

# Ključni čimbenici iseljavanja zdravstvenih radnika iz Republike Hrvatske

---

**Pintarić, Ljiljana**

**Doctoral thesis / Disertacija**

**2024**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:150764>

*Rights / Prava:* [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-10-16**



Sveučilište u Zagrebu  
Filozofski fakultet  
University of Zagreb  
Faculty of Humanities  
and Social Sciences

*Repository / Repozitorij:*

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb  
Faculty of Humanities and Social Sciences](#)





Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Ljiljana Pintarić

**KLJUČNI ČIMBENICI ISELJAVANJA  
ZDRAVSTVENIH RADNIKA IZ  
REPUBLIKE HRVATSKE**

DOKTORSKI RAD

Zagreb, 2024.





Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Ljiljana Pintarić

**KLJUČNI ČIMBENICI ISELJAVANJA  
ZDRAVSTVENIH RADNIKA IZ  
REPUBLIKE HRVATSKE**

DOKTORSKI RAD

Mentor:

izv. prof. dr. sc. Drago Župarić-Ilić

Zagreb, 2024.





University of Zagreb

Faculty of Humanities and Social Sciences

Ljiljana Pintarić

**KEY FACTORS OF EMIGRATION OF  
HEALTHCARE WORKERS FROM THE  
REPUBLIC OF CROATIA**

DOCTORAL THESIS

Supervisor:

Drago Župarić-Iljić, PhD, associate professor

Zagreb, 2024.



## Informacije o mentoru

Drago Župarić-Iljić (1981., Županja) izvanredni je profesor na Odsjeku za sociologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu i član Katedre za migracijske i etničke studije. Diplomirao je 2005. godine dvopredmetni studij sociologije (znanstveni i nastavnički smjer) i povijesti (znanstveni i nastavnički smjer) na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Godine 2007. magistrirao je na programu Sociology and Social Anthropology na Srednjoeuropskom sveučilištu (CEU) u Budimpešti. Doktorirao je sociologiju 2015. godine na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, obranivši disertaciju *Utjecaj promjena u okolišu na nastanak (ne)dobrovoljnih migracija* izrađenu pod vodstvom profesora Milana Mesića.

Od 2009. do 2018. godine radio je kao znanstveni suradnik u Institutu za migracije i narodnosti u Zagrebu, i to na nekoliko znanstveno-istraživačkih projekata koji su se ticali tema etničnosti, migracija i izbjeglištva. Od 2018. je godine u zvanju docenta, a od 2024. u zvanju izvanrednog profesora na Katedri za migracijske i etničke studije Odsjeka za sociologiju na Filozofskom fakultetu u Zagrebu. Nositelj je više kolegija iz polja posebnih sociologija na prijediplomskom i diplomskom studiju sociologije, i to u granama migracijskih studija, studija etničnosti i sociodemografije. Nastavu drži i na poslijediplomskom doktorskom studiju sociologije na Odsjeku za sociologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.

Neka od glavnih područja njegova znanstveno–istraživačkog interesa čine pitanja prisilnih migracija, azila, iseljavanja, post-migracijskih procesa, nacionalnomanjinskih prava i položaja, politike državljanstva te društvene nejednakosti. Objavio je tridesetak znanstvenih radova kao članke u znanstvenim časopisima i kao poglavlja u znanstvenim knjigama i zbornicima, te dvije monografije. Sudjelovao je u desetak istraživanja, od kojih su se tri ticala evaluacije integracijskih politika i praksi za populaciju migranata i izbjeglica u hrvatskom društvu. Sudjelovao je na brojnim domaćim i međunarodnim znanstvenim skupovima s izlaganjima samostalno i u suautorstvu. Član je Hrvatskog sociološkog društva i član je uredništva znanstvenog časopisa *Migracijske i etničke teme*. Od 2023. godine član je Povjerenstva Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja (2016. – 2021.). Mentorirao je desetak obranjenih diplomskih radova i jednu doktorsku disertaciju.





## *Zahvale*

*Zdravstvenim radnicima/ama – bez kojih ovo istraživanje ne bi bilo moguće.*

*Dragi Župariću-Iljiću – za predano mentorstvo i nesebičnu podršku.*

*Tomu – za ljubav.*



## SAŽETAK

Ovaj se doktorski rad bavi temom iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske u novije vrijeme. Glavni je cilj rada utvrđivanje i razumijevanje ključnih, ali i svih ostalih relevantnih čimbenika koji sudjeluju u procesu donošenja odluke zdravstvenih radnika/ca o iseljenju, kao i različitih kontekstualnih varijabli koje na taj proces mogu utjecati. U tu je svrhu provedeno kvalitativno istraživanje, a kao metoda istraživanja odabrana je metoda polustrukturiranog intervjua. Ciljane su populacije iseljenih, ali i neiseljenih zdravstvenih radnika/ca, kako onih koji su razmišljali (ili razmišljaju) o iseljenju tako i onih koji tu opciju ne razmatraju. Intervjuirano je ukupno 45 zdravstvenih radnika/ca, a svi intervjui su, i to zbog konteksta pandemije bolesti COVID-19 tijekom koje se istraživanje odvijalo, realizirani na daljinu putem internetskih komunikacijskih platformi. Materijal dobiven istraživanjem analiziran je i obrađen metodom tematske analize po pristupu analize obrazaca. Ovom analizom identificirano je pet tema koje grupiraju čimbenike relevantne za iseljavanje zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske: organizacijski kontekst hrvatskog zdravstvenog sustava, društveno-politički kontekst suvremenog hrvatskog društva, profesionalne aspiracije zdravstvenih radnika/ca, kvaliteta života te sistemsko nasilje. Od toga su kao ključne za tumačenje fenomena iseljavanja zdravstvenih radnika/ca prepoznate teme organizacijskog konteksta zdravstvenog sustava te društveno-političkog konteksta, a kao integrativna, odnosno transverzalna tema u odnosu na prethodne dvije, tema sistemskog nasilja unutar zdravstvenog sustava. Ključni čimbenici iseljavanja bili su sljedeći: neuređenost te visoki stupanj politizacije zdravstvenog sustava, percepcija visoke razine korupcije i nepotizma u zdravstvenom sustavu i društvu, izostanak meritokratskih principa u sustavu i u širem društvu, opća klima apatije i beznađa, kako u sustavu tako i u širem društvu.

**Ključne riječi:** iseljavanje zdravstvenih radnika/ca, zdravstveni sustav, meritokracija, korupcija, beznađe, sistemsko nasilje.



## **EXTENDED SUMMARY**

This doctoral thesis deals with the topic of recent emigration of healthcare workers from Croatia. The phenomenon of emigration of Croatian healthcare workers to more developed countries and the consequent change in the structure of the health sector have been noticeable for several years, especially since Croatia's accession to full membership in the European Union in 2013. Compared to other professions, the probability of further emigration of doctors and other healthcare workers from Croatia is particularly high, as well as the risk of the consequences of such emigration in terms of shortages on the labor market. So far, research into this phenomenon has been almost exclusively carried out within the framework of quantitative methodology, and also mostly by healthcare workers themselves, which significantly contributed to the initial insights into the motives of emigration of healthcare workers from Croatia and their mapping. However, we noticed that this phenomenon is insufficiently researched from the perspective of social sciences, with their specific theoretical and methodological approaches, and we considered in-depth research of this phenomenon to be particularly fruitful in terms of gaining a better insight into the perspective of the healthcare workers themselves. Therefore, we have chosen qualitative methodology for our research, which offers the possibility of gaining deeper insight into the perspective of the actors of the phenomenon itself.

The main goal of the thesis is to determine and understand key factors, but also all other relevant factors that take part in the decision-making process of healthcare workers on emigration, as well as various contextual variables that can influence this process. For this purpose, qualitative research was conducted, and the semi-structured interview was chosen as the research method. The target population were healthcare workers in emigration, as well as healthcare workers still living and working in Croatia and considering emigration, and those who are not considering that option. A total of 45 healthcare workers were interviewed, and due to the context of the COVID-19 pandemic during which research took place, all interviews were conducted remotely via online communication platforms. Because of the triangulation that we used as a methodological approach, whereby we were given the opportunity to compare the perspective of emigrant healthcare workers with the perspective of non-emigrants who are not thinking about emigration, and non-emigrants who are considering emigration, we gained insight that can explain the differences between these groups. These differences can point us to some explanations of the

phenomenon itself, which would not be possible if we conducted research including only one of these populations.

The material obtained from the research was analyzed and processed using the method of thematic analysis based on the pattern analysis approach. This analysis identified five themes that group factors relevant to the emigration of healthcare workers from Croatia: organizational context of the Croatian healthcare system, socio-political context of contemporary Croatian society, professional aspirations of healthcare workers, quality of life and systemic violence.

Of all these, the themes of the organizational context of the healthcare system and the socio-political context were recognized as key for the interpretation of the phenomenon of emigration of healthcare workers. In the area of the organizational context of the Croatian healthcare system, we single out the following as key factors of emigration: the absence of meritocratic principles, bad interpersonal relations and mobbing, a high degree of politicization of the profession and the healthcare system, as well as the perception of a high degree of corruption and nepotism. These emigration factors related to the organizational context of the healthcare system are actually a reflection of the broader context of Croatian society, and a clear link between these two groups of factors can be seen in this sense. The key emigration factors of healthcare workers related to the socio-political context of Croatian society are the following: the perception of a high level of corruption and nepotism, the general social climate of apathy and hopelessness, the absence of meritocratic principles, that is, the feeling of the absence of the rule of principles of justice and honesty in society.

We also highlight the topic of systemic violence, which, through a different and new lens, covers the issue of the work experience of workers in the healthcare system. Although this topic overlaps with other topics to some extent, since it has transversal characteristics, it is important to emphasize it through the phrase “systemic violence”, because this phrase has a completely different meaning and implications in public discourse than the phrase “organizational context”. The phrase “systemic violence” refers to the severity of the conditions of work and functioning in the system in which such a phenomenon is present, for all its stakeholders, both workers and patients, as well as the urgent need to act in terms of public policies.

Given that this topic is relatively under-researched in Croatian sociology, the thesis certainly represents a significant scientific contribution to the study of the topic and the understanding of

this phenomenon, from the perspective of the broader field of social sciences and humanities. The scientific contribution manifests itself, on the one hand, in the theoretical contribution of the work for the analysis and deeper understanding of the factors of emigration of healthcare workers from Croatia, and through empirical contribution and innovation on the other, because it represents the first systematic and comprehensive qualitative study of the emigration of healthcare workers.

The additional scientific value of the thesis manifests itself in the potential application, since research results can eventually help in (co-)creating public policies and measures in Croatia that relate to the target population of workers in the Croatian healthcare system, i.e. that affect the position and perspectives of health of workers in Croatia, their aspirations for emigration by staying or returning.

**Keywords:** emigration of healthcare workers, healthcare system, meritocracy, corruption, hopelessness, systemic violence.





## SADRŽAJ

<b>1. UVOD</b> .....	1
<b>2. TEORIJSKA POLAZIŠTA</b> .....	4
<b>2.1. Uvod</b> .....	4
<b>2.2. Model potisnih i privlačnih čimbenika</b> .....	10
<b>2.3. Radne migracije stručnjaka/inja – odljev mozgova</b> .....	14
<b>2.4. Migracije zdravstvenih radnika/ca</b> .....	22
<b>2.5. Iseljavanje zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske</b> .....	28
<b>2.6. Javne politike</b> .....	37
<b>2.7. Konceptualni okvir istraživanja</b> .....	43
<b>3. METODOLOGIJA</b> .....	45
<b>3.1. Cilj istraživanja i istraživačka pitanja</b> .....	45
<b>3.2. Populacija i uzorak</b> .....	46
<b>3.3. Provedba i metoda istraživanja</b> .....	48
<b>3.4. Metoda analize i obrade podataka</b> .....	52
<b>3.5. Epistemološka pozicija istraživačice i refleksije o utjecaju na istraživanje</b> .....	56
<b>4. REZULTATI</b> .....	61
<b>4.1. Uvod</b> .....	61
<b>4.2. Organizacijski kontekst hrvatskog zdravstvenog sustava</b> .....	69
4.2.1. Međuljudski odnosi .....	71
4.2.1.1. Radna atmosfera u kolektivu .....	72
4.2.1.2. Hijerarhizacija i formaliziranost uloga i odnosa .....	76

4.2.1.3. Kršenje radno-pravnih i kolegijalnih odnosa .....	79
4.2.1.4. Položaj medicinskog tehničara/medicinske sestre u sustavu .....	81
4.2.2. Uvjeti rada .....	82
4.2.2.1. Tehnički uvjeti rada i dostupnost potrebnih resursa .....	82
4.2.2.2. Razlika velikih bolnica i manjih bolnica/ustanova .....	83
4.2.3. Upravljanje zdravstvenim sustavom .....	84
4.2.3.1. Briga za dobrobit radnika/ce i pacijenta/ice .....	84
4.2.3.2. Vrednovanje učinka pozitivnim/negativnim sankcijama .....	87
4.2.3.3. Politizacija struke i upravljačkih pozicija .....	91
4.2.3.4. Korupcija i nepotizam u zdravstvenom sustavu .....	92
4.2.4. Organizacijski kontekst stranih zdravstvenih sustava .....	94
<b>4.3. Društveno-politički kontekst .....</b>	<b>100</b>
4.3.1. Osjećaj društvene (ne)pravde .....	101
4.3.1.1. Korupcija i nepotizam u širem društvu .....	102
4.3.1.2. Poštivanje meritokratskih principa i ljudskih prava .....	103
4.3.1.3. Povjerenje u državni aparat .....	105
4.3.2. Beznade i razočaranje stanjem u društvu .....	107
4.3.3. Vrijednosna orijentacija .....	109
4.3.4. Ugled struke .....	112
<b>4.4. Profesionalne aspiracije .....</b>	<b>116</b>
4.4.1. Kvaliteta obrazovanja .....	117
4.4.1.1. Kvaliteta studija (kod medicinskih tehničara/sestara srednje škole i studija) .....	117

4.4.1.2. Kvaliteta specijalizacije .....	119
4.4.1.3. Kvaliteta i mogućnosti cjeloživotnog usavršavanja koje nudi sustav .....	121
4.4.2. Mogućnost izbora karijere .....	122
4.4.2.1. Mogućnost izbora željene specijalizacije za liječnike/ce .....	122
4.4.2.2. Mogućnosti usavršavanja u Hrvatskoj kod uskih specijalizacija .....	124
4.4.2.3. Ograničenja za VSS medicinske tehničare/sestre (i one s visokim profesionalnim aspiracijama bez VSS) .....	125
4.4.3. Meritokratski principi u realizaciji profesionalnih aspiracija .....	127
<b>4.5. Kvaliteta života</b> .....	<b>129</b>
4.5.1. Zadovoljstvo životnim standardom i mogućnost rješavanja stambenog pitanja .....	130
4.5.2. Kvaliteta provođenja slobodnog vremena .....	133
4.5.3. Vežanost uz mjesto/obitelj/prijatelje .....	133
4.5.4. „Stranac“ .....	134
4.5.5. Iskustvo života i rada ovisno o stupnju urbaniteta/ruraliteta .....	136
<b>4.6. Sistemsko nasilje</b> .....	<b>137</b>
4.6.1. Trpljenje kao norma (socijalizacija u profesiju)/požrtvovnost zdravstvenih radnika/ca .....	138
4.6.2. Bežnađe .....	140
4.6.3. Odgovornost pojedinac/sustav .....	141
4.6.4. Rodno utemeljena diskriminacija .....	144
4.6.5. Zlostavljanje na radnom mjestu (eng. <i>mobbing</i> ) .....	145

4.6.6. Sindrom izgaranja na poslu (eng. <i>burnout</i> )/mentalne posljedice teških uvjeta rada/visoka razina stresa .....	147
<b>5. REZIME REZULTATA I RASPRAVA .....</b>	<b>149</b>
<b>5.1. Uvod .....</b>	<b>149</b>
<b>5.2. Organizacijski kontekst hrvatskog zdravstvenog sustava .....</b>	<b>151</b>
<b>5.3. Društveno-politički kontekst .....</b>	<b>159</b>
<b>5.4. Profesionalne aspiracije .....</b>	<b>162</b>
<b>5.5. Kvaliteta života .....</b>	<b>166</b>
<b>5.6. Sistemsko nasilje .....</b>	<b>167</b>
<b>5.7. Zaključak poglavlja .....</b>	<b>170</b>
<b>6. ZAKLJUČAK .....</b>	<b>174</b>
<b>LITERATURA .....</b>	<b>179</b>
<b>PRILOZI .....</b>	<b>188</b>
<b>Životopis autorice .....</b>	<b>199</b>



## 1. UVOD

U uvodu ove disertacije obrazložit ćemo znanstveno-istraživačke motive za provođenje istraživanja iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, objasniti cilj istraživanja te izložiti strukturu disertacije.

Pojava iseljavanja hrvatskih zdravstvenih radnika u razvijenije zemlje te posljedična promjena strukture zdravstvenog sektora primjetni su već duži niz godina, a naročito u razdoblju od pristupanja RH u punopravno članstvo u Europskoj uniji 1. srpnja 2013. godine (Župarić-Iljić, 2016). Neke procjene govore o iseljavanju 525 liječnika/ca od 2013. do 2016. godine, što je ekvivalentno broju liječnika/ca zaposlenih u, primjerice, osječkom ili riječkom KBC-u (Stubbs i Zrinščak, 2017). U priopćenju za medije Hrvatska liječnička komora objavila je 2016. godine podatak da 60% liječnika/ca mlađih od 40 godina aktivno razmišlja o odlasku iz RH (Hrvatska liječnička komora, 2016). U odnosu na druga zanimanja, posebno je visoka vjerojatnost daljnjeg iseljavanja liječnika/ca i drugih zdravstvenih radnika/ca iz RH, kao i rizik od posljedica tog iseljavanja u smislu manjka na tržištu rada (Babić i Račić, 2018). Stručnjaci smatraju da se takvi nedostaci ne mogu nadoknaditi u kratkom roku, budući da je, primjerice, za ulazak liječnika/ca specijalista/ica na tržište rada potrebno deset, a ponekad i dvadeset godina (Barić i Smolić, 2012).

Iz vizure sociologije primijetili smo prostor za dodatno te dublje istraživanje navedene pojave negoli su nudila dosadašnja istraživanja. Kako ćemo unutar ove disertacije pojasniti i argumentirati, dosadašnja su istraživanja gotovo isključivo provedena u okviru kvantitativne metodologije, a većinom su ih provodili zdravstveni/e radnici/e, što je znatno doprinijelo početnim uvidima u motive iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske i njihovu mapiranje. No, kako smo rekli, primijetili smo da je ta pojava nedostatno istražena iz perspektive društvenih znanosti, s njihovim specifičnim teorijskim i metodologijskim pristupima, a naročito smo plodonosnim smatrali dubinsko istraživanje te pojave u smislu stjecanja boljeg uvida u perspektivu zdravstvenih radnika/ca. Kako bismo u tom smislu adekvatno istraživački obuhvatili spomenutu pojavu, odlučili smo se za pristup iz okvira kvalitativne metodologije, stoga što upravo takav pristup nudi mogućnost stjecanja dubinskih uvida i znanstvenih spoznaja o raznim fenomenima kakve kvantitativna metodologija ne nudi. Drugim riječima, krenuli smo od ideje istraživanja koje bi nadopunilo već postojeća istraživanja koja su metodom ankete mapirala

raspon mogućih motiva iseljavanja zdravstvenih radnika/ca. Ta su nam istraživanja, kako ćemo pokazati u poglavlju koje slijedi, poslužila kao koristan okvir u kreiranju konceptualnog okvira iz kojeg je onda proizašao naš istraživački instrument, odnosno protokol intervjua.

Hrvatska nije izolirani primjer što se fenomena migracija zdravstvenih radnika/ca tiče, već je dijelom globalnog manjka zdravstvenih radnika/ca, o čemu govori i procjena Svjetske zdravstvene organizacije (eng. *World Health Organization*) da će do 2035. godine nastati ukupni svjetski manjak od 12,9 milijuna zdravstvenih radnika/ca, dok je u 2013. godini procjena tog manjka iznosila 7,2 milijuna (Truth, 2013). U tom smislu na globalnoj razini postoje velike regionalne nejednakosti, a kao jedan od ključnih čimbenika tih nejednakosti, kako globalno tako i lokalno, prepoznate su i međunarodne migracije (Truth, 2013). Globalni se deficit reflektira i na stanje ljudskih resursa u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske. Hrvatski je zdravstveni sustav u tom kontekstu u nepovoljnoj poziciji zbog očekivanog, ali i već realiziranog migriranja hrvatskih zdravstvenih radnika/ca u smjeru razvijenijih zemalja koje obično nude bolje radne uvjete, bolje mogućnosti usavršavanja i napredovanja, kao i višu razinu kvalitete života i uređenosti društva. Ključno je, dakle, zadržati zdravstvene radnike/ce u zdravstvenom sustavu pomoću raznih strategija kako bi se u konačnici postigla održivost funkcioniranja samog zdravstvenog sustava (Crettenden, Dal Poz i Buchan, 2013; Padaiga, Pukas i Starkiene, 2014).

Budući da su različita pitanja vezana uz migracije relevantna i za javne politike unutar nacionalne države, od znanstvenika/ca se često očekuje doprinos znanju o čimbenicima koji oblikuju migracije, a na koje se onda također raznim mjerama može i utjecati (Carling i Collins, 2018). Ovo istraživanje usmjereno je stoga upravo na nacionalnu razinu, što je u skladu i s trendovima kvalitativnih istraživanja migracija u europskom kontekstu (Zapata-Barrero i Yalaz, 2018:25). U tom je smislu istraživanje iseljavanja zdravstvenih radnika/ca relevantno za različite aktere u Hrvatskoj koji sudjeluju u kreiranju i provođenju javnih politika, naročito zdravstvene, obrazovne (u području obrazovanja zdravstvenih radnika/ca) i migracijske.

U svjetlu svega navedenoga, naše je istraživanje za cilj imalo utvrditi i razumjeti ključne čimbenike u migracijskom procesu koji utječu na odluku o iseljavanju zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske. U svrhu stjecanja dubljih spoznaja i boljeg razumijevanja tih čimbenika izabrali smo, kako smo već napomenuli, kvalitativnu metodologiju kao pristup te odlučili istražiti perspektive, kako iseljenih tako i neiseljenih zdravstvenih radnika/ca.



U narednim će poglavljima uslijediti predstavljanje teorijskih polazišta i konceptualnog okvira našeg istraživanja, potom metodologijskih odrednica, zatim izlaganje rezultata dobivenih tematskom analizom provedenih intervjua sa zdravstvenim radnicima/ama, rezime rezultata zajedno s raspravom i zaključne napomene.

## 2. TEORIJSKA POLAZIŠTA

### 2.1. Uvod

Glavni je cilj ovog poglavlja opisati i objasniti teorijska i konceptualna polazišta ovog rada i istraživanja. Osim toga, uključit ćemo i prikazati i rezultate relevantnih istraživanja koja su nastala u međuvremenu te nisu bili dostupni u trenutku izrade nacrt istraživanja. Smatramo odgovarajućim upotrijebiti naziv „polazišta“ budući da smo od početka izrade nacrt istraživanja ostavili mogućnost da rezultati istraživanja donesu uvide i spoznaje za tumačenje kojih će biti prikladna i potrebna i neka dodatna teorijska objašnjenja, dakle koja teorijsko-konceptualnim okvirom predstavljenim u sinopsisu istraživanja nismo obuhvatili u strogom smislu. Drugim riječima, prikazat ćemo ovdje sve relevantne teorije, koncepte, podatke i istraživanja kojima je ovo istraživanje bilo inicijalno informirano u užem i širem smislu.

Istraživanja migracija multidisciplinarnog su karaktera, pri čemu se neke discipline neposredno (sociologija, geografija, demografija, antropologija, ekonomija, urbano i ruralno planiranje), a druge posredno i djelomično (povijest, politička i medicinska znanost te neke druge) bave tim temama (Mesić, 2002). Većina navedenih disciplina spada u područje društvenih znanosti te je uputnije svaku od njih (s pripadajućim teorijama i metodologijama) tumačiti kao različite načine promatranja iste društvene stvarnosti, negoli kao jedini ispravan odgovor na postavljena pitanja (De Haas, Castles, i Miller, 2019:44). Medicinske znanstvenike Mesić (2002:240) navodi kao one koji se bave pitanjima lociranja i širenja zaraznih i drugih bolesti u kontekstu migriranja. No, kako ćemo pojasniti u tekstu koji slijedi, možemo reći da se medicinski/e radnici/e (ne i medicinska znanost) bave i pitanjima migracija svojih stručnjaka/inja, budući da se pregledom korpusa istraživanja te pojave može pronaći jedan (nezanemariv) dio objavljenih radova čiji su autori upravo medicinski/e stručnjaci/kinje.

Istraživanja iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, kako u Hrvatskoj tako i u svijetu, jednim dijelom proveli su, dakle, i provode zdravstveni/e radnici/e (često oni/e zdravstveni/e radnici/e koji/e se bave područjem javnog zdravstva, ali i ostali), što nam govori o tome da i oni prepoznaju važnost te teme za dobrobit vlastitih profesija i zdravstvenih sustava u kojima rade, pa slijedom toga i vlastitu dobrobit u ulozi zaposlenika/ca tih zdravstvenih sustava. Pregledom objavljenih radova na tu temu primijetili smo da, i to upravo iz razloga koji smo naveli, a to je da su autori tih istraživanja često medicinski/e stručnjaci/kinje, u jednom dijelu tih radova nedostaje

polazišni teorijski okvir, kao i tumačenje dobivenih rezultata u teorijskom smislu na način na koji je to uobičajeno u društvenim znanostima, posebice u sociologiji. Dakle, takvi radovi ukupnom korpusu znanja o temi migracija zdravstvenih stručnjaka značajno doprinose upravo zato što ih provode ključni akteri pojave te vrste radnih migracija, koji su za provođenje takvih istraživanja intrinzično motivirani te im pristupaju iz vlastitog iskustva i korištenjem percepcije pojave „iznutra“, odnosno istraživačke instrumente mogu kreirati iz te perspektive, ali ne nužno uz korištenje teorijskih i metodologijskih znanja i vještina društvenih znanstvenika/ca. To je upravo i razlogom zbog kojeg smo istraživanja koja su proveli i stručnjaci/kinje zaposleni/e u zdravstvenom sustavu odredili kao jednu od polazišnih točaka u izradi konceptualnog okvira, a što ćemo detaljnije prikazati u potpoglavljima s pregledom dosadašnjih istraživanja, što stranih, što domaćih. Njihovo iskustvo, percepciju „iznutra“ te, posljedično, način na koji su kreirali svoje instrumente i komentirali dobivene rezultate, smatramo nezaobilaznim doprinosom znanju o pojavi koju istražujemo. S druge strane, sociolozi i istraživači iz drugih društvenih znanosti mogu doprinijeti svojim metodologijskim te teorijskim znanjima i vještinama, kao i korištenjem percepcije „izvana“ čime te dvije istraživačke pozicije mogu zajednički dati cjelovit(ij)u sliku istraživane pojave.

