

# Problemy i bariery w procesie kształcenia zawodowego lekarzy – badanie własne

Dagmara Krzewińska<sup>1</sup>, Dominik Olejniczak<sup>1</sup>, Joanna Skonieczna<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Dagmara Krzewińska, Dominik Olejniczak, Joanna Skonieczna. Problemy i bariery w procesie kształcenia zawodowego lekarzy – badanie własne. Med Og Nauk Zdr. 2015; 21(3): 332–337. doi: 10.5604/20834543.1165363

## Streszczenie

**Wprowadzenie i cel pracy.** Niezbędnym elementem zawodowego rozwoju lekarzy jest zdobywanie i stałe uzupełnianie wiedzy. Zawodowym i etycznym obowiązkiem każdego lekarza jest zapewnienie pacjentom opieki opartej o aktualną wiedzę naukową. Lekarze narażeni są na różnego typu problemy i bariery wpływające na tempo i skuteczność ich rozwoju w procesie doskonalenia zawodowego. Do najczęstszych zalicza się bariery finansowe, czasowe oraz wypalenie zawodowe. W dobie coraz wyższych oczekiwań, przyrostu ilości informacji, przyspieszonego tempa zmian i rosnącej złożoności wiedzy, wspieranie kształcenia ustawicznego lekarzy jest niezbędne.

**Cel badań.** Sprawdzenie skuteczności funkcjonowania systemu doskonalenia zawodowego wśród lekarzy.

**Materiał i metoda.** W badaniu własnym wzięło udział 150 respondentów. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego; został użyty autorski kwestionariusz ankiety zawierający 9 zamkniętych pytań.

**Wyniki.** Najczęściej wybieranymi formami doskonalenia wśród badanej grupy były szkolenia, konferencje i sympozja oraz prenumerata czasopism. Większość badanych osób kilka razy w roku bierze udział w konferencjach, sympozjach i szkoleniach organizowanych przez placówki medyczne/firmy farmaceutyczne.

**Wnioski.** Lekarze należą do grupy zawodowej, która stale powinna aktualizować i pogłębiać swoją wiedzę. Funkcjonujący w Polsce system doskonalenia zawodowego często nie spełnia ich oczekiwań. Założenia systemu określane są jako prawidłowe, natomiast niedomaga ich realizacja. W wyniku tego lekarze nie mają możliwości prowadzenia doskonalenia w takiej formie, jaka byłaby dla nich najefektywniejsza i najwygodniejsza.

## Słowa kluczowe

edukacja, lekarz, doskonalenie zawodowe

## WPROWADZENIE

Na zawodową efektywność lekarza ma wpływ nie tylko jego osobowość, ale również kompetencje. Medycyna jest nauką, w której wiedza teoretyczna wpływa na osiągnięcie wyników w działalności praktycznej, daje pewność w podejmowaniu trudnych decyzji.

System edukacji medycznej w Polsce składa się z sześcioletnich studiów, Lekarskiego Egzaminu Końcowego oraz kilkuletniej specjalizacji, po zakończeniu której lekarz przystępuje do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego.

*Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza* (Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152) nakłada na każdego lekarza pracującego w zawodzie obowiązek doskonalenia zawodowego.. Zdobywanie i stałe uzupełnianie wiedzy jest nieodzownym elementem w zawodzie lekarza. Zróżnicowane formy kształcenia pozwalają na dostosowanie sposobu edukacji do indywidualnych potrzeb, oczekiwań i możliwości, np. czasowych czy finansowych. Realizowanie obowiązku doskonalenia pozwala na stałe podnoszenie kwalifikacji. Lekarze mogą osiągać poziom kompetencji, który jest wymagany na stanowiskach kierowniczych, co może przyczynić się do zdobycia awansu zawodowego. W Polsce obowiązek stałego doksztalcenia można realizować na kilka sposobów. Organizowane są kursy, szkolenia, sympozja, konferencje, zjazdy przez różne podmioty związane z ochroną zdrowia. Lekarze mają również dostęp do e-szkoleń w Internecie.

Lekarze narażeni są na różnego typu problemy i bariery wpływające na tempo i skuteczność ich rozwoju w procesie doskonalenia zawodowego. Do najczęstszych zalicza się bariery finansowe, czasowe oraz wypalenie zawodowe.

W nauce medycyny zauważalny jest ciągły i znaczący rozwój. Przełożenie zmian i odkryć na praktykę kliniczną w dużej mierze zależy od stopnia, w jakim lekarze przyswoili wiedzę o tym, jak najnowsze techniki, pojęcia medycyny klinicznej i metody leczenia mogą poprawić bezpieczeństwo pacjenta oraz jakość opieki medycznej.

