

Veletrh práce TRIMED JOB navštívilo přes 500 studentů a absolventů

V prostorách děkanátu 3. LF UK se 20. listopadu konal již šestý ročník Veletrhu práce TRIMED JOB 2019, který navštívilo přes 500 studentů a absolventů. Cílem bylo zprostředkovat studentům možnosti uplatnění po studiu a radosti i úskalí života lékaře. Záštitu poskytl děkan 3. LF UK prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.

Akce se konala poprvé v listopadu 2014 jako pilotní projekt s deseti vystavovateli. Letos se představilo už 23 zdravotnických zařízení ze státní i soukromé sféry. Návštěvníci si mohli promluvit s přítomnými lékaři, zjistit pracovní podmínky, volné pozice a možnosti stipendijních programů. Řada nemocnic vsadila na interaktivní program, medicí si mohli vyzkoušet operaci na laparoskopickém tretražeru, chirurgické šití pod dohledem zkušených operátorů, chůzi s protézami dolních končetin či nastavení separátoru krevních elementů.

Součástí akce byly přednášky konané paralelně ve dvou velkých posluchárnách. Oproti předchozím ročníkům, kdy na programu byly především přednášky představující jednotlivé lékařské obory, zazněly letos přednášky na témata, která studenty dlouhodobě zajímají.

Program v Syllabové posluchárně tradičně zahájil prodáván pro studium a výuku MUDr. David Marx, Ph.D., s přednáškou „A co dál, doktoři?“, navázala personalistka Kateřina Toušková

ze Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a poradila, jak si vytvořit CV, které zaujme, čemu se vyhnout a co se u pohovoru naopak hodí. Na toto téma navázaly i dvě další přednášky od MUDr. Pavla Hermannu ze spolku Mladí lékaři, který promluvil o právních aspektech začátku kariéry, a od MUDr. Moniky Hilšerové ze Sekce mladých lékařů České lékařské komory Promocí to nekončí. MUDr. Zuzana Špačková z Psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice v Brně poukázala v přednášce „Mladý lékař v ohrožení aneb jak si udržet duševní zdraví s titulem na krku“ na problematiku syndromu vyhoření mezi lékaři a poradila návštěvníkům veletrhu, co dělat během studia i lékařské kariéry, aby se vyhnuli psychologickým problémům a nevyhořeli. Představila také putovní výstavu „Příběhy bláznovství“, na jejímž vzniku se podílela.

Na téma medicína a mateřství pohovořila MUDr. Danka Mošňová z Fakultní nemocnice v Motole. Návštěvníci zaujaly i zážitky MUDr. Davida



Halaty, který působí v obci Hošťálková jako praktický lékař. Na veletrhu představil projekt GO RURAL, který vytvořil pro studenty lékařských fakult, aby jim přiblížil krásy vesnické praxe

a možná i zvrátil trend odchodu lékařů z vesnic do větších měst. Odpolední program Burianovy posluchárny byl věnován práci mimo ČR, o svých zkušenostech promluví lékaři z Norska,

Irska, Velké Británie i USA. Zahraničním stáží se věnovali studenti i v rámci odpolední kavárny, kde s návštěvníky a spolužáky sdíleli své zážitky a doporučení. red

Špičková odbornost, empatická komunikace a etický přístup – cíle výchovy na 3. LF UK

Veletrh práce 3. lékařské fakulty TRIMED JOB se letos konal po šesté. Do budovy děkanátu přišly ve středu 20. listopadu stovky studentů. U stánků nemocnic se dozvěděli o nabídce stáží i zaměstnání, včetně podpory při přípravě na atestaci. Odborný program nabídl přednášky i diskuse. O veletrhu i dalším směřování 3. LF UK jsme hovořili s prodávánem pro studium a výuku MUDr. Davidem Marxem, Ph.D.

I Změnil se za těch šest let TRIMED JOB a zájem o něj mezi studenty i nemocnicemi?

Je to šestý ročník a začínalo to velmi skromně. Původně jsme se inspirovali podobnou akcí, kterou dlouhodobě organizují lékařská a farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové. Od samého začátku se jedná o akci, která je plně v gesci našich studentů. Výrazně se zvýšil zájem nejenom studentů v nejvyšších ročnících, ale studentů napříč celým studiem, a též stoupl zájem ze strany potenciálních zaměstnavatelů, což reflektuje situaci na trhu práce, nejenom u lékařů, veletrh se zabývá i nabídkami pro nelékařské zdravotnické pracovníky, minimálně ze strany vystavovatelů. Nově zhruba třetí rok

máme anglickou sekci pro naše studenty v angličtině.

I Mění se témata a problémy, s nimiž se medicí setkávají, změnila se jejich očekávání?

Co se týká témat, ta se mění a upravují tak, že reagují na situaci v terénu. Před šesti lety hlavním tématem bylo získání pracovního místa, tehdy o ně byla nouze. V současné době je zejména v regionech velká poptávka po lékařích, po absolventech, nedostává se jich. A také se mění očekávání v oblasti zájmu budoucích absolventů – už to není tak, že by každý chtěl „zemřít v práci“. Mladí lidé dávají větší důraz na kvalitně trávený volný čas. Moji přátelé, ředitelé nemocnic, si často stýskají, že už ani peníze nejsou dosta-



tečně motivační. To není jen české specifikum, je to celosvětové. To je jedno velké téma, a to druhé je narůstající míra zájmu o kompetitivní místa. Pořád jsou místa lékařů, na která se hlásí 20 nebo

30 uchazečů. Takže nabídka TRIMED JOB byla obohacena o praktické věci, např. jak psát životopis, jak se chovat u výběrového řízení atd.

I Změnila se i v návaznosti na poznatky z této akce výuka?

Naše fakulta díky požadavkům studentů zejména pátých a šestých ročníků zavedla dvoudenní víkendový seminář, věnovaný právě postupům při výběru pracoviště, strategií k výběrovému řízení, pracovnímu právu i trestněprávním rizikům mladých lékařů, a je o něj obrovský zájem. Také stoupá právní vědomí mladých kolegů, zejména ve vazbě na medializované kauzy, ale také na nekonzistentní zajištění dohledu a dozoru zejména při pohotovostních službách. Podobně jako v jiných zemích je výzvou kvalitní praktická výuka – nácvik konkrétních dovedností. To není jednoduché – zkracuje se délka hospitalizace, narůstá počet studentů (nejen) medicíny. Na to reagujeme zaváděním simulační výuky i rozšiřováním spolupráce zejména s mimopražskými nemocnicemi. Také výrazně více

posilujeme výuku medicínského práva, právní odpovědnosti, klademe tam větší důraz na interaktivitu a kazuistickou výuku, abychom vyzbrojili naše absolventy do praxe, aby nebyli jenom těmi kývači, kteří říkají ano, pane primáři, jistě, pane primáři, ale byli schopni si uvědomit, kde je hranice tolerovatelných rizik, a nepřekračovat je.

