

**Reakce na příspěvek Zpráva o stavu systému vzdělávání v klinické psychologii v České republice do roku 2023 od Ondřeje Bezdíčka, *E-psychologie*, 2023, 17(2)**

*Pavel Král*

**Úvod – výchozí body**

- 1) Právní předpisy, jimiž se specializační vzdělávání řídí, jsem již na různých místech vyjmenoval mnohokrát a v tomto smyslu se opakovat nechci. Nicméně je třeba konstatovat, že jde o právní předpisy platné a jako takové musí být dodržovány a respektovány, jakkoli si o nich můžeme myslet cokoli.
- 2) Klinická psychologie je nelékařským zdravotnickým povoláním a klinický psycholog může pracovat samostatně a bez indikace lékaře, a to v celé šíři oboru. Tomu musí odpovídat rozsah požadovaných znalostí.

**Kontext a vývoj specializačního vzdělávání v klinické psychologii**

Historie specializačního vzdělávání v klinické psychologii sahá do roku 1968, kdy byl při Ústavu pro doškolování lékařů zřízen Kabinet psychologie. Původním posláním byla především výuka lékařské psychologie v rámci postgraduálního vzdělávání lékařů, se zaměřením na psychologické aspekty péče o nemocné, nicméně se rychle rozvíjela i výuka vlastní klinické psychologie. Další kapitola začala v roce 1983, kdy byla pro psychology zahájena Speciální průprava pro práci ve zdravotnictví, tedy obdoba atestačního vzdělání lékařů. Tato průprava byla ukončena atestační zkouškou a její absolventi jsou od té doby označováni jako kliničtí psychologové.

V roce 1991 byla při ILF ustanovena Subkatedra klinické psychologie a jejím vedoucím se stal PhDr. Jan Ženatý.

V roce 1996 se začíná používat pojem Specializační příprava v klinické psychologii a v roce 2004 pak současný název Specializační vzdělávání.

Preatestační vzdělávání v klinické psychologii se tak od počátku rozvíjelo v těsném sepětí se vzděláváním lékařů a kopírovalo jeho model. Na konci devadesátých let pak byly do vzdělávacího programu zavedeny povinné výkony zapisované do logbooku a ustanoveny předepsané stáže. Vzdělávací program byl dvouapůlletý a pro další kontext možná bude užitečné citovat z jeho úvodu:

*1. Cíl specializační přípravy*

*Specializační příprava v oboru klinická psychologie je určena pro psychology, absolventy vysokoškolského jednooborového studia psychologie na filozofických fakultách, kteří se připravují k samostatné práci ve zdravotnictví. Jejím cílem je získání potřebných teoretických znalostí a praktických dovedností v oblasti prevence, diagnostiky a terapie, umožňující samostatnou činnost specialisty, klinického psychologa v ambulantní a lůžkové péči.*

## 2. Požadavky na specializační přípravu

*Celková délka specializační přípravy v oboru klinická psychologie je minimálně 30 měsíců praxe ve zdravotnictví pod vedením klinického psychologa v pracovním úvazku 1,0, z toho:*

### a) všeobecná příprava pro práci ve zdravotnictví

*6 měsíců praxe na lůžkovém oddělení nebo v ambulantní praxi pod vedením klinického psychologa, jejíž náplní je:*

- orientovat se v systému zdravotní péče
- seznámit se s postavením klinického psychologa v tomto systému
- získat praktickou zkušenost v typických oblastech zdravotní péče, v nichž se klinický psycholog uplatňuje

### b) povinná praxe v oboru

*24 měsíců minimálně na lůžkovém oddělení nebo v ambulantní praxi pod systematickým vedením klinického psychologa*

### c) povinná doplňková praxe v oboru

*1 měsíc na psychologickém pracovišti pro děti*

*1 měsíc na psychologickém pracovišti, které poskytuje své služby psychiatrickým pacientům*

*1 měsíc na psychologickém pracovišti, které poskytuje své služby pacientům jiných lékařských oborů.*

*Doplňkovou povinnou praxi lze vykonat ve kterékoli fázi specializační přípravy též formou odborných stáží.*

### d) účast na vzdělávacích aktivitách

*- povinný specializační kurz před závěrečnou zkouškou - 1 týden*

*- povinný kurz Neodkladná první pomoc – 3 dny*

*- povinný kurz Veřejné zdravotnictví a zdravotnické právo – 1 den*

*- doporučené další odborné akce pořádané IPVZ, AKP, Českomoravskou psychologickou společností aj.*

Velkou změnu pak přinesl rok 2004, kdy vstoupily v platnost „zdravotnické zákony“, tedy zákon 95/2004 a (pro klinickou psychologii klíčový) zákon 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních. Ten s sebou přinesl několik velkých změn. Zaprvé se pokusil odstranit nedostatek předchozího systému, kdy psycholog se stával zdravotníkem až po složení atestace. To totiž vedlo k tomu, že dokud nebyli atestováni, psychologové neměli zdravotnické platy, ale byli odměňováni dle tarifních tabulek pro tzv. technickohospodářské pracovníky. Tam, kde měli problematické vztahy s lékaři, měli zhusta potíže dostat se ke zdravotnické

dokumentaci a podobně. Nový zákon to řešil zavedením pojmu „psycholog ve zdravotnictví“. Pokud si vyhledáme jeho původní znění, nalezneme následující formulaci:

§ 22

***Odborná způsobilost k výkonu povolání psychologa ve zdravotnictví a specializovaná způsobilost k výkonu povolání klinického psychologa***

*(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání psychologa ve zdravotnictví se získává absolvováním nejméně pětiletého akreditovaného zdravotnického magisterského jednooborového studijního oboru psychologie.*

*(2) Do doby získání specializované způsobilosti psycholog ve zdravotnictví pracuje ve zdravotnickém zařízení pod odborným dohledem klinického psychologa způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.*

*(3) Specializovaná způsobilost psychologa ve zdravotnictví se získává úspěšným dokončením specializačního vzdělávání v trvání 5 let atestační zkouškou. Označení odbornosti psychologa ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí je klinický psycholog.*

*(4) Odborná a specializovaná způsobilost k výkonu povolání klinického psychologa se získává absolvováním nejméně pětiletého akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie a specializačního vzdělávání v oboru klinická psychologie, pokud bylo studium v akreditovaném magisterském studijním oboru zahájeno nejpozději ve školním roce 2007/2008.*

