

# Lékaři 2022

+

aneb specializační  
vzdělávání očima  
lékařů



MUDr. Petr Michenka  
Mgr. Lenka Šlegerová

# Lékaři 2022

+

aneb specializační  
vzdělávání očima  
lékařů

2023, Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta UK  
Kabinet Veřejného zdravotnictví

ISBN: 978-80-87878-57-6 (on-line: pdf)  
1. vydání

MUDr. Petr Michenka  
Mgr. Lenka Šlegerová

# O projektu

Vážené kolegyně a vážení kolegové,

specializační vzdělávání je zásadním aspektem pro zajištění kvalitního poskytování zdravotní péče.

Umožňuje lékařům a lékařkám v začátcích kariéry rozvíjet znalosti a dovednosti načerpané během vysokoškolských studií, specializovat se ve vybrané oblasti lékařské péče a získat nenahraditelné zkušenosti do začátku jejich klinické praxe. Právě průběh specializačního vzdělávání často ovlivní, jakým způsobem začnou lékaři a lékařky přistupovat ke klinickému provozu i ke svým pacientům.

I pro ty, kteří se ve zdravotnictví nepohybují, nepracují v něm, ani s ním nepřichází rutinně do styku, je toto téma hodné pozornosti. Všichni totiž doufáme a věříme, že jakmile to bude potřeba, budeme se na svého lékaře nebo lékařku moci spolehnout. Očekáváme, že se naučil co nejvíce, postará se o nás co nejlépe a že nám s našimi obtížemi dokáže pomoci. Výraznou roli v tom, zdali tomu tak bude, hraje i specializační vzdělávání. I když to tedy nemusí být na první pohled patrné, pro všechny z nás by měla tato oblast být klíčovým tématem. Měli bychom se o něj aktivně zajímat a neměli bychom na něj zapomínat.

Průzkum Lékaři 2022 je rozsahem největší a zaměřením nejpodrobnější snahou o zmapování mnohých aspektů toho, jak jsou u nás mladí lékaři vzděláváni a co musí navíc ke své klinické praxi řešit. Má za cíl vysvětlit, a to nejen lékařům a lékařkám, studentům a studentkám medicíny, ale i odborné i široké veřejnosti, že lékařská specializační vzdělávání v České republice není zdaleka takové, jak se může na první pohled zdát, a poukázat na některé z kriticky zanedbávaných oblastí celého systému.

Průzkum je pokusem o to, aby byl slyšet hlas těch, kteří se specializačního vzdělávání přímo účastní. Je možné, že některé jeho části budou vnímány velmi problematicky či vzbudí řadu emocí. Byli bychom ale neradi, aby byl celkově chápán jen jako kritika. Naopak, hlavním vyzněním a myšlenkou tohoto projektu by měla být výzva k pokroku, která bude spojená se snahou nás všech o budoucí změny.

*MUDr. Petr Michenka*

## Obsah

1.	O projektu.....	4
2.	Úvod.....	7
3.	Metodologie.....	9
4.	Výsledky.....	10
	A/Demografie.....	10
	B/Specializační vzdělávání – Administrativa.....	10
	C/Specializační vzdělávání – Klinický provoz.....	15
	D/Diskriminační jednání ve zdravotnictví.....	25
5.	Názory expertů.....	27
6.	Závěr.....	31
7.	Poděkování.....	32



# Úvod

Po ukončení šestiletého prezenčního magisterského studia Všeobecného lékařství se lékaři, kteří si přejí získat specializovanou způsobilost, zapíší do jednoho ze 43 oborů specializačního vzdělávání a zvolí si jeden z 19 základních kmenů specializačního vzdělávání, který k danému oboru vede. Obecně lze říct, že i přes to, že se náplň jednotlivých kmenů odlišuje, každý lékař musí kromě praxe ve svém oboru absolvovat i odborné povinné praxe: 2 měsíce v oboru Vnitřního lékařství, Anesteziologie a resuscitace (ARO) a Chirurgie – celkem tedy 6 měsíců těchto odborných praxí. Česká legislativa nevyžaduje absolvování odborných povinných praxí („stáží“) ihned po ukončení studia (jako tomu je například ve Velké Británii) - odborné praxe lze tedy absolvovat i relativně těsně před kmenovou zkouškou a stanoven není striktně ani jejich průběh (což se následně může negativně promítat do kvality praxí).

Po 30 měsících praxe a splnění všech požadavků lze složit zkoušku po ukončení vzdělávání v základním kmeni, kdy jsou lékaři přiděleny dodatečné kompetence. Následně se mohou lékaři dále specializovat již přímo v jednom ze zmiňovaných tzv. specializačních oborů. Tato druhá část vzdělávání je po období 6 měsíců až několika let praxe a splnění všech dalších požadavků určených akreditačními komisemi zakončena atestační zkouškou ze základního oboru. Tou lékař získává formálně specializovanou způsobilost s plnou odpovědností a maximální míru autonomie. Vzdělávání pro něj ale může pokračovat ve formě tzv. nástavbového oboru (těch je pro lékaře 44), který je pak zakončen závěrečnou zkouškou z nástavbového oboru čímž lékař získává „zvláštní specializovanou způsobilost“<sup>1</sup>

Specializační vzdělávání se v jednotlivých oborech výrazně odlišuje, což klade vysoké nároky na kohokoliv, kdo by měl snahu vytvořit si ucelený a komplexní přehled o jeho stavu. Rozdíly jsou dány jednak pochopitelnými specifiky daných oborů (např. Všeobecné praktické lékařství – VPL vs. Chirurgie), požadavky jednotlivých akreditačních komisí, tak tím, že doba vzdělávání do atestace je odlišná (od 36 měsíců pro VPL až po 72 měsíců pro Neurochirurgii). Celou situaci navíc komplikuje fakt, že systém specializačního vzdělávání prošel v minulosti několika reformami. V současnosti tedy lze pozorovat to, že i když lékaři v jednom oboru míří ke stejnému cíli (atestační zkouška), může jejich vzdělávání probíhat několika paralelními cestami. Další faktor, který činí celý systém přehnaně komplikovaným, je systém akreditací<sup>2</sup> poskytovatelů zdravotních služeb. Ty jsou zároveň jedním z největších zdrojů komplikací ve vzdělávání jak pro lékaře a lékařky, tak pro poskytovatele zdravotních služeb samotné. Mimo to hrají v systému vzdělávání svou roli i administrativní faktory jako jsou např. poměrně snadná možnost přestupu mezi vzdělávacími obory, to, že je možné přestoupit ze staršího vzdělávacího programu do novějšího, být zařazen v několika oborech najednou (i když často jen formálně) nebo naopak nebýt po určitou dobu zařazen v oboru žádném. Dále je potřeba pamatovat i na to, že někteří lékaři se vzdělávají buď po celou dobu vzdělávání, nebo po jeho část v režimu tzv. rezidenčního místa<sup>3</sup> (které je dále specifické svou administrativou, financováním a požadavky kladenými na zaměstnavatele). Ne všechny ze zmíněných faktorů lze považovat za negativní, v důsledku nicméně systém specializačního vzdělávání administrativně zatěžují. Proto už jen pochopit celou strukturu specializačního vzdělávání (a to i pro ty, kteří se v něm pohybují) může být značně obtížné.

<sup>1</sup> Legislativa týkající se průběhu specializačního vzdělávání vychází ze zákona č. 95/2004 Sb. a následných prováděcích vyhlášek.

<sup>2</sup> Viz zákon č. 67/2017 Sb. a zákon č. 95/2004 Sb.  
<sup>3</sup> Viz zákon č. 95/2004 Sb. a vyhláška č. 186/2009 Sb.

Organizace tohoto komplikovaného systému není svěřena do rukou jediné instituce. Část odpovědnosti si spolu s úlohou dohledu ponechalo MZČR – Ministerstvo zdravotnictví, část je přidělena IPVZ – Institutu postgraduálního vzdělávání (ten je jako přímo řízená organizace MZČR povinen realizovat státní politiku v této oblasti) a část je spolu s omezenými rozhodovacími pravomocemi delegována do rukou lékařských fakult na základě veřejnoprávních smluv. Pro samotný průběh vzdělávání je také nutná angažovanost personalistů poskytovatelů zdravotních služeb i samotných lékařů. Místní kontrola nad průběhem a kvalitou vzdělávání na jednotlivých pracovištích je pak výhradní kompetencí MZČR. Míra supervize nad reálným dodržováním požadavků definovaných v legislativě a četnost nutných kontrol ale zůstává otázkou. Při představě obrovského množství akreditovaných pracovišť a vytiženosti MZČR je totiž téměř jisté, že bez pomocné instituce (např. typu České školní inspekce), která by měla tuto agendu prioritně na starost, budou kapacity určené na tuto činnost prakticky vždy nedostatečné.

Vzhledem k míře elektronizace českého zdravotnictví jsou výhradním indikátorem postupu ve specializačním vzdělávání fyzická vyhotovení potvrzení o odborných povinných praxích, certifikáty z kurzů a záznamy o době praxe. Zákon sice požaduje, aby zápisy o průběhu vzdělávání probíhaly minimálně jednou ročně, ale tento formální požadavek není ověřován a kontrola probíhá pouze v době dosahování „milníků“ (tzn. před zkouškou po ukončení vzdělávání v základním kmeni a atestační zkouškou). Prakticky tedy neexistuje nikdo, kdo by kvalitu vzdělávání, mimo formální stránku, aktivně kontroloval.

Je tedy patrné, že už z organizační a strukturální podstaty existuje v celém systému specializačního vzdělávání množství problematických oblastí. Dále nesmíme zapomenout na fakt, že je tato oblast výrazně ovlivněna i řadou historicky podmí-

něných a v textu dosud nezmiňovaných oblastí (infrastrukturální a materiálové vybavení pracovišť, distribuce zdravotnických zařízení v ČR, vlastnická struktura poskytovatelů zdravotních služeb) a aktuální personální situací v jednotlivých odpovědných institucích. To jen ilustruje, že role kontrolních mechanismů má prozatím značné rezervy. Vzhledem k personálnímu nedostatku ve zdravotnictví by bylo očekávatelné, že budou plošně všichni zaměstnavatelé tlačeni silou trhu k tomu, aby udrželi kvalitu vzdělávání ve svých zařízeních na vysoké úrovni a přilákali tak mladé lékaře a lékařky. Jelikož je ale zdravotnictví značně regulovaným odvětvím, běžné tržní mechanismy zde mají až druhotnou roli. Neexistuje například ani jednoduchý způsob, jak o osobní zkušenosti s daným pracovištěm informovat ostatní lékaře. I přes to, že vznikly iniciativy, které měly za úkol vytvořit platformy pro hodnocení pracovišť<sup>4</sup>, jejich výtěžnost byla ale, až do nedávné doby značně omezena.

Postupem času také vznikla uskupení mimo oficiální struktury, která se tématem problémů ve specializačním vzdělávání zabývají. Jsou to zejména spolky mladých lékařů lobujících za změny podmínek. Reformy sice byly, jsou a budou potřeba, při jejich přehnané četnosti ale nastane destabilizace systému. Je proto nutné zamyslet se nad tím, co je smyslem reformem, jaký je jejich cíl a v neposlední řadě i nad tím, jaké budou mít dopady, tedy, jak ovlivní systém stávající. Každá klíčová změna by měla vycházet z důkladné analýzy a předjímat důsledky, které může přinést. Z hlediska MZČR je zároveň z principu nemožné vyhovět často protirečícím si voláním jak po četných reformách (které povedou ke změně legislativy a vzdělávacích programů), tak po větší stabilitě celého systému specializačního vzdělávání. Nedomyšlené návrhy bez promyšlené koncepce sice mohou vypadat zajímavě na sociálních sítích, nepomůžou však těm, kteří je potřebují nejvíce.

4 Např. <https://www.lkcr.cz/ferovepracoviste/>

Dále je důležité si uvědomit, že garanci za specializační vzdělávání přebírá Česká republika jako stát a ta se zavázala dodržovat jeho úroveň i svým evropským partnerům. Představa toho, že bude odpovědnost státních orgánů za tak kritickou oblast, jako je vzdělávání lékařů, přesunuta na jakýkoliv jiný subjekt nebo bude docházet k ovlivňování tohoto systému jednotlivci bez patřičného mandátu, by měla být pro všechny zúčastněné značně znepokojivá.