I V době akce Děkujeme, odcházíme hodně mladých směřovalo do ciziny. Změnilo se v tom něco? Jsou tam sice pořád vyšší peníze, ale rozdíl se trochu zmenšil...

Měli jsme anketu absolventů za posledních deset let a hlavní priorita, která je tlačí do pobytu do zahraničí, nejsou už peníze. Na prvním místě jsou pracovní podmínky včetně trávení volného času a zejména organizace specializačního vzdělávání. Peníze jsou až na druhém místě. Co se týče odchodů, poměr těch, kteří odcházejí, se nemění. Odchází kolem osmi až deseti procent absolventů, část se jich vrací v průměru za šest let, většinou z rodinných důvodů, když chtějí, aby tu děti chodily do školy.

POKRAČOVÁNÍ NA STRANĚ C2

V menší nemocnici se mladý lékař dostane k základům medicíny

Vedle personalistů jezdí na TRIMED JOB ředitelé nemocnic. Nabízejí medikům stáže i zajímavé programy, např. týden doktorem nanečisto. Při přípravě na atestaci se v menších nemocnicích dostanou lékaři k základům medicíny. To vše zaznělo v rozhovorech, jež MT poskytli zástupci nemocnic i mladí lékaři.

Proč je pro mladého doktora výhodné nastoupit po fakultě do menší nemocnice, jsme se zeptali MUDr. Jiřího Laštůvky, chirurga Nemocnice Jihlava, p. o., který první rok po fakultě strávil ve velké pražské nemocnici. „Do jihlavské nemocnice jsem přišel až po roce práce v Thomayerově nemocnici, protože jsem jako každý začínající doktor chtěl dělat velkou medicínu na velkém pracovišti, což ale není vždy pravda. Ač to mělo spoustu benefitů, myslím si, že nemocnice jako Jihlava mohou nabídnout mladým doktorům hlavně hodně práce, té rutinní, která je posune rychle dál, k základům, které musejí mít, a myslím si, že v jihlavské nemocnici jim můžeme nabídnout dobrý kolektiv, poměrně dobrou úroveň medicíny na dobrém, rekonstruovaném a sympatickém pracovišti. Stáže je možné si domluvit i nad rámec školy, umožňujeme i programy jako Ph.D., které většinou jsou vázány jen na fakultní nemocnice. Pokud někdo váhá, kam jít, je absolventem, tak v menší nemocnici je start pro jeho kariéru asi lepší, k výkonům se dostane rychleji, dostane se rychle do procesu a bude mít lepší přehled, až bude zvažovat, co chce dál dělat. Já pracuji v nemocnici Jihlava na chirurgii zatím jako sekundární lékař. Mladým kolegům se snažíme vzdělání poměrně rychle poskytnout, je spousta možností, rezidenčních programů, nekladou se bariéry, mají rychle naopero- váno, rychle zvládnuté výkony, které potřebují na atestaci, a personálně většina musí se ukázat jako možné obsadit, takže práci u nás určitě najdou.“

Máte už představu, zda nastoupíte do velké nebo menší nemocnice, jsme

se zeptali Dominika Koreného, studenta čtvrtého ročníku 3. LF UK. „Mým přáním je pracovat ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, protože chci skloubit práci s výzkumem. K volbě mě hodně motivovala praxe v této nemocnici, a i celkově se mi prostředí tam líbí.“ **Můžete jako spoluorganizátor veletrhu zhodnotit zájem vystavujících nemocnic i studentů?** „V současné době je zájem nemocnic o účast tak velký, že musíme vybírat. Zároveň stále přijímáme nové vystavovatele, ale to nejde do nekonečna, je to omezeno prostorovými možnostmi školy. Zájem studentů každý rok narůstá. Snažíme se v rámci PR propagovat tuto akci mezifakultně, takže tu máme studenty také z 1. LF UK nebo LF UP Olomouc.“

Program „Lékařem nanečisto“ nabídla na veletrhu Krajská nemocnice Liberec, a. s. Jany Koškové, kontaktní osoby pro zajištění této praxe, jsme se zeptali, co si pod tímto názvem představí. „Nabízíme studentům lékařských fakult od čtvrtého ročníku možnost strávit týden na oddělení, které si vyberou, a jakoby stínovat staršího zkušeného lékaře, aby poznali tým lidí a seznámili se důkladně s denní rutinou oboru, který je zajímavý. Primárně je to program pro studenty všeobecného lékařství, ale z důvodu zájmu jsme nabídku rozšířili i na další obory jako fyzioterapeut, všeobecná sestra, laborant.“ **Máte zkušenost s tím, že studenti, kteří u vás tuto stáž absolvovali, pak u vás také jako absolventi nastoupí?** „Ano, a velmi dobrou. Poznají na stáži práci v nemocnici mimo Prahu. Nabízíme jim zároveň ubytování zdarma po celou dobu praxe, zvýhod-



něné stravování, takže se snažíme, aby studenta co nejméně zatížilo, že nám věnuje svůj čas a zájem. My pro něj uděláme maximum, aby se mu u nás zalíbilo, ideálně aby zůstal. Na stáž mohou přijít studenti kdykoli během roku, pokud to ladí s možnostmi oddělení, protože musí vždy být jeden student a jeden mentor. Pro studenta je to výhodné, není to odborná praxe, kde by měl něco vykonávat, nepouštíme ho k tomu, má jen pozorovat a načerpat atmosféru.“