W dobie coraz wyższych oczekiwań, przyrostu ilości informacji, przyspieszonego tempa zmian i rosnącej złożoności wiedzy, wspieranie kształcenia ustawicznego lekarzy jest niezbędne. Poprawienie jakości opieki nad pacjentami oraz rozwój kompetencji klinicznych lekarzy sprzyja rozumieniu podnoszenia kwalifikacji jako obowiązku. Opisany w ustawie obowiązek doskonalenia zawodowego lekarzy wpływa nie tylko bezpośrednio na jakość opieki nad chorymi, ale także na jakość systemu opieki zdrowotnej.

Jak podaje Górnicz, ustawiczny rozwój zawodowy to ogół środków edukacyjnych do poszerzenia i utrzymania kompetencji zawodowych oraz umiejętności klinicznych. Tak określony rozwój zawodowy jest pojęciem, które zawiera w sobie również ustawiczne kształcenie lekarzy [1].

Zawodowym i etycznym obowiązkiem każdego lekarza jest zapewnienie pacjentom opieki opartej o aktualną wiedzę medyczną. Jest to możliwe jedynie przy aktywnym udziale każdego lekarza w nieustającym procesie rozwoju zawodowego dostosowanego do charakteru pracy, pełnionych obowiązków, wykonywanych zadań oraz specjalizacji medycznej.

Adres do korespondencji: Joanna Skonieczna, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa  
E-mail: jskonieczna90@gmail.com

Nadesłano: 15 grudnia 2014; zaakceptowano do druku: 16 czerwca 2015

Bez względu na źródło finansowania systemów opieki zdrowotnej, konieczne jest umożliwienie lekarzom aktywnego uczestnictwa w procesach rozwoju zawodowego. Procesy te mogą być wspierane przez wiele czynników, m.in. przez zwiększenie dostępności technologii informacyjnych oraz narzędzi edukacyjnych i infrastruktury, zapewnienie odpowiednich środków finansowych oraz wygospodarowanie niezbędnego czasu na pogłębianie wiedzy medycznej.

Ważnymi elementami są również dostępność oraz różnorodność narzędzi i materiałów do nauki, określonych na podstawie analizy potrzeb edukacyjnych. Celem jest zachęcenie lekarzy do poszukiwania nowych metod doskonalenia, a także pełniejszego ich wykorzystania.

Obowiązkiem każdego lekarza jest podnoszenie poziomu umiejętności wspólnych dla wszystkich specjalności medycznych takich jak komunikacja, praca w zespole czy też korzystanie z wyników zewnętrznej oceny własnej pracy. Wszystko to musi się jednak odbywać przy jednoczesnym rozwoju specjalistycznych elementów kwalifikacji zawodowych, zależnych od specjalności i podspecjalności medycznej, bezpośrednio odnoszonych do praktyki.

Znaczącym elementem w rozwoju medycznym lekarzy jest praca w środowisku, które sprzyja nauce. Będąc członkami zespołu opieki zdrowotnej, składającego się z lekarzy o różnych specjalnościach oraz innych przedstawicieli zawodów medycznych, mają możliwość poszerzania swojej wiedzy w różnych obszarach. Wpływa to istotnie na jakość opieki nad pacjentem.

System zapewnienia jakości, dzięki akredytacji działań tworzących ofertę ustawicznego rozwoju zawodowego oraz weryfikacji organizatorów i twórców, jest gwarancją dla lekarzy, że podjęte przez nich działania z zakresu ustawicznego doskonalenia zawodowego spełniają określone standardy. Jednym z takich systemów jest system akredytacji: European Accreditation Council for Continuing Medical Education [1].

## CEL PRACY

Celem badań było sprawdzenie skuteczności funkcjonowania systemu doskonalenia zawodowego wśród lekarzy. Problemy badawcze:

- Czy lekarze wypełniają ustawowy obowiązek doskonalenia zawodowego?
- Z jakich metod doskonalenia korzystają lekarze?
- Jakie są bariery w doskonaleniu zawodowym lekarzy?
- Czy system doskonalenia zawodowego w Polsce funkcjonuje prawidłowo?

## MATERIAŁ I METODY

W badaniu wykorzystana została metoda sondażu diagnostycznego; użyto autorskiego kwestionariusza ankiety

W ankiecie zamieszczonych było 9 pytań zamkniętych, w tym 4 wielokrotnego wyboru oraz 6 pytań dotyczących płci, wieku, specjalizacji, stażu pracy, formy branży i formy zatrudnienia.