*(5) Za výkon povolání psychologa ve zdravotnictví (odstavec 1) se považuje činnost preventivní, diagnostická, léčebná, neodkladná, rehabilitační a dispenzární v oboru klinická psychologie prováděná bez indikace lékaře.*

*(6) Za výkon povolání klinického psychologa (odstavce 3 a 4) se považují činnosti uvedené v odstavci 5 a činnost posudková a revizní.*

Zákonodárce tehdy přepokládal, že do roku 2008 vznikne zcela nový vysokoškolský obor zdravotnické psychologie. Opustím-li chronologický popis, je třeba v zájmu zachování tematické linky konstatovat, že tento obor nakonec nevznikl, žádná vysoká škola si jej neakreditovala a najednou hrozilo, že kvalifikace v klinické psychologii bude paralyzována. V novele zákona z roku 2008 se proto objevil akreditovaný kvalifikační kurz „Psycholog ve zdravotnictví“. Ten mohly pořádat pouze vysoké školy. Dlužno poznamenat, že v té době šlo psychologii studovat na čtyřech vysokých školách, ke třem filozofickým fakultám (Praha, Brno, Olomouc) přibyla ještě FSS MU v Brně.

Druhou změnou bylo „uzákonění“ toho, že klinický psycholog pracuje zcela samostatně, a ke své práci nepotřebuje indikaci lékaře. Zde je nutno upozornit na důležitou (a pro pochopení celého kontextu klíčovou) věc. Ač zákon 96/2004 doznal do dnešního dne mnohých změn, tak

jsme dosud jediný nelékařský zdravotnický obor, který má ze zákona právo takto (tedy bez indikace lékaře) působit.

Třetí změnou pak bylo prodloužení specializačního vzdělání na pět let (stejně jako se prodlužovalo vzdělávání lékařů). A délka tohoto specializačního vzdělávání byla upravena v textu zákona.

Nový zákon s sebou zavedl i nový vzdělávací program. Ten s sebou přinesl systém akreditace pracovišť (opět podobně jako u lékařů) oprávněných budoucí klinické psychology vzdělávat a stanovil minimální čas, jenž musí pretestant na akreditovaném pracovišti strávit. Ustanovil povinnost vzdělání v psychoterapii a strukturu celého vzdělávání rozdělil na tři části, kdy zároveň předpokládal jejich paralelní plnění. Tedy předpoklad, že pretestant se současně vzdělává na třech úrovních: praktické, teoreticko-praktické a teoretické.

Praktická část znamená každodenní výkon klinicko-psychologické práce ve zdravotnictví pod odborným dohledem klinického psychologa. Obrácenou optikou to znamená, že psycholog bez atestace v klinické psychologii nesmí pracovat samostatně, ale musí mít vždy k dispozici atestovaného kolegu, který mu může poskytnout radu či pomoc. Splnění povinností praktické části se dokládá výkony zapisovanými do logbooku.

Teoreticko-praktická část je realizována prostřednictvím kazuistických seminářů, na nichž pretestant prezentuje své reálné kazuistiky a od školitele akreditovaného zařízení získává ke své práci zpětnou vazbu, provázanou s teoretickými poznatky. Takových seminářů je třeba absolvovat deset za semestr, celkem tedy minimálně sto za celou dobu specializačního vzdělávání.

Teoretická část vzdělávání měla probíhat (a probíhá) v IPVZ a obnáší minimálně jeden teoretický kurz za semestr, povinný týdenní specializační kurz, kurz první pomoci a kurz zdravotnické legislativy.

Kromě popsaných povinných součástí měli pretestanti běžně absolvovat i nepovinné vzdělávání, nejčastěji formou certifikovaných kurzů v hlavních psychodiagnostických metodách a systematický psychoterapeutický výcvik.

Zde je třeba se zastavit a vyvrátit jeden velmi rozšířený a nepodložený mýtus o neustálém zpříšňování podmínek. Změna vzdělávacího programu přinesla prodloužení o dva roky. Nicméně logbook (onen seznam povinných výkonů) zůstal stejný. Tedy na to samé penzum výkonů, na jehož splnění bylo původně dva a půl roku, bylo od této změny dvakrát tolik času.

Co se týká stáží, povinných kurzů a nepovinného vzdělávání, zde (jak je vidět z citace výše) k žádné změně nedošlo. Pokud jde o jednodenní kurzy, ty probíhaly již dříve (vždy první čtvrtek v měsíci), jen nebyly povinné.

Novinkou byly teoreticko-praktické semináře.

Dalším novým pojmem byly tzv. kredity. Vzdělávací program stanovil, kolik kreditů musí účastník získat za rok. V původním článku se píše: „...*povinné diagnostické kurzy (nejsou ve vzdělávacím programu napsány explicitně jako „povinné“, např. kurzy jako ROR či MMPI apod., nicméně kreditní systém tlačí atestanta pro splnění požadavků do jejich absolvování...“*“).

Skutečnost byla (a dosud je) jiná. V roce 2004 totiž vyšla Vyhláška č. 423/2004 Sb. (Vyhláška, kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků). Ta stanovila povinnost celoživotního vzdělávání, počet bodů (kreditů) za jednotlivé typy vzdělávacích akcí a potřebný počet kreditů za určitou dobu. Vzdělávací program byl napsán tak, aby pretestant získal potřebné body za prosté plnění povinností stanovených vzdělávacím programem, takže nebylo nutné absolvovat nic navíc. Pro úplnost asi zbývá dodat, že pokud zdravotník plnil předepsané vzdělávání, dostal osvědčení o tzv. registraci. První byla udělena za složení atestace, až poté bylo nutno kredity „sbírat“ a dokládat.

Na tom nic nezměnila ani další změna vzdělávacího programu v roce 2010. Ten platí dodnes a stále jsou v něm kredity uvedeny, ačkoli výše zmíněná vyhláška od roku 2017 neplatí. Proč zmínka o kreditech ze vzdělávacího programu nezmizela, vysvětlím níže, až bude řeč o akreditacích. Nicméně po dobu specializačního vzdělávání vždy stačilo plnit vzdělávací program pro získání potřebného počtu kreditů. To koneckonců trvá dosud, kdy je celoživotní vzdělávání v gesci AKP ČR. První diplom celoživotního vzdělávání (CŽV) je vystaven na základě předložení atestačního diplomu.

Žádný kreditní systém tedy nikoho k ničemu nenutí. A to, že někdo nemá další kurzy k jednotlivým diagnostickým metodám, není u atestace samo o sobě problém. Mimochodem, i autor článku, na který reaguji, je součástí lektorského týmu minimálně jednoho certifikovaného kurzu.