Jaké možnosti má mladý doktor poté, co se rozhodne nastoupit právě u vás, zeptali jsme se primáře ARO MUDr. Petra Štěpánka ze Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje, a. s. „Nabízíme jim alternativu toho, jak jsou vychováni na klinickém pracovišti typu, kde praktická medicína tak trochu uniká. Mohou přijít do některé z velmi dobře vybavených moderních pěti nemocnic holdingu a medicínu si osahat, poznat praktickou stránku medicíny tzv. na venkově.“ **Jaký je zájem studentů nastoupit do menší nemocnice?** „Zájem je, až nás to překvapuje. Jsou to často studenti, kteří z regionu odešli na lékařskou fa-

kultu do Prahy a chtějí se vrátit a věnovat se medicíně na venkově. Například náchodská nemocnice dostavuje dva moderní pavilony a do nových prostor se bude stěhovat většina oddělení. Snažíme se jim nabídnout tuto vizi, aby mohli začít pracovat u nás a uměli si představit možnosti.“

Absolventi se připravují na atestaci, jak se o ně u vás staráte, mají zajištěn odborný dohled, dozor, aby nebyli hozeni do služby třeba přes noc úplně sami? To rozhodně nebudou, většina oddělení je dobře saturována natolik, že se jim vždy někdo věnuje. Každý má svého mentora, do služby je samostatně neházíme, to určitě není možné. Pokud by začali sloužit ještě před kmenem, tak vždy jsou na pracovišti s lékařem se specializací, vždy se mají na koho obrátit. Zpočátku jsou plně pod jeho vedením.“

Co si od účasti na veletrhu slibuje Krajská zdravotní, a. s., a co mohou studenti získat, zeptali jsme se MUDr. Petra Najmana, ředitele zdravotní péče o. z., primáře ORL Nemocnice Most, o. z. „Krajská zdravotní vystavuje na veletrhu dlouhodobě. Dříve byla strategie ta-

ková, že na veletrh práce jezdili zástupci z personálního oddělení, letos jsou tady poprvé lékaři anebo ředitelé nemocnic, konkrétně z Děčína, Teplic, Mostu a Chomutova.“ **V čem se touto personální změnou změnil způsob podání informace?** „Změna je taková, že my jako ředitelé chceme být u nabídky zaměstnání. Myslíme si, že osobní kontakt je lepší, než když to necháme pouze na personalistech.“ **Na co se studenti ptají, co je přiláká, aby nastoupili k vám, a ne do velké fakultní nemocnice? V čem je výhoda menší nemocnice?** Most není úplně malá nemocnice. Krajská zdravotní jako taková má výhodu pěti nemocnic a můžeme v rámci vzdělávání nabídnout lékařům stáže i v nemocnici vyššího typu, ke kterým patří nemocnice v Ústí nad Labem, a přitom jsou stále zaměstnanci naší nemocnice. Můžeme vzájemně participovat a pomáhat si v rámci naší společnosti KZ a. s. Výhoda zůstat v Ústeckém kraji je v tom, že Ústecký kraj i Krajská zdravotní nabízí stipendijní program, druhá výhoda je, že náklady na žití a bydlení jsou diametrálně odlišné od nákladů v Praze, kde je pro mladé lidi prakticky nemožné získat dostupné bydlení.“ **Nabízíte místa jen lékařům, nebo také sestřím?** „Poptáváme na veletrhu samozřejmě i sestry, kdyby se u stánku zastavila zájemkyně z ne- lékařského oboru, máme i jí co nabídnout. Pro lékaře nabízíme stáže, máme smlouvu s plzeňskou lékařskou fakultou a 3. LF UK.“ **Lidé si spojují Ústecký kraj s horším životním prostředím, nechtějí se tam proto stěhovat. Máte dostatek lékařů?** „Horší životní prostředí je minulost. Co se týče uplatnění, kdo chce pracovat, tomu nebráníme, a myslím si, že si může nadstandardně vydělat. **Neutíkají vám doktoři do Německa?** „Ten- to problém byl aktuální dříve, nyní odcházejí do zahraničí mladí lékaři spíše rovnou po škole. Pokud u nás v Krajské zdravotní začnou pracovat, líbí se jim tady, takže zůstávají.“ **red**

Špičková odbornost, empatická komunikace a etický přístup...

POKRAČOVÁNÍ ZE STRANY C1

I Zahraniční zkušenost může být přínosem pro české zdravotnictví...

Nepochybně, medicína je globální. Podstatné jsou ale i zkušenosti s transparentním a funkčním systémem specializačního vzdělávání, s jeho jasně nastavenými a kontrolovanými pravidly.

I Takže specializační vzdělávání pořád ještě je důvodem k odchodům?

Kvalita tohoto vzdělávání v jednotlivých lokalitách je variabilní, záleží na daném pracovišti. Jsou pracoviště, která pracují s absolventy velmi kvalitně, jiná méně.

I Je tedy stále systém specializačního vzdělávání pro absolventy nastavený nepřehledně?

Bohužel ano – já osobně pokládám za rizikové umožnění plošných kompetencí lékařů po získání kmene – nic proti jejich přidělování po individuálním posouzení schopností školence jeho školitelem s jasným zdůvodněním, ideálně opřeným o počet kvalitně provedených výkonů pod dozorem apod. Nepříjemné je například, že trvalo velmi dlouho od účinnosti příslušného zákona, než se vydaly prováděcí předpisy. Absolventi

pak dlouhou dobu setrvali v nejistotě, stejně jako jejich školitelé. Není pak překvapivé, že v situaci, kdy mladý člověk má na výběr, tak si vybere takový systém, který je transparentní, jasný a neohrožuje ho.

I Proměnila se také témata, kterým se TRIMED JOB věnuje? V odborném programu jsem viděla přednášky jako Venkovské lékařství nebo Medicína a mateřství, mladí lékaři popisují své zkušenosti z práce v zahraničí...

Ano, posouváme se trochu více k reálné praxi, řada sdělení má charakter „návodu k použití“, což je dobře, toto má být praktické vzdělávání. Velmi pozitivně hodnotím participaci spolku Mladí lékaři, kteří sem přenášejí své bezprostřední praktické zkušenosti. Jak stoupá zájem o specializaci všeobecného praktického lékaře, tak přednáška na téma Venkovský lékař má být taková ochutnávka velmi dynamicky se rozvíjejícího oboru všeobecného praktického lékařství a má to být reakce na určitou váhavost některých absolventů lékařských fakult odcházet dál od velkých měst.

I Mluví se o nedostatku lékařů. Není to tak dlouho, co fakulta získala prostory a peníze na rozšíření výuky,

na zaplacení dalších vyučujících. Daří se vám i díky tomu navýšovat počty studentů medicíny?