U uvodnom dijelu poglavlja o teorijskim polazištima reći ćemo tek nekoliko riječi o suvremenim međunarodnim migracijama u širem smislu, dok ćemo znatno više prostora u idućim potpoglavljima posvetiti migracijama stručnjaka/inja (tzv. odljev mozgov ili eng. *brain drain*), a pogotovo migracijama zdravstvenih radnika/ca. Dakle, u najširem smislu iz perspektive sociologije migracija, ovaj se doktorski rad bavi međunarodnim migracijama, u užem smislu radnim migracijama s fokusom na radne migracije stručnjaka/inja, odnosno na odljev mozgov, te u najužem smislu radnim iseljavanjem zdravstvenih radnika/ca.

Suvremene međunarodne migracije igraju važnu ulogu u raznim nacionalnim, regionalnim pa i pitanjima na globalnoj razini, no taj značaj često nije dovoljno prepoznat (Koser, 2007:10). Opći je konsenzus među stručnjacima/kinjama koji/e se bave migracijskim brojkama da je većinom teško odrediti točne brojke određenih skupina migranata/tica zbog različitosti u metodologiji prikupljanja i bilježenja podataka u različitim državama i regijama, kao i stoga što, i to iz različitih razloga, jedan dio migracijskih kretanja ostaje nezabilježen. Nećemo ovdje dublje ulaziti u tu problematiku jer to ne spada u ciljeve ovog rada, no nakon ove napomene, i uz tu

ogradu, ipak ćemo navesti neke podatke vezane za međunarodne migracije kao početnu ilustraciju i uvod u temu. Broj se međunarodnih migranata/tica u posljednjih pet desetljeća kontinuirano povećava, od 84 milijuna 1970. godine do 271 milijuna 2019., te se očekuje nastavak tog trenda, a od 1970-ih naovamo vidljiv je i lagani trend porasta globalne stope međunarodnih migracija, od 2,3% međunarodnih migranata/tica u ukupnoj svjetskoj populaciji 1970. do stope od 3,5% 2019. godine (Koser, 2007; McAuliffe i sur., 2020a:21), no globalne se migracijske stope ipak procjenjuju relativno stabilnima u promatranom razdoblju (McAuliffe i sur., 2020a). Pojavi međunarodnih migracija u spomenutom je razdoblju značajno pridonio fenomen globalizacije koji je pokrenuo sasvim nove procese globalne integracije i razmjene, kako ideja, dobara i kapitala tako i ljudi, te mnogima, osim najsiromašnijih i najranjivijih, olakšao migriranje. Međunarodne migracije tako možemo smatrati i jednim od najvažnijih čimbenika u spomenutoj globalnoj promjeni, i to čimbenikom koji se pojavljuje i kao posljedica i kao daljnji pokretač te promjene (De Haas, Castles, i Miller, 2019). Premda su globalne stope međunarodnih migracija relativno stabilne, na djelu je pojava tzv. globalizacije migracija jer je sve više zemalja pod značajnim utjecajem migracija, a migranti/ce koji im dolaze iz sve su različitijih sociokulturnih, ekonomskih i ostalih okolnosti (De Haas, Castles, i Miller, 2019:9).

Ne iznenađuje podatak da se je 2019. godine gotovo dvije trećine od ukupnog broja međunarodnih migranata/tica useljavalo u zemlje s visokim dohotkom, gotovo trećina u zemlje sa srednje visokim dohotkom, te vrlo mali udio, tek oko 5%, u zemlje s niskim dohotkom (McAuliffe i sur., 2020a:26). U svijetu je sredinom 2020. godine bilo oko 280 milijuna međunarodnih migranata/tica, što je tada predstavljalo 3,6% ukupne svjetske populacije, prema podacima koje nudi Migration Data Portal (2021). Radnih je migranata/tica 2019. godine u svijetu bilo 169 milijuna, prema podacima UN-ove organizacije *International Organization for Migration* (2023). Od ukupnog broja međunarodnih migranata/tica otprilike je, dakle, dvije trećine onih koje smatramo radnim migrantima, no procijenjene se brojke radnih međunarodnih migranata/tica, i to zbog niza razloga, smatraju podcijenjenima (McAuliffe i Khadria, 2020:33).

U Europi je 2019. godine živjelo preko 82 milijuna međunarodnih migranata/tica, a nešto više od polovine tog broja (42 milijuna) predstavljali/e su međunarodni migranti/ce rođeni u Europi (McAuliffe i sur., 2020b:85). Tijekom prethodne dekade (2009. – 2019.) nekoliko je europskih

zemalja doživjelo značajne promjene u porastu veličine populacije, primjerice, Norveška, Irska, Švedska, Ujedinjeno Kraljevstvo te Austrija (McAuliffe i sur., 2020b:87).

Velika većina onih koji se odlučuju na međunarodnu migraciju čini to iz razloga vezanih za posao, obitelj i obrazovanje (De Haas, Castles, i Miller, 2019:30; McAuliffe i sur., 2020a:19). Radne (ponekad se nazivaju i ekonomske) migracije čine najveći dio međunarodnih migracija, kako je vidljivo iz ranije iznesenih brojki. Najčešća dihotomija koju nalazimo unutar te skupine migracija ona je koja razlikuje niskostručne (eng. *low skilled*) i visokostručne (eng. *highly skilled*) migrante/ice. Ta dihotomija ne odražava realno stanje u potpunosti, a to je da migriraju ljudi svih razina obrazovanja i stručnosti (De Haas, Castles, i Miller, 2019:30), te se zapravo radi o kontinuumu, a ne dihotomiji stručnosti/obrazovanja/vještina. Opisano je naročito vidljivo u profesiji medicinskog tehničara/medicinske sestre koji/e često u destinacijama useljeništa rade poslove njegovatelja/ica starijih i nemoćnih, neki pritom i s visokom stručnom spremom, kao i visokom razinom usko specifičnih znanja i vještina, ovisno o odjelima i poslovima za koje su bili zaduženi.

Za naše je istraživanje važno napomenuti i to da migracijski motivi često nisu jednoznačni, stoga su kategorizacije prema motivu migracije, kao što su one na radne, obiteljske, obrazovne i slično, idealtipske te je moguće da ćemo razvrstavanjem migranata/tica po navedenim kategorijama ispustiti dio njihovih migracijskih motiva. Obiteljske su migracije, primjerice, često direktna posljedica radnih migracija, odnosno odluke radnog migranta/ice da se na destinaciji useljenja trajno nastani, što onda povlači i odluku da sele s čitavom obitelji (De Haas, Castles, i Miller, 2019:31).

Nalazimo važnim ovdje spomenuti i proces feminizacije radnih migracija u kontekstu suvremenih međunarodnih migracija. Naime, premda je udio žena u ukupnom broju međunarodnih migranata već desetljećima stabilan na razini od 46% (de Haas i sur., 2019; prema De Haas, Castles, i Miller, 2019:10), povećao se udio žena u radnim migracijama, no, u usporedbi s muškarcima, radne migrantice ostaju manje vidljiv dio te statistike jer ih je puno zaposlenih u neformalnim sektorima poput čišćenja i njege (De Haas, Castles, i Miller, 2019:10). U novijim je istraživanjima vidljiv pomak od onih koja rodnu perspektivu nisu uzimala u obzir prema pojavljivanju čitave struje onih koja to čine te time pružaju nove uvide u taj aspekt kompleksnog iskustva migriranja (Morokvašić, 2014). Upravo spomenuti proces feminizacije

migracija, tumači Morokvašić (2014), implicira da su u prošlosti migrirali isključivo muškarci te da su žene u tim procesima sudjelovale pasivno, a ne kao aktivni akteri, te da se tu nema što znanstveno objašnjavati. Tu ideju da su žene u migracijskim procesima pasivne i da su one koje slijede ilustrira i pojava orodnjene distinkcije između „autonomnih“ i „obiteljskih“ migracija, a koja se mahom koristila kod tumačenja migracija žena i vrlo rijetko kod migracija muškaraca, nastavlja ista autorica.

U jednoj od profesija na koju je usmjereno naše istraživanje (medicinski tehničar/medicinska sestra) tradicionalno prevladavaju žene (uz tek noviju pojavu ulaska muškaraca), dok liječnička profesija doživljava proces feminizacije pa tako danas u Hrvatskoj imamo veći broj liječnica u odnosu na liječnike. Iseljene medicinske sestre često rade upravo na poslovima njege, što u kućanstvima kao osobne njegovateljice, što u domovima za starije i nemoćne, stoga su svakako dijelom spomenutog manje vidljivog dijela statistike radnih migracija u odnosu na muškarce.

Definicije su međunarodnih migracija i međunarodnog migranta brojne i uglavnom uključuju vremenski okvir proveden na useljeničkoj destinaciji da bi se nekoga smatralo migrantom/icom. Dokument Ujedinjenih naroda *Recommendations on Statistics of International Migration* (prema McAuliffe i sur., 2020a:21) međunarodnog migranta definira kao svaku osobu koja je promijenila zemlju svojeg uobičajenog prebivališta, pri čemu razlikuje kratkoročne migrante (oni koji su zemlju prebivališta promijenili u trajanju od najmanje tri mjeseca, ali kraće od godine dana) te dugoročne migrante (one koji su zemlju prebivališta promijenili u trajanju od minimalno godine dana ili duže). De Haas, Castles i Miller (2019:23) također ističu promjenu prebivališta preko administrativnih granica kao onu koja migracijsku razlikuje od ne-migracijske mobilnosti te navode da vrijeme trajanja useljništva kojima razne definicije određuju je li netko migrant varira većinom između tri i dvanaest mjeseci. No uz sve izdvojene varijacije navedeni autori smatraju da su dvije ključne karakteristike mobilnosti koje ju određuju kao migracijsku mobilnost: promjena prebivališta te prelazak administrativne granice.

Smatramo potrebnim ovdje napomenuti da je u slučajevima migracije unutar Europske unije nešto kompleksniji odgovor na pitanje radi li se o unutarnjim ili međunarodnim migracijama, ako gledamo prelazak međunarodnih granica kao razlikovni kriterij. Može se reći da su oni između tih dviju kategorija, odnosno da postaju kategorija za sebe (De Haas, Castles i Miller, 2019:26). Oni prelaze međunarodnu granicu, ali je prelaze slobodno i bez uobičajenih kontrola kakve taj

prelazak implicira. Ipak, budući da dolaze u drugačije sociokulturne sredine, u kojima moraju učiti novi jezik, norme i sve ostalo što takva promjena traži, za potrebe ovog rada i istraživanja odabiremo smatrati ih i nazivati međunarodnim migrantima/cama. Naravno, takve promjene ponekad mogu doživjeti i unutarjni/e migranti/ce, s obzirom na dijapazon sociokulturnih različitosti kakav se ponekad može vidjeti i unutar jedne države, ali smatramo da pojam „međunarodni“ adekvatnije implicira ono što preseljenjem doživljava osoba koja migrira unutar Europske unije.

Što se našeg istraživanja tiče, kriterij koji ćemo koristiti kod odabira sudionika/ca istraživanja (u grupi iseljenih, kao i u grupi neiseljenih zdravstvenih radnika/ca) jest postojanje namjere trajnog preseljenja, dakle nećemo uključivati kratkoročne niti cirkularne migrante/ice.

Radovi koji koriste neka teorijska uporišta i tumačenja u znatnom broju slučajeva to čine unutar modela potisnih i privlačnih čimbenika (Lee, 1966). Stoga smo taj model izabrali kao jednu od polazišnih točaka u kreiranju nacrtu istraživanja jer će to omogućiti adekvatnu komparaciju s dobrim dijelom postojećeg korpusa istraživanja te potencijalnu nadgradnju postojećih klasifikacija potisnih i privlačnih čimbenika iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, a koja će proizaći iz ovog istraživanja. To ćemo teorijsko polazište predstaviti u prvom potpoglavlju ovog poglavlja.

## **2.2. Model potisnih i privlačnih čimbenika**

U ovom ćemo potpoglavlju reći više o modelu potisnih i privlačnih čimbenika koji koristimo kao jednu od polazišnih točaka u teorijsko-konceptualnom okviru istraživanja. No budući da dosad nismo rekli ništa o teorijskim pristupima u istraživanjima migracija, nešto ćemo prostora toj temi u kratkim crtama posvetiti upravo ovdje te objasniti iz kojih smo se razloga odlučili upravo za taj model iz mnoštva postojećih teorija migracija.

Kako tumače De Haas, Castles i Miller (2019:43) migracijske je procese, radi dubljeg razumijevanja, važno promatrati na makrorazini kao sastavni dio širih razvojnih i procesa društvene transformacije, a ne kao „problem koji treba riješiti“, dok ih je na mikrorazini važno promatrati kao funkciju migracijskih aspiracija i mogućnosti unutar postojećih ograničenja, a ne kao automatsku reakciju na potisne i privlačne čimbenike. To nam pomaže bolje razumjeti kompleksne i često neintuitivne načine na koje procesi društvene transformacije i razvoja s

makrorazine utječu na oblikovanje migracijskih procesa, tumače autori. Budući da dijelimo mišljenje da je migracijske procese potrebno sagledavati dublje negoli samo kao automatsku reakciju na potisne i privlačne čimbenike, a ipak smo odabrali model potisnih i privlačnih čimbenika kao jedno od teorijsko-konceptualnih polazišta za naše istraživanje, potrebno je pojasniti zašto je tome tako, što ćemo učiniti nakon kratkog prikaza teorijskih pristupa.

Većina pregleda teorija migracija prikazuje navedenu klasifikaciju teorijskih pristupa prema razini na kojoj promatraju i tumače migracijske odluke i procese na mikro-, mezo- i makrorazinu (Hagen-Zanker, 2008:4, De Haas, Castles i Miller, 2019). Još je nekoliko različitih podjela i klasifikacija teorijskih pristupa migracijskim istraživanjima koji na ponešto različite načine osvjetljavaju razlike i sličnosti spomenutih teorija, a samo unutar udžbenika autora De Haas, Castles i Miller (2019) navode se ukupno četiri podjele teorijskih pristupa. Nećemo ovdje detaljnije ulaziti u opsežan prikaz te klasifikacije, ali nalazimo korisnim još spomenuti mikroteorijsku razinu neoklasične ekonomije jer smatramo da potencijalno može protumačiti jedan dio fenomena kojim se bavimo. Naime, taj pristup međunarodnu migraciju promatra kao oblik investiranja u ljudski kapital, a pojedinca kao onoga koji će kao racionalan akter, vođen analizom troškova i koristi, iskoristiti svoje obrazovanje i radnu snagu u svrhu postizanja veće zarade, a u te je svrhe spreman snositi materijalne, pa i psihičke i kulturne troškove migracija (Mesić, 2002:299-300). Naše je istraživanje usmjereno na fenomen koji je direktno povezan s ljudskim kapitalom u zdravstvenom sustavu te eventualnim posljedicama koje može imati putem emigracijskih i imigracijskih procesa.

Nadalje, kao potencijalno plodonosno teorijsko polazište i eventualni okvir za tumačenje dijela naših rezultata nalazimo korisnim spomenuti model aspiracija nasuprot mogućnostima (eng. *aspiration vs ability*) (Carling i Schewel, 2018). Migracijska aspiracija u tom je modelu definirana kao uvjerenje da je migriranje poželjnije od ne-migriranja, a varira u stupnju i ravnoteži između izbora i prisile, odnosno radi se o kontinuumu (Carling i Schewel, 2018:946). I aspiracija i mogućnosti, prema tom modelu, određeni su i odozgo (aspiracija se pojavljuje u određenoj vrsti okoline na makrorazini – društveni, ekonomski i politički kontekst) i odozdo (osobine pojedinca u interakciji su s tim okolišem – tako nastaju obrasci prema kojima neki odlučuju ostati, a neki otići).



Lee (1966), sa svojim tumačenjem migracijskih odluka potisnim i privlačnim čimbenicima, i Ravenstein (1885), sa svojim „zakonima migracije“, koji migracijske odluke vide dijelom ekonomskog razvoja, a na čije se zaključke Lee nadovezuje, donijeli su mnoge osnovne uvide o migracijama koje još uvijek smatramo validnima (De Haas, Castles i Miller, 2019:44). No Ravensteinovi zakoni, utemeljeni na empirijskim podacima i nepravilnostima koje je u njima vidio (kao što je npr. ona da većina migranata putuje samo na kratke udaljenosti), bili su daleko od potpune teorije migracija te se je tek 1950-ih dogodio pomak u razvoju teorija migracije iz takvih mehaničkih modela prema sofisticiranijim teorijama (Hagen-Zanker, 2008:4).

Migracijske se teorije u većini slučajeva mogu svrstati u jednu od dvije glavne paradigme: funkcionalističku, koja migracije vidi kao pozitivan fenomen koji služi interesu većine i doprinosi većoj jednakosti unutar i među društvima, te historijsko-strukturalnu (utemeljenu u neo-marksističkim teorijama), koja migracije vidi kao mehanizam eksploatacije jeftine radne snage koji služi interesu imućne manjine u područjima useljavanja te dovodi do odljeva mozgova u područjima iseljavanja, čime ojačava postojeće nejednakosti (De Haas, Castles i Miller, 2019:44).

Carling i Collins (2018:919) svojom su analizom akademskih publikacija o migracijama objavljenih u razdoblju od 1990. do 2016. godine ustanovili da se dogodio važan pomak u terminologiji čimbenika migracija. Naime, termin „determinante“ (eng. *determinants*), tumače autori, koristi se sve manje, termin „uzroci“ (eng. *causes*) podjednako se koristio kroz cijelo promatrano razdoblje, dok je termin „pokretači“ (eng. *drivers*) migracija, nakon što se počeo pojavljivati u ranim 2000-im godinama, doživio snažan uspon te preuzeo primat između ta tri termina. Termin „pokretači“ usklađeniji je s kompleksnom prirodom fenomena migracija od termina „uzroci“, smatraju Carling i Collins (2018:920).

Model potiskivanja-privlačenja, odnosno potisnih i privlačnih čimbenika, vrlo se često koristi u istraživanjima migracija. Taj je model istraživačima zanimljiv zbog toga što može na jednostavan način obuhvatiti sve važne čimbenike koji sudjeluju u formiranju odluke o migraciji (Bauer i Zimmermann, 1998:103; prema De Haas, Castles i Miller, 2019:45). Lee (1966) je bio prvi teoretičar migracija koji je oblikovao model potisnih i privlačnih čimbenika za analizu migracijskih procesa, uzimajući pritom u obzir područje iseljenja kao i područje useljenja (Hagen-Zanker, 2008:9). Taj model promatra migracije na individualnoj razini, odnosno na

mikrorazini. Dakle, prema već spomenutoj klasifikaciji teorija migracija s obzirom na razinu analize (makro-, mezo- i mikrorazina), svrstava se u mikrorazinske pristupe.

Lee (1966) je, u najkraćim crtama rečeno, smatrao da su odluke o migriranju determinirane, kao prvo, „plus“ i „minus“ čimbenicima u području iseljenja, kao i području useljenja, kao drugo, preprekama koje interveniraju u te odluke (npr. udaljenost, fizičke barijere, imigracijska legislativa), te, kao treće, osobnim čimbenicima, poput obiteljske situacije migranta/ice (prema De Haas, Castles i Miller, 2019:44). Drugim riječima, smatrao je da pozitivni i negativni čimbenici na području iseljenja, kao i na području useljenja, „guraju“ ili „potiskuju“ (eng. *push*) te „povlače“ ili „privlače“ (eng. *pull*) migrante/ice prema ili od odluke o migraciji, koja je ometana intervenirajućim čimbenicima (iz okoline) te na koju utječu različiti čimbenici na osobnoj razini, kao što je, primjerice, način na koji migrant/ica percipira relevantne čimbenike (Hagen-Zanker, 2008:9).

Kritike koje su upućene tom modelu najčešće se odnose na izostanak pokušaja da se migracijski procesi i odluke protumače u uzročno-posljedičnom smislu te ga se smatra više deskriptivnim pristupom koji samo kategorizira razne čimbenike koji mogu utjecati na migracije, ali ne objašnjava dublje strukturne i ostale uzroke migracija. Ta se teorija jedva može smatrati teorijom, smatra tako Hagen-Zanker (2008:9), već bi se radije moglo reći da se radi o grupiranju raznih čimbenika koji utječu na migracijske procese. Vrlo sličnu procjenu tog modela daje i Skeldon (1990:125-126; prema De Haas, Castles i Miller, 2019:45): „Nedostatak potisno-privlačnog modela je da (...) nikad nije potpuno jasno kako različiti čimbenici u kombinaciji uzrokuju kretanje populacije. Imamo listu čimbenika, od kojih svaki očigledno može doprinijeti migraciji, ali joj nedostaje zajednički okvir koji bih ih sve povezao u eksplanatorni sistem (...) Potisno-privlačna teorija je, u najboljem slučaju, opće mjesto.“ Massey i suradnici (1998:12) također se slažu da modeli potisnih i privlačnih čimbenika nisu toliko teorijski koncept koliko heuristički koristan okvir za klasificiranje. Isti autori navode još jednu vrlo učestalu kritiku, a ta je da se ti modeli (premda nigdje to eksplicitno ne deklariraju) bave isključivo ekonomskim čimbenicima.

Prvo, smatramo taj model dobrom polazišnom točkom radi jasnoće i jednostavnosti koja olakšava usustavljanje dobivenih rezultata, a time i razmišljanje o mogućim složenijim objašnjenjima pa i traženjima mogućih uzročno-posljedičnih veza u pojavi koju istražujemo.

Dakle, na tragu onoga što navode Massey i suradnici (1998:12), koristimo model potisnih i privlačnih čimbenika više kao heuristički koristan okvir za klasificiranje, a manje kao teorijsko tumačenje.

Drugo, istraživanja migracija zdravstvenih radnika/ca, barem ona koja koriste neka teorijska polazišta, u većem su dijelu teorijski utemeljena upravo u modelu potisnih i privlačnih čimbenika (Allutis, Bishaw i Frank, 2014:3), što će nam omogućiti kvalitetniju komparaciju s rezultatima prethodnih istraživanja, kako domaćih tako i onih iz europskog, ali i konteksta ostalih svjetskih regija. Smatramo da bismo u slučaju da izostavimo prikaz i analizu kroz okvir potisnih i privlačnih čimbenika propustili dobar dio dijaloga s postojećim istraživanjima migracija zdravstvenih radnika/ca te time osiromašili vlastitu analizu i raspravu, kao i doprinos ukupnom korpusu postojećih istraživanja.

Što se tiče kritika upućenih modelu potisnih i privlačnih čimbenika da se bave isključivo ekonomskim čimbenicima, a to nigdje ne eksplicitno ne deklariraju, smatramo ovdje potrebnim napomenuti da se naše istraživanje, osim ekonomskim, bavi i brojnim drugim čimbenicima, te će u našoj klasifikaciji potisnih i privlačnih čimbenika biti zastupljeni i brojni drugi, a ne samo ekonomski čimbenici iseljavanja zdravstvenih radnika iz Hrvatske.

### **2.3. Radne migracije stručnjaka/inja – odljev mozgova**

U ovom ćemo potpoglavlju reći više o migracijama stručnjaka koje spadaju pod radne migracije, a često se nazivaju i „odljevom mozgova“. Pojasnit ćemo različite pojmove i definicije koje se u vezi tog fenomena pojavljuju te prikazati ključne rezultate recentnih istraživanja o mogućim uzrocima te pojave, kako na globalnoj tako i na lokalnoj razini, odnosno u kontekstu Hrvatske.

Možemo reći da je koncept odljeva mozgova nadređen pojmu migracija zdravstvenih radnika/ca, odnosno da ga svojim definicijama obuhvaća. U slučaju zdravstvenih radnika/ca koje ćemo našim istraživanjem obuhvatiti (medicinski tehničari/medicinske sestre i liječnici/e) najčešće se radi o visokoobrazovanim zdravstvenim radnicima/ama, odnosno, kod liječnika/ca je to slučaj sa svima, a kod medicinskih tehničara/medicinskih sestara je to slučaj s jednim dijelom ciljane populacije. U Hrvatskoj je sve veći broj visokoobrazovanih medicinskih tehničara/sestara, budući da ih se posljednjih desetak godina unutar zdravstvenog sustava poticalo na dodatno školovanje te se pojavljuje sve veći broj novih akreditiranih studijskih programa sestrinstva za

prijediplomske i diplomske studije. Međutim, i kod medicinskih tehničara/sestara koji/e imaju srednju stručnu spremu također možemo govoriti o stručnjacima/kinjama, odnosno o onima koji za obavljanje svojeg posla moraju savladati visoku, često i uskospecijaliziranu (medicinski tehničari/medicinske sestre koji/e rade u kirurškim salama kao instrumentari/ke ili oni/e koji/e, primjerice, rade u jedinicama intenzivnog liječenja) razinu vještina i znanja. Nadalje, srednjoškolsko obrazovanje za tu struku traje pet godina, dakle ukupno se radi o 13 godina školovanja. U literaturi koja se bavi stručnjačkim migracijama možemo naići na klasifikacije koje one s 9 do 12 godina ukupnog školovanja svrstavaju u srednje-kvalificirane radnike/ce (eng. *medium-skilled workers*), a one s 13 i više godina u visoko-kvalificirane ili visoko-stručne (eng. *high-skilled workers*) (Docquier i Marfouk, 2006:157).

U kontekstu teme migracija stručnjaka/inja važno je pojasniti pojmove i koncepte kao što je najstariji od njih – odljev mozgova (eng. *brain drain*) – ali i one koji se pojavljuju u recentnoj literaturi: priljev/dobitak mozgova (eng. *brain gain*), gubitak (eng. *brain waste*) i cirkulacija mozgova (eng. *brain circulation*). Sintagma „odljev mozgova“ odnosi se na „međunarodni prijenos resursa u vidu ljudskog kapitala“, a uglavnom se koristi za fenomen migracija više- i visokoobrazovanih ljudi iz zemalja u razvoju prema razvijenim zemljama (Beine, Docquier i Rapoport, 2008:631). U upotrebi je od 1950-ih godina, a prvi je put upotrebljena kako bi se opisao poslijeratni odlazak znanstvenika/ca i tehnoloških stručnjaka/inja iz Europe prema sjevernoameričkim zemljama (Podemski, 2010:11).

No, kako primjećuju autori recentnih istraživanja, tradicionalna istraživanja odljeva mozgova nisu uzimala u obzir potencijalnu korist (eng. *brain gain*) koju zemlje iseljenja ipak mogu imati od te pojave, kao što su, primjerice, povratni pozitivni utjecaj na razinu obrazovanja putem doznaka koje dolaze od iseljenika/ca ili donošenje novih znanja i vještina stečenih u iseljeništvu natrag u domicilnu zemlju (Schiff, 2005:202). Visokostručni migranti/ce često na destinaciji useljenja ne rade poslove koji odgovaraju razini njihove obrazovanja i stručnosti, zbog raznih razloga kao što su problemi s priznavanjem diploma, poznavanje jezika i diskriminacija, te se pojavljuje fenomen koji se naziva gubitkom mozgova (eng. *brain waste*) (De Haas, Castles, i Miller, 2019:31).