Badania zostały przeprowadzone w czasie dwóch następujących konferencji medycznych:

- II Polsko-Ukraińskie Warsztaty Medycyny Interdyscyplinarnej organizowane we Lwowie w październiku 2013 r. przez Interdyscyplinarną Akademię Medycyny Praktycznej,

- Warsztaty Europejskiego Programu Edukacyjnego (EPE) organizowane w Lidzbarku Warmińskim w listopadzie 2013 r. przez Polpharma.

## Charakterystyka grupy

Tabela 1. Płeć

Kobieta	85	57%
Mężczyzna	65	43%
<b>Łącznie</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Źródło: Badanie własne

Tabela 2. Wiek

Poniżej 40 lat	14	9%
41–55 lat	96	64%
56 lat i więcej	40	27%
<b>Łącznie</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Źródło: Badanie własne

Tabela 3. Specjalizacja

Endokrynologia	1	0,6%
Anestezjologia	1	0,6%
Neurologia	1	0,6%
Diabetologia	2	1,1%
Reumatologia	3	1,7%
Pulmonologia	3	1,7%
Alergologia	3	1,7%
Chirurgia	3	1,7%
Laryngologia	3	1,7%
Ortopedia	4	2,2%
Ginekologia	4	2,2%
Medycyna pracy	5	2,8%
Kardiologia	8	4,4%
Pediatria	9	5,0%
Interna	24	13,3%
Chorób wewnętrznych	50	27,6%
Medycyna rodzinna	57	31,5%
<b>Łącznie</b>	<b>181</b>	<b>100,0%</b>

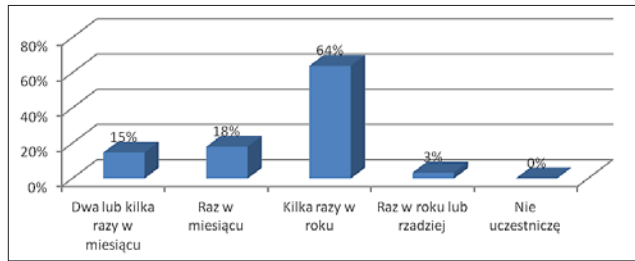
Źródło: Badanie własne

Biorąc pod uwagę specjalizację badanych lekarzy, stwierdzono, że największy odsetek (40,9%) stanowili lekarze specjalści chorób wewnętrznych. 31,5% lekarzy to specjaliści medycyny rodzinnej. Około 5% stanowili pediatrzy i kardiolodzy, 2,8% lekarze medycyny pracy, 2,2% ginekolodzy i ortopedzi, po 1,7% laryngolodzy, chirurdzy, alergolodzy, reumatolodzy i specjaliści chorób płuc. 1,1% stanowili diabetolodzy, zaś endokrynolodzy, neurologi oraz anestezjolodzy – 0,6%.

Blisko 41% lekarzy biorących udział w badaniach posiada staż pracy mieszczący się w przedziale 21–30 lat. Niewiele mniej, bo 37%, legitymuje się stażem od 11 do 20 lat. 18% badanych to lekarze pracujący 31–40 lat. Tylko po 2% udziału w badaniu stanowili lekarze o stażu mniejszym niż 10 lat i większym niż lat 40.

Większość lekarzy jest związanych z niepublicznymi placówkami – stanowią 53% ogółu. Blisko 27% pracuje w publicznych ośrodkach. 19% łączy obie formy pracy.

Zdecydowana większość badanych, czyli 86%, pracuje na etacie. 14% respondentów to lekarze kontraktowi.

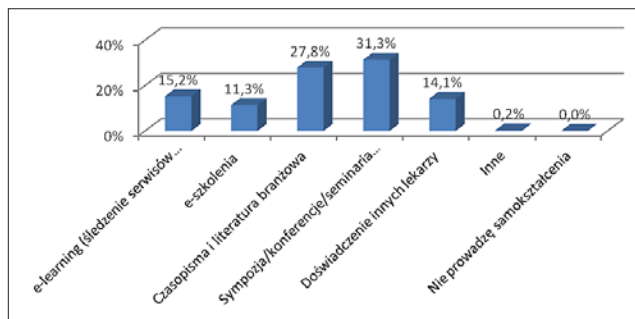


**Rycina 1.** Jak często uczestniczy Pan/Pani w kursach, kongresach, konferencjach, seminariach doskonalących organizowanych przez placówki medyczne/firmy farmaceutyczne?