Navýšili jsme zhruba o 18 procent počty studentů prvního ročníku. Program byl finančně velkorysý a umožnil jednak navýšení odměn, zejména pro vyučující v teoretických oborech, ale také zvýšení počtu vyučujících. Co se tak rychle nedá posunout, jsou prostory, nicméně fakulta získala budovu a pozemek v sousedícím Státním zdravotním ústavu, což nám umožní využít je primárně pro výuku a také zvýšit komfort výuky, byť samozřejmě tyto změny trvají déle než zvyšování platů nebo najímání nových učitelů.

I Mohl byste pro naše čtenáře charakterizovat 3. LF UK, v čem se liší od ostatních lékařských fakult, v čem vyniká a na co byste se chtěli do budoucna zaměřit?

Od počátku 90. let jde 3. LF UK cestou moderního nastavení pregraduálního kurikula, výrazné integrace při výuce a také výrazně vyšší integrace teoretických oborů s klinickými. Integrované medicínské kurikulum zavádějí už od konce 80. let ty nejlepší vysoké školy po světě. Ostatně je to také reakce na trvale se zvyšující objem informací ve zdravotnictví.

Další oblastí, kterou pokládáme za významnou, je větší důraz na časný kontakt s pacienty. Naši studenti vstupují do bezprostředního kontaktu s pacienty a navzdorem si komunikaci s nimi už od prvního ročníku, ať už přímo, nebo formou tzv. standardizovaných pacientů, příslušně proškolených dobrovolníků, chcete-li herců. Významný je také velmi silný akcent na medicínskou etiku a otázky medicínsko-právní, které vyučujeme více méně pět až šest let a vždy v kontextu s dalším obsahem výuky.

I Jde tedy nejen o získání co největšího objemu informací, ale i o formování osobnosti?

To je ten druhý pilíř a souvisí s již zmíněnou etikou nebo komunikací. Snažíme se vychovávat ze studentů nejenom odborně a technicky dobře připravené lékaře, ale i lékaře vědomé si své sociální role. Daří se nám také ve spolupráci s našimi studenty podporovat řadu nejrůznějších charitativních programů – asi za všechny bych zmínil projekt Medici na ulici, kdy naši studenti chodí ošetřovat bezdomovce po Praze, anebo projekt, v němž podporujeme nemocnici v africké Keni, v Itibo, kam naši studenti vyjíždějí na praxi. Mohl bych ale jmenovat i spoustu dal-

ších, ať už přímo zdravotnických, anebo zdravotnicko-sociálně fokusovaných programů, které ukazují už v době studia budoucím lékařům, že titul s sebou nese, zejména v klinické medicíně, také závazek praktikovat to, čemu se někdy říká umění medicíny, to znamená empatické komunikace a sociální role při výkonu lékařského povolání.

I Fakulta uspořádala koncem listopadu mezinárodní konferenci Vzdělávání sester 30 let poté. Znamená to, že kladete důraz také na další vzdělávání sester?

Vysokoškolské vzdělávání sester pokládáme za nutnost pro moderní medicínu. Rádi bychom se, a to se nám ještě úplně nedaří vzhledem k rozdílnému počtu studentů oborů, posunuli k interprofesnímu vzdělávání, kdy některé činnosti nebo některá témata se vyučují dohromady pro budoucí lékaře a sestry. Zároveň funguje jenom výběrově, protože medikům máme výrazně více než studujících ošetřovatelství. Ale z nelékařských zdravotnických profesí výchova budoucích sester má nejbližší ke studiu medicíny a jsme rádi, že navzdory legislativním změnám trvá velký zájem o studium ošetřovatelství z řad maturantů. **nam**

Venkovské lékařství je návrat ke kořenům medicíny

MUDr. David Halata, předseda Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP a člen EURIPA Executive (Evropská asociace venkovských a odlehlejších praxí), představil na TRIMED JOB medikům venkovské lékařství a snažil se vzbudit v nich zájem o tento obor, motivovat je, aby se po absolutoriu lékařské fakulty zaměřili v předatestační přípravě právě na venkovské lékařství. MT mu položila několik otázek.

I V čem jako předseda pracovní skupiny a venkovský lékař provozující praxi v Hošťálkově na Valašsku vidíte význam venkovského lékařství?

V České republice dle posledního sčítání lidu žije přibližně polovina populace na venkově. Dostupnost zdravotní péče je ale pro venkovské obyvatelstvo výrazně snižena oproti velkým městům, byť by Ústava ČR měla garantovat stejnou dostupnost zdravotní péče. Ve skutečnosti máme dvojkolový zdravotní systém. Nejde ale jenom o zdravotní péči, zásadní bude řešit problematiku venkova na celospolečenské úrovni, tzv. vnitřní dluh venkova, protože pokud se nezlepší kvalita a atraktivita života v těchto oblastech, bude docházet k jejich postupnému vyliňování. Lékaři jsou jen jedním z indikátorů celkového opomíjení problémů lidí na venkově. Venkovské lékařství tak vlastně není až tak důležité pro lékaře, ale pro lidi, kteří zde žijí.

I V čem jsou specifika oboru a co vás osobně na něm zaujalo?

Všeobecné praktické lékařství je dnes jediným medicínským oborem, který vnímá pacienta jako celek v dlouhodobém horizontu. Vývoj ostatních specializací je neúprosný a vede k další a další specializaci, které však ohrožují pacienta jak „ztracením se v systému“, tak předdiagnostikovaním (tzv. overdiagnosis), tak ve výsledku paradoxním snížením kvality poskytované péče, byť by jednotlivé dílky skládky péče byly superkvalitní. Proto také již mnoho let upozorňuje WHO i OECD na poměrně nízkou kvalitu našeho systému zdravotní péče a opakovaně doporučují více využít lékaře primární péče jako moderátory či koordinátory poskytované péče. My své pacienty známe léta až desítky let, známe celé rodiny, na venkově podrobně známe aktivity pacienta ve volném čase, podmínky v práci, vztahy v rámci rodin, vztahy v rámci komunity, vliv životního prostředí atd. a promítáme tyto znalosti do poskytované péče. V zahraničí se můžeme se-

tkat s pojmem „specialista všeobecnosti“. Celostní medicínu již dnes nelze vnímat jako celostní bez znalosti i těchto aspektů. V neposlední řadě je tento přístup nesmírně ekonomicky výhodný pro plátce zdravotní péče, což ukazují četná data z řady evropských zemí.

I Proč by mladí lékaři měli volit právě tuto specializaci a jakou cestou jim doporučujete jít, tj. jaký kmen optimálně zvolit a jakou praxi?