Řešení prezentovaných i mnohých dalších problémů jistě není jednoduché. Je pro něj nezbytné zapojení všech subjektů, které mají ve specializačním vzdělávání svoji roli, řada kompromisů a v neposlední řadě i čas. Je proto nutné začít co nejdříve. Prvním krokem by mohla být snaha o získání relevantních, a hlavně aktuálních dat o stavu vzdělávání, a to nejen od zapojených institucí, ale i přímo od účastníků specializačního vzdělávání.

## Metodologie

Dotazníkové šetření Lékaři 2022 bylo volně inspirováno schůzkami bývalé pracovní skupiny Ministerstva zdravotnictví pro analýzu specializačního vzdělávání a veřejnými dotazníkovými akcemi na toto téma. Struktura dotazníku, členění do sekcí a spektrum otázek bylo vytvořeno v průběhu května a června 2022. Následně byly všechny textace, posloupnost i zaměření jednotlivých částí konzultovány s oddělením specializačního vzdělávání 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Pro testování funkčnosti dotazníku, který byl převeden do on-line komerční dotazníkové platformy, a získání zpětné vazby, bylo vybráno pět lékařů z okolí autorů v různých fázích specializačního vzdělávání a zařazených v různých oborech.

Distribuce dotazníku probíhala skrze Sekci mladých lékařů České lékařské komory, spolek Mladí lékaři z.s. a Institut postgraduálního vzdělávání. Primárním distribučním kanálem dotazníku byly uzavřené e-mailové seznamy, kdy byl dotazník v průběhu června až září 2022 každým ze zmíněných subjektů dvakrát rozeslán spolu s průvodním textem vytvořeným autory. Toto průvodní slovo obsahovalo vysvětlení jak účelu dotazníku, tak jeho zaměření a popis budoucího zacházení se získanými daty. Pro zvýšení návratnosti byly informace o probíhající dotazníkové šetření zveřejněny také skrze projektu nakloněné facebookové skupiny. Sběr dat byl zastaven na konci září 2022.

Dotazník byl plně anonymní a v maximálním rozsahu jej tvořilo 49 otázek – z toho 45 otázek bylo otázek uzavřených a 4 otázky otevřené. Dotazník byl členěn na 4 sekce: Úvod, Specializační vzdělávání – Administrativa, Specializační vzdělávání – Klinický provoz a Diskriminační jednání ve zdravotnictví. Cílovou skupinou byli lékaři do 10 let od ukončení studia nebo od zařazení do oboru (a to včetně oborů nástavbových). Přesná velikost cílové skupiny není známá, budeme-li brát v úvahu pouze lékaře ve věku do 35 let, pak dle dostupných dat Eurostatu bylo v roce 2020 v Česku 9963 potenciálních respondentů. Na základě konsenzu autorů byli do oborově specifické analýzy zařazeni pouze respondenti, u kterých bylo možné určit jeden obor, ve kterém dosáhli nejvyššího vzdělání.

Data byla zpracována pomocí statistického software R. Z uzavřených otázek byla získána převážně kvalitativní data (včetně dat typu Likertovy škály) a pro srovnání dvou či více skupin respondentů byl použit Pearsonův chí-kvadrát test. Statisticky významné rozdíly v kontingenční tabulce (rozdělení podílů respondentů dle skupin) jsou reportovány s hladinou statistické významnosti 5 %. Pokud není v textu řečeno jinak, uváděné hodnoty zahrnují pouze ty respondenty, kteří mohli danou otázku hodnotit.

# Výsledky

## A/

### Demografie a vzorek

- Dotazník vyplnilo celkem 2129 respondentů. Z nich bylo vyřazeno 51 respondentů, kteří neabsolvovali ani část specializačního vzdělávání v ČR, a 6 respondentů, kteří v době vyplňování dotazníku byli stále studenty lékařské fakulty. Z výsledných 2072 respondentů bylo 1463 žen (71 %) a 601 mužů (29 %).<sup>5</sup> Do následných analýz byli zahrnuti pouze lékaři a lékařky, kteří byli zařazeni alespoň v jednom oboru specializačního vzdělávání a vyplnili dotazník v celém rozsahu (N=2058 respondentů). Rozdělení respondentů dle doby ukončení studia na lékařské fakultě lze vidět na **grafu č.1**.
- 70 % respondentů bylo za svou kariéru zařazeno pouze v jednom oboru specializačního vzdělávání (**graf č.2**). Celé téma je zajímavé např. z hlediska migrace lékařů mezi obory, nicméně svou rozsáhlostí vysoce přesahovalo náš dotazník, a proto tento údaj zmiňujeme pouze okrajově. Získaný údaj nám totiž bohužel neposkytuje ani orientační obrázek o tom, jak často lékaři buď „mění svůj obor“, anebo si rozšiřují kompetence v jiných oborech. Do budoucna by však bylo velice zajímavé toto téma podrobněji analyzovat a zpracovat.
- Samostatná analýza dle oborů byla provedena pouze na podskupině respondentů, u kterých bylo možné určit jeden obor, ve kterém dosáhli nejvyššího vzdělání (podle tohoto oboru pak byli respondenti klasifikováni). Oborů, ve kterých bylo tímto způsobem klasifikováno alespoň

36 respondentů a které pak byly použity k samostatné analýze, bylo zastoupeno celkem 13 (**graf č.3**).

- Dle úrovně nejvyššího dosaženého vzdělání v jakémkoliv z oborů bylo 26 % respondentů úrovně L1 (lékař před složením zkoušky po ukončení vzdělávání v základním kmeni), 29 % respondentů úrovně L2 (po složení zkoušky po ukončení vzdělávání v základním kmeni) a 45 % respondentů úrovně L3 (po atestační zkoušce).
- U 70 % respondentů neproběhla žádná část vzdělávání formou rezidenčního místa, shodně u 15 % pak část vzdělávání, anebo celé vzdělávání. Skupina rezidentů by měla mít z hlediska legislativy výrazně příznivější podmínky specializačního vzdělávání (zejména z hlediska toho, že je u nich garantována délka specializačního vzdělávání a zaměstnavatelé jsou nuceni je uvolňovat na odborné povinné praxe v předepsaných časových periodách), zdali tomu tak je, jsme se rozhodli ověřit.

## B/

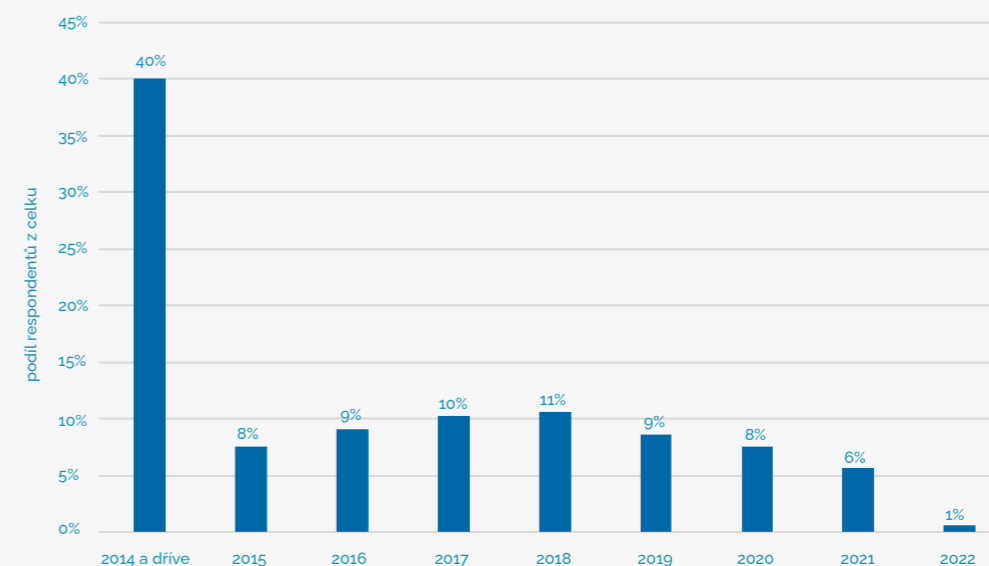
### Specializační vzdělávání Administrativa

- Administrativní povinnosti se zařazením do oboru byly hodnoceny srozumitelně nebo spíše srozumitelně u 70 % respondentů (**graf č.4**). Jak v minulosti, tak recentně se ozývá řada hlasů volajících po zjednodušení administrativních povinností kladených na lékaře. Jako velmi problematické jsou vnímány jak množství administrativních požadavků samotných, tak forma, ve které jsou vyžadovány. V době elektronizace procesů, datových schránek a ověřených elektronických podpisů (z nichž je řada současně garantována i požadována přímo státními entitami

<sup>5</sup> Další 8 respondentů si nepřálo uvést pohlaví.

GRAF 1

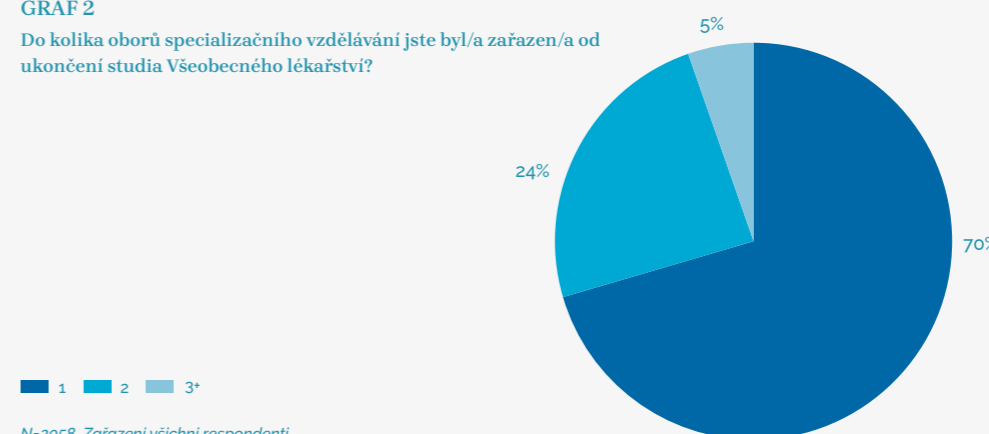
Rok ukončení studia Všeobecného lékařství (nebo jeho zahraničního ekvivalentu):



N=2058. Zařazeni všichni respondenti.

GRAF 2

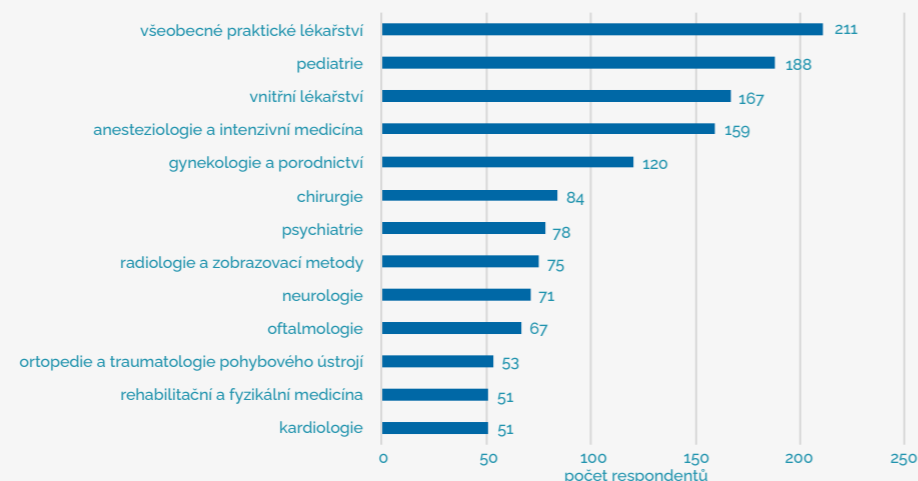
Do kolika oborů specializačního vzdělávání jste byl/a zařazen/a od ukončení studia Všeobecného lékařství?



