

Burnout u lekárov: Keď liečime všetkých okrem seba

10.9.2026 - Katarína Kováčová | Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva

Článok spracovaný na podklade prednášky „Burnout u lekárov - Keď liečime všetkých okrem seba“, 7. Dni mladých praktikov, doplnený o aktuálne odborné zdroje.

Keď lekár funguje navonok, ale jeho vnútorné zdroje sa vyčerpávajú

Lekárska profesia je spojená s vysokou mierou zodpovednosti, rozhodovaním pod časovým tlakom a každodenným kontaktom s chorobou, neistotou, utrpením a očakávaniami pacientov. Všeobecný lekár je navyše prvým miestom kontaktu so zdravotným systémom a často aj jeho koordinátorom. Popri samotnej klinickej práci zvláda administratívu, elektronické systémy, telefonáty, e-maily, posudkovú činnosť a požiadavky, ktoré nemajú priamu klinickú hodnotu.

Výsledkom môže byť stav, keď lekár ešte navonok funguje, ordinuje a rozhoduje, ale jeho schopnosť regenerovať sa postupne stráca. Burnout preto nemožno redukovať na „slabú odolnosť“ jednotlivca. Vzniká pri dlhodobom nesúlade medzi pracovnými požiadavkami a zdrojmi, ktoré má človek k dispozícii.

Čo je burnout?

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) v ICD-11 označuje burnout za pracovný fenomén, nie za samostatné ochorenie. Definuje ho ako syndróm vznikajúci v dôsledku chronického pracovného stresu, ktorý nebol úspešne zvládnutý. Vzťahuje sa špecificky na pracovný kontext. [1]

Tri jadrové dimenzie burnoutu

1 VYČERPANIE úbytok energie, emočné a fyzické vyčerpanie

2 ODSŤUP A CYNIZMUS rastúca mentálna vzdialenosť od práce a pacientov

3 ZNÍŽENÁ EFEKTIVITA pokles pocitu profesionálnej účinnosti a úspechu

Klasický koncept Maslachovej opisuje emočné vyčerpanie, depersonalizáciu a redukovaný pocit osobného úspechu. Tento model tvorí základ Maslach Burnout Inventory (MBI), jedného z najpoužívanejších nástrojov vo výskume burnoutu.

Prečo sú všeobecní lekári rizikovou skupinou?

V primárnej starostlivosti sa kumuluje vysoký počet pacientov, časový tlak, nepredvídateľnosť pracovného dňa, časté prerušovanie práce, administratívna záťaž, emocionálne náročná komunikácia a vysoká osobná zodpovednosť za rozhodnutie. Spoločné stanovisko European Psychiatric Association a WONCA Europe z roku 2026 preto vyzýva na systémové opatrenia v európskej primárnej starostlivosti a zdôrazňuje redukciu pracovnej záťaže, vyššiu autonómiu a podporujúce pracovné prostredie. [3]

37 % vysoké emočné vyčerpanie meta-analýza GP [2]

28 % vysoká depersonalizácia meta-analýza GP [2]

26 % nízky osobný úspech meta-analýza GP [2]

≈ 2× incidenty bezpečnosti pacienta súvislosť v meta-analýze [4]

Typické spúšťače u lekárov

- chronické pracovné preťaženie – objem pacientov, administratíva a práca mimo ordinačných hodín,
- nízka kontrola nad organizáciou vlastnej práce a nízka autonómia,
- emočne náročné interakcie, konflikty a opakované požiadavky s nízkou klinickou hodnotou,
- časový tlak a permanentné prerušovanie klinického rozhodovania,
- nesúlad medzi profesionálnymi hodnotami a realitou systému,
- nedostatočná tímová a organizačná podpora,
- postupná strata zmyslu práce.

Ako burnout vyzerá v každodennej praxi?

Burnout nemusí začínať dramaticky. Prvým signálom môže byť pocit, že ráno chýba energia začať pracovný deň. Pacient, ktorému by lekár pred niekoľkými rokmi venoval prirodzený záujem, začína byť vnímaný ako ďalšia položka v poradovníku. Telefonát alebo požiadavka navyše vyvolávajú neprimeranú podráždenosť.

V AMBULANCII SI VŠÍMAJTE • „Už nemám energiu.“ – progresívne emočné a fyzické vyčerpanie.
• „Zase niečo chce.“ – rastúci cynizmus, podráždenosť a odstup od pacienta. • „Som ešte vôbec dobrý lekár?“ – subjektívny pokles profesionálnej efektivity. • poruchy spánku, zhoršenie koncentrácie, rozhodovacia únava, svalové napätie, bolesti hlavy alebo sociálne stiahnutie.