Najnoviji od termina koji se pojavljuju kako bi proširili shvaćanja i definicije pojave odljeva mozgova pojam je cirkulacije mozgova (eng. *brain circulation*), a koji se odnosi na one iseljene

stručnjake/inje koji/e se vraćaju u domicilne zemlje kako bi pokretali poslove i osnivali nove tvrtke, dok istovremeno održavaju društvene i profesionalne veze sa zemljom iseljenja (Saxenian, 2005:36).

Prema dostupnim podacima, hrvatski zdravstveni radnici/e kao destinaciju useljenja izabiru jednu od zemalja članica Europske unije, a sve preostale destinacijske zemlje (zajedno s navedenima) članice su Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (u daljnjem tekstu koristit ćemo kraticu OECD). Iz usporedbe podataka o stopama rasta globalne trgovinske razmjene i stopama rasta međunarodnih migracija u zemlje OECD-a, s posebnim osvrtom na stope rasta migracija stručnjaka/inja u razvijene zemlje, vidljivo je da su stručnjačke migracije rasle znatno bržim tempom u odnosu na druge dvije pojave te ih se stoga zasigurno može smatrati jednom od snažnih posljedica procesa globalizacije (Docquier i Rapoport, 2012:2). Za razliku od nekad prevladavajuće ideje o smjeru kretanja stručnjačkih migracija s „globalnog juga“ na „globalni sjever“, danas se uzimaju u obzir sve kombinacije različitih sociogeografskih okvira: sjever-sjever, jug-jug, jug-sjever i sjever-jug, kao i istok-zapad i zapad-istok (Habti i Elo, 2019:2).

Koliko su obrazovaniji/e i stručniji/e migranti/ce poželjniji/e kao useljenici/e u europskim državama govori i način na koji se često takve migrante/ice u Europi naziva ekspatrijatima (eng. *expats*), a migrante/ice niže razine stručnosti naziva se radnim migrantima/cama te tako visokostručni migranti/ce nisu označeni/e kao „migranti“ (De Haas, Castles, i Miller, 2019:21). Budući da se u europskom javnom diskursu pojam „migrant“ češće vezuje uz negativne nego li pozitivne konotacije, možemo reći da prethodno opisani diskurzivni okvir zorno ilustrira u kojoj se mjeri visokostručne migrante/ice smatra poželjnima te ih se stoga u javnom diskursu ne „kažnjava“ negativnom oznakom „migrant“. Naime, okrivljavanje migranata/tica za nepovoljne društvene trendove poput nezaposlenosti i siromaštva u razvijenim se europskim zemljama od kraja 1980-ih godina učestalo koristi u političke svrhe kako bi se izbjeglo preuzimanje političke odgovornosti (De Haas, Castles, i Miller, 2019:134). Iz tog i drugih razloga instrumentalizacije i politizacije migracija medijska je slika migranata/tica često negativna.

U literaturi se može naići i na izraz „samoinicijativni ekspatrijati“ (eng. *self-initiated expatriates*), te Habti i Elo (2019:6) primjećuju da značenja te sintagme, a koja se odnosi na „visokostručne ili visokokvalificirane osobe koje iseljavaju iz zemlje rođenja svojom vlastitom voljom i agentivnošću, bez korporativne podrške“, značajno variraju. Tako se, primjerice, za

useljavanja stručnjaka/inja u zemlje koje se smješta u kontekst „globalnog sjevera“ u literaturi uglavnom koristi sintagma „visokostručni ekspatrijati“, dok se za stručnjačke migracije iz, kao i između, zemalja „globalnog juga“ češće koristi izraz „migracije“ nego „ekspatrijacija“ (Habti i Elo, 2019:6). Sâma sintagma „odljev mozgova“ nije neutralna, već možemo reći da implicira da je poticanje migracija stručnjaka/inja od strane razvijenih i bogatih zemalja oblik njihove eksploatacije slabije razvijenih i siromašnih zemalja (Podemski, 2010:11).

Naveli smo, dakle, ponešto o problematici diskurzivnog uokvirivanja vokabulara kad je o migracijama stručnjaka riječ, bez namjere da se ozbiljno uhvatimo ukoštac s analizom te pojave (jer bi to nadilazilo okvir i izvan je ciljeva ovog rada), negoli isključivo kako bismo naznačili dijapazon korištenih izraza te vlastitu svjesnost o mogućoj (možda i neizbježnoj) ideološkoj obojanosti termina koje ovdje koristimo. Naš je izbor korištenje termina „migracije stručnjaka“ ili „stručnjačke migracije“, a koji, prema našoj procjeni, imaju najmanje naglašenu ideološku notu ili bilo koju drugu vrstu pristranosti. Riječ „mobilnost“ u tom bi smislu možda bila još primjerenija, no, kako u definicijama mobilnosti i migracije postoje razlike, odlučili smo se za „migracije“ zbog vremenske odrednice trajanja preseljenja, a koja razlikuje ta dva termina.

Docquier i Rapoport (2012:2) donose pregled ekonomskih istraživanja uzroka odljeva mozgova, kao i posljedica za zemlje iz kojih se stručnjaci pojačano iseljavaju. Prva istraživanja provedena su u drugoj polovici 1960-ih, a zaključci tih istraživanja, tumače autori, išli su u smjeru naglašavanja prednosti slobodnog migriranja za svjetsku ekonomiju te su utjecaj odljeva mozgova procjenjivali neutralnim za zemlje iseljenja, a odbacivali su „zastarjele“ tvrdnje o gubicima koji zemlje u razvoju trpe zbog odljeva mozgova. U 1970-ima drugi se val istraživanja usmjerio na negativne aspekte te pojave za zemlje iseljenja, a u širem se kontekstu odljev mozgova promatrao kao pojava koja doprinosi porastu globalnih nejednakosti, kojima bogate zemlje postaju sve bogatije, i to na štetu slabije razvijenih zemalja. Naposljetku je došao treći val u 1990-ima, opisuju Docquier i Rapoport (2012:3), koji je, prihvaćajući i pozitivne i negativne aspekte odljeva mozgova, bio usmjeren na identificiranje uvjeta koji određuju hoće li ti efekti biti (više) pozitivni ili negativni. Glavni je doprinos najnovijih istraživanja, smatraju autori, utemeljenje u podacima i dokazima, što donedavno nije niti bilo moguće zbog manjka kvalitetnih podataka o stručnoj spremi međunarodnih migranata.

Znanstveni radovi koji se bave stručnjačkim migracijama često tom fenomenu pristupaju iz ekonomske perspektive te svoja objašnjenja i zaključke pronalaze razvijanjem ekonomskih modela, a terminologija se kreće oko pojmova kao što su tržište, ljudski resursi, ekonomski rast i slično. Pojavu promatraju upravo onako kako sintagma „odljev mozgova“ implicira – kao problem za zemlju iz koje se stručnjaci iseljavaju te je obično jedan od glavnih ciljeva tih radova i istraživanja pronalaženje rješenja i smanjenja potencijalnih negativnih efekata. Negativne efekte i posljedice pronalaze u utjecaju na ekonomiju, razvoj i rast, na opće socijalno blagostanje, a jedan dio istraživanja navodi i pozitivne efekte putem već spomenutog dobitka mozgova (eng. *brain gain*), kako pokazuje Giannoccolo u sustavnom pregledu literature o odljevu mozgova (2009:16). Isti pregled pokazao je da su najčešći motivi stručnjaka/inja za iseljavanjem političke i društvene prirode, potom nemogućnost da se zaposle u skladu sa svojom razinom kvalifikacija i vještina, težnja boljim prihodima te različiti motivi na individualnoj razini.

Kvalitetan pregled potencijalno plodnih teorijskih pristupa u istraživanju iseljavanja stručnjaka/inja dali su Jauhar, Ghani i Islam (2016) te smatramo korisnim ukratko ga ovdje prikazati. Teorije koje navedeni autori smatraju potencijalno plodonosnima za tumačenja pojave iseljavanja stručnjaka/inja podijelili su u dvije skupine: teorije koje pripadaju i uobičajeno se koriste u migracijskim studijama (premda neke od njih izvorno dolaze iz drugih područja, ali se uvriježila njihova upotreba u tumačenjima migracija) te motivacijske teorije, za koje nalaze da dobro dopunjavaju ove prve. Migracijske teorije koje navode jesu sljedeće: neoklasična teorija migracija, teorija dualnog tržišta rada, teorija ljudskog kapitala, teorija racionalnog izbora, teorija planiranog ponašanja, nova ekonomija radnih migracija, teorija relativne deprivacije te teorija svjetskog sistema. Što se teorija motivacije tiče, autori izdvajaju četiri teorije koje potencijalno mogu biti korisne u tumačenju migracijskih procesa. Najpoznatija je od njih teorija hijerarhije potreba Abrahama Maslowa, a osim nje navode i teoriju trostupanjske hijerarhije Claytona Alderfera, dvofaktorsku teoriju motivacije Fredericka Herzberga te teoriju naučenih potreba Davida McClelland, koja značajnije od ostalih uzima u obzir i društveni kontekst u kojem se motivacija formira. Drugim riječima, McClelland smatra da većinu svojih želja razvijamo iz kulture kojoj smo izloženi, a kao centralne navodi potrebu za postignućem, potrebu za pripadanjem i potrebu za moći.

Portes je još 1970-ih primijetio da, usprkos tome što postoje vrlo detaljni i obimni podaci o razmjerima i vrstama profesionalne imigracije u Sjedinjene Američke Države, oni nisu adekvatno popraćeni kauzalnim tumačenjima uzroka tih procesa (Portes, 1976). Usporedba različitih zemalja iseljenja pokazuje da je razina ekonomske razvijenosti zemlje slab prediktor kako apsolutnih tako i relativnih stopa profesionalne emigracije (Portes, 1976). Također, potisnim i privlačnim (eng. *push* i *pull*) čimbenicima unutar jedne zemlje ne uspijevamo objasniti zašto oni na neke ljude djeluju na način da se odlučuju na profesionalnu emigraciju, a na druge ne djeluju na isti način, te bi u mnogim slučajevima pravo pitanje bilo zašto ih odlazi tako (relativno) malo, a ne zašto odlaze (Portes, 1976). Portesova studija iz 1976. godine bavila se upravo pitanjem kako to da se unutar jedne zemlje, u kojoj su na djelu isti privlačni i potisni čimbenici u okviru jedne profesije, neki ljudi odlučuju na profesionalnu emigraciju, a drugi ne, i to putem usporedbe uzorka iz populacije onih koji planiraju iseliti i uzorka iz populacije onih koji planiraju ostati u svojoj zemlji. To istraživanje izvedeno je na primjeru argentinskih liječnika/ca, što tu studiju čini to bližom našoj i po istraživačkim pitanjima i po istraživanoj profesiji. Najznačajnije razlike između onih argentinskih liječnika/ca koji/e se na iseljavanje odlučuju i onih koji biraju ostati, a koje objašnjavaju kontekst u kojem se donose individualne odluke, Portes (1976) je kategorizirao u tri kategorije: razlike u profesionalnim postignućima, razlike u trenutnoj životnoj situaciji te razlike u mrežama društvenih odnosa. U kategoriji profesionalnih postignuća pokazalo se da su oni koji iseljavaju po akademskim postignućima superiorni u usporedbi s onima koji ostaju. U kategoriji razlike u trenutnoj životnoj situaciji dvije su značajne razlike: prva je da više iseljavaju oni/e koji nemaju djecu (pri čemu se razlike u bračnom statusu nisu pokazale), a druga je da ta ista skupina zarađuje bolje (a ne lošije, što je česta pretpostavka) od onih koji ne iseljavaju. Drugim riječima, težnja boljim primanjima nije ono što motivira na iseljavanje u izloženom slučaju. U kategoriji razlika u mrežama društvenih odnosa, Portes je identificirao više razlika. Prva je da oni koji iseljavaju poznaju veći broj liječnika/ca koji/e su iselili/e u SAD, veći broj liječnika/ca koji/e su putovali/e u SAD te veći broj onih koji/e su iselili/e i vratili/e se u Argentinu, a u odnosu na grupu onih koji/e se odlučuju na ostanak. Kod razine bliskih odnosa razlika se pojavljuje na način da emigranti/ce imaju više podrške u svojoj odluci o iseljenju među rodbinom i kolegama/icama od onih koji ostaju.

Smatramo navedene nalaze i zaključak relevantnima i zanimljivima u kontekstu našeg istraživanja, premda treba napomenuti i to da se radi o metodologiji različitoj od naše u dijelu



kvantitativne analize primarno kvalitativnog istraživanja (metoda intervjua), što na našem uzorku ne bi bio legitiman postupak, stoga u tom smislu rezultati neće biti usporedivi.

Kako se u jednom dijelu korpusa istraživanja iseljavanja stručnjaka/inja kao čimbenici iseljavanja koji u toj pojavi mogu značajnije sudjelovati prepoznaju čimbenici poput korupcije i nepotizma, prikazat ćemo dio takvih stranih i domaćih istraživanja, budući da smo i sâmi tu temu prepoznali kao važnu.

U jednom dijelu spomenutih istraživanja pojavljuje se, osim spomenute korupcije i s njom povezanih društvenih problema, i globalna ekonomska kriza iz 2008. godine kao značajan sučimbenik iseljavanja, odnosno promjena u migracijskim kretanjima stručnjaka/inja. Naročito zanimljivim držimo rad autorice Bygnes (2017) koja je, putem niza dubinskih intervjua sa stručnjacima koji su nakon krize 2008. iseljavali iz Španjolske, došla do zaključka da se niz društvenih problema, koje je u intervjuima prepoznala kao razloge za iseljenje stručnjaka/inja, može u širem smislu konceptualno protumačiti pojmom anomalije u durkheimovskom smislu. Autorica navodi kako je iz provedenih intervjua razvidno da su se intervjuirani/e stručnjaci/kinje na iseljenje odlučili/e iz razloga razvoja karijere, a ne zbog nezaposlenosti, što korespondira s nalazima istraživanja iseljavanja stručnjaka/inja i prije krize. No, naglašava Bygnes, ono što se primjećuje kao novost i promjena u motivima iseljenja kad se promatraju zemlje poput Španjolske, Italije i Grčke nakon što su bile pogođene krizom (snažnije negoli neke druge zemlje), naglasak je na korupciji, lošim radnim uvjetima, manjku povjerenja u političare, manjku meritokracije te, najviše od svega, vrlo slabim izgledima za bolju budućnost, odnosno izostanku nade u prosperitet zemalja iz kojih su iseljavali (Enriquez i Romera, 2014; Gropas i Triandafyllidou, 2014; Triandafyllidou i Gropas, 2014; prema Bygnes, 2017:259).

Bygnes (2017:270) je u iskazima svojih informanata/tica primijetila da oklijevaju imenovati ekonomsku krizu glavnim razlogom svoje odluke o iseljenju iz Španjolske, a razloge takvom oklijevanju pronašla je u trima čimbenicima: kao prvo, izobilje financijskih, obrazovnih i simboličkih resursa kojima njezini informanti raspolažu štitilo ih je od učinaka ekonomske krize (kao što su nezaposlenost i zaduživanje); kao drugo, koristili su simboličke granice da bi se razlikovali od onih koji su iseljavali iz ekonomskih razloga, a to im je pak omogućilo izbjegavanje stigme (kao što je nezaposlenost, financijske poteškoće, i stereotipne slike/predodžbe „migranta“); naposljetku, fokus razgovora o krizi bio je na njezinim

posljedicama na države i pojedince. Kako bismo uopće bili u stanju razumjeti razloge iseljenja onih koji raspolažu visokom razinom osobnih resursa (a stručnjaci najčešće jesu u toj skupini) nakon ekonomske krize, nužno je, smatra Bygnes (2017:270), krizu promatrati iz šireg kuta: „moramo je razumjeti kao društveni pomak koji na ljude utječe šire od njihovih osobnih ekonomskih nesigurnosti.“ Kako bi našla način da konceptualizira sve ono što je vidjela kao zajedničko u opisima španjolskog društva koje su njezini informanti/ce davali/e, autorica se naslanja na Durkheimov opis društvenog sloma svrhe i ideala, a koji je, smatra, naročito opipljiv tijekom ekonomskih kriza. Dakle, Bygnes koristi termin „anomija“ kao konceptualni alat kojim se može adekvatno analitički i teorijski obuhvatiti društvenu situaciju u kojoj društvena klima neke zemlje može postati važan ne-ekonomski skup razloga za iseljenje te ga naročito smatra korisnim za istraživanje i tumačenje čimbenika iseljavanja iz zemalja južne Europe nakon što su bile snažno pogođene ekonomskom krizom 2008. godine. Takvi nalazi predstavljaju važnu polazišnu točku našeg istraživanja.

Napominjemo da u prethodnom slučaju za sudionike/ce istraživanja koristimo termin „informanti/ce“ jer ga tako koristi autorica. Osim takvih iznimki, u ovom radu u pravilu koristimo termine „sudionici/e“ i „sugovornici/e“ jer su bliski našoj ontološkoj i epistemološkoj poziciji, što ćemo detaljno pojasniti u poglavlju o metodologiji istraživanja.

Prikazat ćemo ukratko niz recentnih istraživanja vezanih uz iseljavanje iz Hrvatske nakon pristupanja Europskoj uniji, od kojih se svako svojim rezultatima referira na neki od za naše istraživanje relevantnih aspekata aktualnog konteksta iseljavanja. Istraživanje efekta pristupanja Hrvatske (i drugih novih zemalja članica) Europskoj uniji 2013. godine u smislu utjecaja nove okolnosti slobodne mobilnosti radne snage na migracijske procese pokazalo je da su ulogu odigrali i ekonomski i ne-ekonomski čimbenici, kao što su, uz činjenicu pristupanja Europskoj uniji koja se pokazala kao najvažniji čimbenik, razina korupcije u ekonomiji neke države i demografske osobitosti populacije (Draženović, Kunovac i Pripužić, 2018). Metodološki ključno različito (kvalitativna metodologija), ali tematski blisko istraživanje iseljavanja iz Hrvatske u Irsku s naglaskom na mlade, uglavnom visokoobrazovane Slavonce/ke, pokazalo je da je glavni motiv iseljavanja ekonomski, a potom je relevantno i psihološko nezadovoljstvo, pozitivna iskustva prethodnih emigranata/tica, mogućnost lakog zapošljavanja, jednostavnija birokracija te znanje jezika (Iveta i Horvatin, 2017). Mladi iz Hrvatske većinom iseljavaju u želji za stjecanjem

novih iskustava i obrazovanjem na stranim institucijama, a iseljavanje im nije inicijalna želja te oni koji u Hrvatskoj uspiju ostvariti preduvjete za kvalitetan život, kao što je, primjerice, stabilan posao, izabiru ostati u zemlji (Potočnik i Adamović, 2018).

Za naše je istraživanje važna opaska koju navode Potočnik i Adamović (2018:27) kako nepovoljna društvena klima u Hrvatskoj kod mladih rezultira vrlo niskim, pa čak i zabrinjavajućim interesom za pitanja zajednice. Također, društveno okruženje u kojem se „cijene podobnost i politička umreženost, a ne izvrsnost i kompetentnost“ kreiraju atmosferu društvenog pesimizma koji mlade i visokoobrazovane motivira na iseljavanje (Troskot, Prskalo i Šimić Banović, 2019). Kad je o migracijskim aspiracijama mladih u Hrvatskoj riječ, najnovije istraživanje pokazuje da one idu u smjeru poboljšanja životnog standarda, boljih primanja, kao i većih mogućnosti zapošljavanja, a „najkonzistentnijim prediktorom pokazao se pogled na budućnost društva“ (Adamović i Potočnik, 2022). Zanimljivim nalazimo i podatak da je materijalizam kao vrijednosna orijentacija povezan s namjerama iseljavanja u smislu da su iseljavanju skloniji oni koji imaju izraženije prisutan taj vrijednosni sklop (Peračković i Rihtar, 2016). Neobjavljeno, ali rezultatima zanimljivo i relevantno istraživanje iseljavanja visokoobrazovanih provedeno 2019. godine pokazalo je da oko dvije trećine iseljenih kao jedan od ključnih razloga za iseljenje navodi nemogućnost ostvarivanja prihoda koji omogućavaju normalan život, više od polovice njih rasprostranjenost korupcije u društvu te trećina ističe opći osjećaj netrpeljivosti u društvu (Galić, 2019). Ponešto drugačije zaključke donijelo je istraživanje iseljavanja iz Hrvatske u Njemačku: glavni motiv iseljavanja nije ekonomski već „predodžba da u Hrvatskoj nisu institucionalizirane vrijednosti radne etike i uopće poštenja“, a hrvatsko se je društvo, prema percepciji iseljenika/ca, moralno slomilo (Jurić, 2017). Rezultati većine navedenih istraživanja inkorporirani su kao polazišne točke našeg istraživanja u konceptualni okvir kojim se služimo, kao i protokol intervjua, odnosno ogledaju se u pitanjima koja ćemo postavljati našim sugovornicima/ama.

#### **2.4. Migracije zdravstvenih radnika/ca**

Kao prva značajnija migracija zdravstvenih radnika/ca u povijesti navodi se iseljavanje liječnika/ca šezdesetih godina dvadesetog stoljeća iz velikih azijskih zemalja, poput Filipina, Indije i Irana, a koji su većinom useljavali u SAD (Connell, 2010:5). Protokom vremena su se, tumači Connell (2010:6), ti jednostavni migracijski obrasci, koji su većinom bili uvjetovani

kolonijalnim vezama, mijenjali i postajali kompleksniji te sve više komercijalizirani i upravljani djelovanjem agencija za regrutiranje.

Na globalnoj razini nema puno regija i država na koje fenomen migracija zdravstvenih radnika/ca ne utječe, a posebno su zanimljive one države/regije koje su istovremeno područja useljenja i područja iseljenja. Nekoliko je takvih i u Europi. Kao jedan od najpoznatijih primjera izdvajamo Irsku, među ostalim i zato što je ta pojava u Irskoj značajno zastupljena i emigracijski i imigracijski te je znanstveno dobro istražena. Tako se u kontekstu irskih migracija zdravstvenih radnika/ca može naići i na termin „kultura medicinskih migracija“ (eng. *culture of medical migration*) (Humphries et al., 2017). Connell (2014) također argumentira da su suvremene migracije zdravstvenih radnika/ca utemeljene u dugotrajnoj i sve intenzivnijoj kulturi migracija. Humphries i suradnici (2017) smatraju kako je zbog različitih promjena konteksta, kao što su, primjerice, značajno povećanje obima iseljavanja liječnika/ca iz Irske, kao i porast ekonomske nesigurnosti za irski zdravstveni sustav, potrebno revidirati tradicionalno viđenje profesionalne kulture migracija korisnim. Kultura medicinskih migracija, pojašnjavaju isti autori, počiva na dvjema pretpostavkama: da je školovanje ili profesionalno iskustvo korisno svim liječnicima/ama te da će se iseljeni liječnici/e vratiti u Irsku s novim znanjima i vještinama. Međutim, kao i brojnim drugim zemljama, i Irskoj su razdoblja ekonomskih kriza, kao i globalizacijski kontekst koji oblikuje (i) medicinske migracije, donijeli promjene. U konkretnom slučaju Irske radi se o smanjivanju potencijala povratka u zemlju, odnosno o promjeni u dinamici povratka nakon svjetske ekonomske krize 2008. godine, što onda predstavlja izazov za cijeli koncept na kojem je u Irskoj dosad počivalo poticanje i podrška emigraciji zdravstvenih radnika/ca. Upravo kao jedna od posljedica tog razvoja događaja, Irska je sve više postajala i zemljom useljenja, a ne samo iseljenja zdravstvenih radnika/ca, kako bi nadoknadila manjak radnika/ca u vlastitom zdravstvenom sustavu. Jedna je od vrlo važnih poanti koju ističu Humphries i suradnici (2017) ta da iseljavaju liječnici/e koji najbolje razumiju manjkavosti irskog zdravstvenog sustava, kao i načine na koji bi ga se moglo poboljšati, te njihovim odlaskom Irska ostaje zakinita za potencijalne upravljače/ice koji/e bi bili/e u stanju provesti potrebne reforme. To je istraživanje, kao i irski kontekst useljeničko-iseljeničke zemlje, važno za komparaciju s našim istraživanjem i hrvatskim kontekstom iz više razloga. Prvo, smatramo da je Hrvatska na putu da, osim iseljeničke, postane u značajnijoj mjeri i useljeničkom zemljom što se zdravstvenih radnika/ca tiče, budući da sve više pati od manjka tog kadra, a malo je kratkoročnih

rješenja osim imigracije stranih radnika/ca koja taj problem mogu kompenzirati. Osim toga, i naše se istraživanje također, među ostalim, bavi pitanjem odlazi li s iseljeničkim kadrom i dio stručnjaka/inja koji ima visoku razinu motiviranosti i sposobnosti, dakle potencijal za transformaciju i vođenje zdravstvenog sustava u upravljačkom smislu.

Kako je većina istraživanja iseljavanja hrvatskih zdravstvenih radnika/ca koja ćemo kasnije prikazati provedena na studentskoj populaciji, a s namjerom identificiranja migracijskih aspiracija nakon završetka fakulteta, za usporedbu donosimo rezultate sličnog istraživanja u Irskoj. Osim migracijskih namjera, irsko je istraživanje obuhvatilo i čimbenike koji mogu imati utjecaj na odluku o iseljenju te došlo do sljedećih rezultata: 88% studenata/tica medicine razmišlja o iseljenju iz Irske ili su već sigurni u tu odluku, 40% ih je izrazilo namjeru povratka u Irsku u roku od pet godina (u slučaju da izaberu iseljenje), a najvažnijim čimbenicima iseljenja pokazale su se prilike za razvoj karijere, radni uvjeti te kvaliteta života (Gouda i sur., 2015).

O razmjerima potencijalnog utjecaja te pojave na zemlje iseljenja govori primjer Filipina, jedne od zemalja s najvećim obimom radne emigracije, u kojima su zabilježeni slučajevi zatvaranja pojedinih bolnica zbog iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, odnosno manjka radnika/ca koji je time nastao (Podemski, 2010:10).

Trendovi i obrasci migracija zdravstvenih radnika/ca (kao što je slučaj i s mnogim ostalim podvrstama migracija) ovise o raznim promjenama konteksta u kojem se odvijaju, a naročito promjenama na tržištu rada (kako globalno tako i u okvirima različitih nadnacionalnih organizacija i nacija-država) i promjenama raznih legislativa i javnih politika (opet na različitim razinama, i nadnacionalnim i nacionalnim), te se jednakom brzinom mora mijenjati i prilagođavati naše razumijevanje tog fenomena (Buchan i sur., 2014:3). Iz istraživanja te pojave mogu se uočiti dvije njezine karakteristike: jedna je vrlo dinamična priroda pojave, koju Glinos i suradnici (2014:17) nazivaju „brzo pokretnom metom“, a druga je njezina stabilnost i trajanje kroz dugo vremensko razdoblje (Glinos i sur., 2014:17). Brze promjene u manifestaciji tog fenomena, smatraju Glinos i suradnici (2014:17), posljedica su složenosti i brojnosti čimbenika koji mogu utjecati na nju, od onih na osobnoj razini preko organizacijskih pa sve do strukturnih čimbenika poput legislative i javnih politika, te će promjena na svakoj od tih razina dovesti do promjena u dinamici same pojave.