### **Zveřejňované statistiky...**

V článku, na nějž reaguji, se opakovaně objevuje interpretace úspěšnosti atestací, stesky nad tím, že jsou statistiky neúplné a návrhy toho, co by se ještě mělo sledovat, dodat a analyzovat. A následně by se nad tím vším mělo diskutovat. Nuže, doopravdy je to takto: Připouštím, že možná špatně hledám, nicméně klinická psychologie je v ČR jediným oborem, který pravidelně zveřejňuje atestační úspěšnost. Žádný jiný obor to nedělá. Důvod, proč jsem to začal dělat, byl prostý. Byl to jeden z argumentů, kterým se dlouhodobě snažím dokázat, že prodloužení specializačního vzdělávání z dvou a půl na pět let nepřineslo efekt, který asi mít mělo. Že ve svém důsledku přineslo spíše komplikace než užitek a že je třeba spíše strukturálních změn ve vzdělávání. Ta diskuse, jíž se, pane docente Bezdíčku, stále dovoláváte, již dávno začala. A zahájil jsem ji já. A právě to, že jsem tuto statistiku opakovaně prezentoval na různých odborných radách, pracovních skupinách, že jsem ji publikoval, právě to, že jsem o tom mluvil na všech jednáních, které jsem k věci vedl na půdě MZ, přispělo k tomu (samozřejmě spolu s jinými faktory), že v lednu tohoto roku pětiletá doba vzdělávání ze zákona zmizela a otevřela se tak cesta ke zkrácení vzdělávání.

Zde je ještě třeba další malá odbočka. V psychologii můžeme data získat klinickým nebo statistickým přístupem. Ty se od sebe odlišují. Během každého klinickopsychologického vyšetření kombinujeme oba způsoby. Samotná čísla a statistické výpočty nám nic neříkají o tom, jaká je realita. Data musíme interpretovat. A protože životní situace nejsou vyjádřeny

v číslech, jsme vždy omezeni v tom, jaká data máme aktuálně k dispozici. A o tom, co budeme vědět v budoucnu, rozhodujeme tím, jaká data se rozhodneme sledovat.

Získat data pro statistiku nebylo jednoduché. Za staršími daty je spousta práce instruktorky Katedry psychologie, která musela přepsat mnoho věcí z papírové podoby. A je třeba ještě poznamenat, že je snadné říci, jaká data by měla být předložena, nicméně ani IPVZ, ani MZ ČR nejsou instituce zřízené primárně pro sběr dat. Jistě je mnoho věcí, které by stálo za to zjistit a zmapovat. V dalším textu nějaké vyjmenuji a pokud by se autor původního textu (či kdokoli jiný) chtěl na sběru dat a jejich zpracování podílet, ke spolupráci ho srdečně zvů.

Nicméně níže uvádím nějaká další data:

Celkem se od roku 2006 pokusilo z KP atestovat:	625
Nakonec odatestovalo	547
% těch, co nakonec uspějí	87,52
úspěch na první pokus	422
% úspěch na první pokus (ze všech)	67,52
% úspěch na první pokus (z úspěšných)	77,15
úspěch na druhý pokus	96
% úspěch na druhý pokus (ze všech)	15,36
% úspěch na druhý pokus (z úspěšných)	17,55
úspěch na třetí pokus	23
% úspěch na třetí pokus (z úspěšných)	4,20
úspěch na čtvrtý pokus	2,00
% úspěch na čtvrtý pokus (z úspěšných)	0,37

Úspěšnost atestace z psychoterapie od r. 2020:

ROK	POČET ÚČASTNÍKŮ	PROSPĚL (počet)	NEPROSPĚL (počet)
2020	17	16	1
2021	28	28	0
2022	35	34	1
2023 (jaro)	22	22	0

Úspěšnost atestace z dětské klinické psychologie (od roku 2018)

ROK	POČET ÚČASTNÍKŮ	PROSPĚL (počet)	NEPROSPĚL (počet)
2018	7	6	1
2019	10	9	1
2020	5	5	0
2021	4	4	0
2022	10	8	2
2023 (jaro)	3	3	0

Sledovat a analyzovat lze leccos. Jen je potřeba znát širší souvislosti celého systému a neplést si korelaci a kauzalitu. V první fázi shromažďování dat jsme například sledovali, na které škole atestanti studovali. Nicméně tato data jsem se rozhodl nepublikovat a dále ani neshromažďovat, protože by to pravděpodobně nepřineslo nic dobrého. Jen by to mohlo vyvolat další nespokojenost a začalo by se říkat, že u zkoušky diskriminujeme absolventy některých škol.

Na konci původního textu autor rozdává úkoly, co mu má kdo předložit a jak to má být nezávislé. Netuším, kde se bere jeho nedůvěra ani co je míněno tou závislostí. Jak jsem již napsal – starší data, která používám, prostě opsala instruktorka katedry z archivované papírové dokumentace a nová jsou z databáze Studijního oddělení IPVZ. Na čem jsou ta data závislá? A kde se vezmou ta nezávislá? To je problém s celou dikcí kampaně pana docenta. Neustálé vyvolávání pocitu strachu z toho, že se někde děje nějaký komplot, týrání, podvody... Ale nic takového se neděje.

### **Srovnávání vzdělávání v klinické psychologii s jinými obory...**

Problém srovnávání spočívá ve výběru porovnávaných aspektů. Je jasné, že vždy a všude najdeme něco, co je jinde lepší. Jenže je pak potřeba otevřeně mluvit i o tom ostatním. Je pravda, že praktičtí lékaři mají nejkratší dobu specializačního vzdělávání ze všech lékařských profesí, nicméně z této doby stráví 16 měsíců stážemi na lůžkových odděleních. Také je pravdou, že kliničtí logopedi mají kratší dobu vzdělávání než kliničtí psychologové, nicméně podívejme se i na další. Jednak nemohou pracovat bez indikace lékaře, což je výsada, které se klinická psychologie, předpokládám, vzdát nechce. V rámci IPVZ nemají samostatnou katedru a jejich vzdělání zastřešuje lékař jako vedoucí katedry, jejich logbook obsahuje 220 výkonů, tedy o mnoho více než náš, co se týká povinných kurzů (jejichž množství v případě klinické psychologie je autorem článku kritizováno), mají (jako my) povinný jeden den za semestr a k tomu minimálně 2x6 dnů za semestr jiných kurzů. Podíváme-li se do úhradové vyhlášky, zjistíme, že jako obor mají od zdravotních pojišťoven o něco nižší úhrady. Zkrátka a dobře, porovnávat cokoli je ošidné a vždy záleží na tom, jaké kritérium si zvolíme, která fakta zdůrazníme a která ignorujeme. Mimochodem, jejich atestační úspěšnost je srovnatelná s naší, ale mně nepřísluší tato data publikovat.