Depersonalizácia môže byť obranným mechanizmom: emočne vyčerpaný človek sa podvedome snaží znížiť ďalší emočný výdaj vytvorením odstupu. Problém vzniká vtedy, keď sa tento odstup stane trvalým a začne meniť kvalitu práce, vzťah k pacientom alebo vlastný profesionálny obraz.

Najprv diferenciálna diagnostika

Burnout sa klinicky prekrýva s viacerými psychickými aj somatickými stavmi. Predtým, ako ťažkosti označíme za vyhorenie, je potrebné zhodnotiť, či ich nevysvetľuje iná diagnóza alebo komorbidita.

Psychiatrické a spánkové príčiny • depresívna porucha • úzkostná alebo adaptačná porucha • chronická insomnia • obštrukčné spánkové apnoe

Somatické a iné príčiny • anémia a deficit železa • tyreopatie • metabolické alebo chronické somatické ochorenia • účinky liekov, alkoholu alebo iných látok

RED FLAGS – NEPRIPISOVAŤ IBA BURNOUTU Anhedónia, suicidálne myšlienky alebo plán, výrazná funkčná deteriorácia, neschopnosť fungovať alebo výrazná únava aj mimo pracovného prostredia vyžadujú bezodkladné klinické zhodnotenie. Pri suicidálnej ideácii je potrebné postupovať ako pri psychiatrickej urgentnej situácii.

Ako burnout hodnotiť?

Najznámejším výskumným nástrojom je Maslach Burnout Inventory (MBI), ktorý hodnotí emočné vyčerpanie, depersonalizáciu a pocit osobného úspechu. Dotazník môže pomôcť pri skríningu alebo sledovaní zmeny, nenahrádza však klinické vyšetrenie. Výsledok treba interpretovať spolu s pracovným kontextom, spánkom, psychickým stavom a celkovým fungovaním človeka.

Burnout je aj problém bezpečnosti zdravotnej starostlivosti

Dôsledky vyhorenia sa nekončia pri subjektívnom diskomforte lekára. Systematická metaanalýza publikovaná v BMJ, zahŕňajúca 170 štúdií a viac ako 239 000 lekárov, preukázala súvislosti medzi burnoutom, pracovnou nespokojnosťou, úmyslom opustiť prácu alebo profesiu a kvalitou zdravotnej

starostlivosti. Burnout bol spojený približne s dvojnásobnou pravdepodobnosťou incidentov týkajúcich sa bezpečnosti pacienta. [4]

KLÚČOVÁ MYŠLIENKA Starostlivosť o zdravie lekára nie je „wellness benefit“. Je súčasťou bezpečnosti pacienta, stability tímu a udržateľnosti zdravotnej starostlivosti.

Manažment: nestačí povedať lekárovi, aby bol odolnejší

Najväčšou chybou pri burnoute je snaha riešiť systémový problém výlučne individuálnou intervenciou. Od lekára, ktorý dlhodobo pracuje nad hranicou svojej kapacity, nemožno očakávať, že problém vyrieši ďalším kurzom produktivity alebo tým, že sa „naučí lepšie zvládať stres“.

Meta-analýzy naznačujú, že intervencie môžu burnout znižovať, ale efekt býva skôr malý. Staršia meta-analýza poukázala na väčší efekt organizačne orientovaných zásahov než intervencií zameraných iba na jednotlivca. Novšia meta-analýza randomizovaných štúdií z roku 2024 potvrdzuje, že niektoré intervencie vedú k štatistickému zlepšeniu, ale klinická veľkosť efektu môže byť obmedzená. [5,6]

1. Akútna fáza: zastaviť ďalšie vyčerpanie

Pri výraznom burnoute nemá byť prvým cieľom maximalizácia produktivity, ale stabilizácia systému. Praktický „reset“ v horizonte približne 0 - 2 týždňov môže zahŕňať dočasnú redukciu pracovnej záťaže, obmedzenie nadčasov, zastavenie administratívy po návrate domov, reálne využívanie prestávok, obnovenie spánkového režimu a nízkointenzívny pohyb.

OPERATÍVNY RESET - PRAKTICKÝ NÁVRH • dočasne znížiť pracovnú záťaž podľa klinického stavu a možností pracoviska, • žiadne rutinné „dobiehanie“ agendy večer, • administratívu držať v pracovnom čase, • spánok 7 - 8 hodín a pravidelný režim, • nízkointenzívny pohyb - napr. chôdza - ako súčasť regenerácie.

Konkrétne percento redukcie pracovnej záťaže treba individualizovať; nejde o univerzálne guideline číslo, ale o praktický princíp: odstrániť aspoň časť preťaženia, ktoré systém udržiava.