Venkovské lékařství je návrat ke kořenům medicíny, integruje lidskost a profesionalitu, vědu a praxi, samostatnost a týmovou práci. Komplexní práce s pacientem založená na jeho opravdové znalosti je velkým a hlavním lákadlem. Aniž bych se chtěl jakkoli dotknout kolegů, je to ve velké nadsázce volba mezi komplexní celostní medicínou a specializací na arytmiie pravého raménka. Každého zaujme něco jiného a každý volí svou budoucí specializaci rozdílně, ale myslím si, že naše specializace dokáže být atraktivní ve srovnání s jakoukoli jinou. Optimální cestou vzdělávání je jednoznačně cesta přes rezidenční místo v oboru všeobecné praktické lékařství, v jehož rámci se mladým lékařům věnuje po celou dobu vzdělávání jejich školitel. Již dávno nejsme pouhým zjednodušením jiných specializací, ale je nutné se naopak naučit poměrně výrazně jinému způsobu myšlení a vlastní praxe, což chce svůj čas, který často při rekvalifikaci z jiných oborů trochu chybí.

I Zjišťovali jste zájem mediků o všeobecné lékařství, jaké procento by o venkovském lékařství uvažovalo? A mají medicíni vůbec dostatek informací o všeobecném lékařství, potažmo o lékařství venkovském?

Zájem studentů LF každoročně převyšuje počet vypisovaných rezidenčních míst pro vzdělávání v našem oboru. Ročně atestuje přibližně 150–200 nových všeobecných praktických lékařů. Bohužel je zde jasná tendence mladých lé-



kařů preferovat velká města, a v ČR tak reálně hrozí, a v některých regionech již je, nedostatek praktiků. V roce 2018 Mladí praktici, z. s., a Pracovní skupina venkovského lékařství SVL ČLS JEP organizovala dotazníkové šetření mezi mladými praktickými lékaři v předatestační přípravě (cca 600 lékařů v předatestační přípravě, osloveno 300, návratnost 67 procent). Překvapivě až 63 procent je ochotno na venkově pracovat, nicméně daleko zajímavější jsou faktory, které by je k práci na venkově motivovaly. Finanční nejsou to hlavní. Hlavní je zajištění pracovního zařazení pro lékařova partnera a kvalita škol pro jejich děti, až poté následují s viditelným odstupem dlouhodobé či jednorázové finanční motivace a kvalita životního prostředí a zajímavost práce venkovského lékaře. Hlavní motivační faktory tedy nesouvisí s oblastí zdravotnictví, ale spíše s obecnou kvalitou života na venkově. Zcela určitě se zde promítá fakt, že 72 procent budoucích praktických lékařů jsou ženy. Na kvalitu vzdělávání studentů LF stran venkovského lékařství se bude nutné jednoznačně daleko více zaměřit, jelikož 86 procentům mladých lékařů v předatestační přípravě chybí nebo chyběly informace o venkovském a potažmo i všeobecném praktickém lékařství během jejich studia. SVL se již snaží o konkrétní kroky ke zlepšení této situace.

I Jakou část praxí tvoří venkovské ordinace?

Co se týče praxí mediků během studia, tak v podstatě žádnou. Na řadě LF je praxe v ordinacích všeobecných praktických lékařů jen dobrovolná, o venkově se vůbec neuvažuje. V rámci rezidenčního místa záleží jen a pouze na každém školiteli, zda vyšle svého školence alespoň na krátkou stáž na venkov. V tom je velký rozdíl mezi ČR a jinými zeměmi Evropy, kde výuka a stáže všeobecného praktického lékařství jsou nedílnou součástí studia LF v několika ročních a výuku zajišťují ve většině lékařů naši specializace z praxe. Venkovské stáže jsou v řadě evropských zemí povinné jak během studia LF, tak během předatestační přípravy. A nejedná se o dny či jeden až dva týdny, často jsou to měsíce. Například data z Velké Británie jednoznačně ukazují, že pokud lékař během svého vzdělávání stráví byť jen krátkou dobu na venkově, výrazně častěji se pak k venkovské praxi vrací.

Co se týče venkovských praxí jako celku, představuje venkovské lékařství cca 30–50 procent všech praxí všeobecných praktických lékařů v ČR, definice venkovského lékařství se dynamicky mění, stejně jako se trvale mění (zmenšuje) dostupnost péče v nemocnicích tzv. okresního typu (Bělobrádek, Šídlo, analýza dat VZP ČR – viz níže).

I Razítkují praktici jen neschopenky a vypisují žádanky, nebo řadu vyšetření sami také mohou provádět, a jak by

se mělo spektrum rozšířit reformou primární péče? V jaké míře počítá reforma s podporou venkovských praxí?

Laická veřejnost, ale též i řada kolegů má naši práci spojenou se Štěpánkem z Básníků. Což není představa úplně špatná, jen je potřeba vzít v potaz, že tyto filmy vznikly před čtvrtstoletím. Asi nikoho dnes nenapadne léčit infarkt myokardu pomalými procházkami kolem domu za kontroly tepu jako v uvedeném filmu, když máme angioplastiky. Ale představa o venkovském praktikovi stejná kupodivu zůstává. Přitom evropský vývoj naší specializace byl v posledních deseti či patnácti letech přímo raketový. V Česku nicméně stále přetrvává jakýsi nepochopitelný odpor a nedůvěra vůči primární péči, nepodložená jakýmkoli konkrétními daty. Naše ordinace jsou již dnes vybaveny podstatně jinak a naše práce je také jiná. Standardem již je EKG, ABPM/24, ABI, POCT (point of care) přístroje na vyšetření CRP, INR, HbA_{1c}, management chronických chorob (hypertenze, diabetes, hypotyreózy,

mohou provádět jen z dobré vůle, protože jim nikdy nebude uhrazena zdravotní pojišťovnou. Preskripční omezení na odbornost, neuvěřitelný historický relikt známý už jen v Česku a na Slovensku, není nic jiného než ekonomicky motivovaná a sprostá diskriminace venkovské populace. Pacienti nemohou dosáhnout na adekvátní léčbu, protože odborná centra či lékaři nejsou v jejich regionu dostupní a všeobecný praktický lékař nemůže dany léky předepsat. Možná si to úplně neuvědomujeme, ale velká část péče v řadě regionů skutečně dostupná není a padá zcela na venkovské lékaře. Druhým zásadním krokem je cílená podpora venkovských praxí. Dostupná data zdravotních pojišťoven mluví naprosto jasně, venkovský lékař odvede větší kus práce, protože nemá jednoduše kam své pacienty odeslat k dalšímu vyšetření. Nicméně prozatím není za svou práci nijak navíc ohodnocen, byť je zřejmé, že šetří nemalé náklady z prostředků zdravotních pojišťoven. A třetím zásadním krokem je podpora a motivace mladých lékařů k práci na venkově.