Mimochodem, o podobná data jsem požádal Českou advokátní komoru, kde je úspěšnost advokátních zkoušek cca 75 % a Komoru daňových poradců, kde úspěšnost nepřesahuje 30 %. To jen pro rozšíření obzorů.

Srovnávat atestační úspěšnost klinických psychologů a lékařů je problematické ještě z jednoho důvodu. Vzdělávání totiž nezačíná vstupem do specializačního vzdělávání. Začíná už vysokou školou. Konkrétně jsem se tomu věnoval ve svém článku v Tempus Medicorum a dovolím si tedy opět citovat sám sebe:

„.....Hlavním rozdílem oproti vzdělání lékařů je totiž již studium pregraduální, kdy psychologové studují na filozofických (či jiných humanitně zaměřených) fakultách vysokých škol. Na rozdíl od studia medicíny, která lékaře připravuje pro jasně danou profesi, studium psychologie je obecnější. Dobře to ilustruje například informace o profilu absolventa tak, jak ji uvádí web Katedry psychologie FF UK: „...je připraven vykonávat odbornou psychologickou práci v oblastech výzkumu a výuky psychologie na vysokých školách, rezortních institutech, zejména však v mnoha oblastech praxe s orientací na ekonomiku, školství, zdravotnictví, sociální služby, soudnictví a vězeňství, dopravu, vojenství, sport ap. Hlubší specializace a vykonávání samostatné činnosti v daném aplikačním oboru předpokládá další postgraduální specializační vzdělávání absolventa, které povede k samostatné odborné psychologické činnosti.“

Absolvent studia psychologie, který se rozhodne pro práci ve zdravotnictví, tedy pro klinickou psychologii, tak má za sebou studium, jehož mnohé části ve své další zdravotnické praxi nevyužije, naopak se musí mnohé od základů naučit až v následném specializačním vzdělávání.

Nesrovnatelné je také penzum praktických dovedností získaných prostřednictvím povinných stáží. Studium psychologie totiž zahrnuje (v závislosti na konkrétní škole) pouhých cca 400 hodin (10 týdnů) stáží, které ovšem musí být z různých psychologických oborů, tedy nejen klinicky zaměřených. Samozřejmě, mnoho studentů dobrovolně absolvuje praxí daleko více, není to však pravidlem ani povinností.....

.....Úspěšnost při atestacích v klinické psychologii je bezesporu nižší než úspěšnost atestací lékařů. Pro srovnání v roce 2016 atestovalo v ČR ve 44 oborech 951 uchazečů, přičemž uspělo 865, neuspělo 86, což představuje úspěšnost 90,96%. (zdrojová data jsou k dispozici u autora).

Při povrchním porovnání by se tak atestace v klinické psychologii mohla jevit jako neúměrně přísná. Nicméně skutečnost je zřejmě složitější. Pravděpodobně tkví v náročnosti pregraduálního studia a procentuální úspěšnosti v něm. Z těch, kdo nastoupí do prvního ročníku psychologie, získá magisterský titul (v závislosti na škole) cca 85-95 %. Zde je potřeba ještě poznamenat, že studium psychologie je rozděleno na bakalářský a magisterský stupeň a prakticky veškerý úbytek připadá na bakalářský stupeň nebo na ty jeho absolventy, kteří do navazujícího magisterského studia vůbec nenastoupí. Z těch, kdo nastoupí magisterské studium ho pak dokončí prakticky všichni (údaje z jednotlivých VŠ, které své údaje autorovi poskytly, jsou k dispozici u autora). U studentů medicíny se úspěšnost pohybuje mezi 60 a 90 % (údaje od lékařských fakult, které autorovi poskytly údaje, jsou k dispozici u autora). Dalším faktorem je náročnost studia vyjádřena náročností jednotlivých zkoušek. To je samozřejmě velmi



subjektivní údaj, nicméně skutečností je, že psychologové se velmi často vyjadřují ve smyslu, že atestace byla nejtěžší zkouška, již v životě skládali, zatímco pro lékaře je to jen jedna z řady náročných zkoušek. Jinými slovy se domníváme, že vystudovat medicínu je náročnější než vystudovat psychologii. Nicméně tím, že specializační vzdělávání v klinické psychologii (včetně atestační zkoušky) je nastaveno tak, aby se svou náročností blížilo „lékařské“ úrovni, úspěšní absolventi by měli být rovnocennými partnery lékařů v komplexní péči o pacienty; atestovaný klinický psycholog by měl být schopný samostatně pracovat ve zdravotnictví v kontextu všech lékařských oborů (včetně somatických)...

Novější data k dispozici nemám, ale určitě by bylo zajímavé je mít. Pokud by se na tom kdokoli chtěl podílet, budu s ním rád spolupracovat. Ale předpokládám, že dojdeme k tomu, že vystudovat medicínu je výrazně náročnější než vystudovat psychologii. A k tomu, že poměr absolvovaných vysokoškolských předmětů, které lékař využije ve své praxi, k těm, které v ní nevyužije, bude zcela jiný od podobného poměru v případě klinické psychologie. Ta se totiž na VŠ cíleně nestuduje a mnoho předmětů, které jsme absolvovali, pro klinickopsychologickou praxi nevyužijeme. Tím nechci říct, že jsou neúčinné či nezajímavé, jen se prostě nepřekrývají s klinickou psychologií. Koneckonců kurikula VŠ studia psychologie jsou běžně dostupná a toto tvrzení si může kdokoli ověřit sám.

### **Co se do předpisů nevejde...**

Pro pochopení celé problematiky je důležitá ještě jedna věc. I zde bych mohl použít paralelu s klinickými a testovými metodami. Předpisy jsou definované, dostupné pro nastudování a je třeba je respektovat. Nicméně každý právní předpis má svůj výklad, podle kterého je realizován. Na IPVZ jsem zažil čtyři ředitele, zažil jsem různé partnery pro jednání na straně MZ. Pokusím se na několika příkladech ilustrovat, jak velké dopady může mít změna přístupu k interpretaci právního předpisu.