N=2058. Zařazeni všichni respondenti.

### GRAF 3

Do jakého oboru specializačního vzdělávání jste, nebo jste byl/a zařazen/a?



n=1375. Zobrazeny obory s alespoň 36 respondenty, u kterých bylo možno určit obor, ve kterém oboru získali nejvyšší úroveň vzdělání (36 odpovídá 2 % z celkového počtu takových respondentů, n=1741).

### GRAF 4

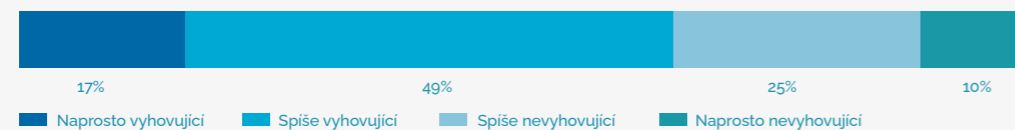
Administrativní povinnosti spojené se zařazením do oboru specializačního vzdělávání hodnotíte jako:



N=2058. Zařazeni všichni respondenti.

### GRAF 5

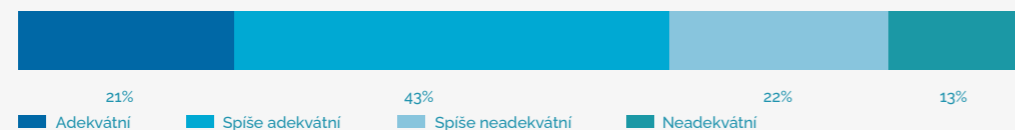
Současný formát zkoušky po ukončení vzdělávání v základním kmene (ústní zkoušení před odbornou komisí) hodnotíte jako:



n=925. Zařazeni respondenti, kteří dosáhli úrovně vzdělávání alespoň L2 (n=1518) a kteří uvedli, že mohou hodnotit (593 respondentů vybralo „Nemohu hodnotit“).

### GRAF 6

Obsah zkušebních otázek pro zkoušku po ukončení vzdělávání v základním kmene hodnotíte jako:



n=848. Zařazeni respondenti, kteří dosáhli úrovně vzdělávání alespoň L2 (n=1518) a kteří uvedli, že mohou hodnotit (670 respondentů vybralo „Nemohu hodnotit“).

ve zdravotnictví), lze jen těžko pochopit nutnost tisknutí dokumentů a následného zaslání poštou. Dalším často vytýkaným a zmiňovaným bodem jsou prodlevy a nedostatky v komunikaci s odpovědnými institucemi.

- Formát zkoušky po ukončení základního kmene hodnotí jako vyhovující nebo spíše vyhovující 65 % respondentů (graf č.5). Obsah zkušebních otázek pro tuto zkoušku pak hodnotí jako adekvátní nebo spíše adekvátní 64 % respondentů (graf č.6). Obsah otázek vzbuzuje řadu neshod – zkoušející zastávají názor, že jimi stanovená šíře vědomostí je naprosto klíčová, u zkoušených může být patrná frustrace z obsáhlých a příliš obecně definovaných zkušebních témat nebo otázek, které neodpovídají současným klinickým trendům. Možných řešení je vícero. Větší transparence při průběžné obměně zkušebních témat (která by se mohla inspirovat u zahraničních zkoušek), vytvoření nutného minima ke zkoušeným otázkám tak, aby bylo jasné, jak velký rozsah lze u zkoušky očekávat (lze vycházet z tzv. learning outcomes pro dané obory), uznávání mezinárodních certifikátů místo zkoušek samotných... Dále si musíme uvědomit, že samotné lpění na ústním zkoušení je věc čistě historická a nahrazení tohoto formátu vhodně zvolenými alternativami by bylo více než vhodné.

- Formulář přihlášky k atestační zkoušce hodnotilo pozitivně nebo spíše

pozitivně 57 % respondentů (graf č.7). Současný formát atestační zkoušky včetně rozdělení na část teoretickou a praktickou hodnotilo 85 % respondentů jako naprosto vyhovující nebo spíše vyhovující (graf č.8). Obsah zkušebních otázek u atestační zkoušky připadal adekvátní nebo spíše adekvátní 74 % respondentů (graf č.9). Spokojenost s atestačními zkušebními otázkami je v porovnání s otázkami kmenovými vyšší, je však jasné, že ani ty nikdy nebudou vyhovovat všem. Je však nutno podotknout, že i přes kritiku na podobu a obsah zkoušek v rámci specializačního vzdělávání, je úspěšnost u obou vysoká.

- Pouze 3 % respondentů hodnotila náplň svého vzdělávacího programu jako naprosto vyhovující a 36 % respondentů pak jako spíše vyhovující (graf č.10). Je zajímavé, ale zároveň poněkud zarážející, že i když rozdělíme respondenty dle roku ukončení studia (graf č.11), hodnocení náplně programu jako naprosto vyhovující a spíše vyhovující nikdy nepřesáhne 50 % - tedy ani u atestovaných lékařů. Na podrobné oborové analýzy, které jsou běžné v zahraničí<sup>6</sup>, by bylo vhodné zpracovat samostatnou studii. Na základě získaných výsledků by totiž bylo u jednotlivých oborů možné mapovat řadu zajímavých parametrů (work-life balance, spokojenost, ochotu měnit obor, ...).

6 Např. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12123400/>

### GRAF 7

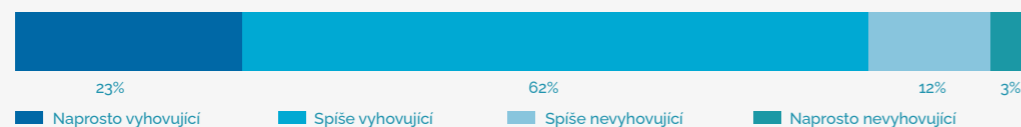
Formulář „Přihláška k atestační zkoušce“ hodnotíte jako:



n=858. Zařazeni respondenti, kteří dosáhli úrovně vzdělávání L3 (n=924) a kteří uvedli, že mohou hodnotit (66 respondentů vybralo „Nemohu hodnotit“).

GRAF 8

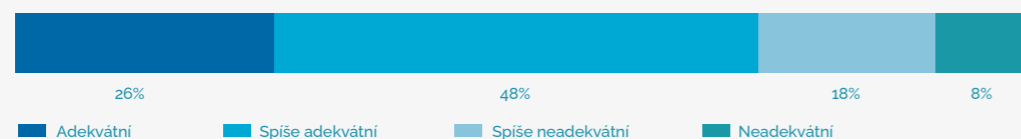
Současný formát atestační zkoušky, včetně rozdělení na část teoretickou a praktickou, hodnotíte jako:



n=880. Zařazení respondenti, kteří dosáhli úrovně vzdělávání L3 (n=924) a kteří uvedli, že mohou hodnotit (44 respondentů vybralo „Nemohu hodnotit“).

GRAF 9

Obsah zkušebních otázek pro atestační zkoušku hodnotíte jako:



n=895. Zařazení respondenti, kteří dosáhli úrovně vzdělávání L3 (n=924) a kteří uvedli, že mohou hodnotit (29 respondentů vybralo „Nemohu hodnotit“).

GRAF 10

Náplň vzdělávacího programu oboru/ů Vašeho specializačního vzdělávání hodnotíte jako:



n=2005. Zařazení všichni respondenti, kteří uvedli, že mohou hodnotit (53 respondentů vybralo „Nemohu hodnotit“).

### Výběr volných komentářů:

„Výkony pro obor XXX jsou zcela nerealistické (počet i druh), logbook je třeba zcela přepsat. Neznám nikoho, kdo by ho nefalšoval před atestací.“

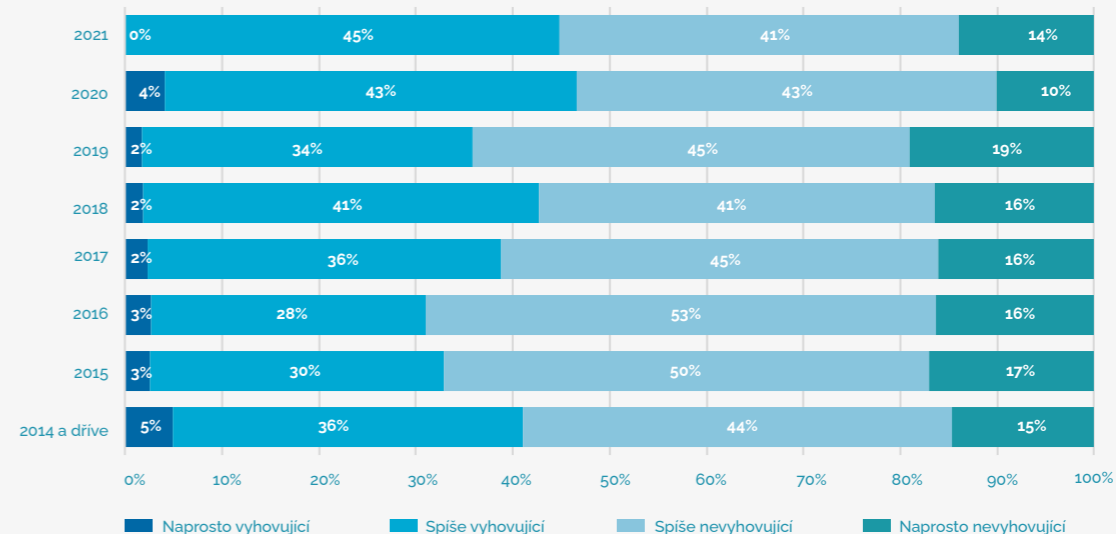
„Velmi nerovnoměrně rozložený obsah otázek ke zkoušce ze základního kmene. Velice složitá administrativa – často nesrozumitelné formulace, příliš komplikované.“

„Logbooky nejsou v reálném provozu a požadavcích kliniky naplnitelné, jsou tedy podepisovány bez absolvovaných bodů, „z organizačních důvodů“ nelze trvat na

plnohodnotném absolvování všech procedur a pokud je v jiných oborech na počtech např. „operaci“ trváno, vede to k neúměrnému prodlužování předatestační praxe – což je využíváno klinikami k udržení si levné pracovní síly.“

GRAF 11

Náplň vzdělávacího programu oboru/ů Vašeho specializačního vzdělávání hodnotíte jako; dle roku ukončení studia Všeobecného lékařství



n=1996. Zařazení všichni respondenti, kteří uvedli, že mohou hodnotit (53 respondentů vybralo „Nemohu hodnotit“), a kteří ukončili studium Všeobecného lékařství (nebo jeho zahraničního ekvivalentu) před rokem 2022. V roce 2022 hodnotilo náplň vzdělávacího plánu pouze 9 respondentů.