Međunarodne migracije zdravstvenih stručnjaka/inja u značajnijem se opsegu pojavljuju istovremeno s naizgled sličnim migracijama nekih drugih skupina stručnjaka/inja, kao što su, primjerice, računalni/e stručnjaci/kinje, nastavnici/e i inženjeri, ali se od njih razlikuju po tome što vrlo direktno utječu na kvalitetu života i na javnozdravstvenu sliku populacije te „doslovno održavaju ljude na životu i osiguravaju dobrobit zajednica i nacija“ (Connell, 2010:4).

Buchan i suradnici (2014:6) primjećuju da se među stručnjacima/kinjama koji/e se bave temom mobilnosti zdravstvenih radnika/ca pojavljuje sve dublje razumijevanje složenosti tog fenomena (Stilwell i sur., 2003; Glinos i sur., 2011; Maier i sur., 2011) te stav da ga je potrebno promatrati šire od jednostavnog okvira odljeva mozгова kojem je fokus na negativnim posljedicama koje iseljavanje ima za zemlje iseljenja. Sve se više prepoznaje da se i drugi čimbenici moraju uzeti u obzir kad procjenjujemo utjecaj te vrste migracija, tumače dalje Buchan i suradnici (2014:6), a to su: „(...) prava pojedinaca na kretanje, i s tim povezana debata o tome da se mobilne zdravstvene stručnjake tretira drukčije od ostalih migranata stručnjaka zbog njihove iznimne važnosti mogućnost da međunarodna mobilnost igra ulogu izlaznog ventila za nezaposlene ili načina za razvoj karijere za pojedine zdravstvene stručnjake, moguća financijska korist za zemlje iseljenja u vidu novca kojeg zdravstveni radnici migranti šalju doma, te koristi od vještina koje su zdravstveni radnici stekli u inozemstvu onda kada se vrate doma.“

Connell (2010:4) putem kratkog prikaza povijesti međunarodnih migracija zdravstvenih stručnjaka/inja obrađuje i rodni aspekt tog fenomena. Tako kaže da su u 1960-ima, kad se ta vrsta migracija počinje pojavljivati u značajnijem obimu, glavna grupa zdravstvenih stručnjaka koja je migrirala bili muškarci, i to liječnici, ali su s vremenom brojčano prevladale žene, i to većinom medicinske sestre, te je tim preokretom ta vrsta migracija dobila rodnu strukturu kakvu ostale stručnjačke migracije nemaju. S obzirom na sve bolji položaj žena na tržištu rada i dijapazon profesija koje su im postale dostupne od 1960-ih naovamo, a u kontrastu s poslom medicinske sestre koji je često vrlo zahtjevan te neadekvatno plaćen i vrednovan (pa i opasan, primjerice, u zemljama koje imaju veliki broj zaraženih/oboljelih od HIV-a/AIDS-a), sve ih je manje zainteresiranih za posao medicinske sestre, tumači nadalje Connell. Dijelom je ta pojava uzrokom znatno veće globalne potražnje za medicinskim sestrama negoli za liječnicima/ama i ostalim zdravstvenim radnicima. Connell (2010:4) navodi zanimljiv primjer nekih zemalja u

kojima se muški liječnici ponekad prekvalificiraju u medicinske tehničare kako bi imali bolje mogućnosti za emigraciju.

Jedno od novijih istraživanja medicinskog odljeva mozgova svoje zaključke o suvremenim migracijskim obrascima te skupine stručnjaka/inja temelji na najvećoj bazi longitudinalnih podataka koju su kreirali sâmi autori, a koja bilježi razvoj liječničkih migracija iz 192 zemlje iseljenja u 22 zemlje useljenja u razdoblju od 25 godina (Adovor i sur., 2021). Najnoviji migracijski obrasci koje je to istraživanje identificiralo odnose se na porast obima iseljavanja liječnika/ca iz regije karipskih otoka, središnje Azije te istočne Europe te na porast obima useljavanja u zemlje zapadne Europe. Najviše stope iseljavanja liječnika/ca u globalu imaju zemlje na malim otocima, zemlje s niskom nacionalnim dohotkom po stanovniku te zemlje karipske i subsaharske regije, a najpoželjnije su zemlje useljenja za liječnike/ce Sjedinjene Američke Države, Ujedinjeno Kraljevstvo te kao najnovije: europske zemlje poput Njemačke, Francuske, Švedske i Švicarske.

Ne iznenađuje da i jedno od najnovijih istraživanja liječničkih migracija pokazuje da se radi o kompleksnom fenomenu koji je pod utjecajem brojnih potisnih, privlačnih, ali i dijadnih čimbenika, odnosno onih koji su povezani i s destinacijom iseljenja i s destinacijom useljenja (Adovor i sur., 2021:15). Rezultati pokazuju da su te migracije pod utjecajem stupnja ekonomske (ne)razvijenosti zemlje iseljenja u ulozi potisnog čimbenika, što ne iznenađuje, a kod zemlje useljenja kao važniji privlačni čimbenik identificirani su ekonomski uvjeti, poput stope nezaposlenosti, prije negoli razina manjka zdravstvenih radnika/ca. Dijadnim čimbenicima spomenuti autori nazivaju geografske i kulturalne veze među zemljama, kao što je, na primjer, slučaj u kojem dvije zemlje imaju isti službeni jezik – takva okolnost dugoročno povećava liječničku migraciju za 178% (Adovor i sur., 2021:15).

U sustavnim pregledima literature na temu migracija zdravstvenih radnika/ca navodi se cijeli niz čimbenika koji mogu djelovati i kao potisni i kao privlačni čimbenici u donošenju odluke o migraciji: financijski, profesionalni, politički, društveni, te osobni razlozi, kako navodi Aluttis (2014:3). Ti se razlozi mogu kretati od boljih primanja, profesionalnog napredovanja, boljih prilika u razvoju karijere, sigurnijeg i boljeg radnog okruženja, do bolje kvalitete života, političkih čimbenika, navodi nadalje Aluttis (2014:3; prema: de Mesquita i Gordon, 2005;

Oosthuizen, 2005). Dussault je čimbenike koji su identificirani kao ključni za migracije zdravstvenih radnika/ca grupirao na sljedeći način:

1. individualni/profesionalni/obiteljski kao oni koji povećavaju vjerojatnost iseljenja;
2. organizacijski faktori (stvarni ili percipirani);
3. faktori vezani uz zdravstveni sustav;
4. širi društveni kontekst;
5. ostali faktori: aktivno regrutiranje od strane stranih agencija, izmjene zakonskih regulativa koje olakšavaju mobilnost, prepoznavanje kvalifikacija, uvjeti za useljenje (Dussault, 2009).

U raspravama o migracijama zdravstvenih radnika/ca, odnosno o negativnim posljedicama koje taj fenomen ima na zemlje iseljenja, pojavljuje se i tema etičnosti međunarodnog vrbovanja (eng. *recruitment*) zdravstvenih radnika/ca kojim visokorazvijene zemlje motiviraju zdravstvene radnike/ce na iseljavanje iz manje razvijenih zemalja. Taj je problem adresirala Svjetska zdravstvena organizacija (eng. *World Health Organization*) u dokumentu naslova „WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel“ objavljenom 2010. godine, u kojem za zemlje članice kreira i preporučuje „principe i prakse etičnog međunarodnog vrbovanja zdravstvenog osoblja, uzimajući u obzir prava, obaveze i očekivanja zemalja iseljenja, zemalja useljenja i zdravstvenog osoblja koje migrira.“ (Taylor i Dhillon, 2011:2). Između ostalog, preporukama u tom dokumentu potiče se zemlje useljenja da surađuju sa zemljama iseljenja na način da im pomognu održati i razvijati vlastite kapacitete zdravstvenog osoblja na različite načine, kao što su, primjerice, davanje pristupa specijalističkim edukacijama, prijenosu tehnologije i vještina, ali i podrška povratničkim migracijama, bilo da su one privremene ili trajne. Kroz čitav se dokument prepoznaje i naglašava važnost vlada svih zemalja članica Svjetske zdravstvene organizacije da nizom mjera brinu o edukaciji, održavanju i zadržavanju svoje zdravstvene radne snage jer je ona ključna u održanju zdravstvenog sustava svake zemlje. Za naše je istraživanje od naročite važnosti izdvojiti i upozorenje zemljama članicama o važnosti utemeljenja zdravstvenih i ostalih strategija i javnih politika u podacima i istraživanjima: „Zemlje članice potičemo da uspostave ili ojačaju istraživačke programe u području migracija zdravstvenog osoblja (...)“ (Taylor i Dhillon, 2011:6).

U pogledu etičnosti migracija zdravstvenih radnika/ca Europska unija ima paradoksalnu situaciju s regulativom, jer je unutar EU omogućeno slobodno migriranje zdravstvenih radnika/ca, ali imigracija državljana trećih zemalja u EU regulirana je nacionalnim regulativama (Buchan i sur.,



2014:6). U tom smislu Buchan i suradnici (2014:6) uočavaju i zanimljivo pitanje etičnosti procesa kojim razvijenije zemlje EU svoj manjak radne snage u zdravstvenom sektoru nadoknađuju, između ostalog, i migracijama zdravstvenih radnika/ca iz EU članica, i to onih koje su bile najteže pogođene ekonomskom krizom 2008. godine (Stuckler i sur., 2011; Glinos i sur., 2012; Mladowsky i sur., 2012). Drugim riječima, u tom je slučaju to pravo zdravstvenih radnika/ca na slobodno migriranje unutar EU stavljeno ispred principa etičnog međunarodnog vrbovanja koje definira spomenuti dokument „WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel“ (Glinos i sur., 2014:25).

Ekonomska kriza 2008. godine i njezine posljedice po zdravstveni sektor i migracijska kretanja zdravstvenih radnika/ca u Europi prepoznati su, kako smo već spomenuli, kao značajan čimbenik u jednom dijelu znanstvenih radova o toj temi. Mobilnost, pa i migriranje, zdravstvenih radnika/ca unutar Europske unije kao fenomen našla se u novom kontekstu u posljednje dvije dekade, i zbog proširivanja koje je Europska unija u tom periodu doživjela, kao i zbog velike ekonomske krize koja je potresala svijet 2008. godine, a njezine posljedice i u godinama koje su uslijedile. Neke su zemlje u kontekstu navedene krize i rastuće nezaposlenosti postrožile svoju imigracijsku politiku (OECD, 2012b; prema Buchan i sur., 2014:4), što je rezultiralo premještanjem nekih „tradicionalnih“ migracijskih smjerova prema Europi i unutar Europe te stvaranjem novih migracijskih smjerova u područja manje zahvaćena tom krizom (Buchan i sur., 2014:4). Osim proširivanja Unije i krize 2008. godine, Glinos i suradnici (2014:21) prepoznaju i navode još dvije promjene šireg konteksta, a koje su imale utjecaja na dinamiku mobilnosti zdravstvenih radnika: kao prvo, porast globalne potražnje za zdravstvenom radnom snagom (zbog porasta svjetske populacije) nije popraćen adekvatnim porastom u broju zdravstvenih radnika/ca koji ulaze na tržište rada; kao drugo, demografske promjene u europskoj populaciji koja je sve starija te treba sve više zdravstvene skrbi, ali i u populaciji europskih zdravstvenih radnika/ca koja je također sve starija.

Primjeri Irske i Španjolske pokazuju koliko se brzo mogu izmjenjivati prilike kad govorimo o migracijama zdravstvenih radnika/ca. U razdoblju od samo dva desetljeća (od početka 1990-ih nadalje) te su zemlje doživjele nekoliko takvih promjena, od iseljavanja zdravstvenih radnika/ca u 1990-ima, preko toga da su sredinom 2000-ih postale zemlje useljenja zbog manjka na tržištu

rada, sve do ponovnog statusa zemalja iseljenja oko 2010. godine (Lopez-Valcarcel, Perez i Quintana, 2011; Buchan i Secombe, 2012; prema Glinos i sur., 2014:18).

## **2.5. Iseljavanje zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske**

U ovom ćemo potpoglavlju prikazati malobrojna znanstvena istraživanja iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske. Primjetan je nesrazmjer između opsega i značaja te pojave za aktualni trenutak hrvatskog društva i znanstvenog angažmana u istraživanju uzroka i posljedica iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, a pogotovo iz sociološke vizure ili barem vizure društvenih znanosti s imanentnim im teorijskim i metodologijskim pristupom. Ta se opaska odnosi i na iseljavanje visokoobrazovanih, tzv. odljev mozgova, kao i na iseljavanje općenito, kod kojih također primjećujemo sličan nesrazmjer. O tim smo temama rekli više u prethodnim potpoglavljima, a u ovom slijedi prikaz svih znanstvenih istraživanja o pojavi suvremenog iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske koja su dosad objavljena, prema onome što je nama poznato i što pretraživanjem najvećih baza znanstvenih radova pronalazimo. Moramo ovdje također reći da se, premda i dalje opsegom i nekim značajkama nedovoljan, korpus znanstvenih istraživanja iseljavanja zdravstvenih radnika/ca u posljednjim godinama povećao. Primjećujemo taj porast u razdoblju u kojem se bavimo ovom temom, a to je od 2018. godine kad je objavljen pregledni članak Globalizacijski „odljev mozgova“: migracije liječnika iz Hrvatske (Pintarić, 2018).

U nekoliko ćemo sljedećih pasusa reći nešto ukratko o tehničarskoj/sestrinskoj i liječničkoj profesiji. Za razliku od neformalnog, svakodnevnog govora u kojem se profesionalcem smatra svaku osobu koja je plaćena za svoj rad, za stručnjake/inje sociologe/inje koji/e se bave profesijama „profesionalci su članovi limitirane grupe uslužnih djelatnosti visokog statusa, poput medicine, inženjerskih profesija i prava.“ (Ackroyd, 2016:15) Osim ograničavanja pristupa profesiji, još su neka obilježja profesijama zajednička, dodaje Ackroyd (2016:5), kao što su, primjerice, visok stupanj kvalificiranosti i striktna provjera kompetencija, zajedno s određenom vrstom formalne organiziranosti.

Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021. godinu, kao najnoviji dostupan putem mrežnih stranica Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, navodi posljednje dostupne podatke o broju medicinskih tehničara/sestara, kao i broju liječnika/ca zaposlenih u sustavu zdravstva Republike Hrvatske krajem 2021. godine. Kao daleko najbrojniju skupinu radnika/ca zaposlenih u sustavu

zdravstva navode skupinu medicinskih tehničara/sestara, kojih je 32 383, što čini 43,1% ukupno zaposlenih zdravstvenih radnika/ca i suradnika/ca. U toj skupini zaposlenih 13,6% čine muškarci. Medicinskih tehničara/sestara s visokom je stručnom spremom 1,35%, a prvostupnika/ca sestrinstva 27,7%. Broj je liječnika/ca zaposlenih u sustavu krajem 2021. godine prema navedenom izvoru bio 15 707, što iznosi porast od 1,8% u odnosu na prethodnu, 2020. godinu.

Kad govorimo o podacima vezanima uz liječničku profesiju u Hrvatskoj, najnovije i vrlo detaljne podatke daje Digitalni atlas hrvatskog liječništva na mrežnim stranicama Hrvatske liječničke komore (<https://www.hlk.hr/digitalni-atlas-hrvatskog-lijecnistva.aspx>, pristupljeno 17. 6. 2023.). Prema tom izvoru, ukupan broj liječnika/ca u Republici Hrvatskoj iznosi 16 046, a od tog broja 63% čine žene. Prosječna je dob liječnika/ce 46 godina, a važno je primijetiti da ih je čak 15,9% starije od 60 godina te 3,8% liječnika/ca rade kao umirovljeni/e liječnici/e na četiri sata, što ukazuje na postojeći manjak liječnika/ca u sustavu koji se na taj način nastoji donekle kompenzirati, a također ukazuje i na potencijal porasta tog manjka, zbog starosti postojećeg liječničkog kadra. Hrvatska liječnička komora u spomenutom dokumentu navodi i podatak o 68 liječnika/ca koji su strani državljani, što pokazuje kako je rješavanje problema manjka liječnika/ca putem useljavanja još uvijek u povojima.

Procjena je Hrvatske liječničke komore (<https://www.hlk.hr/hlk-predstavila-digitalni-atlas-hrvatskog-lijecnistva.aspx>, pristupljeno 17. 6. 2023.) da će hrvatski zdravstveni sustav do 2025. godine, i to putem budućih umirovljenja ili budućih iseljavanja, izgubiti oko 2 700 liječnika/ca, a ta je procjena dana upravo temeljem podataka prikupljenih u Digitalnom atlasu hrvatskog liječništva.

Specifičnost je sestriinske struke što neka radna mjesta traže dugotrajno neformalno usavršavanje na radnom mjestu, kao što je, primjerice, slučaj onih koji kirurzima asistiraju tijekom operacije, tzv. „sestre instrumentarke“, ili pak slučaj „intenzivističkih sestara“ koje rade u jedinicama intenzivnog liječenja, a koje svoje znanje i vještine stječu mjesecima pa i godinama na radnom mjestu. To je naročito bilo spominjano tijekom pandemije koronavirusa u kojoj su zdravstveni radnici bili pod neuobičajeno visokim radnim pritiskom, pritiskom sâme bolesti i obveza dugih izolacija te je učestalo dolazilo do manjka medicinskih sestara i liječnika/ca na nekim odjelima i nije bilo drugog rješenja nego da ih privremeno zamjenjuju medicinske sestre i liječnici/e s

drugih odjela, stoga je postalo razvidno da se radi o visokostručnim zdravstvenim radnicima/ama.

U Hrvatskoj postoji duga tradicija planiranja i upravljanja tržištem rada kad se o zdravstvenom kadru radi, kako navode Džakula i suradnici u publikaciji Međunarodne organizacije rada (Wiskow, 2006:92). Kasnih 1980-ih, navode isti autori, zbog unutarnjih migracija i demografskih promjena pojavila se potreba za dugoročnijim planiranjem te je izrađen projekt koji se bavio nacionalnim i regionalnim pregledom zapošljavanja zdravstvenih radnika/ca. Međutim, 1990-e su Hrvatskoj donijele rat i proces tranzicije te je ta vrsta planiranja izašla iz fokusa. Također, tadašnja je situacija na tržištu rada bila povoljna za sustav, odnosno nije manjkalo niti medicinskih tehničara/sestara ni liječnika/ca. Naprotiv, bio je određen broj nezaposlenih te se činilo da nije niti potrebno dugoročno se baviti tim aspektom. Postojala je čak i zabrinutost da medicinski fakulteti obrazuju prevelik broj diplomiranih liječnika/ca, o čemu se tad oglasila čak i Hrvatska liječnička komora, kako navode Džakula i suradnici (Wiskow, 2006:92). U samo se nekoliko desetljeća, dakle, stanje na tržištu rada stubokom izmijenilo te je od viška došlo do manjka, kako medicinskih tehničara/sestara tako i liječnika/ca. Pokazalo se da je dugoročno i ozbiljno planiranje, o kakvom se govorilo krajem 1980-ih, bilo itekako potrebno i promišljeno, a da je promatranje trenutne situacije viška na tržištu rada kao trajne i one u kojoj nisu potrebne projekcije i planovi za budućnost sustava u konačnici nepovoljne za zdravstveni sustav i pacijente/ice koji/e ga koriste.

Prvo istraživanje koje je pokazalo znanstveni interes za iseljavanje zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske proveli su Kolčić i suradnici, a objavljeno je 2005. godine, dakle osam godina prije pristupanja Hrvatske Europskoj uniji te ga stoga smatramo vrijednim uvidom u pojavu iseljavanja dok još nije postojala značajno olakšavajuća okolnost zajedničkog europskog tržišta rada i slobodnog migriranja zdravstvenih radnika/ca europskim prostorom. Koliko nam je poznato, to je jedini znanstveni rad koji se tom temom bavio u razdoblju prije pristupanja Europskoj uniji, osim još jednog slučaja znanstvenog istraživanja stranih autora koji su u svojem istraživanju Hrvatsku obuhvatili kao studiju slučaja, zajedno s još nekim zemljama istočne Europe. Kolčić i suradnici (2005) usmjerili su se na istraživanje namjera iseljavanja studenata/tica medicine na posljednjoj godini studija u Zagrebu, Rijeci, Osijeku i Splitu. Rezultati ne pokazuju značajne razlike među navedenim gradovima te je njih ukupno 76%

uzimalo u obzir mogućnost iseljenja ako u Hrvatskoj ne uspiju doći do željene specijalizacije. Kao najvažniji razlozi za iseljenje u tom su istraživanju prepoznati bolja zarada i mogućnost zaposlenja, a kao manje važni bolja organizacija zdravstvenog sustava, bolje prilike za razvoj karijere i više poštovanja prema profesiji (Kolčić i sur., 2005:92). Radi se, dakle, o kvantitativnom istraživanju, provedenom metodom ankete, a proveli su ga zdravstveni radnici/e. Kao i ostali radovi o iseljavanju zdravstvenih radnika/ca, nije deducirano iz teorije niti su nalazi tumačeni u svjetlu teorijskih objašnjenja, kako je uobičajeno u društvenim znanostima.

Osim spomenutih, jedini znanstveni rad koji o našoj temi pronalazimo u razdoblju prije pristupanja Hrvatske Europskoj uniji jest onaj objavljen u izdanju Međunarodne organizacije rada 2006. godine. Tim istraživanjem obuhvaćene su četiri istočnoeuropske zemlje s ciljem identificiranja nekih migracijskih kretanja zdravstvenih radnika/ca u Europi. Korišten je metodologijski okvir studije slučaja. Za slučaj Hrvatske kao autore se navodi Džakulu i suradnike, a sve studije slučaja objavljene su u koordinaciji autorice Wiskow (2006). Cilj je te studije bio dati pregled podataka o istraživanoj temi, a glavni je zaključak da potrebnih podataka o stanju na tržištu rada što se zdravstvenih radnika/ca tiče, kao i podataka o migracijskim kretanjima, nema dovoljno. Osim toga, primijećen je trend smanjenja nezaposlenosti te autori smatraju da postoji sasvim izvjesna mogućnost manjka zdravstvenih radnika/ca na tržištu rada koja bi mogla zamijeniti tada postojeću nezaposlenost.

Kronološki slijede tri znanstvena istraživanja iseljavanja liječnika/ca iz Hrvatske u razdoblju neposredno nakon pristupanja Hrvatske Europskoj uniji (Kolčić i sur., 2014; Bojanic i sur., 2015; Babacanli i sur., 2016). Budući da se u tim godinama pojavio najveći porast iseljavanja liječnika/ca iz Hrvatske u novije vrijeme, ta su istraživanja pokazatelj reakcije i zabrinutosti onih koji su za dobrobit zdravstvenog sustava direktno zainteresirani. Sva tri istraživanja provedena su kvantitativnim metodama, odnosno metodom ankete. Također, sva su istraživanja proveli liječnici/e, što smo utvrdili pregledom navedenih afilijacija. Prvo od navedenih istraživanja provedeno je na studentima posljednje godine medicine na studijima u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku, a na temu stavova prema iseljavanju (Kolčić i sur., 2014). Rezultati su pokazali da je 35% studenata spremno na trajno iseljavanje, a u očekivanju bolje kvalitete života, bolje organizacije zdravstvenog sustava, više profesionalnih izazova, ali i radnog mjesta uopće. Kao naročito zanimljiv rezultat nalazimo podatak da je najmanji broj ispitanika/ca kao jedan od

razloga za iseljenje, odnosno očekivanje od zaposlenja u drugim zemljama, naveo bolju zaradu (svega 7,1% ispitanika). Drugo je od navedenih istraživanja također ispitalo sličnu temu na istoj populaciji (Bojanic i sur., 2015). Rezultati su pokazali da je preko polovice ispitanika/ca spremno na iseljenje iz razloga specijalističkog ili subspecijalističkog usavršavanja. Kao najvažnije razloge iseljenja ispitanici/e navode izvrsnost u struci, poboljšanje financijskog stanja te stjecanje novih iskustava. Radi usporedbe s prethodno navedenim istraživanjem, navodimo i podatak o postotku ispitanika koji financije navode kao jedan od razloga: radi se o 17% ispitanika. Dakle, u oba se istraživanja financijski aspekt pokazao kao onaj koji motivira relativno mali broj studenata/tica medicine na iseljavanje. Smatramo taj aspekt navedenih istraživanja zanimljivim, budući da se u površnijim osvrtima na tu pojavu ponekad navode financije kao glavni aspekt, a ta istraživanja to ne potvrđuju. Treće u nizu istraživanja za glavni je cilj imalo istražiti razinu zadovoljstva populacije mladih liječnika/ca u Hrvatskoj, a direktan je poticaj tome bio tadašnji znatan odljev liječnika/ca iz Hrvatske (Babacanli i sur., 2016). Rezultati su pokazali da bi 58% ispitanika napustilo Hrvatsku ako bi im se pružila prilika, a kao glavni razlozi identificirani su bolji uvjeti rada, uređenost zdravstvenog sustava i bolja plaća. Bolju plaću navelo je 64% posto mladih liječnika/ca, dakle daleko veći postotak negoli u prethodnim dvama istraživanjima. Razlog tako velikoj razlici vjerojatno možemo tražiti u tome što su istraživanja provedena na različitim populacijama, prva dva na populaciji studenata/tica medicine, a treće na populaciji već zaposlenih liječnika/ca, koji/e imaju iskustvo rada u sustavu. No, ni u posljednjem slučaju bolja plaća nije najčešće navođen razlog odlaska, premda se vjerojatno radi o populaciji koja jest najviše pogođena tim aspektom, odnosno mladim liječnicima/ama koji/e na počecima karijera imaju znatno niža primanja negoli kasnije nakon završetka specijalizacije i ostalih mogućih napredovanja te dodataka na osnovna primanja.