Źródło: Badanie własne

64% ankietowanych deklaruje uczestnictwo w kursach, kongresach, konferencjach, seminariach doskonalących, organizowanych przez placówki medyczne bądź firmy farmaceutyczne kilka razy w roku. 15% i 18% czyni to odpowiednio raz lub kilka razy w miesiącu. Tylko 3% bierze udział w wymienionych formach doskonalenia raz w roku lub rzadziej. Badania wykazują duże zainteresowanie tymi formami doskonalenia.

65,3% lekarzy swoje uczestnictwo określa jako zawsze bierne; jedna trzecia – jako raczej bierne. Tylko 3,4% bierze udział czynny. Zdecydowana większość osób jest biernymi słuchaczami, tylko niewielki odsetek angażuje się czynnie.

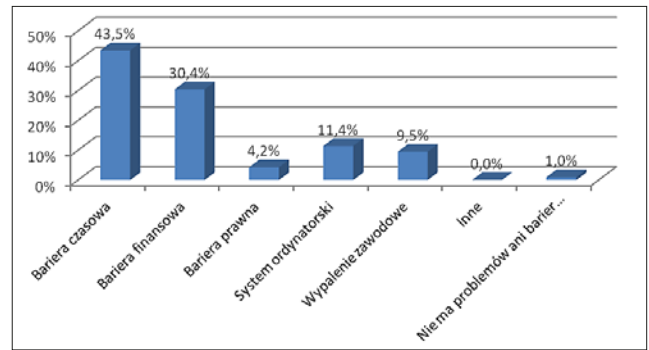


**Rycina 2.** Z jakich źródeł korzysta Pan/Pani przy samokształceniu? (możliwość zaznaczenia kilku odpowiedzi)

Źródło: Badanie własne

100% przebadanych lekarzy zadeklarowało, iż prowadzi samokształcenie. W procesie samokształcenia największym powodzeniem cieszą się sympozja, konferencje, seminaria i kongresy (31,3%). Trochę mniejszy udział w samokształceniu (27,8%) mają czasopisma i literatura branżowa. Korzystanie z e-learningu deklaruje 15,2%, z doświadczenia innych lekarzy – 13,9%. Tylko 11,3% uczestniczy w płatnych lub bezpłatnych szkoleniach medycznych w Internecie. Prenumerata czasopism, jak również udział w kursach, sympozjach czy konferencjach są formą doskonalenia najbardziej powszechną oraz najdłużej dostępną w Polsce.

Dla 39,6% badanych motywacją do samokształcenia jest większa skuteczność działania. Dla 35,1% motywacją jest satysfakcja. 15,3% ankietowanych motywuje wymóg ustawowy. Dla 9,9% motywacją są: wynagrodzenie, konkurencyjność na rynku pracy oraz wymóg przełożonych. Większa skuteczność i satysfakcja najbardziej motywują lekarzy do wypełniania obowiązku doskonalenia.



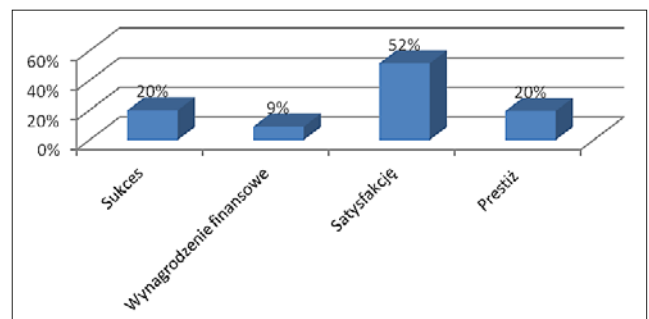
**Rycina 3.** Jakie są wg Pana/Pani problemy i bariery w doskonaleniu zawodowym lekarzy?

Źródło: Badanie własne

43,5% lekarzy dostrzega barierę czasową jako problem w samokształceniu, dla kolejnych 30,4% badanych przeszkodą są finanse. Około 11,4% badanych postrzega system ordynatorski jako problem, a 9,5% tłumaczy się wypaleniem zawodowym. Dla 4,3% problemem jest bariera prawna. Zaledwie 1% nie dostrzega żadnych przeszkód. Dwie główne bariery wskazane przez przebadanych to bariera czasowa i finansowa.

Blisko 32% badanych osób uważa, że aktualnie funkcjonujący system ordynatorski tworzy istotne utrudnienia w doskonaleniu lekarzy. Przeciwną opinię prezentuje około 10% respondentów, a aż 58% nie ma zdania w tej kwestii. Większość badanych nie ma zdania na temat utrudnień w doskonaleniu związanych z obowiązującym systemem ordynatorskim.