### QR odkaz na volné komentáře respondentů



<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.22564381.v1>

### C/ Specializační vzdělávání Klinický provoz

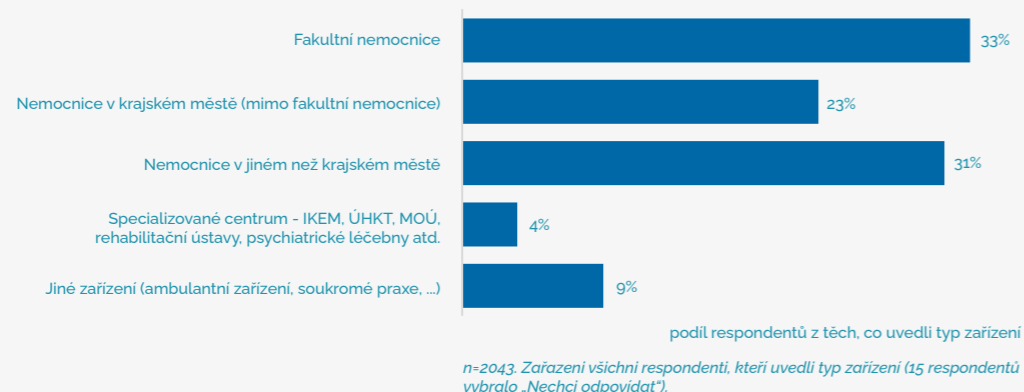
- Z hlediska druhu zdravotnických zařízení nejčastěji strávili respondenti „nejdelší část svého specializačního vzdělávání“ ve fakultních nemocnicích (33 %) a v nemocnicích mimo krajská města (31 %) (graf č.12).
- Vzdělávací plán byl do 3 měsíců od nástupu na pracoviště lékařům poskytnut ve 30 % případů, v těch byl

zcela dodržován nebo spíše dodržován v 87 % případů (graf č.13). Pokud tento výsledek analyzujeme dle typu zdravotnického zařízení, výrazně lepší výsledky uvádějí respondenti, kteří strávili nejdelší část specializačního vzdělávání v ambulantních zařízeních (zjednodušeně „mimo-nemocniční lékaři“). Tito respondenti dostali vzdělávací plán do 3 měsíců od nástupu v 58 % případů proti 21 až 28 % případů u všech ostatních typů zařízení. Negativním důsledkem absence vzdělávacího plánu je „zapomínání“ vedení jednotlivých oddělení na odborné povinné praxe a tím prodlužování doby specializačního vzdělávání (účelovost tohoto jednání je už z podstaty poměrně ožehavé téma). Je proto těžko pochopitelné, že v době nedostatku atestovaných lékařů není na existenci vzdělávacích plánů na každém pracovišti kladen důraz ze strany dozorujících institucí. Je zároveň jasně patrné, že respondenti, kteří



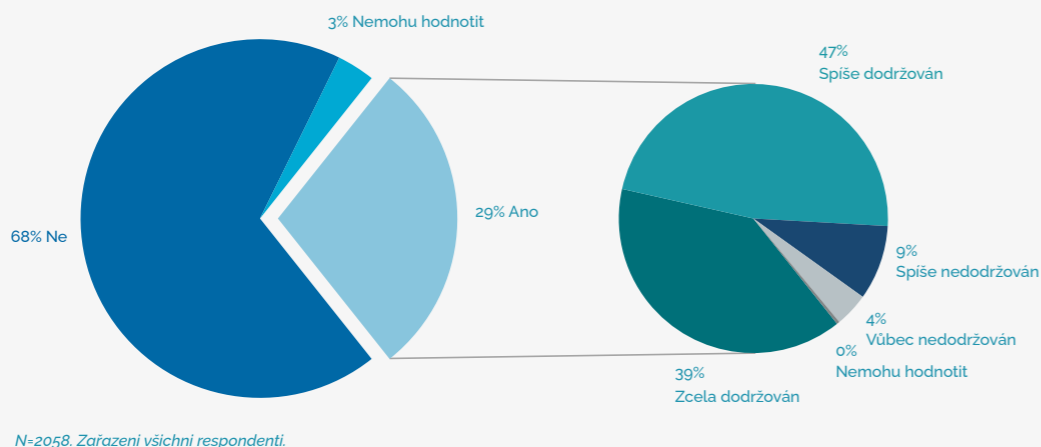
GRAF 12

Zdravotnické zařízení v ČR, ve kterém jste strávil/a nejdéle část specializačního vzdělávání:



GRAF 13

Byl Vám do doby max. 3 měsíců po nástupu na toto pracoviště poskytnut vzdělávací plán? Do jaké míry byl nebo je tento vzdělávací plán Vaším zaměstnavatelem dodržován?



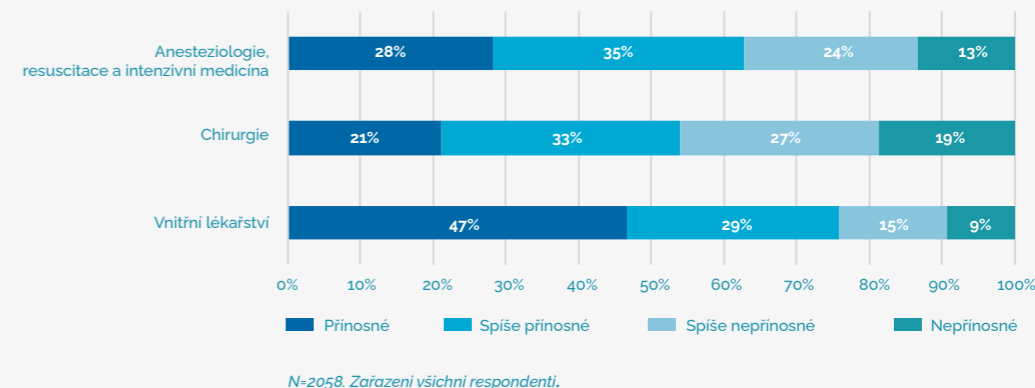
byli zařazeni v systému rezidenčních míst, měli v této oblasti výrazně lepší výsledky. U těch, kteří strávili nejdéle část specializačního vzdělávání ve fakultní nemocnici a byli zařazeni v systému rezidenčních míst po celou dobu vzdělávání, byl plán poskytnut do 3 měsíců v 67 % případů a u těch, kteří byli zařazeni alespoň na část vzdělávání, pak ve 37 %. To je výrazně více než 20 % u těch, kteří v systému rezidenčních míst ve fakultních nemocnicích zařazeni nebyli. U ambulantně vzdělávaných lékařů

obdrželo vzdělávací plán do 3 měsíců dokonce 81 % respondentů, kteří byli zařazeni v systému rezidenčních míst po celou dobu vzdělávání. A pouze 26 % těch, kteří v systému zařazeni nebyli.

- Lékařům a lékařkám připadali jako nejvíce „přínosné nebo spíše přínosné“ odborné povinné praxe v oborech Vnitřního lékařství (76 %), nejméně přínosné pak ty v oborech chirurgie (54 %) (graf č.14). Je pochopitelné, že lékaři budou nahlížet na přínosnost

GRAF 14

Jak hodnotíte přínosnost povinných stáží specializačního vzdělávání pro svoji kariéru?



oborů, které jsou příbuzné jejich specializačnímu oboru, pozitivněji (např. chirurgické obory na odborné povinné praxe z chirurgie) než na přínosnost oborů vzdálenějších (např. Oftalmologie a ARO) (graf č.15). Míra přínosnosti však bývá značně ovlivněna i faktory typu: edukace stážistů na pracovišti, míra zapojování stážistů do provozu, skutečný časový rozsah odborné povinné praxe (jsou stážisté opravdu uvolněni ze svého domovského pracoviště, nebo musí dále docházet sloužit – viz níže), organizace práce na cílovém pracovišti, osobnost školitele, ... Negativní hodnocení u přínosnosti odborných povinných praxí proto nelze vysvětlit pouze rozdílností mezi obory a u konzistentně špatných výsledků (zejména u chirurgie) je potřeba pátrat i po dalších možných příčinách.

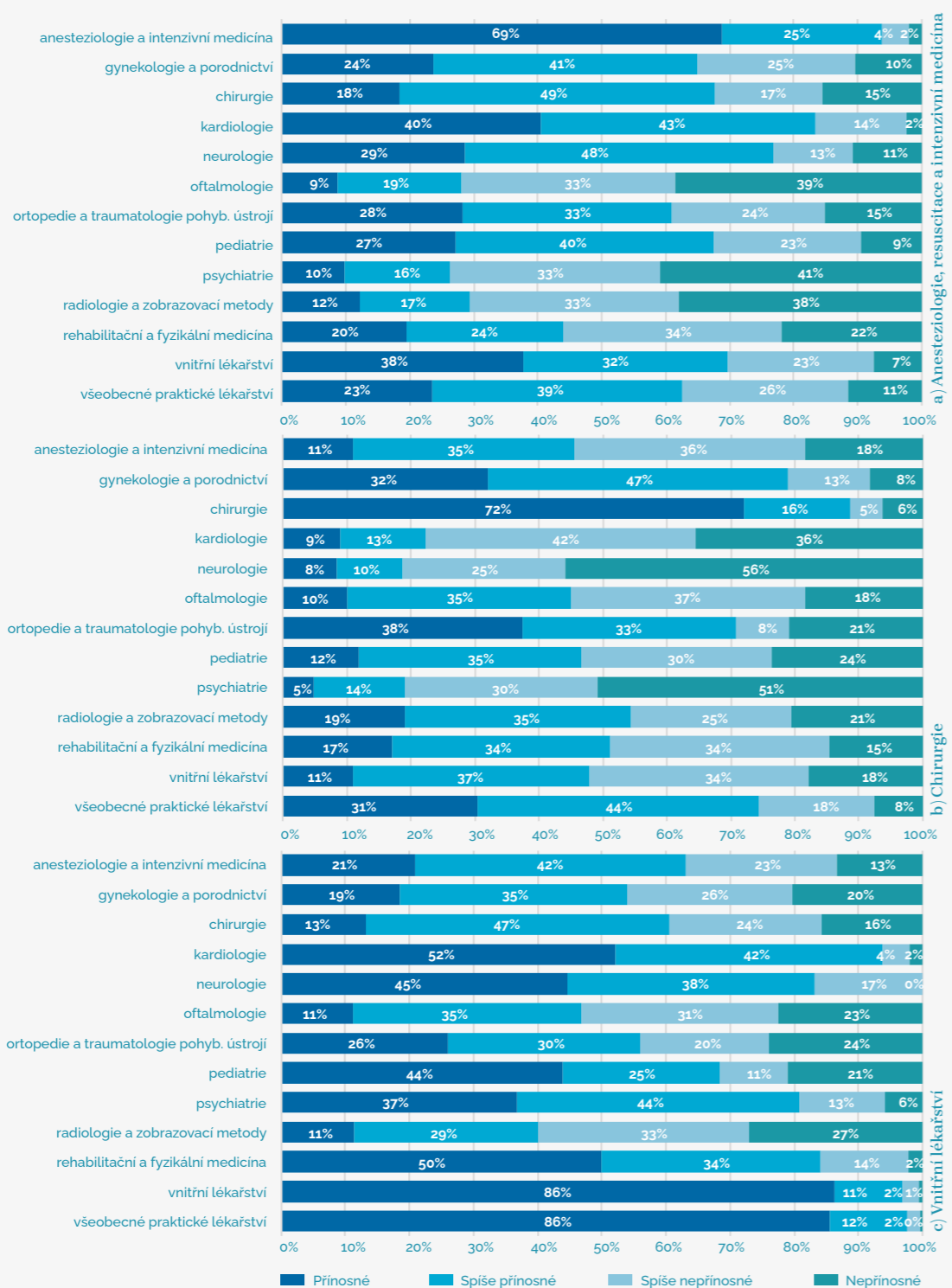
- V plné délce (7-8 týdnů) absolvovalo odbornou povinnou praxi v oboru ARO 39 % lékařů, v oborech chirurgie 48 % lékařů a v oboru Vnitřního lékařství 70 % lékařů. Naopak na pracovištích nebylo vůbec, a přesto má praxi uznanou, nebo strávilo na pracovišti dva týdny a méně 24 % respondentů u ARO, 16 % respondentů u chirurgie a 9 % respondentů u Vnitřního lékařství

(graf č.16). Tato data jasně značí, že přístup k odborným praxím je velmi benevolentní, kontrola jejich průběhu na úrovni daného zařízení je nedostatečná, centrálně pak nulová a zamýšlený přínos je spíše ideou než reálným stavem. Pokud bychom měli odhlédnout od všech ostatních dat tohoto průzkumu, tento bod sám o sobě by měl být alarmujícím. Praxe totiž probíhají u všech lékařů, kteří podstupují specializační přípravu, a jejich délka je jasně vymezena zákonem. Je tak patrné, že jak legislativně, tak organizačně nedotažená koncepce ponechává prostor pro řadu svébytných interpretací o nutnosti „uvolnění“ lékařů a lékařek z pracovišť, a ty jsou pak logicky spojeny se sníženým přínosem pro stážisty. Nejedná se navíc o izolované obcházení legislativy, ale pohlížíme na systémové jednání.

