Co naprawdę pomaga lekarzom wyjść z wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe: co pomogło tym, którym się udało


JAMA Network Open

Home | Issues | Multimedia

Home | JAMA Network Open | Vol. 9, No. 9

Original Investigation | Health Policy

Actions Reported by Physicians With Large Improvements in Burnout and Professional Fulfillment

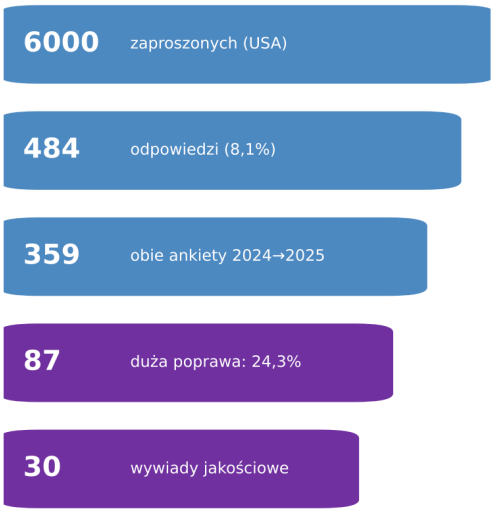
Tait D. Shanafelt, MD[1]; Maryam S. Makowski, PhD[1]; Brook Hale, PhD[1]; et al

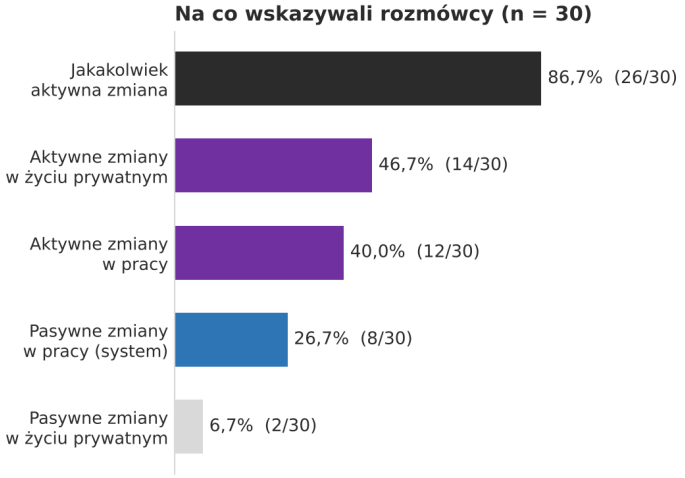
Co zbadano i jak

Zespół Taita Shanafelta (Stanford, AMA) odwrócił typowe pytanie. Zamiast szukać przyczyn wypalenia — te znamy (obciążenie administracyjne, brak kontroli nad pracą, niewydolne procesy, konflikt wartości z wymaganiami pracodawcy) — zapytano lekarzy, którym wyraźnie się poprawiło. **Typ badania: jakościowe, mieszane (ankieta podłużna + wywiady).** Ankietę wyjściową (X–XI 2024) i kontrolną (IV–V 2025) wypełniło 359 lekarzy z ogólnokrajowej próby USA; narzędzie: Stanford Professional Fulfillment Index. Za dużą poprawę uznano zmianę ≥ 0,8 SD w wypaleniu i/lub spełnieniu zawodowym. Spełniło ją 87 osób (24,3%), 30 z nich przeszło ustrukturyzowane wywiady (VI–VII 2025). Połowa rozmówców pracowała w praktyce prywatnej lub grupowej, 46,7% w ośrodku akademickim.

Co pomogło lekarzom wyjść z wypalenia?

Shanafelt i wsp., JAMA Netw Open 2026 — lekarze z dużą poprawą (≥ 0,8 SD) w ciągu ok. 6 miesięcy





Kategorie nie są rozłączne. Odsetek pasywnych zmian prywatnych wg Medscape.

Co pomogło — cztery kategorie zmian

Autorzy podzielili odpowiedzi na zmiany aktywne i pasywne, w pracy i w życiu prywatnym. Kategorie się nakładają — jedna osoba mogła wskazać kilka.

- **Aktywne w pracy (40,0%):** redukcja godzin, zmiana grafiku, stałe okna na dokumentację zamiast pisania w przerwach, delegowanie, rozmowa z przełożonym o własnych potrzebach, zmiana stanowiska lub pracodawcy — także świadome oddanie funkcji kierowniczej albo jej objęcie.
- **Pasywne w pracy (26,7%):** zmiany, które przyszły z zewnątrz — obsadzone wakaty, nowe kierownictwo, procesy zmienione przez instytucję, lepszy system dokumentacji. Jedna osoba wskazała dokumentację wspomaganą AI jako ważny czynnik.
- **Aktywne prywatnie (46,7%):** aktywność fizyczna, medytacja i ćwiczenia oddechowe, urlop lub sabbatical, laptop zostaje w domu na wyjeździe, więcej czasu na relacje, terapia lub coaching. Powtarzał się wątek oddzielenia tożsamości od roli zawodowej: niepowodzenie w pracy przestało być osobistą porażką.
- **Pasywne prywatnie (6,7% wg Medscape):** np. dzieci, które stały się samodzielne. Rola marginalna.