W opinii 75% lekarzy system doskonalenia zawodowego lekarzy nie funkcjonuje w Polsce prawidłowo. 13% twierdzi, że jego funkcjonowanie jest prawidłowe i tyle samo nie ma zdania na ten temat. Według zdecydowanej większości system nie funkcjonuje prawidłowo.



**Rycina 4.** Zdaniem Pana/Pani, na co przekłada się systematyczne doskonalenie zawodowe oraz samokształcenie?

Źródło: Badanie własne

Systematyczne doskonalenie zawodowe oraz samokształcenie przekłada się na satysfakcję w opinii 52% respondentów. Ma ono również wpływ na sukces (20%), prestiż (20%) oraz w mniejszym stopniu na wynagrodzenie finansowe (9%). Dla większości badanych osób systematyczne doskonalenie przekłada się na satysfakcję.

## DYSKUSJA

Pojęcie rozwoju zawodowego lekarza jest postrzegane bardzo szeroko i istnieje wiele możliwości realizacji tego obowiązku

doskonalenia zawodowego. Badanie własne wykazało, iż najczęściej wybieraną przez lekarzy formą samokształcenia są sympozja, konferencje, seminaria i kongresy (31,3%) oraz czasopisma i literatura branżowa (27,8%).

Badanie Ośrodka Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej przy współpracy z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, przeprowadzone na ogólnopolskiej i reprezentatywnej grupie lekarzy i lekarzy dentystów wykazało, iż dla większości (89,8%) badanych lekarzy, pojęcie rozwoju zawodowego lekarza oznacza głównie uzyskanie specjalizacji. Następnie wskazywano na zdobywanie certyfikatów umiejętności w wąskich dziedzinach medycyny (80%) oraz korzystanie z innych form kształcenia, za które uzyskuje się punkty edukacyjne (67,6%). Fachową literaturę wskazało jedynie 4,7% lekarzy, konsultacje i wsparcie ze strony bardziej doświadczonych lekarzy – 2,7%, natomiast praktykę pod okiem mentora – 2,5% [2].

Lekarze podają wiele powodów, dla których podejmują samokształcenie. W badaniu własnym motywacją dla 39,6% badanych jest większa skuteczność działania, dla 35,1% – satysfakcja, dla 15,3% – wymóg ustawowy, dla 9,9% – wynagrodzenie, konkurencyjność na rynku pracy oraz wymóg przełożonych. Badanie ogólnopolskie wykazało, iż uzyskanie specjalizacji dla 95,7% badanych lekarzy stanowi w ich opinii szansę na znalezienie dodatkowej pracy, dla 82,9% szansę na podwyższenie pozycji w środowisku lekarskim, dla 82,5% szansę na zmianę miejsca pracy na bardziej korzystne, dla 68,7% szansę awansu, a dla 50,4% szansę na uzyskanie wysokiej podwyżki uposażenia [2].

Ministerstwo Zdrowia sformalizowało obowiązek doskonalenia zawodowego bez stworzenia odpowiednich warunków do jego realizacji [3]. Lekarze deklarują głównie niską (34,8%) i średnią (52,9%) wiedzę na temat przepisów regulujących zasady doskonalenia zawodowego [2]. Brak znajomości przepisów również może stanowić barierę przy podejmowaniu działań na rzecz doskonalenia zawodowego.

Badanie własne wykazało, iż 43,5% lekarzy dostrzega bariery czasową, a 30,4% bariery finansową w procesie samokształcenia. Badanie ogólnopolskie wykazało, iż blisko 63,2% badanych lekarzy poświęciło „bardzo dużo” bądź „dość dużo” czasu na doskonalenie zawodowe w ciągu ostatnich 4 lat. W ciągu ostatnich 4 lat blisko 30,2% badanych lekarzy wydało ponad 5 tys. zł, a 18,4% lekarzy 3 – 5 tys. złotych na doskonalenie zawodowe. Stosunek wydatków na doskonalenie zawodowe do własnych dochodów 64,2% badanych lekarzy ocenia jako „bardzo wysoki” lub „dość wysoki”. Relatywnie najwyższe wydatki na doskonalenie zawodowe ponieśli najmłodszy lekarze [2].

Szkolenia czy udział w konferencjach w żadnym stopniu nie są finansowane ze środków publicznych, a lekarze nie posiadają żadnych ulg podatkowych z tym związanych. Brakuje również płatnych urlopów szkoleniowych. Lekarze ponoszą wysokie koszty uczestnictwa we wszystkich formach doskonalenia, które wiążą się z kilkudniowym wyjazdem, zazwyczaj poświęcają na to swój wolny czas. Niekorzystnym dla lekarzy rozwiązaniem są nałożone limity możliwych do uzyskania punktów edukacyjnych w niektórych formach kształcenia. Każdy lekarz może preferować inny sposób edukacji, ma inne wymagania, potrzeby oraz możliwości.