- Nejlepší výsledky z hlediska toho, jakou část předkmenových odborných povinných praxí v kmeni skutečně absolvovali, uváděli lékaři, kteří absolvovali nejdéle část specializačního vzdělávání v ambulantních zařízeních: praxe v plné, nebo téměř plné délce (7-8 týdnů) z nich absolvovalo v oboru ARO 48 %, v oborech chirurgie 73 %

GRAF 15

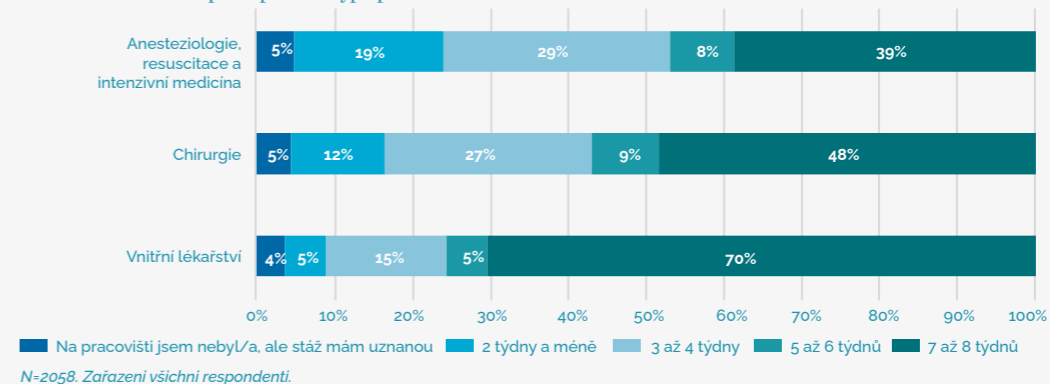
Jak hodnotíte přínosnost povinných stáží specializačního vzdělávání pro Vaši kariéru; dle oboru?



Zobrazeny obory s alespoň 36 respondenty, u kterých bylo možno určit, ve kterém oboru získali nejvyšší úroveň vzdělání (36 odpovídá 2 % z celkového počtu takových respondentů, n=1741). Respondenti mohli u každé stáže vybrat možnost „Neabsolvoval/a jsem (prozatím)“, počet respondentů je tak proměnlivý.

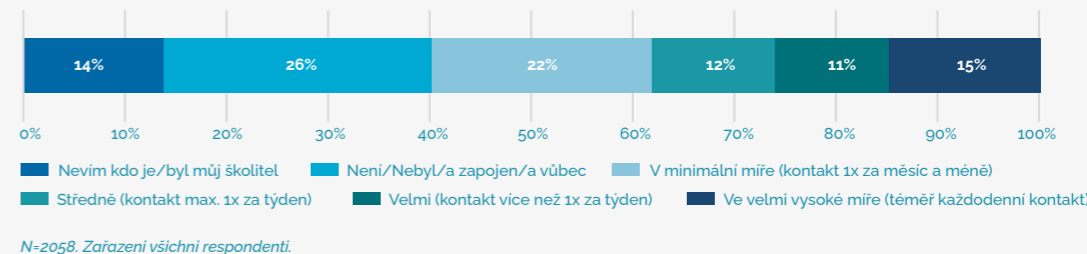
GRAF 16

Jakou část z předepsaných 2 měsíců jste v rámci „koleček“ (povinných stáží specializačního vzdělávání) skutečně strávil/a na předepsaném typu pracoviště?



GRAF 17

Do jaké míry je, nebo byl ve Vašem vzdělávání zapojen Váš školitel?



a v oborech Vnitřního lékařství 90%. Z těchto výsledků bychom mohli usuzovat, že menší poskytovatelé (VPL ambulance, odborné kliniky, ...) jsou organizačně schopnější uvolnit zaměstnance na téměř plnou dobu trvání povinných praxí a uzpůsobit provoz tomuto „výpadku“ zaměstnanců. Specializační vzdělávání na těchto pracovištích rovněž častěji probíhá formou rezidenčního místa, což zaměstnavatele přímo zavazuje (zejména finančně) k uvolňování zaměstnanců.

- Ve 27 % případů neumožnil zaměstnavatel účast na praxích v obvyklé době. Nejhorší výsledky jsou v tomto ohledu reportovány

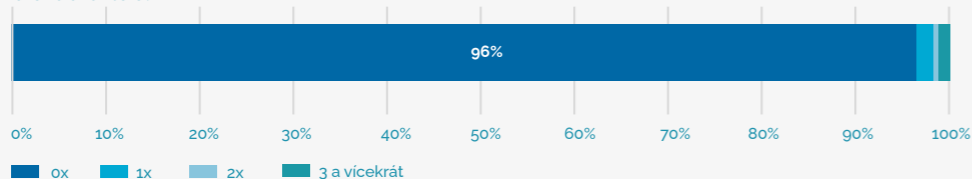
respondenty ze „Specializovaných center“ – 47 % respondentů z těchto pracovišť uvedlo, že je zaměstnavatel v čase do 30 měsíců od nástupu do klinické praxe na odborné povinné praxe neuvolnil.

- I přes to, že je důležitost školitele neustále vyzdvihována a diskutována z nejrůznějších úhlů pohledu, je tato role často pouze formální a zdaleka nedokáže obstát tlaku klinického provozu. Až 14 % respondentů uvedlo, že neví, kdo je jejich školitel, 26 %, že se jejich školitel do vzdělávání vůbec nezapojuje a 22 %, že se zapojuje pouze v minimální míře (kontakt 1x za měsíc a méně) (graf č.17). Řešením tohoto problému by mohla být standardizace procesu přidělování školitelů, stanovení požadavků na intenzitu interakce mezi školitelem a školencem (ať už z hlediska

7 Pro účely průzkumu definováno tak, „aby respondent tyto stáže absolvoval/a bez zbytečného prodloužení (obvykle do 30 měsíců od nástupu do klinické praxe)“.

GRAF 18

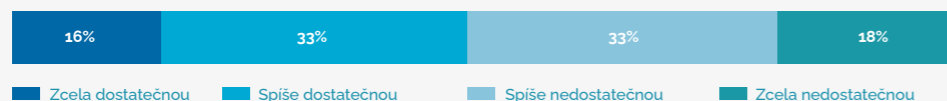
Kolikrát jste na svém domovském pracovišti za dobu specializačního vzdělávání provedl/a anonymní hodnocení svého školitele?



N=2058. Zařazení všichni respondenti.

GRAF 19

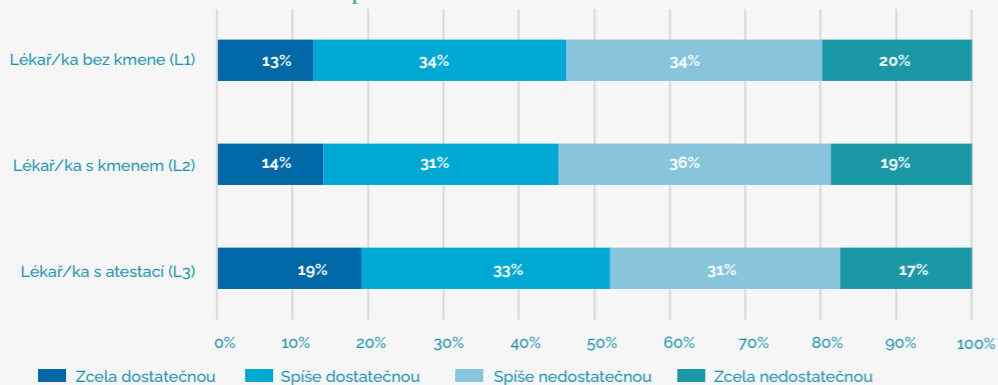
Míru dohledu nebo dozoru během specializačního vzdělávání vnímáte jako:



N=2058. Zařazení všichni respondenti.

GRAF 20

Míru dohledu nebo dozoru během specializačního vzdělávání.



N=2058. Zařazení všichni respondenti.

četnosti, formy či způsobu evidence) a důsledná kontrola dodržování nastavených pravidel. Do doby, než nastane změna pojetí role školitele je totiž tento institut ve vzdělávání (až na výjimky) naprosto zbytečný.

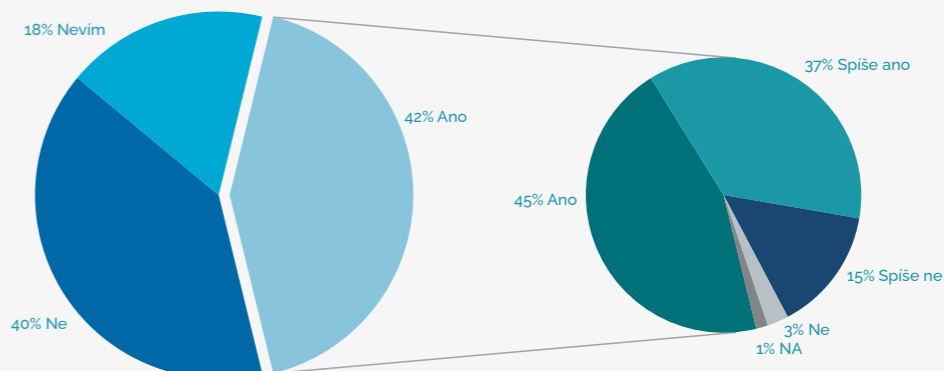
- Až 96 % ze všech respondentů uvedlo, že během specializačního vzdělávání svého školitele nikdy nehodnotili (graf č.18). Je důležité si uvědomit, že ideálně nastavená komunikace a systém zpětné vazby by měly probíhat nejen směrem od školitele ke školenci, ale i naopak. V současném

formátu, kdy jsou školitelé spíše funkcí formální, je ale pochopitelné, že i hodnocení kvality jejich výuky není považováno za prioritní.

- Míru dohledu nebo dozoru během specializačního vzdělávání vnímá jako zcela nebo spíše dostatečnou 49 % ze všech respondentů (graf č.19). Navíc tuto míru dohledu a dozoru hodnotí lékaři ve všech fázích specializačního vzdělávání podobně (graf č.20). To znamená, že subjektivní pocit nedostatku supervize není pouze pocitem lékařů,

GRAF 21

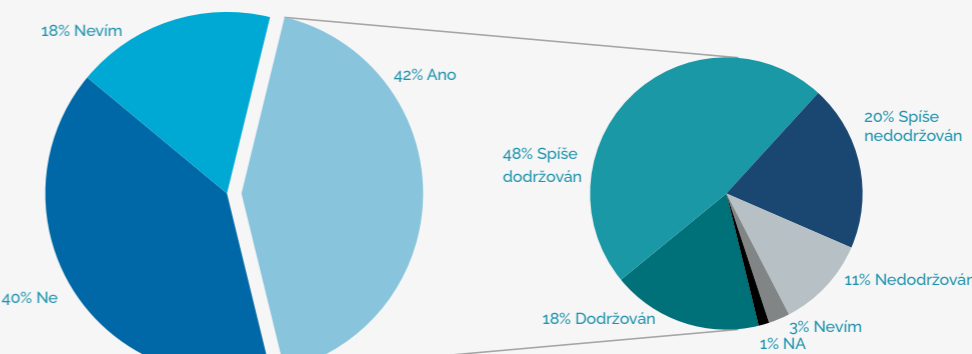
Existuje nebo existoval na pracovišti, kde jste strávil/a nejdelší část specializačního vzdělávání, písemně definovaný systém kompetencí a odpovědností? (Byl/a) jste s tímto systémem kompetencí a odpovědností adekvátně seznámen/a?



N=2058. Zařazení všichni respondenti.

GRAF 22

Existuje nebo existoval na pracovišti, kde jste strávil/a nejdelší část specializačního vzdělávání, písemně definovaný systém kompetencí a odpovědností? Do jaké míry byl/je tento systém kompetencí a odpovědností dodržován?