O aktualiziranju teme iseljavanja zdravstvenih radnika/ca i prepoznavanju potrebe da se njome tada pozabavi pokazuje i to što je glavna tema jednog od brojeva *Liječničkih novina* (glasilo Hrvatske liječničke komore) u 2016. godini upravo iseljavanje mladih liječnika/ca, te je taj broj objavljen pod naslovom „60% mladih doktora želi napustiti Hrvatsku“ (Liječničke novine, travanj 2016). U tom su broju u članku autorice Vučur (2016:16) pod naslovom „Samo ih deset posto ne razmišlja o odlasku iz Hrvatske!“ objavljeni rezultati istraživanja koje je provelo Povjerenstvo za mlade liječnike/ce Hrvatske liječničke komore. I to je istraživanje provedeno metodom ankete na populaciji mladih liječnika/ca koja je definirana dobi od 27 do 40 godina, a

oko polovice uzorka činili su specijalizanti/ce, potom specijalisti/ce i liječnici/e koji nisu na specijalizaciji. Rezultati su pokazali da bi 58,8% mladih liječnika/ca napustilo Hrvatsku i započelo karijeru u inozemstvu ako bi im se za to pružila prilika, a svega 11,2 % bi se odlučilo za opciju ostanka u Hrvatskoj bez obzira na dostupne ponude iz inozemstva. Najčešće odabrani razlozi za iseljavanje bili su sljedeći: bolji uvjeti rada, bolja plaća, uređenost zdravstvenog sustava i veće mogućnosti usavršavanja i napredovanja. Naročito je zanimljivo što su navedenim istraživanjem obuhvaćeni i razlozi za ostanak u Hrvatskoj. Kao najčešći razlozi za ostanak navedeni su obiteljski razlozi. Još je jedna tema obuhvaćena tim istraživanjem relevantna za našu raspravu: odnos između specijalizanta/ice i mentora/ice, odnosno razina zadovoljstva tim odnosom. Rezultati pokazuju da većina mladih liječnika/ca nije zadovoljna tim odnosom, a kao naročito zanimljiv podatak izdvajamo postotak od 7% mladih liječnika/ca koji smatraju da su najviše znanja i vještina stekli od mentora/ice, što je svakako neobičan nalaz koji traži istraživanje pozadine tog problema.

Nakon prikazanog niza istraživanja u kratkom razdoblju od 2014. do 2016. godine uslijedilo je razdoblje u kojem ne pronalazimo znanstvenih radova o toj temi. No u razdoblju od 2020. do 2023. pojavljuje se novi niz istraživanja, što govori o reaktualizaciji znanstvenog interesa za temu iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske. Kod tog novijeg vala istraživanja pojavljuje se zanimljiva razlika u odnosu na prethodni val, a to je znatno širi dijapazon primijenjenih metoda i metodoloških okvira te su sva četiri objavljena znanstvena rada koja pronalazimo u novije vrijeme utemeljena na različitim metodološkim pristupima. Smatramo to korisnom i dobrodošlom promjenom, koja je donijela i znatno širi dijapazon rezultata i stečenih uvida u temu kojom se bavimo. U slučaju prvih dvaju radova, objavljenih od istih autora iste godine (Gruber i sur., 2020a; Gruber i sur., 2020b), postoji i uži fokus na specijaliste/ice psihijatre/ice, što je također inovativno u odnosu na sva prethodna istraživanja koja su nam poznata. Jedan je od njih pregledni rad o migraciji hrvatskih liječnika/ca koji je, osim što daje kvalitetan generalni pregleda teme i podataka, zanimljiv jer daje pregled podataka o psihijatrima/cama u migraciji (Gruber i sur., 2020a). U tom se radu navodi da u nekim europskim zemljama broj psihijatara/rica školovanih u drugim zemljama prelazi 40% ukupne brojke psihijatara/rica. Drugi rad istih autora (Gruber i sur., 2020b) smatramo vrlo zanimljivim jer je inovativan u odnosu na prethodne radove o iseljavanju zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, i to na dva načina: kao prvo, ne istražuje samo ukupnu populaciju liječnika/ca, već radi komparaciju

između više podskupina liječnika/ca, a kao drugo, koristi i kvantitativne i kvalitativne metode istraživanja. Također, a za razliku od prethodnih nama poznatih istraživanja teme iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, koristi validirane instrumente, i to Indeks osobne dobrobiti (eng. *Personal Wellbeing Index*) te Indeks radne sposobnosti (eng. *Work Ability Index*), kojima je dodano još nekoliko otvorenih pitanja kvalitativnog tipa. Istraživanje je provedeno na skupini psihijatara/rica iseljenih iz Hrvatske, skupini ostalih liječnika/ca specijalista/ica iseljenih iz Hrvatske te skupini psihijatara/rica koji žive i rade u Hrvatskoj. Budući da je i naš nacrt istraživanja usmjeren na komparaciju nekih aspekata iskustava iseljenih i neiseljenih zdravstvenih radnika/ca, spomenuto istraživanje u tom smislu nalazimo naročito zanimljivim. U najkraćim crtama, to istraživanje pokazalo je da je skupina psihijatara/rica iseljenih iz Hrvatske vrlo zadovoljna kvalitetom života i raznim aspektima osobne dobrobiti u zemljama u koje su uselili, kao i da imaju dobru razinu radne sposobnosti u novoj radnoj sredini. Zadovoljstvo životnim standardom, sigurnom budućnošću i životnim postignućima znatno su viši kod iseljenih psihijatara/rica negoli kod onih koji rade u Hrvatskoj, a upravo su to ključne razlike koje su identificirane među istraživanim poduzorcima. Većina emigranata/tica iz oba poduzorka emigranata/tica (emigranti/ce psihijatri/ce i emigranti/ce ostali/e specijalisti/ce), navode autori, planira se vratiti u Hrvatsku, i to 48% njih planira se vratiti tek u mirovini, 9% planira u narednih 2–5 godina, dok se 32% ispitanika/ca ne planira vratiti živjeti i raditi u Hrvatsku (Gruber i sur., 2020b:63). Ono što je naročito zanimljivo u kontekstu našeg istraživanja jest podatak da njihov eventualni povratak u Hrvatsku najviše ovisi o političkim i ekonomskim promjenama u zemlji, i to kod trećine iseljenih liječnika/ca ovisi o promjeni političke situacije i korupcije, kod trećine o promjeni mentaliteta u Hrvatskoj, a kod trećine o obiteljskoj situaciji (Gruber i sur., 2020b:63).

U jednom od najnovijih znanstvenih radova objavljenih na temu iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske korišteni su alati digitalne demografije kako bi se testiralo može li se praćenjem trendova pretraživanja određenih pojmova u internetskoj tražilici Google predvidjeti migracije zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske i zapadnog Balkana u Njemačku i Austriju (Jurić, 2021). Ustanovljeno je da ta metoda omogućuje pouzdane procjene te vrste jer se pokazalo da sva testirana pretraživanja vezana za migracije zdravstvenih radnika/ca (poput, primjerice pretrage po ključnim riječima „job application + nurses“) prema dobivenim brojkama koreliraju s podacima službene statistike o iseljenima. Stoga ta metoda može ubuduće naročito biti od koristi kreatorima kako nacionalnih tako i europskih javnih politika, u svrhu adekvatnog i



pravovremenog planiranja kvalitetne strategije za zadržavanje zdravstvenih radnika/ca u svojim zemljama (Jurić, 2021).

Naposljetku, najnoviji rad koji se o toj temi može pronaći pokazao je da će 25% ispitanika/ca u uzorku na populaciji studenata/ica posljednje godine studija medicine u Osijeku (provedeno u posljednjim mjesecima dvije uzastopne akademske godine, 2014./2015. i 2015./2016.) vrlo vjerojatno iseliti iz Hrvatske nakon diplome ili nakon specijalizacije (Milić i sur., 2023:5). Posebna je zanimljivost te studije što je tražila povezanost inklinacije studenata/ica medicine prema iseljavanju s nekim drugim varijablama, poput izbora specijalizacije, prijašnjeg sudjelovanja u znanstvenim projektima te razinom etnocentrizma. Rezultati su pokazali da su razmišljanju o iseljenju skloniji studenti/ce medicine koji imaju iskustvo sudjelovanja u znanstvenim projektima te oni koji imaju nižu izmjerenu razinu etnocentrizma na skali etnocentrizma.

U usporedbi s rezultatima ranijih istraživanja koja smo naveli, a provedena su na studentima/cama posljednje godine studija medicine, razmatrano istraživanje pokazuje dosad najmanji udio studenata/tica s migracijskim aspiracijama. Ipak, smatramo da treba uzeti u obzir da su korišteni instrumenti u svim navedenim istraživanjima bili različiti te je moguće da je do te razlike došlo i zbog toga, odnosno zbog različitosti u formulaciji čestica kojima se ispitivalo migracijske aspiracije. O legitimnoj usporedivosti mogli bismo govoriti tek kad bismo imali rezultate istraživanja provedenih na istim instrumentima ili barem s jednako formuliranim česticama kojima se ispituje migracijske aspiracije, u različitim točkama u vremenu, što nam, nažalost, nije dostupno. U usporedbi sa 76% studenata/tica koji/e su uzimali/e u obzir mogućnost iseljenja ako u Hrvatskoj ne uspiju doći do željene specijalizacije 2005. godine (Kolčić i sur., 2005), 25% studenata/tica s migracijskim aspiracijama u posljednjem navedenom istraživanju (Milić, 2023), a koje je provedeno 2015. i 2016. godine, ostavlja dojam znatnog smanjenja broja onih koji razmišljaju o iseljenju.

Najnoviji i vrlo vrijedan znanstveni doprinos istraživanjima različitih aspekata kompleksnog fenomena iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske dao je doktorski rad naslovljen *Upravljanje ljudskim resursima u hrvatskom zdravstvu kao determinanta migracija liječnika* autorice Zrinke Stanić (2022). Rezultati provedenog anketnog istraživanja o važnim razlozima suvremenog iseljavanja liječnika/ca iz Hrvatske „upućuju na visoke razine nezadovoljstva

hrvatskih liječnika različitim segmentima hrvatskog zdravstvenog sustava kao primjerice trenutnog provođenja programa specijalističkog usavršavanja liječnika, ulogom mentora u specijalističkom usavršavanju liječnika, prekovremenim satima, lošim međuljudskim odnosima, nedostatkom komunikacije poslodavca (zdravstvene ustanove) sa svojim djelatnicima o pitanjima plaće i povišice, napretka i daljnjeg razvoja u karijeri, problemima s kojima se susreću na radnom mjestu i sl., zatim nedostatka programa motiviranja djelatnika, nagrađivanja i educiranja i daljnjeg razvoja znanja i vještina djelatnika.“ (Stanić, 2022:194). To istraživanje razloga iseljavanja liječnika/ca, koliko nam je poznato, najopsežnije je kvantitativno istraživanje navedene pojave. Potvrdilo je rezultate dosadašnjih malobrojnih istraživanja, ali i dodatno osvijetlilo glavnu neuralgičnu točku odlaska hrvatskih liječnika/ca: visoku razinu nezadovoljstva različitim aspektima rada u hrvatskom javnom zdravstvenom sustavu. Spomenuto je istraživanje provedeno nakon što je nacrt našeg istraživanja bio izrađen a istraživanje već u tijeku, stoga ti vrijedni nalazi nisu mogli biti uzeti u obzir kao dio teorijsko-konceptualnih polazišta, ali će svakako biti uzeti u obzir u raspravi.

Svim je razmatranim istraživanjima zajedničko da se bave iseljavanjem liječnika/ca, zatim da su provedena uglavnom kvantitativnom metodologijom te da su ih većinom proveli upravo zdravstveni/e radnici/e, odnosno liječnici/e.

## **2.6. Javne politike**

Zadržavanje deficitarnih zdravstvenih radnika u sustavu pomoću efikasnih retencijskih strategija jedna je od ključnih komponenti održivosti ljudskih resursa u zdravstvu, a posljedično i održivosti kvalitete funkcioniranja zdravstvenog sustava (Crettenden, Dal Poz i Buchan, 2013; Padaiga, Pukas i Starkiene, 2014). Svjetska zdravstvena organizacija 2010. godine objavila je dokument *The WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel* u kojem upozorava da manjak liječnika/ca na nacionalnim razinama vodi u još veće disbalanse na globalnoj razini te u tom smislu poziva razvijene zemlje da rade na samoodrživosti ljudskih potencijala u medicini na način da ih u dovoljnom broju educiraju, a onda i odgovarajućim mjerama zadrže (Taylor i Dhillon, 2011).

Kako su pitanja vezana uz migracije važna i za javne politike neke države, od znanstvenika/ca se učestalo očekuje da daju svoj doprinos znanju o faktorima koji oblikuju migracije, a kako bi se onda različitim mjerama na njih eventualno moglo utjecati (Carling i Collins, 2018). Naše

istraživanje bavi se upravo populacijom zdravstvenih radnika/ca na nacionalnoj razini, a to je u skladu i s trendovima kvalitativnih istraživanja migracija u okviru europskih zemalja (Zapata-Barrero i Yalaz, 2018:25). Možemo stoga ustvrditi da je istraživanje iseljavanja zdravstvenih radnika/ca relevantno za one aktere u RH koji kreiraju te provode migracijske, obrazovne i zdravstvene javne politike.

Kad govorimo o migracijama, nezaobilazna su tema države, njihove granice i politika, kao i različite regulative kojima uređuju prelasku granica pa time i migracijske procese. Kroz povijest se s porastom obima migracija zdravstvenih stručnjaka/inja uloga države u regulaciji tih procesa značajno mijenjala, argumentira Connell (2010:5). Također smatra da je uloga države u regulaciji te vrste stručnjačkih migracija veća negoli kod bilo koje druge grupe stručnjaka/inja koji migriraju u značajnijem obimu te nabroja na koje sve načine država organizira i regulira migracije zdravstvenih stručnjaka/inja: „putem određivanja standarda, domaće produkcije vještina, formuliranja migracijskih kriterija (vještine i uvjeti), strukturirani bilateralni radni ugovori, te, manje direktno, putem određivanja potrebnih vještina, razina plaća i radnih uvjeta.“ (Connell, 2010:5).

Već sama jednostavna definicija migracije kao promjene prebivališta preko administrativnih granica (bilo da su to granice nekih općina, okruga, županija, federalnih jedinica ili granice nacionalnih država) upućuje na to da je neizostavna karakteristika migracija kretanje ljudi preko granica kako bi živjeli u nekoj drugoj administrativnoj jedinici, a način na koji države i njihove institucije određuju te granice i definiraju i kategoriziraju migracije na ključan način određuje migracijske procese (De Haas, Castles i Miller, 2019:21). Budući da prelaženje administrativnih granica ima sasvim realne i značajne implikacije za svakodnevni život migranta/ica (itekako je, primjerice, važno imaju li migranti/ce dozvolu boravka ili ne), smisleno je da upravo to bude temelj definiranja migracija (De Haas, Castles i Miller, 2019:21).

Politika je, dakle, važan strukturni čimbenik u migracijskim procesima, budući da državni zakoni i institucije s jedne strane utječu na migracijske procese neovisno o ekonomskim i ostalim za migracije relevantnim pitanjima (Hollifield, 2000; prema Hagen-Zanker 2008:9), a s druge su u direktnoj sprezi s odnosima moći različitih interesnih skupina.

Kad govorimo o odnosu migracija i politike, korisno je skrenuti pažnju i na diskurs kojim se uokviruju različiti migracijski procesi u različitim vremenskim razdobljima u različitim

državama. Javni diskurs o migracijskim temama rijetko je neutralan, što je vidljivo već i površnim pregledom medijskog praćenja te tematike. Način na koji o migracijama i migrantima/cama govore političari i novinari može snažno utjecati na javno mnijenje o tim temama. Migracijske aspiracije u nekim su zemljama iseljenja, pogotovo u posljednjim dvama desetljećima dvadesetog stoljeća, doživjele preobrazbu iz osuđujućeg diskursa do slavljenja i uzdizanja: emigrante/ice se počelo predstavljati kao uzor, a ta je politizacija migracijskih aspiracija tako postala njihov pokretač (eng. *driver*) (Carling i Collins, 2018:916). Taj pomak dobro ilustrira primjer filipinske predsjednice Aquino koja je filipinske radnike/ce u emigraciji nazvala „novim herojima filipinske ekonomije“ (Carling, 2005; Chang, 2016; prema Carling i Collins, 2018:916).

Medicinski odljev mozgova pod utjecajem je imigracijskih politika koje su usmjerene na povećanje useljenja stručnjaka/inja svih profila, kako pokazuje dugoročno praćenje podataka i trendova o migracijama liječnika/ca (Adovor, Czaika, Docquier i Moullan, 2021:15). Međutim, zdravstvene je stručnjake/inje u kontekstu kreiranja javnih politika potrebno promatrati kao poseban slučaj, argumentira Bach (2008:22) i pritom naročito ističe da bi pozitivni efekti koji se kod ostalih grupa stručnjaka/inja postignu primjenom politika u smjeru cirkulacije mozgova kod zdravstvenih stručnjaka/inja mogli biti manje relevantni. S druge strane, nastavlja isti autor, visoko reguliran sektor poput zdravstvenog nudi mogućnosti za aktivno usmjeravanje obrazaca mobilnosti na načine koji su slabije primjenjivi na druge sektore. Posebno pritom Bach govori o situaciji u kojoj relativno mali broj nacija-država ima neproporcionalno velik utjecaj na migracije zdravstvenih radnika/ca u globalnom kontekstu, a zbog svojih mogućnosti i pozicije u kojoj aktivno regrutiraju zdravstvene radnike/ce na globalnoj razini.

Globalizacija je, pored brojnih drugih načina, na migracijske procese utjecala i promjenama u graničnim kontrolama. Prema trenutno dostupnim podacima, zdravstveni radnici/e iz Hrvatske u većini slučajeva iseljavaju u zemlje Europske unije. Razlog nije teško pretpostaviti: upravo je promjena zakonskih regulativa koju je donijelo pristupanje Hrvatske Europskoj uniji značajno olakšala migriranje zdravstvenim radnicima/ama. To je omogućeno donošenjem dokumenta Europske unije, pod nazivom Directive 2005/36/EC (i njegove ažurirane verzije Directive 2013/55/EU), koji regulira priznavanje stečenih kvalifikacija i ubrzava procedure za liječnike/ce i medicinske tehničare/sestre (ali i još nekoliko struka) koji se odluče na profesionalnu migraciju

(Directive 2013/55/EU, prema online izvoru; pristupljeno 15. 8. 2023). Pojačano iseljavanje zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske nakon pristupanja Europskoj uniji 2013. godine zabilježeno je već u analizama izrađenima nekoliko godina kasnije (Župarić-Iljić, 2016). Budući da legislativa mobilnosti zdravstvenog osoblja u Europskoj uniji ima u tom smislu utjecaj i na nešto širu zajednicu zemalja Europskog gospodarskog prostora (eng. *The European Economic Area*, skr. EEA), tako spomenuti dokument određuje prostor EEA kao najveću svjetsku regiju koja ima „slobodnu“ mobilnost za zdravstvene stručnjake/inje (Buchan et al., 2014:8).

Premda se, kako smo spomenuli ranije, od znanstvenika/ca (opravdano) očekuje doprinos znanju koje će poslužiti kao temelj upravljanja raznim procesima, u konačnici se često pokaže da su takva pozitivna vrednovanja znanstvenog i stručnjačkog znanja samo deklarativna te se u praksi rijetko primjenjuju. Možemo to vidjeti na primjeru Hrvatske i potencijalnog povećanja obima iseljavanja zdravstvenih radnika/ca nakon pristupanja EU, ali i iseljavanja ostalih stručnjaka/inja. I prije pristupanja EU znanstvenici/e su prognozirali/e mogući odljev mozgova i potencijalne probleme koje će ta pojava proizvesti. Objavljen je tako 2012. godine, dakle prije pristupanja EU, rad autora Barića i Smolića (2012) koji govori o mogućim izazovima iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, a na tragu sličnih pojava u Poljskoj, Rumunjskoj i baltičkim zemljama kojima se nakon pristupanja EU dogodilo pojačano iseljavanje mladih i visokoobrazovanih zdravstvenih radnika/ca.

Premda postoje poteškoće s praćenjem točnih brojki i tokova migracija zdravstvenih radnika/ca, ipak među stručnjacima/kinjama koji se tim područjem bave postoji konsenzus da je mobilnost te grupe profesionalaca u porastu te, još važnije, da je njihova mobilnost češće simptom negoli uzrok poteškoća s ljudskim resursima u zdravstvenim sustavima kako zemalja iseljavanja tako i zemalja useljavanja zdravstvenih radnika/ca (Bach, 2008:22).

Smatramo da je ovdje važno napomenuti da smo svjesni svoje istraživačke pozicije u kojoj okvir nacionalne države uzimamo kao datost, bez preispitivanja te vizure, što se jasno vidi već i iz naslova ovog doktorskog rada kao i teme kojom se bavimo.

Kako vidimo iz svega dosad navedenog, fenomen migracija zdravstvenih radnika/ca jest kompleksan, a čimbenike koji su s njim povezani i na njega utječu (bilo da opseg migracija smanjuju, pojačavaju ili održavaju na istoj razini) neophodno je promatrati na različitim razinama analize, od mikro- preko mezo- do makrorazine, te u skladu s time i razne strategije

kojima je cilj utjecati na taj fenomen moraju biti usmjerene na sve te razine. Također, jasno je iz osobitosti fenomena koje smo dosad opisali, a pritom prvenstveno mislimo na osobitosti koje se odnose na globalni, potom i europski kontekst migracija zdravstvenih radnika/ca, stanja u zdravstvenim sustavima i na tržištima rada, da je hrvatski zdravstveni sustav i pojava iseljavanja zdravstvenih radnika/ca samo djelić te šire slike i da je itekako pod uplivom svih zbivanja u navedenim nadnacionalnim i nacionalnim kontekstima. Nije, dakle, moguće niti uputno kod kreiranja javnih politika koje bi na nacionalnoj razini bile eventualno usmjerene na bolju retenciju zdravstvenih radnika/ca i ostale mjere u smjeru ojačavanja korpusa zdravstvenih radnika/ca u Hrvatskoj, ispustiti širi kontekst i sve njegove moguće utjecaje iz vida. Kako slikovito kažu Glinos i suradnici (2014:22), javni i privatni poslodavci, kao i agencije za regrutiranje, „pecaju“ iz istog bazena globalne zdravstvene radne snage koji je ograničen. U takvom kontekstu, odluke koje se donesu u jednoj državi i zdravstvenom sustavu imat će neizbježne posljedice i na druge zemlje i sustave, odnosno države su sve više međuovisne u tom procesu (Glinos i sur., 2014:22).

Migracijska javna politika, slažu se stručnjaci/kinje, trebala bi biti oblikovana u skladu sa znanjem koje imamo o čimbenicima koji na migracije utječu. Za potpunu informaciju o tome kakve strateške poteze trebaju vući zemlje koje žele zadržati svoju zdravstvenu radnu snagu potrebno im je, osim kvantitativnih podataka o migracijama, znanje o migracijskim motivima različitih skupina zdravstvenih radnika/ca, a takvih je sustavnih i sveobuhvatnih istraživanja mobilnih i potencijalno mobilnih zdravstvenih radnika/ca malo (Glinos i sur., 2014:23).

Koliko brze, a i značajne obimom, mogu za državu biti promjene na tržištu rada prema najnovijim informacijama odlično ilustrira slučaj Italije. *Novi list* (P. N., 7. 9. 2023, [https://www.novolist.hr/novosti/svijet/petsto-talijanskih-medicinara-bjezi-u-arapske-zemlje-tamo-ih-ceka-do-20-tisuca-eura-mjesecno/?meta\\_refresh=true](https://www.novolist.hr/novosti/svijet/petsto-talijanskih-medicinara-bjezi-u-arapske-zemlje-tamo-ih-ceka-do-20-tisuca-eura-mjesecno/?meta_refresh=true), pristupljeno 10. 9. 2023) je, naime, prenio informacije iz talijanskog glasila *Il Corriere della Serra* o najnovijoj situaciji u Italiji iz koje se samo u posljednja tri mjeseca u arapske zemlje iselilo 500 zdravstvenih radnika/ca. U arapskim zemljama, prema navedenom izvoru, raste potreba za tom vrstom radne snage zbog porasta broja stanovnika, kao i zbog pojave starenja stanovništva, a te su zemlje u stanju ponuditi financijske i ostale uvjete rada kakvima europske zemlje mogu vrlo teško (ili uopće ne mogu) konkurirati. Iz perspektive našeg istraživanja, posebno je zanimljivo spomenuti

da navedeni članak izričito naglašava loše radne uvjete kao važan razlog te pojave, pogotovo preveliko radno opterećenje koje je pandemijom u mnogim dijelovima zdravstvenog sustava još i povećano.

Jedan od relevantnih razloga za manjak radne snage koji trenutno trpi hrvatski javni zdravstveni sustav jest i tromost birokratskog aparata i/ili nedostatak političke volje kad se radi o zapošljavanju stranih zdravstvenih radnika/ca koji u Hrvatskoj žele raditi (ali i ne samo u tom slučaju, o čemu ćemo više reći u drugim poglavljima). Najnoviji primjer te otegotne okolnosti kod upravljanja zdravstvenim sustavom može se pronaći u medijskim istupima ukrajinskih liječnika/ca koji su iz Ukrajine u Hrvatsku migrirali zbog rata te u Hrvatskoj žele ostati živjeti, integrirati se u društvo i, kao važan aspekt tog procesa, raditi u svojoj struci (Laslavić, 2023, <https://lidermedia.hr/biznis-i-politika/ivan-blazevic-ukrajinski-lijecnici-cekaju-dvije-godine-na-nostrifikaciju-diplome-pa-rade-kao-konobari-150117>, pristupljeno 8. 9. 2023). Citirani članak navodi da u Hrvatskoj trenutno živi čak nekoliko desetaka liječnika/ca iz Ukrajine (od kojih neki rade kao konobari) koji čekaju na nostrifikaciju diplome, i to i do dvije godine, usprkos postojećim potrebama zdravstva za liječnicima/ama. Primjer Poljske, koja je doseljenim liječnicima/ama iz Ukrajine odlučila izdati dozvole za rad u trajanju od jedne godine, pokazuje da se može i drugačije. Radi se o dvije tisuće liječnika/ca koji sada doprinose svojim radom poljskom zdravstvenom sustavu na način da rade uz poljskog liječnika/cu koji/a ih mentorira dok uče jezik i čekaju da završi postupak nostrifikacije diplome (Vasilj, 2023, [https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/doktorice-iz-ukrajine-zele-raditi-u-hrvatskoj-ispricale-su-nam-koliko-je-procedura-duga-mucna-i-skupa-foto-20230501?meta\\_refresh=1](https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/doktorice-iz-ukrajine-zele-raditi-u-hrvatskoj-ispricale-su-nam-koliko-je-procedura-duga-mucna-i-skupa-foto-20230501?meta_refresh=1), pristupljeno 8. 9. 2023.).