2. Zmeniť systém práce - nie iba jednotlivca

Kľúčová otázka pre ambulanciu znie: Musí všetko, čo sa v ambulancii robí, skutočne robiť lekár? Lekár by mal svoju rozhodovaciu kapacitu využívať predovšetkým tam, kde má najvyššiu klinickú pridanú hodnotu.

LEKÁR - vysoká pridaná hodnota • diagnostika a diferenciálna diagnostika • terapeutické rozhodnutie • komplikované a rizikové prípady • klinické zhodnotenie závažnosti • komunikácia s vysokým medicínskym alebo emočným vplyvom

DELEGOVAŤ/PROTOKOLIZOVAŤ • rutinná administratíva • zber a príprava štandardných údajov • časť meraní a preventívnych procesov • štandardizované organizačné úkony • príprava podkladov podľa SOP

Prakticky možno zaviesť štandardné operačné postupy (SOP) napríklad pre akútne infekcie horných dýchacích ciest, infekcie močových ciest, bolesti chrbta, kontroly hypertenzie alebo preventívne prehliadky. Protokol presne definuje, čo zisťuje sestra, aké merania alebo vyšetrenia vykoná a čo pripraví pre rozhodnutie lekára.

3. Psychologické intervencie

Psychologická alebo psychoterapeutická podpora môže byť veľmi užitočná najmä vtedy, keď sa k pracovnej záťaži pridáva perfekcionizmus, nadmerná zodpovednosť, pocit viny pri nastavovaní hraníc alebo rigidné presvedčenia typu „musím zvládnuť všetko“ a „dobrý lekár musí byť dostupný stále“. Kognitívno-behaviorálne postupy môžu pomôcť identifikovať maladaptívne vzorce, pracovať s perfekcionizmom a rozvíjať efektívnejšie copingové stratégie.

DÔLEŽITÉ Psychoterapia nemá slúžiť na to, aby človeka naučila lepšie tolerovať dlhodobu neudržateľné pracovné podmienky. Individuálna intervencia a organizačná zmena sa majú dopĺňať.

4. Mikropauzy, hranice a „shutdown ritual“

Niekoľkohodinová nepretržitá ambulantná práca podporuje rozhodovaciu únavu. Praktickým opatrením sú 5 – 10-minútové mikropauzy približne každé 2 – 3 hodiny, skutočné oddelenie práce od domova a krátky rituál ukončenia pracovného dňa: čo bolo dokončené, čo zostáva na zajtra a čo už dnes riešiť nebudem.

5. Fyziologická stabilizácia

Spánok, pohyb, pravidelná výživa a plánovaná regenerácia sú základné podmienky obnovenia funkčnej rezervy. Prakticky má význam pravidelný spánkový rytmus s približne 7 – 8 hodinami spánku, primeraná aeróbna a silová aktivita, pravidelné jedlo s dostatočným príjmom bielkovín a čas bez pracovných podnetov.

Kľúčové slovo je „plánovaná“. Regenerácia, ktorá sa má uskutočniť až vtedy, keď zostane čas, sa pri chronicky preťaženom lekárovi často neuskutoční vôbec.

6. Farmakoterapia - lieči komorbidity, nie pracovný systém

Neexistuje špecifický liek na burnout. Farmakoterapia má miesto vtedy, keď sa diagnostikuje komorbidná psychiatrická porucha – napríklad depresívna alebo úzkostná porucha – prípadne keď je potrebné cielene riešiť klinicky významnú poruchu spánku. Výber liečby má vychádzať z konkrétnej diagnózy a štandardných odporúčaní pre daný stav.

ČO SI ZAPAMÄTAŤ Antidepresívum nelieči neudržateľný pracovný systém. Ak je prítomná depresia alebo úzkostná porucha, treba ich liečiť – súčasne však treba odstrániť alebo znížiť pracovné faktory, ktoré burnout udržiavajú.

7. Najhlbšia vrstva: strata zmyslu

Nie každý burnout vzniká iba z počtu pacientov. Vysokú pracovnú záťaž môže človek určitý čas tolerovať, ak má pocit autonómie, kompetencie, uznania a zmyslu. Oveľa horšie sa znáša situácia, keď veľká časť energie smeruje do činností, ktoré nepomáhajú pacientovi alebo sú v rozpore s profesionálnymi hodnotami.

„Ktorá časť mojej práce má najväčší zmysel - a ako jej môžem vytvoriť viac priestoru?“

Čo zvyčajne nefunguje - alebo funguje iba krátkodobo

Dovolenka bez zmeny systému

Môže obnoviť časť energie, ale návrat do identického pracovného prostredia často obnoví aj pôvodný problém.

„Zatnem zuby a vydržím“

Predlžuje pôsobenie stresora a oddiaľuje reálne riešenie.