E-learning jest formą samokształcenia, której nie dotyczy bariera odległości, a także może zmniejszyć bariery czasową i finansową. W badaniu własnym wykazano, że korzysta z niego jedynie 15,2% lekarzy. Może wynikać to z faktu, iż

liczba platform medycznych, które umożliwiają zdobywanie punktów edukacyjnych jest wciąż niska.

Kolejną barierą w prowadzeniu doskonalenia zawodowego jest wypalenie zawodowe. W 2008 r. opublikowane zostały wyniki badań *The European General Practice Research Network Burnout Study Group*, w których wzięło udział około 1400 lekarzy z całej Europy, w tym 150 lekarzy z Polski. Blisko 48% wykazało wysoki stopień emocjonalnego wyczerpania, 34% – wysoki stopień depersonalizacji, 30% – negatywną ocenę dokonań zawodowych. W badaniach opisanych w niniejszej pracy 29 na 150 przebadanych osób wskazało wypalenie zawodowe jako barierę w doskonaleniu zawodowym. Wyczerpanie zawodowe może być niezdiagnozowane przez samego lekarza. Omawiana grupa zawodowa jest znacząco narażona na występowanie objawów wypalenia zawodowego [4].

Lekarze w badaniach ogólnopolskich podkreślają brak zadowolenia z obecnych możliwości rozwoju zawodowego, w tym z warunków uzyskiwania specjalizacji. Blisko 49,2% badanych lekarzy jest zdania, iż warunki te są raczej złe lub bardzo złe. Najważniejsze bariery w uzyskaniu tytułu specjalisty, zdaniem badanych lekarzy, to ograniczona liczba miejsc do odbywania specjalizacji (92%), konieczność poszukiwania miejsca specjalizacji poza miejscem zamieszkania (83%) oraz niskie zarobki w trakcie odbywania specjalizacji (73%) [2].

Przytoczone wyniki potwierdza również badanie przeprowadzone wśród lekarzy biorących udział w obowiązkowych kursach specjalizacyjnych. Najczęściej deklarowaną trudnością w otwarciu specjalizacji była ograniczona liczba tzw. etatów rezydenckich (45,6%). Dla blisko 7% badanych otwarcie specjalizacji wymagało zmiany miejsca zamieszkania. Wielu badanych lekarzy (53,8%) sygnalizowało trudności z odbyciem staży specjalizacyjnych, natomiast 55,6% problemy z realizacją kursów specjalizacyjnych. Koszty związane z dojazdami i zakwaterowaniem stanowiły trudności dla 33,8% badanych [5].

Dalsze bariery w kształceniu lekarzy pojawiają się w ramach systemu ordynatorskiego, który nie sprzyja w pełni doskonaleniu zawodowemu lekarzy. Z przeprowadzonych i omówionych w pracy badań wynika, że aż 30% respondentów odpowiedziało twierdząco na pytanie: „Czy uważa Pan/Pani, że aktualnie funkcjonujący system ordynatorski tworzy istotne utrudnienia w doskonaleniu lekarzy lub/i rozwoju zawodowym?” Podobne pytania postawiła lekarzom Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie (2004). Zdecydowana większość odpowiedziała twierdząco. Badania jednak były przeprowadzone na dużo mniejszej populacji. Ankieta była dobrowolna oraz przeprowadzona w formie elektronicznej. Prowadzący badanie pytali również o system konsultancki (o to, jakie korzyści daje i czy nie można ich uzyskać w systemie ordynatorskim). Wiele przebadanych osób podkreśliło potrzebę zmiany modelu ordynatorskiego na konsultancki. Wypowiedzi na temat aktualnego systemu były bardzo kontrowersyjne. Sam system posiada kilka wad. Ordynatorzy są właściwie nieusuwalni z zajmowanych stanowisk. W wielu przypadkach ich praca pozostaje poza kontrolą. Władza koncentruje się w rękach jednej osoby, co powoduje zmniejszenie motywacji do dalszego doskonalenia i podnoszenia kwalifikacji przez innych lekarzy. Postępy dotyczące jakości leczenia często zależą od kwalifikacji lekarzy, którzy zatrudnieni są na oddziale, lecz to jednak ordynator jako pierwszy czerpie profity związane z osiąganymi sukcesami swojego zespołu. Ponadto system jest podatny na zjawisko opłat nieformalnych. Ordynator jest nadmiernie obciążony odpowiedzialnością

merytoryczną, związaną z leczeniem pacjentów, jak również dotyczącą zarządzania całym oddziałem [6].