Na obim i smjerove migracija zdravstvenih radnika/ca značajan utjecaj imaju i agencije za vrbovanje/regrutiranje (eng. *recruitment*), kao i obvezujuće školarine koje na taj način traže i usmjeravaju zdravstvene radnike/ce prema određenim gradovima/regijama/državama, kao i u određene specijalnosti (Connell, 2010:5). U pripremnim fazama našeg istraživanja naišli smo na primjere za oba navedena slučaja, međutim isključivo u smjeru motiviranja zdravstvenih radnika/ca na iseljavanje iz Hrvatske, odnosno na useljavanje u zemlje koje takve aktivnosti poduzimaju da bi ojačale vlastiti korpus zdravstvenih radnika/ca. Nije nam poznato da Hrvatska zasad poduzima bilo kakve ozbiljnije aktivnosti u tom smjeru. Neke početne naznake da

upravljači razumijevaju da je takva akcija potrebna te naznake da za to postoji dovoljna količina političke volje, pojavljuju se u vidu boljih financijskih i radnih uvjeta zdravstvenim radnicima/ama koji/e su spremni/e živjeti i raditi u najsiromašnijim i najslabije razvijenim područjima. Politička volja u takvim slučajevima zasad proizlazi tek iz puke prisile u krajevima koji u potpunosti ostaju bez liječnika/ca i medicinskih tehničara/sestara te nemaju baš nikakvog drugog izlaza doli ponuditi nešto bolje uvjete. Dakle, moglo bi se reći da stvarna politička volja, pogotovo na državnoj razini, za sustavno rješavanje problema manjka zdravstvenih radnika/ca ne postoji.

## **2.7. Konceptualni okvir istraživanja**

Teorijsko-konceptualni okvir našeg istraživanja temelji se na kombinaciji rezultata dosadašnjih istraživanja i migracijskih teorija.

Najčešći razlozi koji doprinose inklinaciji migriranju zdravstvenih radnika/ca prema ranije navedenim istraživanjima u Hrvatskoj jesu sljedeći: organizacija zdravstvenog sustava i uvjeti rada (preopterećenost brojem pacijenata/tica po radniku/ci i brojem radnih sati, visoka razina stresa, manjak osnovnih sredstava za rad, slabe prilike za napredovanje u karijeri, loši međuljudski odnosi), niske financijske naknade za rad, problemi u procesu obrazovanja (nemogućnost dobivanja željene specijalizacije, loša organizacija procesa specijalizacije, problematična uloga mentora/ica, priznavanje visokog obrazovanja medicinskim tehničarima/sestrama), nepotizam i politička podobnost u zdravstvenom sustavu te opća politička klima u društvu (visoka razina korupcije).

Uzimajući u obzir rezultate inozemnih i hrvatskih istraživanja, nalazimo korisnim utemeljiti naš konceptualni okvir u tri ključna koncepta:

1. profesionalne aspiracije zdravstvenih radnika/ca;
2. organizacijski kontekst hrvatskog zdravstvenog sustava;
3. kvaliteta života i širi društveni kontekst.

Smatramo da u svjetlu prikazanih rezultata dosadašnjih istraživanja teorija potisnih i privlačnih čimbenika prema modelu koji je razvio Everet Lee (Lee, 1969) predstavlja korisnu teorijsku dopunu konceptualnom okviru za predloženo istraživanje jer dopušta obuhvaćanje svih



navedenih aspekata, a pritom daje dodatnu kvalitetu diferenciranja istraživanih čimbenika u smislu potisnih i privlačnih. Osim toga, taj je model često korišten okvir u istraživanjima migracija zdravstvenih radnika/ca, stoga će takav pristup dati mogućnost adekvatne komparacije rezultata našeg istraživanja s prethodnima, kao i kreiranja vlastite klasifikacije potisnih i privlačnih čimbenika kao nadgradnju dosad razvijenih klasifikacija (Buchan, 2007).

Na kraju nalazimo važnim naglasiti da ćemo uzeti u obzir i kontekst pandemije bolesti COVID-19 koja je značajno utjecala na funkcioniranje (hrvatskog) zdravstvenog sustava, a možemo pretpostaviti i na iskustvo rada u tom sustavu. To je iskustvo moglo utjecati na migracijske aspiracije zdravstvenih radnika/ca te ćemo stoga i tu polazišnu točku uključiti u teorijsko-konceptualni okvir, kao jedan od užih aspekata trećeg predloženog koncepta (kvaliteta života i širi društveni kontekst).

### **3. METODOLOGIJA**

#### **3.1. Cilj istraživanja i istraživačka pitanja**

Glavni je cilj istraživanja bio utvrditi ključne i druge relevantne čimbenike suvremenog iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Republike Hrvatske te time steći opsežnije spoznaje i uvide za bolje razumijevanje tog fenomena, kakve može ponuditi okvir kvalitativne metodologije za koju smo se odlučili. Naime, dosadašnja su istraživanja te pojave kvantitativna te smo uočili da u znanstvenom smislu postoji prostor za dodatne uvide kakve mogu ponuditi prednosti kvalitativne metodologije u odnosu na kvantitativnu (dublji uvidi u perspektivu iseljenih zdravstvenih radnika/ca, kao i onih koji o iseljavanju razmišljaju).

Istraživanje je motivirano sljedećim istraživačkim pitanjima:

1. Koji čimbenici utječu na odluku zdravstvenih radnika/ca o iseljenju iz Hrvatske?
2. Što objašnjava sličnosti i/ili razlike u hijerarhiji tih čimbenika sukladno odabranim sociodemografskim i socioprofesijskim obilježjima ispitanika te drugim kontekstualnim varijablama?
3. Kako nam u razumijevanju fenomena iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske pomažu sličnosti i/ili razlike u perspektivi onih koji o iseljenju ne razmišljaju, perspektivi onih koji/e su o iseljenju razmišljali/e ili razmišljaju te perspektivi onih koji su se odlučili na iseljenje?

Kako bismo došli do odgovora i uvida koji su nas zanimali, proveli smo kvalitativno istraživanje na uzorku iz populacije iseljenih zdravstvenih radnika/ca te uzorku iz populacije zdravstvenih radnika/ca koji rade u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske (ovaj uzorak imao je dva poduzorka kreirana prema kriteriju postojanja, odnosno nepostojanja migracijskih aspiracija). Osim toga, u uvodnom, pripremnom dijelu istraživanja provedena su i dva ekspertna intervjua s predsjednicima strukovnih komora, Hrvatske liječničke komore i Hrvatske komore medicinskih sestara. Time se obuhvatila i perspektiva upravljačke pozicije dionika hrvatskog zdravstvenog sustava, a što se kao preporuka pojavljuje u metodološkoj literaturi (Lune i Berg, 2017). Te smo intervjue planirali provesti prije ostalih radi mogućeg dobivanja uvida u dodatne relevantne aspekte teme koju istražujemo, a kojima bi bilo korisno dopuniti protokole intervjua za iseljene zdravstvene radnike/ce. U sljedećoj fazi istraživanja provedeni su intervjui s iseljenim

zdravstvenim radnicima/ama. I taj je redosljed odabran radi mogućeg stjecanja uvida u istraživanu temu, a koji mogu pomoći obogaćivanju protokola intervjua za zdravstvene radnike/ce koji/e rade u hrvatskom zdravstvenom sustavu (oni/e koji/e barem u nekoj mjeri imaju aspiracije prema iseljenju, i oni/e koji/e takvih aspiracija nemaju). Planirano je intervjuirati upravo te tri grupe zdravstvenih radnika/ca s ciljem stjecanja uvida u razlike i sličnosti percepcije čimbenika iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske te s ciljem donošenja konačnog zaključka koji su od tih čimbenika ključni, odnosno donose prevagu u donošenju odluke o iseljavanju. Dakle, možemo govoriti o nekoj vrsti triangulacije u metodološkom smislu jer smo komparirali tri skupine zdravstvenih radnika/ca koji se razlikuju po čimbeniku ključnom za temu koju istražujemo te je razumno bilo očekivati da će ta komparacija donijeti vrijedne uvide, a taj je pristup u užem smislu u literaturi nazvan triangulacija podataka (Flick, 2004).

### **3.2. Populacija i uzorak**

U određivanju uzorka istraživane populacije koristili smo namjerno uzorkovanje koje nam je dopuštalo da odaberemo one sugovornike/ce čija nas obilježja zanimaju. Namjerno uzorkovanje provodili smo prema pravilima uzorka maksimalne varijacije, uzimajući pritom sljedeće varijable kao relevantne:

- struka i stupanj obrazovanja (medicinski tehničari/medicinske sestre; liječnici/e različitih specijalizacija; srednja ili visoka stručna sprema)
- vrsta ustanove (klinički bolnički centri, kliničke bolnice, klinike, opće bolnice, domovi zdravlja)
- geografsko porijeklo (moguće razlike u razlozima iseljavanja s obzirom na grad i regiju iz kojih se iseljava)
- (ne)postojanje migracijskih aspiracija (u populaciji koja živi i radi u Hrvatskoj).

Proces uzorkovanja imao je također karakteristike prigodnog uzorkovanja jer smo kontaktirali sugovornike/ce koji su nam bili dostupni, a dijelom smo koristili i princip uzorka snježne grude jer smo preko ostvarenih inicijalnih kontakata dolazili do sljedećih sugovornika/ca. Prigodno i uzorkovanje principom snježne grude bili su nam od sekundarnog značaja, a nadređeni princip

prethodno navedenima bio je princip namjernog uzorkovanja, s krajnjim ciljem kreiranja uzorka maksimalne varijacije.

Istraživanje je provedeno na uzorku iz populacije zdravstvenih radnika/ca koji/e su iselili/e iz Hrvatske te uzorku iz populacije zdravstvenih radnika/ca koji/e žive i rade u Hrvatskoj (taj je uzorak imao dva poduzorka prema kriteriju postojanja ili nepostojanja migracijskih aspiracija). S obzirom na heterogenost istraživane populacije, smatrali smo da će se broj potrebnih intervjua kretati oko 40, što se na kraju našeg istraživanja potvrdilo kao adekvatna procjena jer je ukupni broj provedenih intervjua 45 (zajedno s dva ekspertna intervjua s predsjednicima strukovnih komora). Konačna odluka o broju intervjua ovisila je o procjeni dosegnute točke saturacije nakon koje više nismo dobivali nove relevantne informacije o temi.

U populaciji iseljenih zdravstvenih radnika/ca proveli smo 28 intervjua, od kojih 3 s povratnicima/ama, dakle s onima koji su se nakon iskustva iseljenja vratili u Hrvatsku. U populaciji neiseljenih zdravstvenih radnika/ca proveli smo ukupno 15 intervjua, od kojih 10 s onima koji/e o iseljenju nisu razmišljali, a 5 s onima koji/e su o iseljenju razmišljali. Pokazalo se da odluka o svrstavanju svakoga od njih u jednu od te dvije skupine (jesu razmišljali/nisu razmišljali) nije bila banalna jer je većina njih do neke mjere u nekoj svojoj životnoj i profesionalnoj fazi barem donekle uzimala u obzir mogućnost iseljenja. Dakle, pokazalo se da se radi o kontinuumu, a ne o dihotomiji, a odluka o razvrstavanju u jedan od tih dvaju poduzoraka neiseljenih bila je donekle umjetna i ovisila je o procjeni same istraživačice.

Od ukupnog broja provedenih intervjua, 31 intervju proveden je s liječnicima/ama, a 14 s medicinskim tehničarima/sestrama. Veći je broj provedenih intervjua s liječnicima/ama jer je jedna od istraživačkih namjera bila istražiti postoje li neke razlike/sličnosti u razlozima iseljavanja među različitim liječničkim specijalizacijama. Bile su uključene sljedeće specijalizacije: anesteziologija, interna medicina, ginekologija, neurologija, psihijatrija, obiteljska medicina, otorinolaringologija, oftalmologija, radiologija, klinička farmakologija, kirurgija, pedijatrija te traumatologija. Što se stručne sprema medicinskih tehničara/sestara tiče, uključene su srednja, viša i visoka stručna sprema te doktori znanosti. Kod liječnika/ca su također bili uključeni i doktori znanosti. Sve hrvatske regije bile su obuhvaćene među iseljenim, kao i među neiseljenim zdravstvenim radnicima/ama.

### 3.3. Provedba i metoda istraživanja

Istraživanje je provedeno metodom polustrukturiranog intervjua. Inicijalno je bilo planirano intervjue provesti tehnikom „licem u lice“ kad god bude moguće, a onda kada to ne bude moguće zbog vremenskih i financijskih ograničenja istraživanja, kao i zbog specifičnog konteksta pandemije bolesti COVID-19, intervjue smo planirali provesti putem internetskih platformi za komunikaciju (Skype, Google Meet, Zoom i slično). Međutim, kontekst pandemije u potpunosti je odredio provođenje svih intervjua na daljinu.

Intervjue smo bilježili audiozapisima, uz prethodno dobiven pristanak sugovornika/ca. Što se intervjuiranja putem neke od spomenutih internetskih platformi tiče, važno je napomenuti da, koliko nam je poznato, nijedna ne nudi mogućnost snimanja isključivo audiozapisa već se automatski snima i videozapis. Kako smatramo da bi bilježenje videozapisa moglo dodatno opteretiti poštivanje pravila povjerljivosti i anonimnosti, koristili smo neke alternativne mogućnosti koje u takvim slučajevima nude bilježenje audiozapisa. Za intervjue koje smo provodili putem Skype-a koristili smo aplikaciju MP3 Skype Recorder kojom možemo snimiti audiozapis bez bilježenja videozapisa. Za ostale komunikacijske platforme koristili smo aplikaciju Voice Recorder koja je integrirana u operativni sustav Windows 10. U jednom slučaju intervjuiranja telefonskim putem, razgovor smo snimali na pametnom telefonu. U svakom od navedenih slučajeva, sudionike smo informirali o načinu bilježenja audiozapisa, kao i (kod videopoziva) o tome da su slobodni isključiti svoju kameru tijekom trajanja intervjua, ako tako žele, te da videozapis ni u kojem slučaju ne bilježimo.

Sugovornici/e su većinom bili/e regrutirani/e putem osobnih kontakata, kao i putem dobivenih inicijalnih kontakata preko kojih smo metodom snježne grude došli do idućih kontakata. Svima je upućen pozivni tekst kojim smo kontaktirali potencijalne sugovornike/ce s osnovnim informacijama o istraživanju u tekstu e-maila, a u pravitku smo svima uputili i dokument s detaljnim informacijama o istraživanju na temelju kojih su potencijalni/e sugovornici/e dobili/e priliku donijeti informiranu odluku o (ne)sudjelovanju u istraživanju. Nakon uvida u detaljnije informacije o istraživanju, dvoje zdravstvenih radnika/ca odbilo je sudjelovanje, zbog straha od mogućeg razotkrivanja identiteta. Osim toga, veći je broj zdravstvenih radnika/ca sudjelovanje u istraživanju odbio i prije faze kontakta, u kojoj bi imali uvid u dokument s informacijama o istraživanju. Informirani pristanak nije se posebno bilježio na način da od sugovornika/ca

tražimo potpisivanje dokumenta, već smo svakoga od njih zamolili usmenu potvrdu na početku intervjua, odnosno na početku bilježenja audiozapisa. Audiozapis nismo bilježili od trenutka uspostavljanja kontakta, nego smo tek nakon danog uvoda i ponovljenih osnovnih informacija o istraživanju te provjere je li sugovornik/ca razumio/jela te informacije, odnosno je li njegov/njezin pristanak informiran, upitali za dozvolu da započnemo bilježiti audiozapis. Dakle, sugovornici/e su bili/e informirani/e u kojem je točno trenutku snimanje započelo, a također i u kojem je trenutku ono završilo, budući da su neki od njih imali potrebu još porazgovarati bez snimanja, a zbog osjetljivosti iznesenih informacija.

S obzirom na to da smo bili svjesni da bi intervjuiranje većeg broja zdravstvenih radnika/ca unutar jedne ustanove moglo biti osjetljiva tema za uprave tih ustanova te da bi moglo biti percipirano kao istraživanje problema u funkcioniranju same ustanove, postavili smo neka ograničenja u vezi broja sudionika/ca iz pojedine ustanove/odjela. Naime, u fokusu našeg istraživanja nije bilo funkcioniranje pojedinih ustanova, već iskustvo rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu u cjelini. U tom smo smislu kod manjih ustanova ograničili broj sugovornika/ca na jednog/u, a kod većih ustanova na jednog/u po ustrojbenoj jedinici/odjelu. Smatramo da bi u suprotnom bilo potrebno i uputno tražiti odobrenje uprave ustanove čije radnike/ce planiramo intervjuirati, no kod pristupa koji smo zauzeli mišljenja smo da odobrenje uprave nije neophodno tražiti te tako nismo niti postupali.

Za potrebe svojeg istraživanja konstruirali smo protokol polustrukturiranog intervjua:

- prvi protokol konstruiran je za intervjuiranje predsjednika/ca, upravljača/ica strukovnih udruga;
- drugi protokol konstruiran je za intervjuiranje iseljenih zdravstvenih radnika/ca i bio je nadopunjen manjim izmjenama u skladu s nekim novim relevantnim uvidima koje su donijeli intervjui s predsjednicima/ama strukovnih udruga ;
- treća grupa sugovornika/ca, zdravstveni/e radnici/e koji rade u hrvatskom zdravstvenom sustavu, bila je intervjuirana jednakim protokolom kao i druga grupa (uz manje prilagodbe koje su smislene s obzirom na njihov status neiseljenih).

Tijekom provedbe intervjua događale su se manje izmjene protokola jer su se neka pitanja pokazala irelevantnima za naše sugovornike/ce ili su ih slabo razumijevali pa smo dopunjavali pojašnjenjima i potpitanjima. Očekivano okvirno vrijeme trajanja intervjua bilo je jedan sat (60

minuta), a trajanje je variralo od 30 do 90 minuta, s okvirnim prosječnim (i najčešćim) trajanjem od 60 minuta.

Identitet sugovornika/ca poznat je isključivo voditeljici istraživanja. Pri prikupljanju podataka bilježili su se i neki podaci koji potencijalno identificiraju sugovornika: zemlja useljenja, regija/grad u Hrvatskoj iz koje se iselio, vrstu ustanove u kojoj je u Hrvatskoj radio/radi (opća bolnica, klinička bolnica, klinički bolnički centar i slično), zanimanje, stručna sprema i specijalizacija. Intervjui su nakon bilježenja audiozapisima transkribirani, pri čemu je bio proveden postupak anonimizacije na način da su uklonjeni svi podaci pomoću kojih se eventualno može identificirati sugovornika/cu ili treće osobe koje spominje u razgovoru (osim osoba čiji identitet, s obzirom na funkciju koju obavljaju, može biti poznat široj javnosti). Na isti se je način identitet sugovornika/ca i trećih osoba štitio i kod navođenja citata u doktorskom radu. Dokument s podacima o identitetu sugovornika/ce, šiframa i pseudonimima čuva se na sigurnom mjestu (zaključano u ladici radnog stola voditeljice istraživanja), odvojeno od anonimiziranih transkripata.

Nadalje, sudionici su bili informirani da će anonimizirani transkripti intervjua biti pohranjeni u Hrvatskom arhivu podataka za društvene znanosti (CROSSDA), ako budu ostvareni svi potrebni preduvjeti za sigurnu pohranu i sigurno dijeljenje podataka s drugim istraživačima. Također su bili informirani da će drugi istraživači imati pristup tim podacima samo ako se obvežu da će čuvati povjerljivost informacija sadržanih u podacima. Sudionike/ce se i za taj aspekt tražio pristanak na početku intervjua te je bio zabilježen audiozapisom. Međutim, kako je proces intervjuiranja odmicao, istraživačica je u sve većoj mjeri shvaćala koliko su osjetljive neke od tema i anegdota koje nam iznose zdravstveni/e radnici/e te koliko je kod nekih od njih strah da bi ih se moglo prepoznati (a onda trpjeti eventualne štetne posljedice na radnom mjestu), zbog čega je od ideje dijeljenja transkripata odustala kako bi maksimalno smanjila rizik za sudionike/ce istraživanja.

Intervjue je provodila isključivo voditeljica istraživanja, a bilo je planirano i to da voditeljica istraživanja transkribira dobivene audiozapise, međutim pokazalo se da je to vremenski bio prezahtjevan zadatak za jednu osobu u zadanom vremenskom okviru izrade doktorskog rada te je veći dio transkripcije povjeren agenciji koja se profesionalno bavi takvim poslovima. Za tu izmjenu zatraženo je i dobiveno odobrenje Povjerenstva Odsjeka za sociologiju za prosudbu

etičnosti istraživanja, odnosno dopuna prethodno dobivenog odobrenja za provođenje istraživanja.

Povjerljivost podataka štiti se gore opisanim postupkom anonimizacije, a uvid u dokument s podacima o identitetu sugovornika/ca te korištenim pseudonimima i šiframa ima isključivo voditeljica istraživanja. Nadalje, intervjui su se provodili izvan radnog vremena i radnog mjesta zdravstvenih radnika/ca, izuzev predsjednika/ca strukovnih udruga, za koje pretpostavljamo da ih intervjuiranje na radnom mjestu (a s obzirom na to da će njihov identitet u istraživanju biti poznat) nije ni na koji način ugrozilo.

Posebnu smo, dakle, pažnju poklanjali omogućavanju sigurnih uvjeta za sugovornike/ce te smo im pojašnjavali da je važno da sebi osiguraju prostor i vrijeme u kojem će se osjećati sigurnima i neometanima od okoline, drugih ljudi i obveza. U većini su slučajeva razgovarali iz svojih stanova/kuća, ali u zasebnoj prostoriji u kojoj ih neće ometati članovi obitelji. U nekoliko je slučajeva sugovornik/ca predlagao/la da sjedi u kafiću dok razgovaramo pa smo mu/joj skrenuli pažnju da brinu o tome tko ga/ju tamo sve može čuti i hoće li se u tom kontekstu osjećati dovoljno slobodnima izreći sve ono što žele. U nekim ih je slučajevima to odvrtilo od ideje da govore u javnom prostoru poput kafića, a neki su objasnili da smatraju da ne žele ništa skrivati od drugih i da je sve što će reći istraživačici u redu da čuje i bilo tko drugi te smo bili dojma da ih donekle uzrujava ideja da bi trebali skrivati doživljenu nepravdu i svoje autentično iskustvo. Posebno smo naglašavali da svakako izbjegnemo situaciju u kojoj bi intervju realizirali dok su na poslu, zato što bi takav kontekst povećao rizik za sudionika/cu. Naime, u radnom okruženju postoji rizik da njihov iskaz čuju kolege/ice i nadređeni/e te da potencijalno zbog toga uslijede neke negativne konzekvence za radnika/cu. Samo se u dvama slučajevima razgovor ipak realizirao s radnog mjesta zdravstvenog/e radnika/ce, kod jednog/e iseljenog/e i jednog/e neiseljenog/e radnika/ce. U prvom smo slučaju procijenili da opisani rizik i ne postoji, budući da je sugovornik/ca razgovarao/la iz prostora u inozemnoj bolnici u kojoj je sad zaposlen/a, a u drugom je slučaju sugovornik/ca procijenio/la da nema reći ništa što ne bi mogli svi čuti, a i radilo se o mirnijem dijelu radnog dana (dežurstvu), u kojem je minimalna prisutnost kolega/ica i pacijenata/tica.

Audiozapise i dokument s podacima o identitetu sugovornika/ce te korištenim šiframa i pseudonimima čuvat ćemo pet godina od dana provedbe intervjua, i to na vanjskoj USB



memoriji, zaključanoj u ladici radnog stola dostupnog samo voditeljici istraživanja. Podatke ćemo uništiti nakon isteka tog roka. Anonimizirane transkripte čuvat ćemo odvojeno od audiozapisa i podataka o identitetu, na privatnom osobnom računalu voditeljice istraživanja.

Procjena je istraživačice da istraživanje zaista i uključuje potencijalni rizik za sugovornike/ce (zdravstvene radnike/ce), a taj rizik odnosi se na mogućnost da se u bilo kojem smislu žale na uvjete rada i na situaciju u konkretnoj ustanovi te da to njihovi/e kolege/ice i/ili njihovi/e nadređeni/e saznaju. U tom je smislu od izrazite važnosti (bilo) držati se svih opisanih postupaka kojima osiguravamo povjerljivost podataka i anonimnost sudionika/ca u istraživanju.

### **3.4. Metoda analize i obrade podataka**

Kod pristupa analizi i obradi dobivenog korpusa intervjua, odlučili smo se za pristup tematske analize. Tematska analiza danas se smatra jednom od najčešće korištenih metoda analize u kvalitativnoj metodologiji. Postoje određene sličnosti između tematske analize i nekih drugih kvalitativnih metoda analize, kao što su, primjerice, kvalitativna analiza sadržaja i utemeljena teorija. Tako autorica Schreier (2012:14) tvrdi kako se pod imenima kao što su „tematsko kodiranje“ i „kvalitativna analiza medija“ ustvari opisuje i koristi kvalitativna analiza sadržaja. Tematska je analiza i potekla iz znatno starije tradicije analize sadržaja te s njom dijeli mnoge procedure i načela (Joffe, 2012). Sâm koncept „tematske analize“ dijelom je razvijen da bi omogućio uvide šire od onih koji su u podacima očigledni na prvi pogled, a u smjeru formiranja tema i tematske strukture (Merton, 1975; prema Joffe, 2012).

Rodonačelnice metode tematske analize, psihologinje Virginia Braun i Victoria Clarke, po prvi su put o metodi pisale u poznatom i vrlo citiranom članku iz 2006. godine pod naslovom *Using thematic analysis in psychology*. Upravo je glavni cilj njihova teksta bio razjasniti sličnosti i razlike tematske analize s drugim sličnim metodama te dati jasnu uputu o provođenju te metode. Naime, smatraju da je metoda, unatoč tome što je u vrlo širokoj upotrebi, loše definirana i da se neujednačeno provodi te svojim člankom teže unijeti više sistematičnosti u korištenju te metode. Pritom im namjera nije bila ograničiti fleksibilnost metode, jer upravo to smatraju jednom od važnih kvaliteta tematske analize. Međutim, naglašavaju, ipak se slažu s kritikom koja se često daje kvalitativnim metodama i istraživanjima, a to je upravo ta da je sve dopušteno i prepušteno istraživaču/ici te da nepostojanje jasnih i preciznih uputa o provođenju tematske analize daje temelj takvim prigovorima (Braun i Clarke, 2006; Nowell i sur., 2017). Usprkos naporima

autorica Braun i Clarke, u novije se vrijeme još uvijek pojavljuju kritike metode u smislu nedovoljne rigoroznosti provođenja te je rad na unapređivanju sistematičnosti i pouzdanosti još u procesu, jer se smatra da je literatura koja bi jasno pokazala proces provođenja pouzdane tematske analize nedovoljna (Nowell et al., 2017).