Motivácia a produktivita bez štruktúrálnej zmeny

Nie vždy potrebujeme urobiť viac práce za kratší čas; často potrebujeme odstrániť prácu s nízkou hodnotou.

Alkohol a únikové správanie

Môžu krátkodobo znížiť napätie, ale zvyšujú riziko ďalších zdravotných a psychosociálnych problémov.

Praktický 10-bodový algoritmus pre ambulanciu

Cieľom algoritmu nie je „diagnostikovať burnout z tabuľky“, ale systematicky prejsť od rozpoznania problému k úprave pracovných podmienok a liečbe komorbidít.

1 POMENUJ PROBLÉM Chronická únava, podráždenosť a cynizmus nie sú normálnou cenou za lekársku profesiu.

3 NÁJDI HLAVNÉ STRESORY Čo konkrétne počas pracovného dňa generuje najväčšiu záťaž?

5 DELEGUJ Urči, čo musí robiť lekár a čo môže bezpečne prevziať sestra alebo administratíva.

7 FIXUJ REŽIM Spánok, pohyb, jedlo, mikropauzy a čas offline plánuj rovnako ako pracovné povinnosti.

9 LIEČ KOMORBIDITY Depresívna porucha, úzkosť alebo insomnia vyžadujú samostatnú diagnostiku a liečbu.

2 VYLÚČ INÉ PRÍČINY Depresia? Úzkosť? Insomnia/OSA? Anémia? Tyreopatia? Iné somatické príčiny?

4 REDUKUJ ZÁŤAŽ Aspoň dočasne obmedz nadčasy, večernú administratívu a úlohy s nízkou hodnotou.

6 PROTOKOLIZUJ Rutinné procesy prenes do SOP, triage a pripravených pracovných postupov.

8 ZAPOJ PSYCHOLOGICKÚ PODPORU Najmä pri perfekcionizme, nadmernej zodpovednosti, pocite viny a slabých hraniciach.

10 VRÁŤ SA K ZMYSLU Ktorá časť práce je skutočne medicína? Kde má tvoja práca najväčšiu hodnotu?

Záver

Burnout u lekára nemožno vyriešiť vetou „musíš sa o seba viac starať“. Spánok, pohyb, psychoterapia, hranice a regenerácia sú dôležité, ale človeka nemožno donekonečna učiť lepšie znášať systém, ktorý od neho dlhodobo vyžaduje viac, než je možné bezpečne poskytovať.

Moderný prístup preto posúva pozornosť od čisto individuálnej reziliencie k organizácii zdravotnej starostlivosti. Burnout treba riešiť súčasne na úrovni jednotlivca, ambulancie, zdravotníckeho zariadenia aj systému. Pre všeobecného lekára môže byť prvým krokom jednoduchá otázka: Ktoré činnosti počas dnešného pracovného dňa skutočne vyžadovali lekára?

POSLEDNÁ VETA Ak značná časť pracovného dňa pozostáva z úloh, na ktoré medicínske vzdelanie nebolo potrebné, nejde len o problém time manžmentu. Ide o problém dizajnu systému – a práve jeho zmena môže byť jednou z najúčinnějších foriem prevencie vyhorenia.

Literatúra

1. World Health Organization. Burn-out an occupational phenomenon. International Classification of Diseases (ICD-11). WHO. Dostupné na: <https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/burn-out-an-occupational-phenomenon>

2. Shen X, Xu H, Feng J, et al. The global prevalence of burnout among general practitioners: a systematic review and meta-analysis. Family Practice. 2022;39(5):943–950. doi:10.1093/fampra/cmab180.

3. Petrazzuoli F, Rojnic Kuzman M, Beezhold J, et al. Professional burnout syndrome in European primary care doctors: A joint call for system-level action between the European Psychiatric Association (EPA) and WONCA Europe. *European Psychiatry*. 2026;69(1):e20.
doi:10.1192/j.eurpsy.2026.10152.
4. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022;378:e070442.
doi:10.1136/bmj-2022-070442.
5. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):195-205.
doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674.
6. Haslam A, Tuia J, Miller SL, Prasad V. Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials Testing Interventions to Reduce Physician Burnout. *Am J Med*. 2024;137(3):249-257.e1.
doi:10.1016/j.amjmed.2023.10.003.
7. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. Washington, DC: The National Academies Press; 2019.

Poznámka autora: Článok vznikol na podklade prednášky „Burnout u lekárov – Keď liečime všetkých okrem seba“, prezentovanej na 7. Dňoch mladých praktikov. Text bol redakčne rozšírený o aktuálne odborné zdroje a upravený do publikačnej podoby.

<https://ssvpl.sk/burnout-u-lekarov-ked-liecime-vsetkych-okrem-seba>