N=2058. Zařazení všichni respondenti.

kterí jsou nejvíce zapojenými účastníky specializačního vzdělávání (lékaři bez kmenové zkoušky – L1 a po kmenové zkoušce – L2), ale je pocíťován i lékaři po atestační zkoušce – L3 (tedy i potenciálními školiteli). Druhou interpretací může být výklad, že i přes reformy systému specializačního vzdělávání v průběhu let se tyto změny výrazně nepromítly do způsobu, jakým funguje dohled a dozor. Je navíc velmi problematické spoléhat pouze na subjektivní hodnocení, to totiž může být ovlivněno řadou

faktorů, které standardní průzkumy nepokryjí. Krátkodobým cílem by měla být kvantifikace systému dohledu a dozoru, čímž by bylo možné vytvořit si objektivní představu o tom, na kolik jsou reportované hodnoty založené na měřitelných nedostatcích. Dlouhodobým cílem je pak standardizace procesu dohledu a dozoru a doplnění jeho definice nejen z hlediska časové dostupnosti, ale také z hlediska podrobnější definice právní odpovědnosti při činnosti lékařských rozhodnutí. I bez

těchto změn je ale jasné, že účastníci specializačního vzdělávání by se v jeho průběhu měli cítit komfortně a současný stav je nevyhovující.

- Dle respondentů byl systém kompetencí na pracovištích zaveden ve 42 % případů (ve zbývajících případech respondenti uváděli, že tento systém zaveden nebyl, nebo si respondenti nebyli jisti). Adekvátně, nebo spíše adekvátně bylo s tímto systémem seznámeno 83 % respondentů, a z toho 66 % reportovalo, že byl tento systém dodržován nebo spíše dodržován (**grafy č.21 a 22**). Souhrnně tedy můžeme odhadnout, že funkční systém kompetencí byl dle respondentů zaveden pouze v 16 % případů. Nesystémové a nekontrolované přidělování kompetencí není v žádném případě omluvitelné a lze jej považovat za vysoce alarmující stav. Vede ke snížení kvality péče i ochrany pacientů a je jen otázkou času, než se důsledky tohoto jednání projeví poškozením pacienta.
- Během specializačního vzdělávání bylo 37 % všech respondentů velmi často nebo často nuceno vykonávat výkony, na které se necítili kvalifikováni (**graf č.23**). Reportované hodnoty jsou téměř identické pro lékaře aktivní v první fázi specializačního vzdělávání (lékař před kmenovou zkouškou – L1 a lékař po kmenové zkoušce – L2), určité „zmírnění“ reportovaných hodnot lze ale pozorovat u již atestovaných lékařů (L3). Je otázkou, zda je toto zmírnění způsobeno určitým odstupem od specializačního tréninku (tedy ovlivněno časovým faktorem) nebo změnou v systému specializačního vzdělávání v průběhu času (skupina L3 je z hlediska respondentů, kteří prošli různými novelami specializačního vzdělávání, nejrozmanitější) (**graf č.24**).

Dle typu zdravotnického zařízení, kde respondenti absolvovali nejdelší část vzdělávání, vycházejí nejhorší výsledky u „nemocnic v krajských městech (mimo fakultní nemocnice)“ a „nemocnic v jiných než krajských městech“ (**graf č.25**).

- Hodnocení od nadřízeného nebo školitele během specializačního vzdělávání nebylo poskytnuto ani jednou u 45 % respondentů (**graf č.26**). Anonymně pak nikdy nehodnotilo průběh specializačního vzdělávání 94 % všech respondentů (**graf č.27**). Je tedy zřejmé, že zájem zjišťovat, zda je nastavený systém skutečně funkční, je malý. V této oblasti tak bude prakticky jakákoliv změna jediné změnou k lepšímu.

### Výběr volných komentářů:

*„Hodnocení teoreticky existovalo, fakticky nikoliv. Hodnocení probíhalo tak, že jsem měl „anonymně“ odpovídat pod dohledem primáře odpovědi, které mi sám diktoval.“*

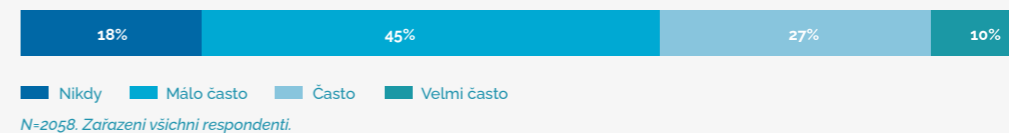
*„Největší problém byl ve službách, kdy záleželo na konkrétním starším lékaři, se kterým se slouží, jak je ochotný pomoci...“*

*„Nedostatek personálu na pracovišti a plná pracovní vytíženost těch, co tam byli(jsou) nedovolovala, aby se mi kdokoli věnoval v potřebné míře (nebo v míře, kterou bych si já představovala jako dostatečnou). Ze stejného důvodu nebyl zřejmě určen ani školitel – nedostatek personálu. Vzniklé dotazy zodpověděl někdo zkušenější, kdo byl zrovna na blízku.“*

*„Na stáži z XXX nás na oddělení nechali svému osudu ve složení kolečkářka/nové nastoupivší lékařka s roční praxí.“*

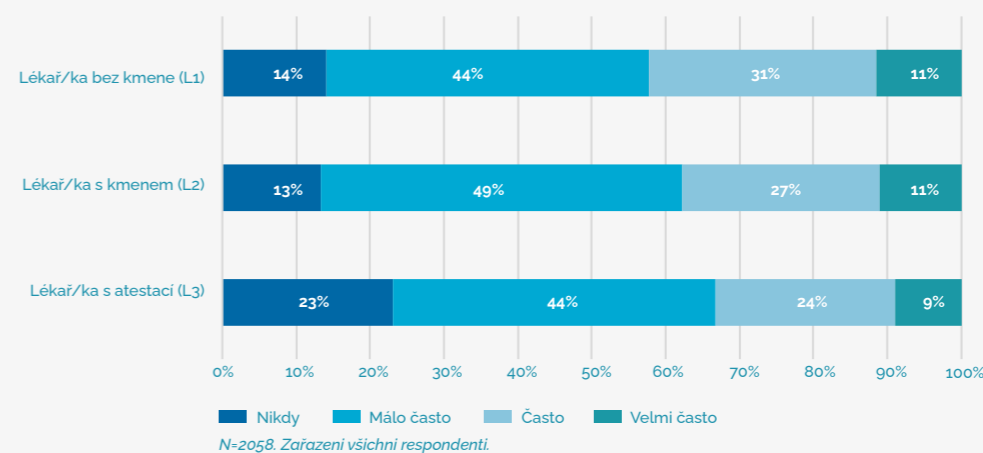
GRAF 23

Jak často jste byl/a během specializačního vzdělávání nucen/a provádět zdravotní výkony nebo činnosti, na které jste se necítil/a kvalifikován/a?



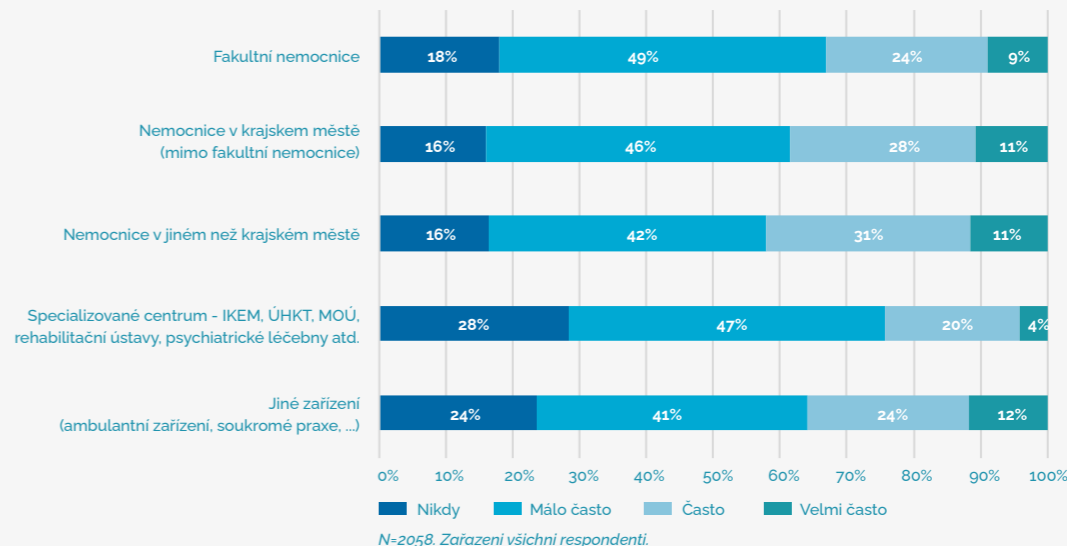
GRAF 24

Jak často jste byl/a během specializačního vzdělávání nucen/a provádět zdravotní výkony nebo činnosti, na které jste se necítil/a kvalifikován/a; dle nejvyššího dosaženého vzdělání?



GRAF 25

Jak často jste byl/a během specializačního vzdělávání nucen/a provádět zdravotní výkony nebo činnosti, na které jste se necítil/a kvalifikován/a; dle typu zařízení, kde strávili nejdelší část specializačního vzdělávání?



### GRAF 26

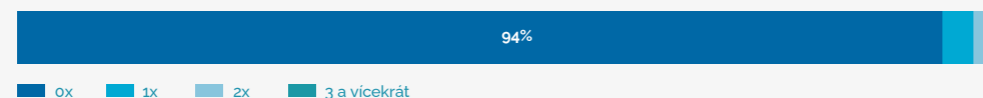
Kolikrát Vám bylo za dobu specializačního vzdělávání na Vašem domovském pracovišti poskytnuto formální hodnocení od Vašeho školitele nebo nadřízeného?



N=2058. Zařazení všichni respondenti.

### GRAF 27

Kolikrát jste na svém domovském pracovišti provedl/a anonymní hodnocení průběhu svého specializačního vzdělávání?



N=2058. Zařazení všichni respondenti.

### GRAF 28

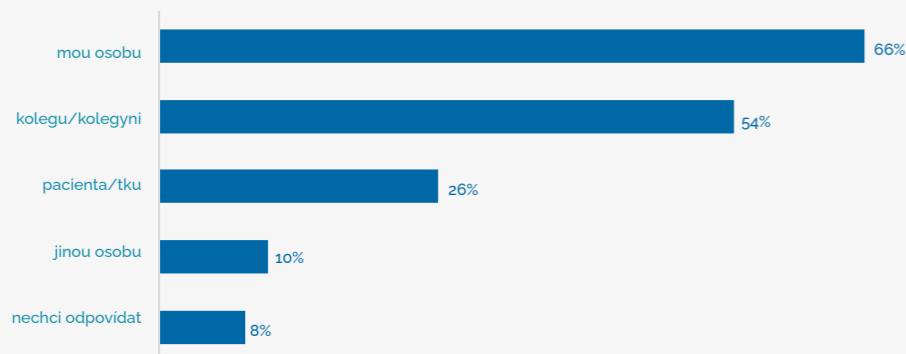
Setkal/a jste se během svého působení ve zdravotnictví v ČR s jednáním, které by bylo možné považovat za diskriminační?



N=2058. Zařazení všichni respondenti.

### GRAF 29

Toto diskriminační jednání bylo mířeno na:



Podíl respondentů, kteří se setkali s takovým chováním

n=945. Zařazení respondenti, kteří se setkali s chováním, které lze považovat za diskriminační.

### QR odkaz na volné komentáře respondentů



<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.22564384.v1>

## D/ Diskriminační jednání ve zdravotnictví

I když je hlavním cílem tohoto dokumentu upozornit zejména na stav, ve kterém se nachází specializační vzdělávání v ČR, diskriminační jednání ve zdravotnictví je neméně důležitým tématem. Proto jsme se mu jako autoři rozhodli, alespoň symbolicky, vyčlenit prostor i v tomto reportu.

-Autoři-

- S jednáním, které by bylo možné považovat za diskriminační<sup>8</sup>, se během svého působení ve zdravotnictví setkala 46 % ze všech respondentů (jistě si pak není dalších 15 %) (**graf č.28**). S tímto jednáním se setkala významně vyšší procento žen, než mužů (49 % u žen proti 37 % u mužů).
- Z těch, kteří se s diskriminačním jednáním setkali, bylo toto jednání mířeno na osobu respondenta v 66 %, na kolegu/kolegyni respondenta v 54 % anebo na pacienta/tku ve 26 % (**graf č.29**). U 73 % žen, které se za svého působení ve zdravotnictví s diskriminačním jednáním setkaly, bylo toto jednání alespoň jednou mířeno na jejich osobu, u mužů je tento podíl menší – 41 %. Je naivní si myslet, že diskriminace se oboru

zdravotnictví vyhýbá, což jasně prezentují naše i jiná dostupná data. Je proto potřeba pamatovat na existenci diskriminačního jednání a aktivně se mu snažit předcházet. To by se mělo dít jak nezbytnou edukací personálu, tak zavedením preventivních a kontrolních mechanismů. Navíc tento jev není omezený pouze na zaměstnance zdravotnických zařízení a nevyhýbá se ani pacientům. O to důležitější by proto měla být důsledná prevence.