Przy systemie konsultanckim odpowiedzialność za pacjentów rozбивa się na każdego konsultanta. Mają oni pełną niezależność w zakresie sposobu leczenia. Zwiększa to możliwość wykorzystania nowoczesnych terapii. Przy takim systemie występuje również pozytywna konkurencja między konsultantami. Wysokość wynagrodzenia zależy od liczby przeprowadzonych zabiegów. Podatność na patologie zależy od indywidualnych cech konkretnych jednostek, dlatego rozproszony charakter systemu konsultanckiego pozwala na zmarginalizowanie lekarzy, którzy nie spełniają standardów moralnych. Awans zawodowy konsultanta zależy jedynie od jego osiągnięć, które bardzo łatwo zmierzyć. Model ten odciąża kierownika oddziału od odpowiedzialności za jakość leczenia i pozwala skoncentrować się zarządzającemu na kwestiach organizacyjnych [6].

Kolejne badanie przeprowadzone w 2012 r. przez Lokalne Badania Społeczne, dotyczące funkcjonowania systemu ordynatorskiego w Polsce, wykazały niechęć respondentów w stosunku do aktualnej formy systemu ordynatorskiego. Wyniki wszystkich ankiet są niepokojące, lecz w dalszym ciągu liczba przeprowadzonych badań na ten temat jest znikoma [7].

## WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonego badania można stwierdzić, że wszyscy biorący udział w badaniu lekarze dopełniają obowiązku doskonalenia zawodowego. Wynika to z charakteru ich zawodu.

Najczęściej wybieraną formą doskonalenia były szkolenia, konferencje, sympozja oraz prenumerata czasopism. Zdobywanie wiedzy przez Internet okazało się najmniej popularną formą kształcenia. Może to wynikać z braku przekonania o odpowiedniej jakości takich szkoleń lub braku przekonania do samej formy i jej dostępności. Ponad połowa osób, ustosunkowując się do e-learningu, zaznaczyła odpowiedź: „nie mam zdania”. Może to wynikać z innego charakteru pracy wykonywanej przez respondentów – niezwiązanej z systemem, jak również z niechęci udzielania odpowiedzi na takie pytanie. Należałoby wprowadzić działania mające na celu rozpowszechnienie e-learningu wśród lekarzy. Samokształcenie z wykorzystaniem Internetu eliminuje barierę finansową (nie ponosi się opłat za przejazd i noclegi), barierę istotnej odległości od dużych miast, w których najczęściej organizowane są konferencje i sympozja naukowe, oraz barierę czasową – lekarz sam decyduje o tym, kiedy poświęci czas na poszerzenie swojej wiedzy.

Większość badanych osób bierze udział w konferencjach, sympozjach i szkoleniach organizowanych przez placówki medyczne/firmy farmaceutyczne kilka razy w roku. Jest to ważna informacja, gdyż uczestnictwo w konferencjach bardzo często wiąże się z odpowiednimi nakładami finansowymi oraz poświęceniem znaczącej części wolnego czasu. Pomimo wspomnianych barier związanych z uczestnictwem w tej formie doskonalenia zawodowego, lekarze decydują się na nią, najprawdopodobniej dlatego, że uznają ją za najbardziej efektywną.

Do spełnienia obowiązku doskonalenia najbardziej motywuje lekarzy większa skuteczność działania oraz satysfakcja, zdecydowanie mniej wymóg ustawowy, co może wiązać się z brakiem konsekwencji wynikających z niedopełnienia tego

obowiązku. Lekarzy najmniej motywuje większe wynagrodzenie finansowe oraz większa konkurencyjność na rynku. Wśród tej grupy badanych stałe podnoszenie kwalifikacji może nie przekładać się na lepsze wynagrodzenie lub konkurencyjność.

Głównymi barierami w prowadzeniu doskonalenia jest bariera czasowa i bariera finansowa. Respondenci mogli wyróżnić te bariery, ponieważ w placówkach medycznych często łamane są regulacje dotyczące czasu pracy. Należałoby rozpatrzyć możliwość wprowadzenia płatnych urlopów edukacyjnych, odpisywania kosztów doskonalenia od podatku czy systemu wynagrodzeń, który uwzględniałby obowiązek doskonalenia zawodowego.