Když jsem nastoupil na IPVZ, bylo běžnou praxí (podotýkám, že celé instituce), že pokud někomu ke dni atestace chyběl třeba týden předepsané praxe, požádal o výjimku a ten týden mu byl odpuštěn. Panovalo přesvědčení, že (budu-li parafrázovat V. Havla) důležitý je „duch zákona“. S touto praxí bylo nutno skončit, protože to, co začalo jako dobrá vůle, se začalo automaticky předpokládat a najednou nebylo jasné, kde je hranice. Týden se odpustit dá. A deset dní? A dva týdny? A když je mínus týden skoro norma, co když někomu chybí den do toho „mínus týdne“? Jediné řešení nakonec bylo s výjimkami přestat.

Před dalším příkladem bude nutné zastavit se u procesu akreditací. S tím, jak vzdělávací program začal předpokládat vznik akreditovaných pracovišť, vznikl na MZ systém jejich akreditace. Ten se v průběhu let měnil (dlužno říci, že akreditovat zdravotnické zařízení vyžadovalo a vyžaduje poměrně rozsáhlou administrativní práci pro žadatele o akreditaci). Zpočátku bylo pro zdravotnická zařízení možné akreditovat se jen na jednu část vzdělávacího programu (praktická, teoreticko-praktická) nebo na obě. Dnes to už možné není a je vždy nutné akreditovat si celý vzdělávací program, kdy platí zásada, že co nemůže dané zařízení zajistit samo, musí si zařídit smluvně. Před lety existovala možnost do udělené akreditace přivít

smluvní zařízení, existoval na to tiskopis. Nicméně pak MZ začalo zastávat právní názor, že udělenou akreditaci měnit nelze a tento postup již několik let možný není. Přitom pro průběh vzdělávání jde o podstatnou věc. Když totiž v zařízení, které máte nasmlouvány pro stáže, klesne ochota stážisty brát, nemáte najednou školence kam poslat, protože dle právního názoru MZ se můžete pohybovat jen v mantinelech vymezených tím, co je uvedeno ve vaší akreditaci.

Příkladem téhož je přístup ke kazuistickým seminářům. Proč vznikly, vysvětlím ještě později, nicméně byly zamýšleny tak, aby školencem mohlo jít na seminář na kterékoli pracoviště, které je má akreditované. Aby viděl různá pracoviště, různé školitele, různé přístupy. A nějakou dobu to tak i fungovalo. Pak ale MZ začalo prosazovat výše zmíněný právní názor a už to možné není. Vzdělávací program se nezměnil, ale změnil se přístup k jeho interpretaci. Mimochodem, tento krok přinesl (kromě zhoršení přístupu k různým pohledům různých školitelů) i jinou významnou komplikaci. Když totiž školencem zameškal nějaké semináře kvůli nemoci, dovolené a podobně, a „jeho“ akreditované zařízení už žádný nepořádalo, neměl, jak splnit povinnosti pro daný semestr. Tehdy jsem na MZ složitě vyjednal dodatek ke vzdělávacímu programu, který školencům umožňuje absolvovat v každém semestru tři semináře jinde než ve „svém“ akreditovaném zařízení. Jednání to nebylo jednoduché, nicméně na tomto místě musím paní ředitelce Odboru nelékařských povolání (ONP) MZČR ještě jednou poděkovat za vstřícnost a pochopení, s nímž tento dodatek schválila, ač nemusela (a právně by to bylo v pořádku).

Často slyšíme, ať změním to, či ono. Když pomínu, že zákon nebo vyhlášky pouze vůlí změnit neumíme, tak i tam, kde se věci měnit dají, není to nakonec tak jednoduché. Když jsem nastoupil do funkce vedoucího katedry (tehdy ještě subkatedry), byly v platnosti souběžně tři vzdělávací programy. Ten starý, jehož číslo si již nepamatuji, pak ten dle Nařízení vlády č. 463/2004 Sb. a nejnovější (dosud platný) dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. Druhý a třetí vyžadovaly akreditaci. Protože to ale byly jiné právní dokumenty, tak když mělo nějaké zařízení akreditaci podle Nařízení vlády č. 31/2010, tak se v něm nemohl vzdělávat ten, kdo byl zařazen dle Nařízení vlády č. 463/2004. I přes to, že ty vzdělávací programy jsou prakticky identické, tak pro administrativní systém to jsou dvě jiné právní normy. Nemá cenu popisovat obtíže při řešení běžných životních situací jako je návrat po mateřské dovolené, změna pracovního místa a podobně. Vzdělávací program, který máme, potřebuje změny. Bezesporu. Vzpomínáte si ještě na zmínku o kreditech? Tedy např. už proto, že kreditní vyhláška, jak už jsem psal, pozbyla platnost a stále ještě platný vzdělávací program s kredity operuje. Ale jakákoli změna v textu vzdělávacího programu, o níž právníci MZ usoudí, že už je podstatná (jak je ta podstatnost definována, nevím) povede k tomu, že to už bude nový vzdělávací program. A to s sebou pro akreditovaná zařízení nutnost akreditovat se znovu, protože automaticky se ta změna neděje. Pro školence to znamená komplikace výše uvedené. Pro zdravotnická zařízení zase mnoho administrativní práce s potenciálem na další akreditace raději rezignovat. Tím by školenci ovšem potenciálně mohli přijít o školící místa. Není to tak, že bychom se změnám bránili nebo neměli představu, jaké by měly být. Jen při zvážení všech „pro a proti“, jsme dospěli k tomu, že praktický efekt by byl menší než náklady. V každém případě se jevílo jako efektivní vyčkat, až budeme mít dostatečně velký balík podstatných a důležitých změn vzdělávacího programu pohromadě a až budou zákonné podmínky (zejm. změna zákona č. 96/2004 co se týká např. délky specializačního vzdělávání) a politická vůle pro to, aby potřebné změny bylo realistické

zkoušet prosadit. Tedy, abychom nevystavovali školence a zdravotnická zařízení frustraci vyplývající z neustálých akreditací a reakreditací.

### **Cena specializačního vzdělávání...**

Zde je třeba konstatovat, že kalkulace nákladů, jež je čtenářům předkládána, je zcela mimo realitu. V první řadě je opět potřeba definovat pohled, kterým se na věc díváme. Protože se liší pohled školence a zaměstnavatele, protože jinak je to v ambulanci (která je placená na základě vykázané péče) a jinak je to v nemocnici v systému DRG nebo platby za lůžkoden.

Náklady na vzdělávání můžeme rozdělit na přímé, tedy samotnou cenu kurzů, a nepřímé, tedy cestovné, stravné, ubytování... Z hlediska zaměstnavatele do nákladů patří také plat, který musí školenci zaplatit (včetně odvodů, které zaplatí státu), a také ušlý zisk za zdravotní péči, kterou v době, kdy je na kurzu, školencem neposkytne a nevykáže pojišťovně.