- Nezůstává bez zajímavosti, že výskyt diskriminačního jednání lze pozorovat s menšími či většími odchylkami u všech skupin zdravotnických zařízení s tím, že nejvyšší procento těch, kteří se s diskriminačním jednáním setkali, strávilo nejdelší část specializačního vzdělávání ve fakultních nemocnicích (**graf č.30**). Pokud si uvědomíme, že v celé řadě oborů nelze specializačním vzděláváním projít bez toho, aby člověk fakultní nemocnicí tzv. „prošel“ (např. v rámci stáží, které jinde absolvovat nelze), pochopíme, že motivace ke změnám současného stavu pravděpodobně nepříjde ze strany nemocnic. Ty totiž budou mít vlivem struktury specializačního vzdělávání zajištěn trvalý přísun stážistů, ať už bude chování nemocnic vůči stážistům téměř jakékoliv.

### Výběr volných komentářů<sup>9</sup>:

„Genderová diskriminace během pracovního pohovoru. Otázky na plánované těhotenství, partnera.“

Rasová diskriminace, diskriminace sociálního postavení a inteligence, bodyshaming pacientů (veřejný)“

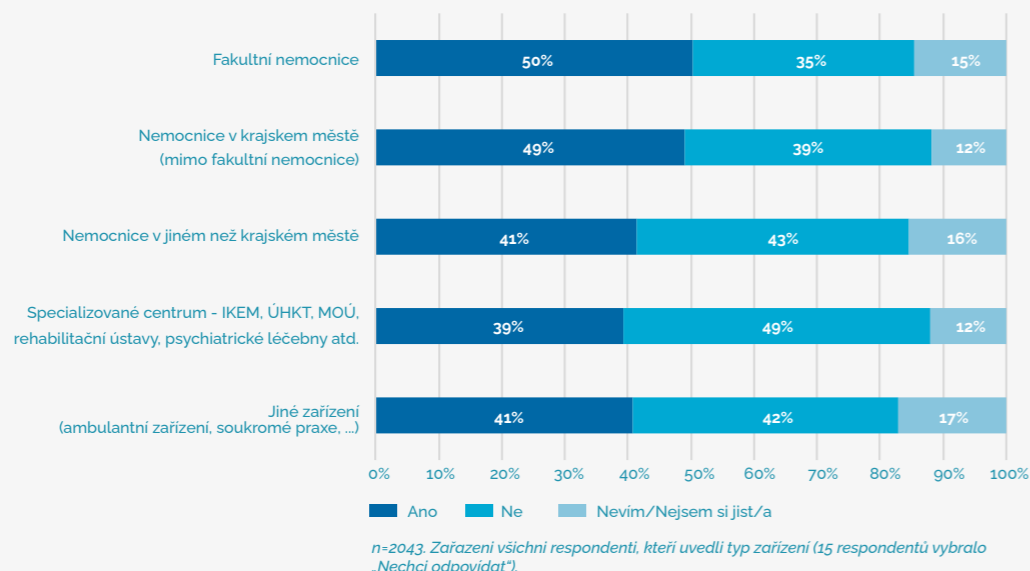
„Jako žena jsem dostala smlouvu na dobu

<sup>8</sup> Diskriminační jednání je definováno zákonem č. 198/2009 Sb., definice přímé diskriminace je pak uvedena v § 2 odst. 2, 3, 4, 5 tohoto zákona.

<sup>9</sup> I když řada situací uváděných ve volných komentářů nesplňuje zákonnou definici diskriminačního jednání, často lze uváděné situace klasifikovat jako jednání v rozporu se zákonem (např. § 16 odst. 1 zákoníku práce - povinnost rovného zacházení)

GRAF 30

Setkal/a jste se během svého působení ve zdravotnictví v ČR s jednáním, které by bylo možné považovat za diskriminační; dle typu zařízení, kde strávili nejdelší část specializačního vzdělávání?



určitou s komentářem, že budu mít určitě jiné starosti..."

„Na pracovním pohovoru na chirurgii bylo jasně řečeno primářem, že mě 'přijme, i když jsem tedy žena.'“

„Od vedoucí klinického oddělení mého bývalého pracoviště. Bránila zařazení do dalšího oboru specializačního vzdělání s možností získání vyšší kvalifikace. Blokovala účast na stážích a konferencích. Neoprávněně bránila čerpání řádné dovolené. Několikrát se snažila vynutit nesprávný lékařský postup, který by vedl k poškození pacienta. Pod jejím vedením zbytečně odešlo několik zkušených atestovaných lékařů.“<sup>94</sup>

„Obecně lékařky na našem pracovišti mají nižší/žádné osobní ohodnocení, ve srovnání s kolegy nedostávají smlouvu na dobu neurčitou, ani nedostávají tolik příležitostí.“

QR odkaz na volné komentáře respondentů



<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.22564387.v1>

## Názory expertů

MUDr. David Marx, Ph.D.

Studie Lékaři 2022 zpracovaná a předkládaná Mgr. Šlegerovou a MUDr. Michenkou je nepochybně velmi cenným zdrojem informací o procesu specializačního vzdělávání v ČR. Určitě není překvapivé, že tento systém má řadu rezerv – ostatně anekdotických sdělení o nedostatečném (či zcela nulovém) vedení ze strany školitelů, o absenci jasného a dodržovaného vzdělávacího plánu, o problémech při zajišťování stáží/koleček, o nezajištěné supervizi formou dozoru/dohledu a o řadě dalších problémů slyšíme jak od jednotlivých školenek a školenců, tak např. od jejich reprezentantů ve spolku Mladí lékaři často. Já sám se v rámci výuky na fakultě již přes dvacet let věnuji přípravě našich studentek a studentů na výběr specializace i na výběr zaměstnavatele, jsem ve styku s řadou našich absolventů a slyším od nich zejména o velkých rozdílech mezi jednotlivými nemocnicemi, resp. mezi pracovišti těžce nemocnice při řádné koordinaci specializačního vzdělávání. V posledních letech se též velmi často objevují silné obavy z českého systému specializačního vzdělávání (zejména z nekonzistentního dozoru a dohledu) mezi hlavními důvody pro odchod absolventů LF do zahraničí.

Studie nepřináší anekdotická sdělení, ale bohatá data, která tato sdělení podporují – ukazují na systémový problém. Je zjevné, že „někde to jde“ řada zařízení má funkční a efektivní systém s praxí s absolventy, na druhé straně v poměrně významném procentu se nejedná o koordinovanou, strukturovanou aktivitu, ale o „hazení do vody“ a systém „management by luck“ včetně zásadních nekonzistencí při zajištění přiměřeného dozoru a dohledu jak v pracovní tak zejména v mimopracovní době.

Specializační vzdělávání lékařů je však příliš vážnou oblastí lidské činnosti na to, aby její praktické provedení bylo závislé jen na míře vnitřní motivace jednotlivých primářů či ředitelů nemocnic. Nehovořím pochopitelně o odborné kvalitě jednotlivých oborových vzdělávacích programů ani o organizačním zajištění procesu ze strany lékařských fakult, ale především o nastavení standardizovaných procesů týkajících se práce se školenci, jasných odpovědností školitelů, pravidelného vyhodnocování plnění vzdělávacích plánů a jejich průběžné úpravy tak, aby měli školenci možnost absolvovat bez zbytečných průtahů specializační přípravu i získávání pravidelné zpětné vazby jak od školenců, tak od školitelů.

Domnívám se, že je rovněž na čase do specializačního vzdělávání zavést principy „competence based learning“ – tedy nevázat splnění praxe jen na počet týdnů či měsíců strávených na daném pracovišti, ale zaměřit se mnohem více na získávání konkrétních (stanovených) kompetencí konkrétními školenci a školenkyněmi. Ostatně i toto se v některých oborech a na některých (zejména chirurgických) pracovištích děje – formálně však je hlavním kritériem pro připuštění k atestační zkoušce čas. Posílení „competence based learning“ by mohlo být i efektivním nástrojem to tomu, aby např. osoby na rodičovské dovolené měly šanci pokračovat v přípravě i během této dovolené bez rigidní vazby na výši pracovního úvazku.

Studie Lékaři 2022 ukázala, že je nutno posílit a rozvinout systém kontroly vlastního průběhu specializačního vzdělávání ze strany Ministerstva zdravotnictví, které je u nás (a přeneseně i v rámci EU) správcem systému specializačního vzdělávání a garantem jeho standardizované kvality. Aby kontrola byla účinná, je určitě na místě stanovit takové standardy pro realizaci specializačního vzdělávání ve zdravotnických zařízeních, které upraví jeho obecné (oborově nevázané) procesy – např. včasnost a závaznost vzdělávacího plánu, povinnost jeho pravidelného hodnocení,

system výběru a přidělování školitelů, system jejich motivace k této činnosti apod. To není objevováním kola – existuje řada států, kde se při formulaci těchto standardů lze inspirovat a tuto oblast do jisté míry ve své části věnované specializačnímu vzdělávání pokrývají i standardy World Federation for Medical Education<sup>1</sup>, v současné době aplikované do pregraduálního studia na lékařských fakultách.

Za znepokojující pokládám fakt, že nikoli nevýznamná část školenců se na pracovišti setkává se šikanou – kromě etického a právního pohledu na tento nepřijatelný fenomén je jej třeba také vnímat jako další faktor potenciálně odrazující školence a školenkyně pracovat u konkrétních zaměstnavatelů, či ve zdravotnictví v ČR obecně. Doufám, že autoři budou této oblasti věnovat další pozornost.

Publikace Lékaři 2022 je užitečnou zpětnou vazbu pro všechny, kdo se na procesu specializačního vzdělávání jakkoli podílejí. Doufám, že bude též spouštěčem pozitivních kroků v jeho další kultivaci.

*MUDr. David Marx, Ph.D.  
Proděkan pro studium a výuku 3. LF UK  
Vedoucí Kabinetu veřejného zdravotnictví  
3. LF UK*

## MUDr. Pavel Hroboň, M.S.

Jde o velmi záslužné šetření, gratuluji autorům. V odborné veřejnosti se o nedostatcích systému postgraduálního vzdělávání dobře ví, ale bohužel málo mluví a ještě méně řeší. Některá zjištění, zejména rozsah absence reálné role školitele, určení kompetencí a hodnocení (jak účastníků tak programu) jsou daleko za mírou jakékoliv akceptovatelnosti. Jak chceme za této situace udržet mladé lékaře v ČR a motivovat je k výkonu jejich povolání?

Zásadní otázka je, co s tím. Soutěž o absolventy si pravděpodobně postupně vynutí zlepšení nabídek ze strany řady

poskytovatelů, to ale nijak nesnižuje potřebu dodržování platných pravidel všemi subjekty. Není jiné cesty, než z jejich dodržení udělat skutečnou podmínku udržení akreditace. Zodpovědnost je rozděbná, finálně ale jde za MZ. To neznamená, že musí MZ vše udělat samo, musí ale prosadit funkční systém hodnocení jednotlivých pracovišť.

