nesúhlasí s výberom konziliára.
- Ak lekár vo svojej ordinácii ošetrí pre akútny stav alebo pre život a zdravie ohrozujúci stav pacienta, ktorý má iného ošetrojúceho lekára, je povinný o tejto skutočnosti ošetrojúceho lekára informovať.
- Je zakázané riešiť konkurenčné vzťahy znižovaním honoráru a vykazovať nesprávne štatistické údaje o honorároch a nákladoch liečenia.
- Lekár, ktorého zavolali na konzílium, sa nemá právo z vlastnej iniciatívy vrátiť k chorému v neprítomnosti, alebo bez vedomia ošetrojúceho lekára, iba ak by prevzal celú ďalšiu starostlivosť a zodpovednosť za zdravotný stav chorého. Túto skutočnosť je povinný konziliárny lekár oznámiť ošetrojúcemu lekárovi.
- Ak pri starostlivosti o chorého spolupracujú viacerí lekári, každý z nich je osobne zodpovedný za každý svoj výkon, pričom musia mať na zreteli celkový zdravotný stav chorého.
- Lekár musí svoju prax vykonávať zásadne osobne. Zastupovaný môže byť len dočasne. Po skončení zastupovania je lekár povinný sa vzdať všetkej činnosti vyplývajúcej zo zastupovania.
- Lekár, ktorý nadobudne presvedčenie, že kolega postupoval non lege artis, by mal dať túto skutočnosť preveriť kontrolnému výboru príslušnej RLK.
- Lekár musí v záujme pacientov dbať na korektné vzťahy aj s príslušníkmi iných zdravotníckych povolání a uznávať ich profesijnú nezávislosť.
- Lekár spolupracuje so zdravotnými sestrami a inými zdravotníckymi pracovníkmi.

Ak ich poverí diagnostickými alebo liečebnými úkonmi, musí sa presvedčiť, či sú spôsobilí ich vykonávať ako aj preveriť ich vykonanie.

- Na čas, na aký to starostlivosť o pacienta vyžaduje, preberá ho do starostlivosti konziliárny lekár, ktorý sa tým stáva ošetrojúcim lekárom pacienta. Doterajší ošetrojúci lekár sa tým stáva pre nového ošetrojúceho lekára konziliárom.
- Ak na základe vnútornej normy zdravotníckeho zariadenia jestvuje medzi lekármi vzťah odbornej podriadenosti (nadriadenosti), je nadriadený zodpovedný za to, že podriadení lekári samostatne vykonávajú len tie činnosti, na ktoré sú odborne spôsobilí. Nadriadený lekár je zodpovedný za správnosť indikácie úkonov, vykonávaných podľa jeho príkazu.
- Ak podriadený lekár dospeje k názoru, že postup, prikázaný nadriadeným lekárom nemusí byť v prospech pacienta, má o tom bez zbytočného odkladu upovedomiť nadriadeného lekára, ktorý príkaz vydal.

Časť IV – Záverečné ustanovenia

- Každý lekár pri vstupe do SLK má sľubom a podpisom potvrdiť, že tento etický kódex pozná a zaväzuje sa ho dodržiavať.
- Tento etický kódex nadobúda účinnosť dňom zverejnenia v RLK.

Deontologický kódex SLK bol schválený Snemom SLK 22. 2.1992 v Piešťanoch.

Novelizácia bola uskutočnená Snemom SLK 25.4.1993 v Rajeckých Tepliciach a Snemom SLK 20.10.1996 v Novom Smokovci.

Zmena názvu a novelizácia čl.22 bola schválená IX. Snemom SLK 1998.