Elementem, który mógłby poprawić i usprawnić doskonalenie zawodowe lekarzy jest zmiana formy rozliczania. W chwili obecnej lekarze rozliczają się z Okręgową Izbą Lekarską, przedstawiając papierowe dokumenty. Rozliczanie takie można zastąpić rozliczaniem elektronicznym przez odpowiednią platformę. Mogłoby być też całkowicie prowadzone przez Okręgowe Izby Lekarskie w porozumieniu z podmiotami organizującymi dane szkolenia. Wiąże się to z dużymi, ale bardzo korzystnymi dla wszystkich lekarzy zmianami w procesie doskonalenia.

Ponad połowa respondentów nie ma zdania na temat utrudnień, jakie może tworzyć system ordynatorski przy dopełnianiu obowiązku doskonalenia zawodowego, jednak ponad 30% potwierdza ich istnienie. Model ordynatorski jest silnie wpisany w tradycję szpitali polskich. Utrudnieniem dla lekarzy w edukacji może być zbyt silna zależność lekarzy asystentów od ordynatora.

Według zdecydowanej większości przebadanych system doskonalenia zawodowego nie funkcjonuje prawidłowo. Może wynikać to z wielu barier i problemów, jakie spotykają lekarze na drodze zawodowej.

Według większości lekarzy doskonalenie zawodowe przekłada się na satysfakcję, zdecydowanie mniej na sukces czy prestiż, najmniej na wynagrodzenie. Ta grupa zawodowa dba o pogłębianie wiedzy i zwiększanie swoich możliwości dla własnej satysfakcji zawodowej i z poczucia obowiązku, z racji wykonywania odpowiedzialnego zawodu, w którym podejmuje się znaczące dla życia ludzkiego decyzje.

## PIŚMIENNICTWO

1. Górnicz M. Lepsza jakość opieki zdrowotnej, większe bezpieczeństwo pacjentów. *Gazeta Lekarska* 2007; 104(2): 14–15.
2. Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Polska Akademia Nauk, Instytut Filozofii i Socjologii, Ośrodek Studiów i Analiz, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa 2012, [http://www.nil.org.pl/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/46728/Raport-opis.pdf](http://www.nil.org.pl/___data/assets/pdf_file/0009/46728/Raport-opis.pdf) (dostęp: 2015.03.18).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. 2004 nr 231 poz. 2326 2009.01.14). <http://isap.sejm.gov.pl/RelatedServlet?id=WDU20082351616&type=3&isNew=true> (dostęp: 2014.04.03).
4. Soler JK, Yaman H, Esteva M i wsp. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *MFam Pract* 2008; 25(4): 245–265.
5. Zgliczyński WS, Imiela J, Zgliczyński W. Lekarze specjalizujący się w zakresie chorób wewnętrznych – motywy wyboru specjalizacji, problemy związane z przebiegiem kształcenia oraz plany zawodowe po uzyskaniu specjalizacji. *Postępy Nauk Medycznych* 2013; 11: 784–788.
6. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. Odpowiedzi do ankiety. <https://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/tematy/aktual/archiwum/ankieta/odpowiedzi> (dostęp: 2014.04.03).
7. Józko M. Lokalne Badanie Społeczne. Raport z badań ilościowych. Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie. <http://www.oil.org.pl/res/img/oil/oil68/aktual/a2013/raport.pdf> (dostęp: 2014.04.03).

# Problems and barriers in the process of vocational training of physicians – own study

## ■ Abstract

**Introduction and objective.** The acquisition and constant up-dating of knowledge is an indispensable component of the professional development of physicians. An occupational and ethical duty of every physician is the provision of patients with care based on scientific knowledge supported by scientific evidence. Physicians are exposed to various types of problems and barriers affecting the pace and effectiveness of their development in the process of occupational improvement. The most frequent of them are financial and time barriers, as well as occupational burn-out. At a time of increasingly higher expectations, increase in the amount of information, accelerated pace of changes and increasing complexity, the provision of support for continuing education by physicians is necessary.

The objective of the study was to discover the effectiveness of functioning of the system of occupational improvement among physicians.

**Material and method.** The study covered 150 respondents, and was conducted by the method of a diagnostic survey using the questionnaire designed by the author containing 9 closed questions.

**Results.** The forms of professional improvement most frequently chosen by physicians in the study were trainings, conferences, symposia and journal subscriptions. The majority of respondents participate several times a year in conferences, symposia and training courses organized by medical facilities or pharmaceutical companies.

**Conclusions.** Physicians belong to the occupational group which should constantly up-date and expand their knowledge. The system of occupational improvement functioning in Poland often does not meet these expectations. The assumptions of the system are defined as correct; however, their performance is wrong. As a result, physicians do not have possibilities to carry out professional improvement in the form which would be most effective and convenient for them.

## ■ Key words

education, physician, professional improvement