Zde je opět nutná malá odbočka... Současný vzdělávací program, ač několikrát novelizovaný a přepracovaný, má původ v osmdesátých letech minulého století. Tehdy většina psychologů pracovala v nemocnicích nebo léčebnách, tedy u lůžka, a zdravotnictví mělo zcela jiný úhradový systém. Neznám přesná čísla, ale dnes pracuje většina klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví v ambulancích. (Zde je další podnět pro výzkumnou otázku. Kolik atestovaných klinických psychologů vlastně v ČR reálně působí a kde? A jak je to se školenci?). Pokud někdo pracuje v nemocnici, zpravidla není problém, aby absolvoval „kolečko“ po různých odděleních a pracovištích. Pokud pracuje v ambulanci, často soukromé, záleží na tom, jak jeho zaměstnavatel najde kompromis mezi dvěma vzájemně rozpornými potřebami. Specializační vzdělávání vyžaduje účast na kurzech a čas na učení, zaměstnanec si ale zaměstnavatel hledá proto, aby většinu času věnoval práci, která naopak peníze přináší. Takže na jedné straně spektra máme školence, jimž jejich zaměstnavatel kurzy platí, poskytuje jim na ně volno a vysílá je na ně formou služebních cest a na druhé straně spektra jsou školenci, co si vše platí sami a na kurzy si berou dovolenou. Na jedné straně spektra stojí školenci, kteří většinu vzdělávání absolvují u svého zaměstnavatele, na druhé straně stojí ti, kdo musí všechno pořídit externě. Na jedné straně spektra stojí ti, jejichž absence v práci je (z ekonomického hlediska) pro zaměstnavatele ve zcela přijatelných mezích, na druhé straně ti, jejichž absence je v součtu přímých a nepřímých nákladů velmi drahá. Na jedné straně spektra stojí školenci, jejichž školitel se jim věnuje (a to stojí čas a peníze), na druhé straně spektra jsou školenci, o něž se jejich školitel stará jen formálně (protože to peníze přináší). Protože od školenců (nyní jsme na té klinické úrovni) slyším množství příběhů, zajímalo by mne, jak je to v globálním pohledu. (Máte, pane docente Bezdíčku zájem spolupracovat na tom statistickém poznání?)

Náklady pro vlastní specializační vzdělávání jsou tedy dány vzdělávacím programem. Každý musí zaplatit deset jednodenních kurzů v IPVZ, pětidenní specializační kurz, dvoudenní kurz první pomoci a jednodenní kurz základů zdravotnické legislativy. To je k dnešnímu dni 33.400,- Kč za pět let. Tam je cena jasná.

Pak je psychoterapeutické vzdělání. Kurz psychoterapeutického minima si kdysi akreditovala AKP ČR, ale nikdy reálně neproběhl, dnes už ho ani nikdo akreditovaný nemá, takže uvádět kamkoli jeho cenu je čistá fabulace. Zbývá tedy 200 hodin psychoterapeutického

výcviku schváleného pro zdravotnictví. Tam se cena liší od institutu k institutu, jsou levnější a jsou dražší. A zase k ceně kurzovního je ubytování, strava, doprava. (Zde další otázka pro případný výzkum. Seznam schválených výcvikových programů je veřejně dostupný. Pokud vím, nikdo dosud neshromáždil a nepublikoval data, která by jednotlivé výcviky popsala z hlediska jejich reálné finanční náročnosti. Co Vy na to, pane docente?)

Zbývají kazuistické semináře. Pokud probíhají na pracovišti, je to jiné, než pokud je třeba platit za ně externímu subjektu. Pokud je někdo pro své školence pořádá, je to pro něj nepřímý náklad za čas, který nevěnuje pacientům, který je ale možno částečně kompenzovat tím, že se semináře za úhradu účastní externí školenci.

Totéž platí o stážích. Pokud si dva pretestanti v rámci nemocnice na čas „vymění místa“, nikoho to nic nestojí (kromě času školitele). Pokud někdo z ambulance musí zaplatit tři měsíce stáží, může to být drahé.

Znám různé případy. Od mladých kolegů, kteří musí mít sedm pacientů v terapii každý den a mají méně než 20.000,- Kč „čistého“, po pretestanty, jejichž čistý plat se blíží 50.000,- Kč a mají služební auto. Žijeme v nějakém ekonomickém a právním systému. Mnoho věcí se mi v něm nelíbí. Ale marná sláva, to, jak interaguje se vzdělávacím programem v klinické psychologii, není primárně záležitostí Katedry psychologie IPVZ ani onoho vzdělávacího programu. V té souvislosti bych rád poznamenal, že se roky snažím přesvědčit AKP ČR (dlužno poznamenat, že zatím marně), že by měla vydat nějaké stanovisko k tomu, jaké pracovní a platové podmínky by měli pretestanti mít.

V té souvislosti bych rád zmínil ještě několik skutečností. Za dobu mého působení na Katedře klinické psychologie IPVZ již proběhly dva projekty, v jejichž rámci jsme se snažili školencům ulehčit a z těchto projektů jsme hradili specializační kurz. Nyní IPVZ připravuje dokumentaci pro nový projekt, který, pokud se vše podaří zdárně zrealizovat, opět přinese alespoň částečnou finanční úlevu.

Zde je třeba zmínit ještě další bod – a tím jsou rezidenční místa. Pro rok 2023 jich klinická psychologie získala pouze deset. Přidělená částka činí 138.000,- Kč na šedesát měsíců vzdělávání. I to je něco, co je třeba změnit. Ale nepatří to do gesce IPVZ. Ale nevšiml jsem si, že by se o toto téma kterýkoli z bojovníků za spravedlivé změny nějak zajímal.

### **Problematické body specializačního vzdělávání...**

Nemohu začít jinak než konstatováním, že předpoklad, že změna atestační komise vyřeší nedostupnost klinickopsychologické péče v ČR, je nepřipustně velkým zjednodušením, ne-li úplnou a účelovou fabulací.

Jaké jsou tedy reálné problémy mající vztah k nedostatečné dostupnosti kvalifikované klinickopsychologické péče?