I Může podpora venkovských praxí, a tedy primární péče, mít zásadnější dopad na zdraví obyvatel a pokles úmrtnosti?

Česká data chybějí. V evropském kontextu jsou dostupná data ukazující na nižší úroveň zdraví venkovské populace a efektivnost podpory primární péče z ekonomického hlediska (tzv. integrace systému zdravotní péče). Vliv na celkovou úmrtnost sledovala práce kolegů z USA, která prokázala pokles celkové úmrtnosti při cílené podpoře primární péče (Basu S et al. Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States,

K VĚCI...

Co jsou městské, venkovské a odlehle praxe

Často se setkáváme s ne zcela správným používáním mezinárodně pevně zakotvených pojmů. ČR patří k zemím s velkou hustotou zalidnění, tedy vzdálenostně relativně dostupnou navazující zdravotní péči, v ČR máme městské praxe (urban) a venkovské praxe (rural). Naproti tomu odlehle praxe (remoted) se v ČR nevykytují, jedná se o oblasti, v kterých jsou lékařské praxe výrazně vzdáleny od další navazující péče, často ve stovkách km, např. polární oblasti Skandinávie, outback v Austrálii, tundra Kanady. U izolovaných praxí (isolated) kromě vzdálenosti přistupuje navíc aspekt geografické izolovanosti, např. ostrovní komunity severu Velké Británie, Azorské ostrovy apod.

onkologická onemocnění...). Preventivní péče nabývá čím dál většího významu. Jsme měsíc před zavedením dalšího spektra vyšetření (POCT troponin T, D-dimery, proBNP), zavedením screeningu demencí, ve velmi brzké době by měla přibýt spirometrie, POCUS (point of care ultrazvukové vyšetření). Nejedná se o nic překotného či uáhleného, pouze následujeme se zpožděním vývoj v Evropě a dalších zemích východního bloku. Vlastní reforma primární péče by to všechno měla řešit komplexně a v delším časovém horizontu, který je přímo výtýčen 10 lety. Nelze chtít vše hned a též nelze hodnotit jednotlivé kroky reformy samostatně, ale je nutné vnímat vývoj komplexně včetně vytvoření podmínek pro vznik týmů primární péče a sdružených praxí. Bez toho nedává reforma smysl a vedla by jen k přetížení stávajících praxí. Podpora venkovského lékařství je v reformě primární péče zakotvena velmi silně, byť prozatím nebyly realizovány ty nejzásadnější kroky.

I Co venkovští lékaři od reformy primární péče potřebují a co očekávají?

Především nárůst kompetencí. ČR již dnes patří k zemím s nejvíce omezovanou primární péčí. Venkovští lékaři jsou náležitě vzděláni, ale velkou řadu výkonů

2005–2015. JAMA Intern Med. 2019 Apr 1;179(4):506–514). Můžeme se tedy domnívat, že podpora primární péče, tedy péče v zásadách celostního přístupu, péče orientované na pacienta, dlouhodobosti péče, sociální a komunitní role, může poměrně výrazně ovlivnit celkovou úroveň zdraví. Velký benefit efektivity primární péče se projevuje zejména v populaci nad 65 let, kde modely chronické péče a preventivních prohlídek přináší například snížení četnosti hospitalizací a prodlužují čas, který pacient stráví ve svém sociálním prostředí.

I Máte data, že venkovští lékaři poskytují širší spektrum péče, a tedy méně než praktičtí lékaři z měst předávají pacienty ke specialistům?

V roce 2016 proběhl výzkum týmu dr. Bělobrádky a dr. Šídla, zpracovávali data VZP ČR z let 2014 a 2015 o práci všeobecných praktických lékařů s ohledem na lokaci jejich praxe (data od cca 65 procent české populace). Dosud převládá názor o jednotnosti práce všeobecných praktických lékařů. Byl prokázán statisticky významný rozdíl v charakteru poskytované péče v závislosti na lokaci praxe (rozdíl jednotlivých sledovaných kritérií 8–39 procent).

POKRAČOVÁNÍ NA STRANĚ C4

ad Venkovské lékařství

- Hlavním cílem Pracovní skupiny venkovského lékařství SVL ČLS JEP je zajistit dostupnou kvalitní zdravotní péči lidem žijícím na venkově a profesní potřeby těch, kteří tuto péči poskytují.
- Venkovské lékařství představuje dle dostupných dat cca 50 procent všech praxí všeobecných praktických lékařů v ČR.
- Z lékařského pohledu je všeobecná úroveň zdraví venkovské populace nižší než u městské populace. Obzvláště dostupnost kvalitní lékařské péče pro skupiny se zvláštními potřebami (ženy, starší lidé, menšiny, tělesně postižení) je ve venkovských oblastech výrazně snižena. Restrukturalizace zdravotního systému v ČR vede ke vzniku specializovaných center ve velkých městech, rozsah poskytované péče v malých nemocnicích trvale klesá. Mnozí venkovští pacienti odmítají další lékařskou péči z důvodu strachu z daleké cesty a strachu z „velkého města“. Venkovští všeobecní praktičtí lékaři vycházejí ze stejných kořenů, přípravy, náplně oboru, poskytují péči dle stejných odborných doporučených postupů, ale praktická náplň jejich práce je pod tlakem okolností často rozdílná.

Dalšími cíli jsou:

- vznik, podpora a rozvoj vědeckého výzkumu na venkově
- podpora sdílení informací, dovedností a zkušeností a rozvíjení multidisciplinární aktivity a týmové práce
- inovace a využití moderních technologií
- podpora zdraví a zdravého životního stylu
- boj proti rozdílnostem v dostupnosti zdravotní péče a dostupnosti zdraví
- podpora života ve zdravých komunitách, společensky udržitelného modelu venkovského způsobu života
- rozvíjení profesně kvalitní venkovské praxe
- podpora atraktivnosti venkova pro mladé praktické lékaře

VĚCI...