*MUDr. Pavel Hroboň, M.S.  
Řídící partner  
Advance Healthcare Management Institute*

## Prof. MUDr. David Feltl, Ph.D., MBA

Zmapování specializačního vzdělávání mladých lékařů považují za velmi záslužné a potřebné. My starší máme totiž instinktivní pocit (tedy alespoň já určitě), že systém vzdělávání zavedený Zákonem 95/2004 prostě není dobrý. Já osobně jsem ve svém vlastním vzdělávání našel ještě stihl předchozí legislativu, a tedy půlroční kmen a tradiční první a druhou atestaci. Ale v tom inkriminovaném roce 2004 jsem shodou okolností byl činný na Katedře radiční onkologie IPVZ a musel jsem tudíž absolvovat martyrium veřejné debaty o dělení různých oborů do skupin (radiční onkologii mimochodem hrozilo zařazení mezi tzv. Laboratorně-technické obory, což je samozřejmě úplná pitomost) a hlavně potom následnou implementaci nového zákona. A taky jsme si tenkrát vyslechli, že kdo hájí starý systém, zaspal dobu, je nemoderní a tak podobně.

No a výsledky vidíme. To, co zbylo z „good old“ systému, víceméně pořád funguje. Lékaři rozumějí administrativním povinnostem kolem vzdělávání, chápou zkušební otázky i celý formát zkoušky. Jinými slovy, rezidua toho, co zajišťoval původní IPVZ. Chleba se ovšem láme u toho nejdůležitějšího, tedy náplně vlastního vzdělávacího programu, a především jeho vlastní realizace. Ta se ukázala jako z velké části formální, odbývaná způsobem nažraného vlka a celé kozy, anebo rovnou ignorovaná.

Pokud je například skoro polovina stáží v chirurgii hodnocena jako nepříznivá, pak je někde něco ukrutně špatně, a to jsem jmenoval jenom jeden konkrétní parametr, takových průšvihů je tam více. Ale bylo by nefér říct, že chirurgové jsou špatní a internisti dobří. Informaci čtu tak, že ten systém nevyhovuje provozu běžného chirurgického oddělení, zatímco na interních se to spíš „tak nějak zvládne“. Systém školitelů, jak vidno, nefunguje vůbec, kompetence školence jsou definovány vágně, a i když třeba definovány jsou, nejsou pak dodržovány. Celkově jsou v mých očích výsledky průzkumu katastrofální a nelze je rozhodně svést na věčnou nespokojenost jako jednu z našich dominantních národních vlastností.

Co s tím? Za mě návrat ke kořenům, velmi krátký obecný kmen, maximum vzdělávání ve vlastním oboru zájmu, návrat dominantní části vzdělávání na vlastní pracoviště školence, stáže „v Praze“ (nebo si tam klidně doplňte své nejbližší krajské město, chcete-li) jen na opravdové speciality a vrcholná čísla daného medicínského oboru. A hlavně vycházet z reálného života a nesnažit se produkovat super geniální vzdělávací programy, které pak v realitě nikdo nedodrží.

Nebo máte pocit, že se před rokem 2004 v Česku produkovali špatní doktoři? Já rozhodně ne...

*prof. MUDr. David Feltl, Ph.D., MBA  
Ředitel Všeobecné fakultní nemocnice v Praze*

## JUDr. Aneta Stieranková

Přestože se projekt Lékaři 2022 věnuje především specializačnímu vzdělávání, jsem moc ráda, že se autoři rozhodli do průzkumu zahrnout též problematiku diskriminace ve zdravotnictví. Informace, které se jim podařilo touto cestou získat, jsou velmi cenným zdrojem, který nám pomáhá mapovat aktuální situaci, o níž často ve společnosti panují zkreslené představy.

Listina základních práv a svobod je jedním ze základních právních předpisů, na kterých je postavený celý právní řád České republiky, přičemž právě Listina ve svém prvním článku uvádí, že lidé jsou si rovni v důstojnosti i právech. O důležitosti tohoto principu tak nesvědčí pouze to, že se nachází v samotné Listině, ale také to, že je obsažen na jejím úplném počátku. Pokud se tedy považujeme za demokratický právní stát, pak bychom tento základní princip měli aplikovat na každodenní situace zcela automaticky. Z přetrvávajících zkušeností lékařek a dalších diskriminovaných osob však vyplývá, že naše společnost je stále příliš svázána zažitými tradicemi a zkostnatělými sociálními konstrukty, které jí znemožňují posunout se dále a využít veškerý potenciál, který má k dispozici.

Mnozí si navíc neuvědomují, že diskriminace představuje citelný zásah do toho, kým dotčený člověk je, do jeho samotné podstaty. Diskriminaci říkáme totiž to, že někdo není dost dobrý, protože patří k určité skupině, a to i přesto, že příslušnost k dané skupině ve většině případů vůbec nezávisí na jeho vůli. V případě mladých lékařů se pak nejčastěji jedná o diskriminaci z důvodu pohlaví, případně o diskriminaci z důvodu národnosti. Tyto faktory však nemají samy o sobě žádný vliv na to, jak dobrým lékařem dotčená osoba bude, což podle mého názoru zajímá většinu pacientů především.

Pokud se jako společnost chceme co nejvíce přiblížit ideálu spočívajícího v maximální dostupnosti zdravotní péče, pak musíme lékařům zajistit takové pracovní podmínky, které budou reflektovat jejich hodnotu ve společnosti a které jim zajistí důstojný výkon povolání, a to bez ohledu na příslušnost k jakékoliv skupině.

*JUDr. Aneta Stieranková  
advokátka zabývající se zdravotnickým právem*

<sup>1</sup> <https://wfme.org/>

## MUDr. Jan Práda

Průzkum Lékaři 2022 poskytuje aktuální data o postgraduálním vzdělávání lékařů. Bylo by asi příliš pesimistické rovnou říct, že vzdělávání vůbec nefunguje. Musíme si ale přiznat, že jeho kvalita je značně proměnlivá obor od oboru, nemocnice od nemocnice. Naším společným zájmem by tak mělo být právě narovnání systému tak, aby se kvalitního vzdělání dostalo všem bez ohledu na lokalitu či odbornost. A právě identifikace zde zmíněných problémů je první krok ke změně.

Nutnost elektronizace a zjednodušení administrativy je naprosto zásadní záležitostí. Postgraduální vzdělávání by mělo být náročné objemem znalostí a zkušeností, které musí mladý lékař získat. A ne svojí administrativou a obavou, jestli nebude chybět „nějaký papír“. Vzdělávací programy by měly být nastaveny realisticky. Množství nafalšovaných výkonů či stáží ať už ze strany školenců či školitelů je alarmující a svědčí dysfunkci systému i jeho kontrolních mechanismů. Role školitele, jakožto mentora a opory, by měla být naprosto klíčová. V realitě se spíše setkáváme s jeho naprosto virtuální podobou. S čímž také souvisí pocit nedostatečného dohledu a nejasného nastavení kompetencí, což je v první řadě velmi nepříjemné a dále také potenciálně velmi nebezpečné.

Naprosto klíčová je kontrola systému a vzájemný feedback všech jeho členů. I sebelepší systém nemůže fungovat bez dohledu. Kromě systémových změn je však nezbytné se zaměřit i na individuální přístup. Je zřejmé, že na mnoha místech je postgraduální vzdělávání ovlivněno vyhořelostí personálu či obecně jeho nedostatkem.

Posledním tématem, které bych zde vypíchnul, ale kterého se tento průzkum napřímo nedotýká, je feminizace medicíny. Je tak samozřejmé, že např. otázky spojené s mateřstvím je potřeba řešit a vyřešit co nejdříve a celý systém nastavit přívětivěji.

A úplným závěrem je potřeba zdůraznit osobní rovinu v celém vzdělávání. Lékař je společensky brán jako morální autorita. A ta samá autorita se podle tohoto průzkumu sama mezi svými nezřídka nevytváří amorálního jednání. Jako je například diskriminace. Abychom si pak i v ideálním systému vzdělávání neházeli navzájem klacky pod nohy.

*MUDr. Jan Práda  
Předseda Sekce mladých lékařů  
České lékařské komory*

## Závěr

Specializační vzdělávání lékařů a lékařek v ČR má před sebou ještě dlouhou cestu. Vzhledem k tomu, že je tento report shrnující, mohou prezentovaná data působit dojmem, že v ČR neexistuje místo, kde by specializační vzdělávání probíhalo správně. Na řadě pracovišť ale lze pozorovat velmi aktivní snahy o to, aby se mladým lékařům a lékařkám dostalo toho nejlepšího tréninku a podmínky byly pro ně nastaveny co nejpríznivěji. Současný systém ale bohužel tato ani jiná pracoviště nijak nemotivuje k tomu, aby byly snahy o kvalitní vzdělávání dále rozvíjeny, a proto je jich z celkového počtu naprostá menšina. I v ideálním stavu a naprosto bezchybně nastaveném systému pak může docházet k pochybení jednotlivců odpovědných za specializační vzdělávání. Tomu se bohužel v reálném světě nelze vyhnout. Přes to, že se v takových případech nemusí jednat o systémové pochybení, nesnižuje to závažnost případných zjištění. Systém by proto měl být upraven tak, aby existovaly efektivní mechanismy pro předcházení podobným situacím.

Je pozitivní, že mnohá z prezentovaných témat rezonují v odborné společnosti již delší dobu a často tak lze pozorovat jejich vývoj správným směrem. Pokud je ale zdravotnictví prezentováno jako jedno z nejdynamičtější se rozvíjejících odvětví, tempo vývoje v oblasti specializačního vzdělávání je bohužel stále hluboce pod očekáváním. I v tomto směru ale lze pozorovat mírný vývoj k lepšímu. Mimo tématu přímo zmíněná v tomto reportu dále existuje ve specializačním vzdělávání celá řada jiných oblastí, které jsou vnímány jako dlouhodobě nevyhovující. Je proto potřeba nepolevovat ze snah o to, aby se procesy s ním spojené průběžně měnily a přizpů-

sobovaly se moderním trendům. Jen tak bude možné zajistit, aby byly další generace lékařů a lékařek schopny co nejlépe čelit novým výzvám a poskytovat tu nejvyšší kvalitnější zdravotní péči svým pacientům.

QR odkaz na volné komentáře respondentů



<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.22564375.v1>



# Poděkování

Rádi bychom poděkovali doc. Dlouhému za věcné připomínky a PhDr. Škrabalové za precizní a systematickou kontrolu dotazníku, následné konzultace spolu se zasazením získaných dat do patřičného kontextu. Poděkování také patří všem oddělením specializačního vzdělávání lékařských fakult, která nám poskytla cennou zpětnou vazbu. Projekt Lékaři 2022 by nemohl vzniknout bez podpory Univerzity Karlovy (grant START), spolku Mladí lékaři z.s. a Sekce mladých lékařů České lékařské komory. Za distribuci dotazníku dále děkujeme Institutu postgraduálního vzdělávání, jmenovitě MUDr. Maříkové a České lékařské komoře. V neposlední řadě bychom také rádi poděkovali všem odborníkům, kteří projektu věnovali svůj a zejména všem respondentům, začínajícím i již zkušeným lékařkám a lékařům, kteří v tento projekt vložili svou důvěru.

*MUDr. Petr Michenka a Mgr. Lenka Šlegerová*

## Lékaři 2022

+

### aneb specializační vzdělávání očima lékařů

Tato publikace vznikla v rámci řešení projektu START/MED/071 Clinical Competencies and Postgraduate Training and Occupational Preferences of Medical Students, který byl podpořen z projektu Grantová schémata na UK, reg. č. CZ.02.2.69/0.0/0.0/19\_073/0016935.

Mgr. Lenka Šlegerová

Institut ekonomických studií, Fakulta sociálních věd,  
Univerzita Karlova

MUDr. Petr Michenka

Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. lékařská fakulta,  
Univerzita Karlova & Klinika anesteziologie, resuscitace  
a intenzivní medicíny, Všeobecná fakultní nemocnice  
v Praze, Česko

Korespondenční adresa: [petr.michenka@lf3.cuni.cz](mailto:petr.michenka@lf3.cuni.cz)  
Grafická úprava: [studio.kutululu.cz](http://studio.kutululu.cz)

2023, Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta UK  
Kabinet Veřejného zdravotnictví

ISBN: 978-80-87878-57-6 (on-line: pdf)  
1. vydání



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/>  
CC BY-NC

# Lékaři 2022

+

aneb specializační  
vzdělávání očima  
lékařů



2023, Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta UK  
Kabinet Veřejného zdravotnictví

**ISBN: 978-80-87878-57-6** (on-line: pdf)  
1. vydání