Na prvním místě je třeba jmenovat nedostatek míst v AKK Psycholog ve zdravotnictví. Psychologii lze v ČR studovat na deseti vysokých školách, ale jen tři z nich nabízejí zmíněný kurz. Až do ledna tohoto roku zákon stanovil, že tento kurz může učit pouze vysoká škola. To vedlo k situaci, že jen malá část absolventů psychologie se mohla stát psychology ve zdravotnictví a tím vůbec vstoupit do specializačního vzdělávání. A to je k absolventům

českých škol ještě připočítat absolventy škol zahraničních. Roky jsem se snažil o to, aby kurz mohl organizovat i IPVZ. Tato možnost se otevřela letos v lednu, v souvislosti se změnou zákona 96/2004. V červnovém Věstníku MZ ČR vyšel nový Vzdělávací program pro AKK Psycholog ve zdravotnictví, který vznikl ve spolupráci s AKP ČR a vysokými školami. V té souvislosti bych rád poznamenal, že ač autor opakovaně prosazuje posílení pozice vysokých škol v rámci specializačního vzdělávání, není jisté, že o to ty školy stojí. Je třeba říci, že zájem většiny vysokých škol byl v případě zmíněného AKK, diplomaticky řečeno, více než vlažný. Každopádně, nový vzdělávací program AKK je na světě. IPVZ nyní připravuje podklady pro akreditaci a pokud vše půjde dobře, na podzim bychom mohli tento kurz poprvé otevřít. Za tím vším je hodně práce a mnoho té práce je mojí. Jde o zcela konkrétní krok, který odstraní jedno z „úzkých hrdel“.

Další překážkou pak je řídká síť klinickopsychologických pracovišť, kvůli které v některých regionech není jednak pro pacienty možné najít péči, ale ani pro mladé kolegy najít zaměstnání. Hustota sítě zdravotnických zařízení je ovšem zcela v kompetenci krajských úřadů a zdravotních pojišťoven.

Jak jsem psal už dříve, dalším problémem je pak výše platu, za který může jít absolvent do „kliniky“ pracovat a který je zcela nesouměřitelný například s prací v personalistice. Částečně jsem se k tomu vyjádřil už dříve. Jen je potřeba říci, článek je psán pohledem a optikou zaměstnance fakultní nemocnice. Tam jsou tarifní platy dané. O tom, jak jsou placeni ti, na něž se tarifní platy nevztahují, žádná data nemáme. Ani o tom, kolik kterých je. A to je další otázka pro případný výzkum. Mimochodem na konci roku 2020 jsem v souvislosti se zaváděním atestace v psychoterapii zveřejnil krátkou anketu, v níž jsem se mimo jiné i ptal na názory kolegů ohledně toho, kolik by měl být plat atestovaného psychoterapeuta. Odpovědi mám cca od 280 lidí, pokud má někdo zájem o jejich využití, mohu je dát (bez uvedení konkrétních jmen) k dispozici.

Další z faktorů, který snižuje počet klinických psychologů ve zdravotnickém systému je i to, že mnozí atestovaní kolegové opouštějí zdravotnictví a zcela nebo alespoň částí úvazku, působí na živnostenský list, kdy své služby poskytují mimo zdravotnický systém, ale přesouvají se do systému živnostenského. To je (dle veřejně dostupných údajů) případ i mnoha signatářů „Iniciativy“. Každopádně, pokud máme analyzovat celý systém klinickopsychologické péče, bylo by dobré vědět, kolika klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví se to týká a jakým poměrem jsou ve zdravotnictví a mimo něj.

V článku je zmiňováno to, že mnoho kolegů atestuje později než po pěti letech. Určitě se můžeme pokusit zjistit, kolik jich je. Problém je, že není úplně jasné, jak si tuto otázku položit. Může to být kvůli mateřským dovoleným. Pak je to kvůli zkráceným úvazkům (pak vyvstává otázka, co a proč dělají kolegové v rámci té druhé, nezdravotnické části své pracovní kapacity). Pak jsou kolegové, kteří mají vše splněno a ke zkoušce prostě dlouho nejdu. Opět se nabízí otázka, proč a kolik jich je. Pak je tu trend prodlužování vzdělávání. Zde by asi stálo za to mít pro srovnání údaje o tom, kolik lidí dokončí například VŠ během pěti let a kolik si ji prodlouží. A samozřejmě další otázka, zda se tyto údaje budou nějak dramaticky lišit. A zcela určitě je tu i další fenomén, který trefně popsal jeden z účastníků výše zmíněné ankety, když napsal: „Jediná motivace zaměstnavatele v soukromém zařízení je mít jednoho člověka s atestací a

ostatní mít jako psychology ve zdravotnictví...“ Samozřejmě, popisoval svou zkušenost, ale předpokládám, že není ojedinělá. Psycholog ve zdravotnictví pracující pod odborným dohledem je logicky pro zaměstnavatele levnější a má potenciál generovat zisk srovnatelný s klinickým psychologem. A pak jsou kolegové, kteří sami o atestaci nestojí a „papír“ na to, že mohou pracovat samostatně, nechtějí. Kolik kterých je, nevíme. Ale i zde platí moje nabídka k výzkumné spolupráci.

### **Nový vzdělávací program...**

Pomalou se blížíme k závěru, ale úvodem této kapitoly bych rád řekl, že jsme kritizováni prakticky za vše. Učíme špatně, ale pokud chceme učit více, je to zase špatně.

Těžiště specializačního vzdělávání neleží na Katedře klinické psychologie IPVZ, ale na školitelích praktické části vzdělávacího programu. Specializační vzdělávání totiž trvá 60 měsíců. Pokud bychom počítali jen pracovní dny, pak při přibližně 250 pracovních dnech za rok, je to 1250 pracovních dnů. Ze vzdělávacího programu v klinické psychologii vyplývá, že (pokud nepočítáme kurzy první pomoci a základů zdravotnické legislativy) musí školeneц v IPVZ absolvovat deset jednodenních kurzů a pětidenní specializační kurz. To je 15 dnů, po které má Katedra klinické psychologie přímý vliv na průběh vzdělávání. To je 1,2 % času specializačního vzdělávání. Pokud bychom předpokládali, že učit se je možné i o víkendy a počítali všechny kalendářní dny, je to 0,82 %. To je směšně nízké číslo na to, aby se dalo hovořit o smysluplném vzdělávacím procesu.