Nemocnice může (a musí) s mateřstvím lékařek počítat

Přednáška Medicína a mateřství vzbudila na TRIMED JOB obrovský zájem, Syllabova posluchárna byla zcela zaplněná mladými ženami. A zatímco MUDr. Danka Mošnová popisovala své zkušenosti např. s tím, jak zaměstnavateli oznámit těhotenství a požádat o přeřazení na místo vhodné pro těhotnou, MT oslovila **MUDr. Moniku Hilšerovou**, místopředsedkyni Sekce mladých lékařů ČLK a maminku malé Sofinky.

I Asi není jednoduché pro lékařku, když pracuje v nemocnici a otěhotní. Řešila jste změnu pracovního zařazení?

Mám štěstí, že jsem to neřešila, protože pracuji na anesteziologii. Takže mě zařadili na oddělení gynekologie, kde se převážně, protože pracuji u Apolináře, aplikuje epidurální a spinální anestezie.

Celková anestezie, jež by mohla být nebezpečná z hlediska používaných plynů, se tam dává sporadicky, u akutních případů, kterých je málo. Zhruba půl roku jsem tedy pracovala na gynekologii, kde byla expozice rizikovým faktorům minimální. Zároveň jsem pracovala na SPI-NU, společném interním příjmu nemocných. I tam mi vycházeli vstříc, například



■ ■ ■ K VĚCI...

Dítě, nebo atestace aneb z internetové diskuse maminek-lékařek

Situace maminek, které už získaly specializaci a pracují ve zvoleném medicínském oboru, je v těhotenství a v době péče o malé dítě složitější než jejich bezdětných kolegyně či mužů-lékařů. A ještě složitější je situace žen, které otěhotněly před atestací. V diskusi na internetu řeší např. to, že jim nemocnice nevyjde vstříc s částečným úvazkem, nemohou kvůli péči o dítě absolvovat stáže k atestaci. A navzájem si radí...

- Částečný úvazek jde naprosto v pohodě. Hlavně v ambulantním provozu, ale jde i na lůžkách. Jen ta ochota zaměstnavatele vyjít vstříc absolventce bez praxe s miminem bude asi nízká. Ale doba i hraje do karet, míst je málo.
- Pokud netiňuješ k chirurgickým oborům, tak je asi nejjednodušší nastoupit na internu – tu potřebuješ vždycky, a postupně se rozkoukat a rozmyslet. Jestli můžu radit, tak spíše na osm hodin např. dva dny v týdnu než čtyři hodiny čtyřikrát. Nemáš šanci to dodržet, pořád budeš odcházet od rozdělené práce, něco někomu předávat, kontinuita nulová, prostě problém. Já jsem tak nastoupila po mateřské, s atestací, a bylo to nanic. Doktorů je sice málo, ale chybějí spíše atestovaní a v nemocničním provozu je půlúvazek dost komplikovaný. Já bych ti upřímně doporučila se na půlúvazek vybodnout. Užij si dítě, jak jednou nastoupíš do toho koloběhu, tak to není jen o těch X hodinách v práci, velkou část práce si v myšlenkách odneseš

domů. Budeš potřebovat studovat, doplňovat informace, konzultovat. Odnese to tvůj vztah s dítětem, a to nestojí za to, budeš nespokojená v práci, protože to nebudeš moct dělat pořádně, budou nespokojení kolegové, protože za tebe budou muset dělat, a bude nespokojené dítě, protože se mu nebudeš moct věnovat, jak bys chtěla.

- Naše nemocnice má jesle i školku, příměstské tábory. Musí, potřebuje zaměstnance. Já mám už děti větší, ale celou RD jsem doma nikdy nebyla. Mám kolegyni, která má čtyři děti a byla doma devět let, teď se snaží si všechno doplnit, má úvazek 0,6, ale je schopná, myslím, že to zvládne. Hlídá jí babička, takže to asi taky není žádná hitparáda. Ale potkala jsem i lékařku, která měla pět dětí a na medicínu prostě rezignovala.
- Jsem na rodičovské s druhým dítětem, ale od jeho půl roku chodím do práce na částečný úvazek. Atestaci mám z interny a letos bych chtěla jít na atestaci z praktického lékařství, do nemocnice a do služeb se mi vracet nechce. A k rodině je ten praktik asi nejlepší. Navíc se dá odstážívat téměř všude, na rozdíl od jiných oborů (jezdit do krajské nemocnice třeba 70 km i dál je s dětmi opravdu složité). Ale v nemocnici jsem měla kolegyni, která po škole šla na RD, měla tři děti a smířila se s tím, že medicínu nikdy dělat už nebude. Osud tomu chtěl jinak a ona nastoupila do malé nemocnice na částečně manažerskou pozici. Po čase se jí vedení potřebovalo zbavit, a tak ji poslalo na internu, kde chyběli lékaři. No a už má atestaci (mysleli, že to vzdá a odejde sama). Takže nevěšte hlavu, ona ta atestace nějak půjde. red

když přišel někdo pravděpodobně infekční, tak se ho ujali kolegové.

I Jak se tváří zaměstnavatel, že ztrácí zkušenou sílu?

Ve fakultní nemocnici, kde pracuji, počítají s fluktuací žen na mateřské dovolené. Vědí přesně, že mají stabilně sedm, osm žen na mateřské, ty se pak vrací a otěhotnějí další. Ptala jsem se na to a řekli mi, že se s tím vyrovnají. Na klinice je nás asi 100 lékařů, takže zajištění práce se řeší snáze než v malé nemocnici, kde je lékařů pár.

I Máte zkušenost s tím, jak to vypadá ve světě s prací maminek-lékařek?

V rámci Evropy jsme docela extrém, české matky v zásadě musejí být na rodičovské dovolené tři až čtyři roky, protože náš systém moc neumožňuje dávat děti do školky před třetím rokem života. Samozřejmě, možné to je, ale často jsou to soukromé školky, které jsou drahé. Například v Německu mají po dobu jednoho roku maminky sto procentní mateřskou, tj. stejný plat, jako měly v nemocnici, po roce je už pak systém uzpůsoben tak, že dítě dají do školky. Moc se mi líbí systém v Estonsku, tam rok a půl ženy dostávají sto procent platu, takže nepocítují pokles v příjmech, což určitě pozitivně ovlivňuje i jejich sebehodnocení a sebevědomí. U nás mnohdy dostává

žena 7 500 korun měsíčně, to je směšná částka. V Estonsku mají rok a půl plný plat, potom dávají děti do školky, v tom věku mi to připadá jako ideální hranice pro dítě. Například ve Francii dávají děti do nějakého zařízení už i ve třech měsících, což je asi zase extrémně brzy, jsou to miminka, a u nás ve třech, čtyřech letech, to je extrém na opačnou stranu. Ideální mi přijde něco mezi, ten rok a půl.