Co konkretnie pomagało — cztery kategorie zmian

AKTYWNE — W PRACY (40,0%)

- mniej godzin, zmiana grafiku
- stały, chroniony czas na dokumentację
- delegowanie zadań, poprawa wydajności
- zmiana stanowiska lub pracodawcy
- objęcie albo oddanie funkcji kierowniczej
- rozmowa z przełożonym o potrzebach

PASYWNE — W PRACY (26,7%)

- uzupełnione etaty, wystarczająca obsada
- nowe kierownictwo
- zmiany procesów z inicjatywy instytucji
- sprawniejsza dokumentacja elektroniczna
- narzędzia AI do dokumentacji

AKTYWNE — PRYWATNIE (46,7%)

- aktywność fizyczna
- medytacja, ćwiczenia oddechowe
- urlop, sabbatical, laptop zostaje w domu
- więcej czasu na relacje
- terapia lub coaching
- oddzielenie tożsamości od roli lekarza

PASYWNE — PRYWATNIE (6,7%)

- zdarzenia bez własnego udziału
- (np. dzieci stały się samodzielne)
- rola marginalna

Głos krytyczny — komentarz z Yale

Kristine Olson (Yale School of Medicine) w komentarzu redakcyjnym nie podważa indywidualnych strategii, ale wskazuje ich granicę. Lekarz może skrócić czas pracy, zdystansować się albo zmienić pracę — czyli **wycofać się od źródła stresu, zamiast je usunąć**. Na braki kadrowe, biurokrację i niewydolne procesy ma niewielki wpływ. Jeśli one zostają, ulga jest indywidualna, a przyczyna nietknięta. Dlatego Olson przywiązuje wagę do tych 26,7%, u których poprawa przyszła z systemu, i postuluje, by placówki systematycznie korzystały z wiedzy lekarzy o ich własnym środowisku pracy.

Co z tego wynika w gabinecie i poradni

- **Dla lekarza:** najczęściej skuteczne okazywały się zmiany konkretne i mierzalne — liczba godzin, stały blok na dokumentację, oddanie zadań, które może wykonać ktoś inny. Nie ogólne „dbanie o siebie".
- **Dla prowadzących placówkę:** obsada i organizacja pracy to nie tło, tylko interwencja. Uzupełniony etat w rejestracji czy sprawniejszy system dokumentacji działał bez wysiłku samego lekarza.
- **Narzędzia AI do dokumentacji:** sygnał jest, ale anegdotyczny (pojedyncze wskazania). Warto testować, nie warto obiecywać.
- **Zmiana pracy lub wycofanie się z funkcji** pomaga konkretnej osobie, ale z perspektywy zespołu przenosi obciążenie na innych — to właśnie punkt Olson.

Podsumowanie

Badanie nie wnosi nowych czynników ryzyka, ale porządkuje to, co działa, w prosty podział: co mogę zrobić sama, a co musi zrobić organizacja. Jedna czwarta rozmówców poczuła ulgę, bo ktoś obsadził wakat albo uporządkował proces — a nie dlatego, że zaczęli medytować.

Spośród 359 lekarzy ankietowanych dwukrotnie w odstępie pół roku u 87 (24,3%) wypalenie zawodowe i/lub poczucie spełnienia zawodowego wyraźnie się poprawiło (efekt ≥ 0,8 SD), a 30 z nich opowiedziało w

wywiadach, co zadziałało (JAMA Network Open, wrzesień 2026).

86,7% wskazało własne, aktywne zmiany: 40% w pracy (mniej godzin, przebudowa grafiku, chroniony czas na dokumentację, delegowanie, zmiana stanowiska lub pracodawcy) i 46,7% w życiu prywatnym (ruch, urlop, uważność, terapia lub coaching).

U 26,7% ulga przyszła bez ich udziału — dzięki uzupełnionej obsadzie, nowemu kierownictwu, sprawniejszym procesom i narzędziom, w tym dokumentacji wspomaganej AI.

To badanie jakościowe na małej, wyselekcjonowanej grupie, więc nie mówi, co działa najlepiej — ale dobrze ilustruje tezę komentarza z Yale: indywidualne wycofanie się z nadmiaru pracy przynosi ulgę, trwałą zmianę dają obsada, organizacja i procesy.

Ograniczenia

- Badanie jakościowe: przyczyny poprawy to retrospektywna ocena samych rozmówców, nie zweryfikowany związek przyczynowy.
- Brak grupy porównawczej — nie wiadomo, czy lekarze bez dużej poprawy (272 osoby) nie robili tego samego. Nie oceniano też poprawy umiarkowanej.
- Niski odsetek odpowiedzi na ankietę wyjściową (484 z 6000, ok. 8%) i wywiady z 30 z 87 kwalifikujących się — ryzyko błędu selekcji.
- Duża poprawa po pół roku może częściowo odzwierciedlać regresję do średniej (wysokie wyjściowe wypalenie).
- Kontekst amerykański (organizacja pracy, finansowanie, rola dokumentacji) — uogólnienie na polskie gabinety i poradnie wymaga ostrożności.
- Odsetek zmian pasywnych w życiu prywatnym (6,7%) podaję za omówieniem Medscape; w dostępnej części pełnego tekstu nie został potwierdzony.

Źródło

Shanafelt TD, Makowski MS, Hale B, Carlasare LE, Menon NK, Shapiro A, Wang H, Tutty M, Trockel MT, Sinsky C. Actions Reported by Physicians With Large Improvements in Burnout and Professional Fulfillment. JAMA Netw Open. 2026;9(9):e2635986. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2026.35986.

Komentarz: Olson K. (Yale School of Medicine), JAMA Netw Open 2026 — omówienie Medscape (tłumaczenie z wydania niemieckiego).

https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2854432

Przeanalizowane źródła: 2 (artykuł oryginalny + omówienie Medscape z komentarzem redakcyjnym).