Jak již bylo opakovaně řečeno, máme nové znění zákona, z něhož „vypadla“ časová pětiletá podmínka. Ve shodě s AKP ČR jsme navrhovali, aby tam nějaké časové definice zůstala, konkrétně čtyřletá. Nicméně nestalo se. Touto změnou zákona a ve světle toho, co jsem výše psal o akreditacích, nastala doba na změnu vzdělávacího programu. Osobně bych si představoval změnu daleko zásadnější, ale vzhledem k tomu, co jsem již popisoval, že budou existovat dva programy vedle sebe, že mezi nimi bude potřeba přecházet, že celý systém, jakkoli není bezchybný, přeci jen nějak funguje, zvolili jsme pro návrh spíše cestu evoluce než revoluce. Návrh je stále ve stádiu připomínkového řízení, takže nic není definitivní, ale pokusím se popsat a vysvětlit podstatné změny.

Navrhujeme zkrácení na čtyři roky. V případě dětské klinické psychologie na 18 měsíců.

Navrhujeme navýšení dnů povinného teoretického vzdělávání tak, abychom měli možnost teoretické vzdělávání pojmout více systematicky. Místo jednoho dne za pololetí to budou dny dva. K tomu je třeba poznamenat, že náš návrh připouští polovinu teoretického vzdělání absolvovat online formou, takže nepřibude cestování.

Navrhujeme, aby teoreticko-praktické semináře bylo možno absolvovat v kterémkoli akreditovaném zařízení (viz vysvětlení výše).

Definujeme povolenou absenci, která doteď nijak řešena nebyla.

Od nápadu navýšit povinné stáže, o kterém autor článku referuje, jsme ustoupili – a to dávno předtím, než byl jeho text přijat redakcí E-psychologie.

Navrhli jsme skutečně navýšit počet dětských vyšetření, konkrétně o pět vyšetření za využití vývojových škál. Důvodem je, že dětská část atestace je pro mnohé skutečně největší překážkou a mnozí kolegové při zkoušce říkají, že žádnou vývojovou škálu nikdy neviděli. V situaci, kdy atestace z klinické psychologie opravňuje i k práci s dětmi, je takový stav problematický. Současně tím reagujeme na změny dotýkající se režimu práce kolegů – praktických lékařů pro děti a dorost, kteří od r. 2016 dělají v rámci preventivních prohlídek povinné screeniny na vývojové poruchy v 18 a případně 24 měsících věku a v případě pozitivního výsledku vystavují požadavky na vyšetření dětí batolecího věku klinickými psychology (nutnost umět práci s dětmi útlého věku a zakotvit zřetelněji diagnostiku vývojovými škálami do logbooku je tu pak nasnadě, pacientů v útlém věku a na počátku věku předškolního indikovaných ke klinickopsychologickému vyšetření a péči klinického psychologa v ambulancích velmi za uplynulé roky přibýlo a je třeba se s tímto požadavkem odborné lékařské společnosti vypořádat). Na druhou stranu jsme zase snížili počet předepsaných komunitních sezení, takže celkový počet výkonů v logbooku se nezměnil. A ani časová náročnost, protože vyšetření pomocí vývojové škály netrvá, včetně vyhodnocení, zpravidla více než hodinu a ostatní části vyšetření (anamnéza apod.) děláme tak jako tak.

### **Závěrem...**

Situace v klinické psychologii by mohla být lepší. Do systému by přes školy a AKK mohlo přibýt více lidí. Mohlo by být více pracovních míst. Klinická psychologie by mohla být lépe odměňována. Na vzdělávání by mohlo být vyhrazeno více finančních prostředků. Školitelé by mohli mít více času. Více praxe by mohlo být v lůžkových zařízeních. Spousta věcí by mohla být jinak. Ale abychom mohli cokoli měnit, je třeba, abychom pochopili, co se vlastně v systému děje. Některá data máme, mnohá budeme muset teprve získat. Pokud o to má někdo zájem, určitě uvítám jeho pomoc. Mnohá data totiž nikde nenajdeme a odnikud nevytáhneme, budeme je muset od začátku získat, vymyslet otázky, které nás zajímají a způsob, jak na ně získat odpovědi.

Na závěr si dovoluji velmi osobní poznámku. Když jsem od Dr. Ženatého katedru přebíral, snížil se úvazek vedoucího katedry z 1,0 na 0,5. Stejně jako úvazek instruktorky. Dnes mám na starosti katedru, která se stará o jeden základní a dva nástavbové obory. Nyní mě čeká ještě AKK psycholog ve zdravotnictví. To vše v úvazku 0,7 tarifního platu, donedávna ve 13. platové třídě, nyní ve 14. Práce, kterou to s sebou nese, je spousta. Částečně je to administrativa, částečně tvůrčí práce s cílem nějakého rozvoje a pak práce, která nic smysluplného nepřináší. Jako psaní podobných odpovědí.

(Příspěvek byl redakčně zkrácen se souhlasem autora a zařazen do 2. čísla, 2023).

1. září 2023

### Odkazy

Bezdíček, O. (2023). Zpráva o stavu systému vzdělávání v klinické psychologii v České republice do roku 2023. *E-psychologie*, 17(2), 73-83. <https://doi.org/10.29364/epsy.470>

Otevřený dopis adresovaný vedení Katedry klinické psychologie, IPVZ a reakce na něj. 19. 4. 2023. <https://www.ipvz.cz/o-ipvz/kontakty/pedagogicka-pracoviste/klinicka-psychologie/otevreny-dopis-adresovany-vedeni-katedry-klinicke-psychologie-ipvz>

Brodský, J., & Král, P. (2023). *PhDr. Pavel Král, Ph.D. - Návštěva psychologa není osobním selháním* [rozhovor]. <https://www.ipvz.cz/rozhovory/rozhovor-phdr-pavel-kral-ph-d>

Král, P. (2022, 20. 7.). Specializační vzdělávání v klinické psychologii. *Medical Tribune*. <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/specializacni-vzdelavani-v-klinicke-psychologii/>

Král, P. (2017). Specializační vzdělávání v klinické psychologii. *Tempus Medicorum*, 26(7-8), 34-35. [https://www.lkcr.cz/doc/tempus\\_file/tm-07\\_08\\_17-130.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/tempus_file/tm-07_08_17-130.pdf)

### Údaje o autorovi

PhDr. Pavel Král, Ph.D. je vedoucím katedry klinické psychologie IPVZ.

Email: [subkatedra.psychologie@gmail.com](mailto:subkatedra.psychologie@gmail.com)

---

Král, P. (2023). Reakce na příspěvek Zpráva o stavu systému vzdělávání v klinické psychologii v České republice do roku 2023 od Ondřeje Bezdíčka, *E-psychologie*, 2023, 17(2). *E-psychologie*, 17(2), 98-113. <https://doi.org/10.29364/epsy.475>