I Je v programu Sekce mladých lékařů ČLK prosazování potřeb maminek-lékařek?

Pro ženy na mateřské je výhodou, že neplatí členský příspěvek lékařské komory, jsou této povinnosti zproštěny, ale jinak, co se týče nějaké podpory, těžko my jako sekce můžeme nějak podporovat maminky, když to systém neumožňuje. Pro matku je nejdůležitější, aby jí dítě někdo na chvíli pohlídal, když potřebuje například pracovat na částečný úvazek, což by vyřešilo, kdyby nemocnice měly velké školky. FN Motol nebo VFN školky mají, ale jsou jen pro pár dětí. Chtělo by to udělat velké a finančně dostupné školky pro celé nemocnice. To je určitě velký úkol, nevím pro koho, jestli pro dané nemocnice, nebo pro vládu. Ale když tady taková nabídka bude, ženám to otevře návrat k jejich profesi dřív než za tři, čtyři roky. nam

Venkovské lékařství je návrat ke kořenům medicíny

■ ■ ■ POKRAČOVÁNÍ ZE STRANY C3

Nejzákladnější byl 39procentní rozdíl v četnosti odeslání pacienta k další péči. Venkovští praktici pracují více sami, předepisují více léků, méně využívají ambulantních specialistů. Tyto závěry taktéž přinesly důležitou otázku, nakolik je chování českých venkovských lékařů záměrné. Zda organizují péči o své pacienty jinak a léčí jinak, nebo zda jsou k odlišnému chování nuceni okolnostmi, zejména dostupností sekundární péče a komplementu ve venkovských regionech.

I Praktici na venkově mají důležitou komunitní roli, mohou se ale také zapojit do vědeckého výzkumu, který řadu mladých lékařů drží ve velkých městech?

Komunitní role je jednou ze základních rolí všeobecného praktického lékaře (tzv. core skills) vedle preventivní medicíny, vědy a vlastní klinické praxe. Zjedno-

dušeně lze komunitní roli popsat jako vliv lékaře na zvyklosti a život komunity, v které provozuje praxi. Charakter je poměrně výrazně odlišný od regionální role lékařů dalších specializací a nemocnic. Vědecký výzkum ve venkovském lékařství prozatím v ČR vyvolává úsměv na rtech, jen pokud se o této možnosti komukoli zmíníte. Ale to je velký omyl! Data o venkovském lékařství chybějí všude ve světě i v Evropě a jsou dosti ceněna. I ve velice skromných podmínkách, které v ČR pro venkovskou vědu jsou, jsme prozatím schopni plně konkurovat výzkumným projektům v Evropě. Řada venkovských lékařů je nyní zapojena do celoevropských výzkumných projektů, některé z nich dokonce vedeme jako hlavní autoři. Rozhodně tedy neplatí zastaralý pohled, že se někde na venkově „zahrabete“. A naším snem zůstává vědecké centrum venkovského lékařství, která se třeba jednou podaří vytvořit.

I Můžete přiblížit projekt GO RURAL, o němž jste na TRIMED JOB hovořil?

Ve výše zmíněném dotazníkovém šetření o motivačních faktorech mladých praktických lékařů k práci na venkově jsme se též ptali, zda by mladí lékaři uvítali krátkodobou stáž na venkově tzv. na zkoušku, a 70 procent respondentů odpovědělo kladně. Vznikl tedy pilotní projekt Go Rural, nabízející mladým praktickým lékařům a studentům LF krátkodobou stáž ve venkovské praxi. V rámci pilotního projektu prozatím nabízíme stáže ve třech praxích, zájem je nad očekávání velký. Budeme dále sledovat profesní osud všech účastníků těchto stáží v následujících pěti letech. Dalším cílem projektu je propagace venkovské praxe jako takové. Pilotní projekt vznikl s jen malou finanční podporou SVL a jeho budoucnost a případné rozšíření bude odvislé od finanční podpory. Zájem o převzetí projektu přichází ze zahraničí. Případní zájemci se mohou kdykoli přihlásit buď

prostřednictvím našich facebookových stránek, nebo na e-mailu venkovskelekarstvi@gmail.com.

I Průměrný věk lékařů stoupá, jak je to u praktiků, kterých je zhruba 6 000, a je šance na omlazení této odbornosti za přispění rezidenčních míst pro mladé praktiky? Kolik těchto míst se ročně vypisuje, jaký je o ně zájem?

Tzv. vážený věkový průměr (s ohledem na výši úvazku) všeobecných praktických lékařů je přibližně 55 let, cca 1/3 kolegů je ve věku nad 55 let. Nicméně posledních cca 10 let atestuje díky systému rezidenčních míst 150–200 nových praktiků každý rok a zájem absolventů LF přesahuje nabízený počet rezidenčních míst. Při zachování stávajícího systému a nesnižování počtu rezidenčních míst tedy nedostatek praktiků nehrozí a naše specializace se pravděpodobně stane jednou z věkově nejprogressivnějších.

I Jsou zajímavé stránky venkovského lékařství obecně známé v lékařské veřejnosti, nebo nikoli – a právě proto vznikla vaše pracovní skupina? Kdy a s jakými cíli byla ustavena a jak se tyto cíle daří naplňovat?

Otázce venkovského lékařství jsme se začali aktivně věnovat v roce 2012, kdy se podařilo ČR začlenit do Evropské asociace venkovských a odlehklých praxí (EURIPA). V roce 2016 byla založena Pracovní skupina venkovského lékařství SVL ČLS JEP, jejímž hlavním cílem je zajistit dostupnou kvalitní zdravotní péči lidem žijícím na venkově a profesní potřeby těch, kteří tuto péči poskytují. Zpočátku bylo nutné vnést vůbec nějaké povědomí o venkovském lékařství, což se snad již podařilo. Nyní se spíše zaměřujeme na faktický sběr dat a jejich zpracování, abychom byli schopni navrhnout možná reálná podložená řešení. Jako zásadní vidíme změny ve vzdělávání na LF a v předatestační přípravě. nam