Braun i Clarke (2006:78; 2012:57) tematsku analizu smatraju fundamentalnom metodom za svaku vrstu kvalitativne analize, odnosno nekom vrstom temeljne vještine koju bi svi kvalitativni istraživači trebali savladati kako bi se adekvatno snašli i s drugim vrstama analize. Kao jedna od prednosti tematske analize kao metode navodi se već spomenuta fleksibilnost koja omogućuje jednostavnu adaptaciju primjene metode za potrebe različitih istraživanja (Braun & Clarke, 2006; King, 2004; prema Nowell et al., 2017). Nadalje, smatra ju se pogodnom naročito za neiskusne istraživače, jer ne traži opsežno teorijsko i metodološko poznavanje drugih pristupa i metoda te je stoga pristupačnija i relativno se lako svladava. Tematsku se analizu smatra korisnom za sažimanje glavnih karakteristika velikih setova podataka, zato što metoda sama po sebi traži od istraživača da podacima pristupi vrlo strukturirano i tako pomaže u stvaranju jasnog i dobro organiziranog završnog izvješća (King, 2004; prema Nowell et al., 2017). Među nedostacima i ograničenjima metode navodi se manjak adekvatne literature, pogotovo u odnosu na neke druge metode (primjerice, utemeljena teorija, etnografija, fenomenologija). Nadalje, manjkava je u odnosu na druge metode i zato što istraživaču ne dopušta opservacije o korištenju jezika u analiziranom materijalu (Braun & Clarke, 2006). Fleksibilnost metode može se smatrati prednošću, ali i nedostatkom metode jer može rezultirati nedosljednošću u provođenju i manjkom koherentnosti u procesu razvijanja tema iz analiziranog materijala (Holloway & Todres, 2003).

Tematska analiza definira se kao metoda za određivanje, analiziranje i identificiranje obrazaca (tema) u analiziranim podacima (Braun & Clarke, 2006). Smatra se najpogodnijom za onu vrstu istraživačkih pitanja koja se odnose na specifičnu prirodu konceptualizacije proučavanog fenomena koju stvara istraživana grupa (Joffe, 2012). Za razliku od mnogih drugih kvalitativnih metoda, tematska analiza nije strogo vezana ni uz jedno epistemološko određenje te je jednako kvalitetno mogu upotrijebiti i istraživači/ce skloni/e poziciji konstruktivizma, kao i oni/e koji/e su bliži/e poziciji realizma ili kritičkog realizma (Joffe, 2012). Također, važna je kvaliteta te metode, a opet u svjetlu spominjane fleksibilnosti, da se može koristiti kao induktivan

istraživački proces, ali i kao deduktivan postupak uz jasno definiran teorijski okvir. Dakle, način na koji identificiramo teme u analiziranim podacima može biti induktivan ili deduktivan (Braun & Clarke, 2006). Induktivan pristup u tom slučaju znači da će identificirane teme biti snažno povezane sa samim podacima, a postavljena pitanja neće biti derivirana iz teorije ili iz postojećih istraživanja. Drugim riječima, radi se o procesu kodiranja podataka bez pokušaja da se te podatke pritom uklopi u prethodno definiran kodni plan. Nasuprot tome, deduktivan pristup kodiranju i analizi podataka bit će usklađen s postavljenim istraživačkim pitanjima i teorijskim okvirom, odnosno s unaprijed formiranim idejama o tome što u podacima „tražimo“.

Brojni su pristupi provođenju tematske analize, a iz čitavog dijapazona tih pristupa, koji variraju kako metodološki tako i u smislu epistemološke pozicije istraživača/ice, za našu smo analizu, kao i epistemološku istraživačku poziciju, odabrali tematsku analizu koja se pojavljuje pod nazivom analiza obrazaca (eng. *template analysis*), prema autoru Nigelu Kingu (2004). Analiza obrazaca, tumači King (2004:257), naročito dobro funkcionira kad je jedan od ciljeva istraživanja komparacija različitih perspektiva sudionika/ca nekog procesa/fenomena u okviru specifičnog konteksta. U tom smislu taj pristup dobro odgovara našim istraživačkim pitanjima i konceptualizaciji čitavog istraživanja u kojem smo do dijela zaključaka došli upravo komparacijom različitih perspektiva iseljenih zdravstvenih radnika/ca, neiseljenih zdravstvenih radnika/ca koji nisu razmišljali o iseljenju te onog dijela neiseljenih koji su iseljenje uzimali (ili još uzimaju) u obzir.

Kako smo i dosad mogli vidjeti, autori koji opisuju pristup tematske analize (a i općenito kvalitativne metodološke pristupe) obično čak i uži, specifičniji pristup tematskoj analizi opisuju kao skupinu tehnika/metoda, a rijetko kao jednu strogo određenu i definiranu metodu po strogo određenim pravilima. Potonje ne bi bilo u skladu s temeljnim idejama kvalitativne metodologije i fleksibilnošću, kao jednom od njezinih glavnih prednosti, koju daje istraživaču/ici iz koje mogu proizaći rezultati koji provođenjem rigidnih i strogo definiranih metoda ne bi mogli. Tako i King (2004:256) termin „analiza obrazaca“ opisuje kao “grupu tehnika za tematsko organiziranje i analizu tekstualnih podataka“. Najkraće rečeno, istraživač kreira listu kodova („obrazaca“) koji najbolje prezentiraju teme koje je identificirao u svojim tekstualnim podacima. Naravno, neki od tih kodova i tema apriorno su definirani prilikom pristupanja analizi, a tijekom analize podložni su izmjenama u skladu s onim kako istraživač/ica interpretira tekstualne podatke koje analizira.

Upravo smo tako pristupili analizi, kreiravši inicijalnu listu kodova koja je deducirana iz protokola intervjua, odnosno (a stoga što je sâm protokol izveden iz polazišnog konceptualnog okvira) iz teorijskih polazišta i konceptualnog okvira. Ključna pitanja iz protokola poslužila su tako kao kodovi višeg hijerarhijskog reda, a potpitanja kao kodovi nižeg hijerarhijskog reda.

Razvoj obrasca, odnosno liste kodova u toj fazi analize, nije postupak koji je odvojen od analize teksta. U tom smislu King (2004:259) radi distinkciju tog pristupa od pristupa analize sadržaja u kojoj istraživač/ica prvo kreira listu kodova te je onda primjenjuje na tekstualne podatke s ciljem generiranja kvantitativnih podataka za kvantitativnu analizu. Kod kvalitativne analize obrazaca, tumači autor, inicijalni obrazac/lista kodova primjenjuje se na tekstualne podatke kako bi se tekst analiziralo putem procesa kodiranja, ali inicijalni se obrazac revidira tijekom analize u skladu s novim uvidima stečenima procesom analize.

Nakon provedene analize i modifikacija koje je doživjela inicijalna lista kodova, kreirali smo finalnu listu kodova, okrupnjenih u potkategorije, a potom i u ključne teme, te ih prikazali u tablici hijerarhije tema/potkategorija/kodova koja je prikazana u poglavlju Rezultati. Naime, upravo je takav cjeloviti obrazac koji hijerarhijski organizira dobivene teme/potkategorije/kodove ključna odrednica te vrste tematske analize, iz koje je onda jasno vidljiva hijerarhija dobivenih kodova u odnosu na višu razinu okrupnjavanja u potkategoriju te još višu razinu okrupnjavanja u teme (King, 2004). Neki su kodovi u tom procesu uklonjeni, neki su spojeni, neki su prebačeni unutar hijerarhije u viši/niži red, a u skladu sa spoznajama stečenima tijekom procesa analize.

Konačni obrazac ne nudi nužno i hijerarhiju dobivenih tema prema njihovoj relevantnosti za zaključke provedenog istraživanja, već ostaje na istraživaču/ici da tijekom tumačenja rezultata pojasni, ako za to ima potrebe, koje su od identificiranih tema važnije u traženju odgovora na istraživačka pitanja, a koje su manje važne. U poglavlju „Rezultati“ detaljno smo pojasnili i prikazali taj aspekt dobivenih ključnih tema te ovdje nećemo detaljnije pojašnjavati hijerarhiju identificiranih tema.

Jedna od važnih prednosti korištenja izloženog pristupa tematskoj analizi mogućnost je prepoznavanja i imenovanja tzv. integrativnih ili transverzalnih tema (King, 2004). Takve teme isprepliću se s ostalim temama/potkategorijama/kodovima te donose dodatnu kvalitetu rezultatu analitičkog procesa na način ne-linearnog povezivanja i zaključivanja. Naše istraživanje

prepoznalo je jednu temu integrativnog karaktera, kao i nekoliko potkategorija ili tema, što ćemo detaljno elaborirati u poglavljima o rezultatima i raspravi. Taj dio analize smatramo plodonosnim i dovoljno zanimljivim, čime je ta vrsta analize značajno obogatila rezultate cjelokupnog istraživanja.

### **3.5. Epistemološka pozicija istraživačice i refleksije o utjecaju na istraživanje**

Sâma se analiza obrazaca prema Kingu (2004), koju smo odabrali kao pristup tematskoj analizi koji je najbliži našoj istraživačkoj poziciji, koristi u čitavom dijapazonu epistemoloških određenja. Ipak, King (2004:256) naglašava da postoje epistemološka određenja za koja taj pristup tematskoj analizi nije prikladan, a to je, primjerice, pozicija radikalnog relativizma. Reći ćemo u sljedećih nekoliko pasusa ponešto o epistemološkim aspektima kad je o kvalitativnoj metodologiji riječ, budući da to smatramo važnom temom u kontekstu ne samo kvalitativne nego i kvantitativne metodologije, a koja možda nije dovoljno često pojašnjena u znanstvenim radovima. Nadalje, ovaj smo dio teksta napisali te ovdje prezentirali i iz razloga osobne veće orijentacije ka kvantitativnoj metodologiji (o čemu ćemo se refleksivno izraziti na kraju ovog potpoglavlja) te brojnih pitanja o razlikama i sličnostima tih dvaju, ponekad i fundamentalno različitih pristupa istraživačkim problemima.

Do znanstvenih spoznaja, kako u drugim područjima znanosti tako i u društvenim, dolazi se na točno određeni način, a taj način određen je metodologijom koju istraživač/ica koristi. Odabir adekvatne metode proizlazi iz istraživačkog pitanja koje znanstvenik/ca postavlja o proučavanom fenomenu, kao i o značajkama tog fenomena. Također, kojom će se metodologijom pojedini/a znanstvenik/ca služiti može ovisiti i o tome kojom je paradigmom istraživanje vođeno, odnosno o tome koju ontološku, epistemološku i aksiološku poziciju istraživač/ica zauzima. Drugim riječima, odabirom metodologije može upravljati njegov/njezin stav o prirodi stvarnosti, u ovom slučaju društvene stvarnosti, te njegov/njezin stav o prirodi znanja (može li naše znanje o društvu biti objektivno ili je subjektivno utemeljeno), kao i stav istraživača/ice o vlastitoj vrijednosnoj neutralnosti prilikom provođenja istraživanja.

Pojam istraživačke paradigme obuhvaća kolektivni set stavova, vrijednosti, uvjerenja, procedura i tehnika koje zajednički formiraju okvir u kojem se kreiraju teorijska objašnjenja (Trochim i Donnely, 2006; prema Aliyu, Adamu i Abubakar, 2015). Dakle, istraživačka paradigma u kojoj djeluje određeni/a znanstvenik/ca može značajno utjecati na epistemološke, ontološke i

aksiološke pozicije koje on/ona zauzima u nekom trenutku. Paul i Elder (1997; prema Aliyu, Adamu i Abubakar, 2015) u tom smislu govore o dva važna aspekta paradigmi. Aspekt po kojem se paradigme međusobno razlikuju odnosi se na niz pretpostavki o tome što je stvarnost, kakva je priroda odnosa istraživača/ice (spoznavatelja) i istraživanog (spoznavanog; onog što se spoznaje), te otkriva li istraživač/ica znanje ili ga konstruira. Drugi aspekt paradigmi, kako tumače Paul i Elder, odnosi se na to da paradigme oblikuju, kontroliraju i omogućavaju sve aspekte procesa edukacije. Iz čega slijedi da paradigme odgajaju znanstvenike/ce da razmišljaju unutar određenih okvira određenih paradigmom te zauzimaju spomenute filozofske pozicije u skladu s pozicijama paradigme, što onda direktno utječe i na njihov izbor metodologije. U skladu sa svime navedenim, važno je da svaki/a znanstvenik/ca prepoznaje i razumije ontološke i epistemološke pretpostavke koje pojedine istraživačke orijentacije podrazumijevaju, pošto te pretpostavke određuju smjer u kojem će se istraživanje kretati (Hussey i Hussey, 1997; prema Aliyu, Adamu i Abubakar, 2015).

Kratko ćemo nešto reći i o povijesti odnosa kvalitativne i kvantitativne paradigme, budući da je iz osobne istraživačke pozicije, koju ćemo pojasniti kasnije, nalazimo važnom. U 1980-ima počinju „ratovi paradigmi“ između kvantitativnih i kvalitativnih istraživača/ica, a u tim su sukobima upravo pitanja epistemologije od centralne važnosti (Soini i dr., 2011:10). Guba i Lincoln (1989, 1994; Guba 1990; Lincoln i Guba, 1985; prema Soini i dr., 2011:10) tako smatraju da je konstruktivizam, odnosno pozicija prema kojoj je stvarnost društveno konstruirana a ne objektivna, kao i ideja o postojanju višestrukih realnosti, odgovarajuća epistemološka paradigma za kvalitativna istraživanja. Autori tu poziciju nazivaju još i relativističkom te transakcijsko/subjektivističkom, nasuprot pozitivističkoj, realističkoj, objektivističkoj ili empiricističkoj poziciji.

U vidu postpozitivizma pojavljuje se neka vrsta kompromisa između kvantitativne i kvalitativne paradigme (Hanson, 1958; Popper, 1959; Campbell i Stanley, 1966; prema Onwuegbuzie i Leech, 2005). Postpozitivisti vjeruju da je stvarnost društveno konstruirana i da je istraživanje vrijednosno pristrano, ali ipak vjeruju i da postoje neki relativno stabilni odnosi, što je pozicija koja može prevladati polarizaciju kvalitativne i kvantitativne paradigme. U tom smislu ovdje deklariramo vlastitu istraživačku poziciju kao postpozitivističku u epistemološkom smislu.

Važno je na ovom mjestu spomenuti da se temom distinkcije kvalitativno-kvantitativno u većini slučajeva bave oni/e znanstvenici/e koji pišu iz perspektive kvalitativnog istraživanja (Bryman, 1984; prema Allwood, 2012; Allwood, 2012). Čini se da oni/e koji/e koriste kvalitativnu metodologiju moraju obraniti svoj izbor kvalitativne metode i elaborirati iz kojih su se razloga odlučili za kvalitativne, a ne kvantitativne metode. Kvantitativni/e istraživači/ce ne moraju na taj način pravdati svoj izbor metodologije. Uzevši u obzir povijest razvoja spomenutih metoda, možemo razumjeti zašto je tome tako, odnosno zašto su kvantitativne metode standard ili referenca u odnosu na koju se onda ostale metode postavljaju. Jedan od razloga leži u tome što su se, kronološki gledano, kvalitativne metode kasnije počele razvijati u društvenim znanostima te su stoga zadobile tu poziciju "u odnosu na". Potom, pojavile su se u vrijeme neupitne vladavine paradigme pozitivizma, stoga su tek trebale izboriti svoje mjesto i dovesti do eventualne promjene paradigme.

U epistemološkom smislu, kvalitativna istraživanja u svojoj osnovi imaju ideje konstruktivizma, odnosno polaze od pretpostavke da je stvarnost društveno konstruirana te da ju je potrebno i moguće proučavati isključivo unutar određenog konteksta, pri čemu je takvo istraživanje vrijednosno obojeno i istraživač/ica ne može i ne treba zauzimati distancu od onoga što proučava. Drugim riječima, istraživač/ica treba razviti blizak, empatičan odnos sa subjektima koje proučava (Bergman, 2008, Bryman, 1988, Cohen, Manion i Marrison, 2007, Creswell, 2007, Denzin i Lincoln, 1998, Gelo, Braakman i Benetka, 2008, Patton, 2002; prema Yilmaz, 2013). Tuli (2010:100) tu perspektivu naziva interpretizam-konstruktivizam te tumači da ona smatra kako ljudi u međusobnim interakcijama, kao i u interakcijama sa širim društvenim sistemima, konstruiraju i interpretiraju društvenu stvarnost. Prema toj paradigmi, istraživanje je po svojoj prirodi interpretativno i njegova je svrha razumijevanje partikularnih fenomena, a ne generalizacija s uzorka na opću populaciju (Farzanfar, 2005; Tuli, 2010:100). Istraživači koji polaze iz te paradigme naturalistički su orijentirani, zato što istražuju stvarne situacije koje se odvijaju prirodnim tijekom i koje nastoje što manje kontrolirati i manipulirati. Možemo reći i da kvalitativna istraživanja počivaju na epistemologiji subjektivizma, odnosno na stajalištu da stvarnost ne postoji izvan subjekta već samo u značenjima koja subjekt pridaje stvarnosti.

U završnom dijelu ovog potpoglavlja i poglavlja, a u svrhu poštivanja principa reflektivnosti istraživača/ice o vlastitoj pristranosti koji je za kvalitativnu metodologiju uobičajen, a smatramo

da bi i u kvantitativnim istraživanjima trebao biti zastupljeniji, dat ćemo i kratki reflektivni osvrt na vlastitu potencijalnu subjektivnost i pristranost. Na početku napominjemo da ćemo ovaj dio teksta, a u skladu s duhom teme o kojoj ovdje pišemo (subjektivnost), napisati u prvom licu jednine, a ne u prvom licu množine, kako je za znanstvene tekstove uobičajeno. Držimo da bi bilo neobično o vlastitoj poziciji subjektivnosti govoriti u množini, stoga odabiremo preostali sadržaj ovog poglavlja pisati u jednini. Osim što smatram da je takav odabir u skladu s duhom tematike reflektivnosti i subjektivnosti, on je također u skladu s duhom kvalitativne metodologije i načinom razmišljanja koji ne zanemaruje ulogu istraživača/ice u istraživačkom procesu. Smatram da bi se taj „zahtjev“, koji se postavlja pred znanstvenike/ce koji se bave kvalitativnim istraživanjem da se deklariraju u smislu svoje ontološke, epistemološke i metodološke pozicije te opišu na koje načine smatraju da je sve navedeno utjecalo na istraživanje, trebao postavljati i pred one koji provode kvantitativna istraživanja. To je stajalište donekle pojašnjeno i navodima iz literature u prethodnim pasusima ovog potpoglavlja. Zasad stavljam tu opasku samo kako bih proširila postavku o „duhu kvalitativne metodologije“ koju sam navela, za koju smatram da zaista postoji, ali i da bi se trebala prelići u većoj mjeri negoli je dosad bilo uobičajeno i na kvantitativno orijentirane društvene znanstvenike, jer smatram da pozicija apsolutne neutralnosti i objektivnosti ne postoji, a često se u kvantitativnim istraživanjima uzima kao neupitna pretpostavka/činjenica. To je vidljivo iz toga što izvješća/radovi o kvantitativnim istraživanjima vrlo rijetko uključuju bilo kakvu refleksiju i deklariranje vlastite istraživačke orijentacije.

Svjesnost o vlastitoj poziciji/identitetu u smislu snažne orijentiranosti na „kvantitativni način razmišljanja“ postojala je i ranije, no ovdje moram istaknuti da je u procesu osvješćavanja vlastite subjektivnosti bilo važno slušati povratne informacije i refleksije drugih. Naročito bih istaknula refleksije nastavnika/ca Poslijediplomskog doktorskog studija sociologije, u okviru kojeg su ovo istraživanje i disertacija nastali, a posebice mentora disertacije. Posebno pamtim komentar jedne nastavnice kako se iz načina na koji izlažem o budućem istraživanju koje planiram provesti vidi da „razmišljam vrlo kvantitativno“ te je taj komentar završio pitanjem o tome kako ću, a u skladu s tom refleksijom, „to premostiti i na adekvatan način provesti kvalitativno istraživanje?“. Premda, dakle, svjesna svoje kvantitativne metodološke orijentacije u pristupu istraživačkim problemima, kao i u svim kasnijim fazama istraživačkog procesa, nisam o njoj temeljito i duboko promišljala sve dok nisam čula to viđenje mog stila izlaganja. Od tog



trenutka pa sve do kraja puta doktorskim istraživanjem i pisanjem disertacije, više nikad nisam gubila iz vida taj komentar i vrlo sam često, kod donošenja raznih istraživačkih odluka i na raznim istraživačkim raskrižjima, promišljala postavljajući sebi uvijek iznova to pitanje: donosim li sad ovu odluku zato (ili u skladu sa) svojom sklonošću da razmišljam na kvantitativni način? Počesto je ovo pitanje ostajalo i bez odgovora te niti sad, na kraju puta, nemam jasan odgovor na pitanje je li moje istraživanje provedeno (i disertacija napisana) više u „duhu“ kvalitativne ili kvantitativne metodologije. Ostavljam tu procjenu čitatelju/ici, a s molbom i apelom da također osvijeste to da će njihova procjena te teme/pitanja vjerojatno biti pod utjecajem njihove primarne istraživačke orijentacije.

Nadalje, smatram da je na moj pristup istraživačkom problemu iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, kao i na konceptualizaciju istraživanja te na intervjuiranje, analizu i uvide koje sam pritom stjecala, značajno utjecao i dio osobne povijesti u smislu edukacije. Prije studija sociologije, završila sam, naime, srednju školu za laboratorijskog tehničara/ku te potom šest semestara studija stomatologije. To iskustvo dalo mi je uvide i u smislu procesa edukacije zdravstvenih radnika/ca te u smislu uvida u brojne aspekte funkcioniranja hrvatskog zdravstvenog sustava, a o kojima ću detaljno izvještavati u poglavljima koja slijede.

Također, na istraživački proces, a pogotovo na proces intervjuiranja, mogao je (i vjerojatno jest) utjecati moj identitet terapeuta/savjetovatelja. Naime, ukupno deset godina edukacije iz različitih psihoterapijskih smjerova te petnaest godina iskustva u individualnom radu s klijentima/cama u terapijskom/savjetovateljskom kontekstu, postalo je neizostavnim i nezaobilaznim dijelom mojeg identiteta kad je riječ o pristupu i razgovoru s ljudima o njihovim stavovima, razmišljanjima i osjećajima. Stoga smatram da je proces intervjuiranja bio pod utjecajem te pristranosti koja je, lako moguće, donijela uvide kojih ne bi bilo da taj dio mojeg identiteta ne postoji.

Ovim kratkim refleksivnim osvrtom na vlastitu moguću pristranost u osmišljavanju i pristupu istraživanja fenomena iseljavanja zdravstvenih radnika/ca završavamo ovo poglavlje te prelazimo na poglavlje u kojemu ćemo izložiti rezultate istraživanja.

## 4. REZULTATI

### 4.1. Uvod

*A tako vam je to.* (iseljena liječnica)

Citat kojim otvaramo poglavlje „Rezultati“ značajan je kao srž dojma koji smo često imali intervjuirajući iseljene i neiseljene zdravstvene radnike/ce. Naime, vrlo često su, govoreći o teškim temama, razočarenju, beznađu, teškim uvjetima rada, pa i zlostavljanju i diskriminaciji na radnom mjestu, zauzimali stoičku poziciju koja je bila u snažnom kontrastu s emocionalnom težinom izgovorenih rečenica. Nisu svi koji su na taj način govorili izgovorili gore citiranu rečenicu, ali su većinom izgovarali neku od varijanti te izjave iza koje je (kad su objasnili u više rečenica) zapravo bilo svojevrsno beznađe pomiješano s rezignacijom i defetizmom. No citatima ćemo se vratiti u narednim potpoglavljima ovog poglavlja, ali smatrali smo važnim spomenuti taj dojam na samom početku jer izvrsno ilustrira značajan dio atmosfere i čimbenika koji snažno utječu na iseljavanje zdravstvenih radnika/ca.

U ovom poglavlju disertacije prikazat ćemo rezultate našeg istraživanja iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, odnosno rezultate tematske analize provedene pristupom analize obrazaca (eng. *template analysis*), koju smo opisali u prethodnom poglavlju. Prvo ćemo dati tablični prikaz svih glavnih tema koje smo izdiferencirali analizom, a onda ćemo dati i narativni pregled sadržaja navedene tablice.

Tablica 1. Hijerarhija tema

<b>ORGANIZACIJSKI KONTEKST HRVATSKOG ZDRAVSTVENOG SUSTAVA</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Međuljudski odnosi<ul style="list-style-type: none"><li>- radna atmosfera u kolektivu</li><li>- hijerarhizacija i formaliziranost uloga i odnosa</li><li>- kršenje radno-pravnih i kolegijalnih odnosa</li><li>- položaj medicinskog tehničara/medicinske sestre u sustavu</li></ul></li><li>2. Uvjeti rada<ul style="list-style-type: none"><li>- tehnički uvjeti rada i dostupnost potrebnih resursa</li><li>- razlika velikih bolnica i manjih bolnica/ustanova</li></ul></li><li>3. Upravljanje zdravstvenim sustavom<ul style="list-style-type: none"><li>- briga za dobrobit radnika/ca i pacijenta/ica</li><li>- vrednovanje učinka pozitivnim/negativnim sankcijama</li><li>- politizacija struke i upravljačkih pozicija</li></ul></li></ol>
---	--

	- korupcija i nepotizam u zdravstvenom sustavu
<b>DRUŠTVENO-POLITIČKI KONTEKST</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. osjećaj društvene (ne)pravde</li> <li>- korupcija i nepotizam u širem društvu</li> <li>- poštivanje meritokratskih principa i ljudskih prava</li> <li>- povjerenje u državni aparat</li> <li>2. beznade i razočaranje stanjem u društvu</li> <li>3. vrijednosna orijentacija</li> <li>4. ugled struke</li> </ol>
<b>PROFESIONALNE ASPIRACIJE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. kvaliteta obrazovanja</li> <li>- kvaliteta studija (kod medicinskih tehničara/sestara srednje škole i studija)</li> <li>- kvaliteta specijalizacije</li> <li>- kvaliteta i mogućnosti cjeloživotnog usavršavanja koje sustav nudi</li> <li>2. mogućnost izbora karijere</li> <li>- mogućnost izbora željene specijalizacije za liječnike/ce</li> <li>- mogućnosti usavršavanja u Hrvatskoj kod uskih specijalizacija</li> <li>- ograničenja za VSS medicinske tehničare/sestre (i one s visokim profesionalnim aspiracijama bez VSS)</li> <li>3. meritokratski principi u realizaciji profesionalnih aspiracija</li> </ol>
<b>KVALITETA ŽIVOTA</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. zadovoljstvo životnim standardom i mogućnost rješavanja stambenog pitanja</li> <li>2. kvaliteta provođenja slobodnog vremena</li> <li>3. vezanost uz mjesto/obitelj/prijatelje</li> <li>4. „stranac“</li> <li>5. iskustvo života i rada ovisno o stupnju urbaniteta/ruraliteta</li> </ol>
<b>SISTEMSKO NASILJE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. trpljenje kao norma (socijalizacija u profesiji)/požrtvovnost zdravstvenih radnika/ca</li> <li>2. beznade</li> <li>3. odgovornost pojedinac/sustav</li> <li>4. rodno utemeljena diskriminacija</li> <li>5. zlostavljanje na radnom mjestu (eng. <i>mobbing</i>)</li> <li>6. sindrom izgaranja na poslu (eng. <i>burnout</i>)/mentalne posljedice teških uvjeta rada/visoka razina stresa</li> </ol>

Dijelom su glavne teme identificirane dedukcijom iz prethodno postavljenog teorijsko-konceptualnog okvira, budući da je i sâm protokol intervjua kreiran u skladu s teorijsko-konceptualnom podlogom i nacrtom istraživanja, odnosno s istraživačkim pitanjima. Stoga je i postupak analize bio primarno deduktivan, premda se je inicijalni obrazac za kodiranje, odnosno inicijalna lista kodova, donekle mijenjala tijekom postupka analize. Ali, te izmjene nisu ni u

kojem smislu bile ključne, stoga za prve četiri identificirane teme možemo reći da su iz analiziranog materijala proizašle deduktivnim postupkom. Radi se o sljedećim temama: organizacijski kontekst hrvatskog zdravstvenog sustava, društveno-politički kontekst, profesionalne aspiracije te kvaliteta života. Jedini aspekt koji se u ovom dijelu finalizacije analize izmijenio u odnosu na inicijalno postavljene konceptualni okvir jest poredak tema, kao i razdvajanje teme društveno-političkog konteksta od teme kvalitete života u dvije zasebne teme.

Naime, da podsjetimo, inicijalni konceptualni okvir oslanjao se na sljedeće teme: 1. profesionalne aspiracije, 2. organizacijski kontekst hrvatskog zdravstvenog sustava, 3. društveno-politički kontekst i kvaliteta života. Poredak tema donekle smo u konačnom obrascu tema i kodova izmijenili zbog dojma koji smo o značaju pojedinih tema stekli slušanjem naših sugovornika/ca te kasnijim višekratnim čitanjem i kodiranjem transkripata. Tako smo, kako ćemo detaljnije pojasniti u idućem odlomku, kao najznačajnije dvije izdvojili temu organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava te temu društveno-političkog konteksta suvremenog hrvatskog društva, a tema profesionalnih aspiracija došla je na treće mjesto, kao također jedna od onih koja ima svoju ulogu u fenomenu iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, ali, rekli bismo, manje istaknutu u komparaciji s prethodnim dvjema temama. Nadalje, temu kvalitete života razdvojili smo od teme društveno-političkog konteksta hrvatskog društva, budući da smo tijekom intervjuiranja zdravstvenih radnika/ca doživjeli znatno intenzivniju afektivnu obojanost i ekspresivnost izjava danih o temi društveno-političkog konteksta negoli o temi kvalitete života, koja je sugovornicima također bila zanimljiva za razmišljanje i dijeljenje, ali vrlo rijetko s ikakvim, a kamoli snažnijim emocionalnim nabojem kao tema društveno-političkog konteksta. Nalazimo važnim ovdje napomenuti da je afektivni naboj izjava o bilo kojoj od tema o kojoj smo razgovarali poslužio samo kao dodatni kriterij procjene o važnosti svake od tema za naše sugovornike/ce. Naime, svima je na početku intervjua postavljeno pitanje koji su sve razlozi iseljavanja za njih relevantni, kao i pitanje koje od tih razloga nalaze presudnima u procesu donošenja odluke o iseljenju, a također je i tijekom intervjua uz svaku od pojedinih tema ponavljano potpitanje ponovne procjene koliko je upravo komentirani aspekt/tema snažno utjecao na odluku o iseljenju.

Nadalje, osim prve četiri teme koje su proizašle deduktivnim postupkom analize, uslijed intervjuiranja i analize neke su teme prepoznate induktivnim postupkom. Od ključnih tema radi

se o temi sistemskog nasilja koju navodimo kao posljednju od identificiranih tema, kako u tablici tako i u ovom prikazu rezultata. U ovom slučaju to nismo učinili zbog procjene važnosti koju ona ima za fenomen iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, nego zbog toga što je logikom i slijedom analitičkog postupka identificirana kasnije tijekom procesa intervjuiranja i analize, a i zbog toga što se radi o integrativnoj, odnosno transverzalnoj temi koja se po toj karakteristici razlikuje od prethodnih četiriju. Naime, radi se o temi koja se provlači i isprepliće sa svim prethodno navedenim temama, što ćemo detaljno elaborirati te ilustrirati citatima tamo gdje bude potrebno.

Dakle, kao dvije ključne teme, od svih tema koje su se iskristalizirale postupkom tematske analize, prepoznamo temu organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava i temu društveno-političkog konteksta suvremenog hrvatskog društva. Budući da je naše istraživanje provedeno u okviru kvalitativne metodologije, napominjemo da te dvije teme nismo izdvojili kao ključne temeljem učestalosti komentara koje se na njih odnose, jer to ne bi bio legitiman postupak kod identificiranja rezultata kvalitativnog istraživanja, barem u kontekstu naše istraživačke pozicije, a koju smo nastojali čitatelju/ici pojasniti i približiti u prethodnom poglavlju. Razlog zbog kojih ih izdvajamo kao ključne jest naš sveukupni dojam, nakon svih provedenih intervjua i analize, da te dvije teme sa svim svojim aspektima najsnažnije utječu na odluku zdravstvenih radnika/ca o iseljavanju iz Hrvatske ili na proces razmišljanja o iseljavanju, bilo da on rezultira iseljenjem bilo ostankom. Tu tezu, kao i ostale teze koje proizlaze iz rezultata našeg istraživanja, smatramo da bi bilo zanimljivo i uputno testirati kvantitativnim istraživanjima u budućim istraživanjima tog fenomena te na taj način donijeti relevantne zaključke o učestalosti i jačini kojom identificirani čimbenici iseljenja utječu na pojavu iseljenja zdravstvenih radnika/ca.

Kako je naše istraživanje obuhvatilo medicinske tehničare/sestre i liječnike/ce te iseljene i neiseljene zdravstvene radnike/ce (od kojih i one koji su razmišljali/još razmišljaju, kao i one kojima iseljenje nije opcija o kojoj ozbiljno razmišljaju), potrebno je ovdje napomenuti da smo se kod prezentacije sličnosti i razlika koje su se kod svake od tema i kodova pojavljivale u analizi odlučili za pristup u kojem ćemo svakako navoditi slučajeve u kojima se te razlike pojavljuju, a nećemo navoditi svaku od sličnosti, jer smatramo da bi to nepotrebno opteretilo tekst, a ne pridonosi dovoljno relevantnosti i jasnoći, odnosno potencijalno bi patio od

redundantne zasićenosti. Navest ćemo svaku od uočenih razlika u doživljajima i opisima potencijalnih čimbenika iseljavanja i prikazati između kojih su se poduzoraka te razlike pojavile. U raspravi ćemo, dakako, te razlike i sličnosti teorijski poduprijeti i pojasniti.

Neiseljeni zdravstveni/e radnici/e koji/e nisu razmišljali/e o iseljenju, odnosno ne uzimaju ga u obzir kao ozbiljnu opciju za sebe, naravno, nisu mogli govoriti o svojim razlozima iseljenja (osim što su dali mišljenje o tome koji su generalno prevladavajući razlozi iseljenja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske). No naša je namjera bila da kroz razgovor o istim temama o kojima smo razgovarali s iseljenim zdravstvenim radnicima/ama identificiramo razlike i sličnosti u njihovim pogledima na te teme i tako identificiramo obrasce koji čine razliku među tim skupinama. Drugim riječima, zanimalo nas je kako to da neki zdravstveni/e radnici/e o iseljenju ne razmišljaju u kontekstu u kojem to čini veliki broj njihovih kolega/ica te u kontekstu zdravstvenog sustava opterećenog brojnim problemima. Pokazalo se da je razlikovanje onih koji o iseljenju razmišljaju od onih koji o iseljenju ne razmišljaju donekle idealtipska konstrukcija. Prema našem iskustvu u ovom istraživanju, zapravo se radi o kontinuumu, a ne o dihotomiji, odnosno teško je u ranije spomenutom kontekstu pronaći one zdravstvene radnike/ce koji/e se barem u nekoj mjeri nisu bavili/e idejom o iseljenju, a nakon toga na tom kontinuumu slijedi čitav niz onih koji se više ili manje oko iseljenja premišljaju. Stoga je u jednom broju slučajeva bilo teško odlučiti u koju ih od te dvije skupine svrstati i zato stavljamo ovu napomenu da je ta podjela donekle umjetna, odnosno reducirajuća.

Nadalje, smatramo da je u uvodnom dijelu ovog poglavlja potrebno također pojasniti i to da ćemo, osim glavnih tema identificiranih tematskom analizom, naknadno još u poglavlju rasprave prezentirati rezime rezultata te sumirano navesti koje su sve razloge zdravstveni/e radnici/e navodili/e kao svoje razloge za iseljenje, kao i koje su razloge navodili/e kao ključne, odnosno presudne. Naime, kako smo već spomenuli, jedno od naših prvih pitanja u protokolu intervjua bilo je upravo pitanje o razlozima iseljenja, kao i mišljenje sugovornika/ca o razlogu/razlozima koji su donijeli prevagu u procesu donošenja odluke, a tek je potom uslijedio razgovor o temama koje prezentiramo kao rezultate tematske analize. Tako smo postupili kako ne bismo inicijalno utjecali na odgovor u vezi razloga iseljenja koje će sugovornici/e po svojem sjećanju prepoznati kao važne. Tijekom intervjua, kako smo uvodili i ostale teme sadržane u protokolu, sugovornici/e su u nekim slučajevima navodili/e i te, dodatne razloge, kojih se možda inicijalno

nisu sjetili. Kod prikaza razloga iseljenja (a i kroz čitavo ovo poglavlje) nastojat ćemo oslikati koji su razlozi, kroz čitav taj kompleksni proces njihova prisjećanja i razgovora koje smo vodili, izbijali u prvi plan, a koji su ostajali u drugom planu, kao manje značajni.

Naravno, sve teme o kojima smo razgovarali, kao i sve teme koje su predstavljene kao rezultati tematske analize predstavljaju čimbenike iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, no nije uvijek bilo moguće u razgovoru o svakoj pojedinoj temi utvrditi (premda smo na kraju svakog većeg bloka tema postavljali i potpitanje o tome koliko snažno misle da su razlozi o kojima smo upravo razgovarali utjecali na odluku o iseljenju) pravu ulogu te teme u procesu odluke o iseljenju. Svakako ćemo, međutim, kroz tekst ove disertacije kontinuirano davati vlastiti komentar o potencijalnoj važnosti neke teme kao čimbenika iseljavanja.

Napominjemo da se nerijetko prilikom kodiranja, a i biranja odgovarajućih citata za ilustraciju određene teme/koda, događalo da neki dio intervjua govori o temama koje značenjski spadaju unutar više od jednog koda ili šire teme. Stoga će se i u navođenju citata koje će uslijediti u narednim potpoglavljima dogoditi da neki citati govore o više od jedne relevantne teme, odnosno, razloga za iseljenje ili pak ostanak u Hrvatskoj. Nastojali smo birati najilustrativnije citate te ćemo svakako vlastitim pojašnjenjima pokazati što nam je koji citat ilustrirao i na koje nas je puteve razmišljanja i zaključivanja vodio. Uglavnom smo se odlučivali na varijantu navođenja više od jedne rečenice, odnosno obično šireg iskaza (iako je on, kako smo spomenuli, često govorio o više od jednog relevantnog aspekta za našu temu) zbog boljeg razumijevanja konteksta u kojem sugovornik/ca govori o određenoj pojavi. Ako bismo strogo izdvajali samo manji dio komentara koji se odnosi isključivo na jedan aspekt problematike o kojoj smo razgovarali, smatramo da bismo propustili upravo jednu od najvažnijih prednosti kvalitativne metodologije: uvid u perspektivu sugovornika/ce, onoga/e koji/a je to iskustvo direktno doživio/jela, a što bi nama (i čitatelju/ici ove disertacije) značajno okljaštrilo razumijevanje fenomena kojim se bavimo. Također, smatramo da su se neki od kodova za koje smo se odlučili u finalnoj varijanti mogli spojiti jer se značenjski donekle preklapaju, ali smo svjesno izabrali neke od njih ipak ostaviti razdvojenima zbog važnosti koju imaju za razumijevanje kompleksnosti fenomena, kao i potencijala primjene u kreiranju javnih politika.

Uputno je na ovom mjestu objasniti na koji smo način odabrali potpisivati citate, odnosno davati neke naznake identiteta zdravstvenog/e radnika/ce čiji citat navodimo. Naime, kako smo tijekom

intervjuiranja u većem broju slučajeva od naših sugovornika/ca dobili dojam umjerene zabrinutosti (uz pretpostavku, a koju su neki i potvrdili kao informaciju od svojih kolega/ica, da se oni/e koji/e su bili/e ozbiljnije zabrinuti/e nisu za sudjelovanje niti javili) oko eventualnih posljedica po njihovu karijeru u slučaju naslućivanja ili identificiranja njihova identiteta, tako smo dobili obvezu još veće odgovornosti prema pitanju zaštite identiteta sudionika/ca. Naravno, već nas i etički kodeks struke na to obavezuje, ali navodimo ovo i kao zanimljivu ilustraciju promjene koja se u istraživačici dogodila tijekom procesa intervjuiranja, a išla je u smjeru sve snažnije potrebe da uklonimo maksimalnu količinu identificirajućih informacija o osobi čiji citat navodimo te da navedemo samo informacije koje smatramo nužnima za razumijevanje onoga što želimo prikazati i argumentirati. Iz svih navedenih razloga odlučili smo se ne potpisivati citate šiframa kojima smo šifrirali svaki od intervjua za vlastite potrebe obrade i analize podataka (primjerice, IL-16, za iseljenog/u liječnika/cu intervjuiranog/u 16. po redu u poduzorku iseljenih liječnika/ca ili NS-NR-4, za neiseljenog/u medicinskog tehničara/medicinsku sestru koji/a nije razmišljao/la o iseljenju). Naime, čak i ako posvetimo maksimalnu pažnju uklanjanju svih identificirajućih informacija o sugovorniku/ci (koje nisu esencijalne za razumijevanje analize) iz jednog citata, ipak smatramo da bi u slučaju da smo za nekog/u od sudionika/ca kroz čitavu disertaciju naveli veći broj citata postojao rizik da se čitanjem i povezivanjem niza citata u jednu sliku stekne dojam o mogućem identitetu sugovornika/ce. Treba imati na umu i specifičnosti nečijeg stila izražavanja, vokabulara kojim se služi i tome slično, a što može biti prepoznatljivo ako se radi o kolegi/ci kojeg/u godinama poznajemo. Takvu je opasku dalo čak i nekoliko sugovornika/ca, a što navodimo kao jednu od naših terenskih opaski, budući da je izrečeno prije/nakon intervjua, odnosno snimanja. Sugovornici/e su izrazili/e svjesnost i/ili bojazan da bi ih se po načinu na koji prepričavaju svoje iskustvo moglo prepoznati. Nadalje, u slučajevima u kojima se događalo da sugovornik/ca govori (a onda je tako i transkribirano) u dijalektu ili se izrazi bilo kojom drugom vrstom idioma za koji smo procijenili da bi mogao odavati (u kombinaciji s drugim podacima koji se iz citata mogu iščitati) identitet osobe, takve smo riječi i sintagme zamijenili riječima iz standardnog govora kako bismo citat učinili manje prepoznatljivim.

Zbog maksimalne moguće anonimizacije, iz citata smo uklanjali i sva imena gradova, zemalja, ustanova u kojima su sudionici/e bili ili jesu zaposleni te umjesto tih imena stavljali naznaku u zagradama u kojoj piše koji je naziv na tom mjestu izostavljen, primjerice, umjesto KBC Zagreb



stavili bismo naznaku na sljedeći način: [ime velike bolnice]. Te je naznake lako uočiti u citatima jer se od ostatka citata razlikuju po tome što nisu navedeni u kurzivu te su navedeni u uglatim zagrada. Osim svega navedenog, uklanjali smo i imena trećih osoba spomenutih u intervjuima, kako smo već naveli u poglavlju o metodologiji. U nekim su slučajevima naši/e sugovornici/e čak i tražili da ime treće osobe ostane zabilježeno, ali smo im pojasnili da tom zahtjevu nismo u mogućnosti udovoljiti zbog etičkog kodeksa struke koji smo obavezni poštivati. Radilo se o nekoliko slučajeva ozbiljnijih kršenja prava radnika/ca u smislu zlostavljanja na radnom mjestu (eng. *mobbing*) te očito izražene potrebe radnika/ca da se barem na taj način čuje njihov glas o nepravdi koja im je nanesena, a za koju nisu imali iskustvo da su ih institucije na bilo koji način zaštitile. Našim smo sugovornicima/ama izrazili razumijevanje za postojanje te potrebe, kao i žaljenje što toj želji ne možemo udovoljiti. Također se radilo i o nekoliko slučajeva izrazito pozitivnih primjera nadređenih za čija su imena naši/e sugovornici/e isto tako imali potrebu da ostane zabilježeno o kojoj se osobi radi, no i u tim smo slučajevima izrazili razumijevanje za tu potrebu i pojasnili da nismo u mogućnosti tako postupiti.

Osim toga, neki/e od intervjuiranih zdravstvenih radnika/ca sami su, primjerice, napomenuli da ne prenosimo neke anegdote koje su nam iznijeli jer smatraju da će ih se po tome sigurno moći prepoznati. Obično se radilo o slučajevima zlostavljanja na radnom mjestu (eng. *mobbing*) koji su sadržavali neke specifične detalje, a u jednom slučaju čak samo o jednom razgovoru između liječnice i medicinske sestre, koji po našoj procjeni nije mogao biti tako lako prepoznatljiv niti specifičan, ali je liječnica zamolila da ne prenosimo tu anegdotu iz straha da će biti prepoznata. Više ćemo o tome reći u potpoglavlju koje se bavi temom sistemskog nasilja jer smatramo indikativnim strah od prenošenja običnog razgovora i povezivanja s nečijim identitetom u smislu atmosfere i organizacijske kulture koja u hrvatskom zdravstvenom sustavu prevladava.

Smatramo zanimljivim ovdje iznijeti još neke napomene iz naših terenskih bilješki koje za nekoliko naših sugovornika/ca navode da su izričito tražili da intervju daju pod svojim imenom i prezimenom. U takvim smo slučajevima objasnili da nas etički kodeks struke obvezuje da štitimo identitet sudionika/ca istraživanja, te da nismo u mogućnosti udovoljiti tom zahtjevu, ali smo također izrazili razumijevanje i interes za tu potrebu sugovornika/ce te pitali zašto bi im to bilo važno i što bi im to značilo. Odgovori su se odnosili na prikaz njihove potrebe da se ne skrivaju te pojašnjavanje da smatraju da je sve što namjeravaju reći istina i da osjećaju određenu razinu

nezadovoljstva time što tu istinu trebaju na neki način skrivati time da su anonimni. U takvim smo slučajevima predložili i pojasnili da im ostaje opcija javnog istupanja u medijima pod svojim imenom i prezimenom.

U nekim smo slučajevima navođenja citata izostavljali dio citata te umjesto izostavljenih riječi/rečenica stavljali trotočje (...) kao informaciju da je dio teksta izostavljen. Radilo se o slučajevima u kojima se na više različitih načina ponavlja već izrečeno, a ne nalazimo ključnim navoditi i te rečenice kako bi se adekvatno razumjela poruka koju citat prenosi. Na kraju takvih citata često se nalazi ključna poanta u kojoj sugovornik/ca sumira sve izrečeno o nekoj temi te smo u takvim slučajevima smatrali važnim ne izostaviti taj završni zaključak koji često izvrsno oslikava duh i poantu onoga što je, prema našoj procjeni, sugovornik/ca htio/jela prenijeti. Neke smo citate, naravno, prenosili u cijelosti premda je bilo određene razine redundancije u izrečenome, ali smo procijenili da je važno prenijeti čitav citat radi boljeg razumijevanja ne samo onoga što sugovornik/ca želi da se čuje, nego i radi transparentnosti i jasnoće analitičkog dijela istraživačkog procesa u smislu razumijevanja zašto i kako smo dolazili do određenih tragova koji su nas vodili nekim slijedom zaključaka. Izostavljanje dijelova citata za cilj je imalo u što je moguće većoj mjeri izbjeći opterećivanje ovog doktorskog rada nepotrebno obimnim količinama teksta.

Nadalje, kod nekih je citata bilo potrebno dodati nekoliko riječi pojašnjenja na što se izgovoreno odnosi, a što je poznato istraživačici iz šireg konteksta čitavog intervjua, ali nije vidljivo čitatelju/ici iz užeg konteksta jednog citata. Takve komentare, koji se obično nazivaju „opaska autora“ ili „napomena autora“ te navode kraticama „op. a.“ i „nap. a.“, kao i ostale napomene, stavljali smo u zagrade te se od ostatka citata razlikuju time što nisu navedene u kurzivu. Međutim, nismo smatrali potrebnim kod svakog od tih pojašnjenja dodavati spomenute kratice, budući da je u citatima jasno vidljivo koji su dijelovi citata napomene istraživačice.

## **4.2. Organizacijski kontekst hrvatskog zdravstvenog sustava**

*Je, je, to je bila ona opća frustracija, a najviše ta ispolitizirana medicina i jedna, jednostavno, ja bih to nazvala septičkom jamom, taj rad u bolnici, taj bolnički zdravstveni sustav. To je takav osjećaj bio, kao da vas ne'ko svaki dan stavi u septičku jamu i vi se morate dobro oprat'. (iseljena liječnica)*

Tema organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava kroz obradu se i analizu dobivenog materijala nametnula kao jedna od prominentnih tema vezanih uz iseljavanje zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske među svim relevantnim dobivenim temama. Ta je tema obuhvatila najveći broj potkategorija i kodova, odnosno najviše aspekata fenomena iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske. Tema je možda i najkompleksnija od svih, u smislu da obuhvaća najveći broj različitih aspekata problematike razloga za iseljavanje zdravstvenih radnika/ca, odnosno različitih aspekata (ne)zadovoljstva iskustvom rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Osim okolnosti da obuhvaća veliki broj aspekata pojave iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, naše terenske bilješke iz procesa intervjuiranja pokazuju da su tu temu i njezine aspekte naši/e sudionici/e komentirali sa snažnijom afektivnom obojanošću negoli neke druge. Premda kod različitih aspekata te velike teme nalazimo i širi dijapazon odgovora, od negativnih do pozitivnih, možemo reći da su iskustvom rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu iseljeni/e zdravstveni/e radnici/e prevladavajuće nezadovoljni/e, pa i izrazito nezadovoljni/e, te da jedan značajan dio odgovora na naša istraživačka pitanja o razlozima iseljavanja zdravstvenih radnika/ca leži upravo u temi organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava.

Zanimljivo je da niti u skupini neiseljenih zdravstvenih radnika/ca ne pronalazimo značajnih različitosti u iskazima o toj temi. Drugim riječima, naše istraživanje daje razloga zaključiti da su neiseljeni zdravstveni radnici jednako nezadovoljni svojim iskustvom rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu kao i iseljeni, odnosno u toj skupini razloga ne nalazimo odgovore na pitanja zbog kojih to okolnosti neki zdravstveni/e radnici/e biraju donijeti odluku o iseljenju, a neki/e ne. Eventualna naznaka različitosti koju prepoznajemo mogla bi ići na tragu različitih reakcija na (ne)ugodnost radnog iskustva u sustavu kakav jest, odnosno višeg stupnja prihvaćanja stanja kakvo jest i neke vrste adaptacije. No i dalje bismo ključne različitosti tražili u drugim čimbenicima iseljavanja, za ovu skupinu čimbenika ne možemo reći da daje takvu vrstu odgovora. Naravno, kako se radi o vrlo širokoj temi, varijacije u odgovorima su se pojavljivale, a pojasnit ćemo ih u nastavku ovog poglavlja.

Varijacije u odgovorima na različite aspekte teme organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava događale su se u smislu razlika u iskustvu rada u manjim sredinama i manjim bolnicama u odnosu na veće gradove i velike bolnice te u smislu razlika među pojedinim stilovima upravljanja različitim ustanovama/odjelima, a koji su onda činili značajnu razliku u

stupnju (ne)zadovoljstva. Drugim riječima, ne nalazimo razlike u iskazima o toj temi između skupina iseljenih i neiseljenih zdravstvenih radnika/ca, već su unutar obiju skupina iskazi varirali ovisno o iskustvu rada u pojedinoj ustanovi.

Kao podteme unutar te teme pojavljuju se, kako smo prethodno naveli, međuljudski odnosi, uvjeti rada te upravljanje zdravstvenim sustavom. Inicijalni kodovi teme, kao i sâma tema, koja je bila obuhvaćena nacrtom istraživanja, deducirani su iz nacrta našeg istraživanja i rezultata prethodnih istraživanja čimbenika iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz (primarno) hrvatskog zdravstvenog sustava. Dakle, u inicijalnom obrascu kreiranom prije početka kodiranja, iz protokola intervjua preuzeli smo inicijalne kodove iz pitanja i potpitanja predviđenih u blokovima pitanja koji su se odnosili na temu organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava.

U protokolu intervjua blokovi pitanja koji su se odnosili na organizacijski kontekst bili su najopsežniji, kako brojem pitanja tako i brojem predviđenih potpitanja ukoliko ne dobijemo dovoljno opširne odgovore, jer su rezultati prethodnih istraživanja ukazivali na veliki značaj teme te njezinih brojnih aspekata. Smatramo da su sugovornici/e uglavnom slično razumijevali/e postavljena pitanja o toj temi i nisu tražili/e dodatna pojašnjenja. Iznimka je pitanje o (ne)zadovoljstvu uvjetima rada, za koje su u jednom broju slučajeva pitali na što se to pitanje odnosi. Asocijacije koje su imali obuhvaćale su preopterećenost brojem pacijenata (zahvata, pregleda, operacija i slično), tehničke uvjete rada (dostupna oprema, lijekovi i slično), međuljudske odnose, radnu atmosferu u kolektivu pa i odnose nadređenih prema podređenima. U slučajevima u kojima su sugovornici/e pitali/e na što se pitanje odnosi, pojasnili smo da je veći dio aspekata koje smo nabrojali u prethodnoj rečenici obuhvaćen pitanjima koja će uslijediti kasnije tijekom intervjua, a da pod uvjetima rada prvenstveno mislimo na tehničku opremljenost, dostupnost lijekova i raznih materijala, dostupnost aparata za suvremene dijagnostičke postupke i slično tome, što smatramo da može značajno utjecati na iskustvo rada.

#### **4.2.1. Međuljudski odnosi**

Tema međuljudskih odnosa se, sa svojim različitim aspektima, iskristalizirala kao jedna od najvažnijih potkategorija unutar glavne teme organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava kao jednog od ključnih čimbenika u objašnjavanju fenomena iseljavanja zdravstvenih radnika/ca. Kao glavne stavke koje sačinjavaju ovu potkategoriju identificirane su sljedeće:

- radna atmosfera u kolektivu
- hijerarhizacija i formaliziranost uloga i odnosa
- kršenje radno-pravnih i kolegijalnih odnosa
- položaj medicinskog tehničara/medicinske sestre u sustavu.

Često su zdravstveni/e radnici/e i bez dodatno postavljenog pitanja ili poticanja potpitanjima uvodili temu međuljudskih odnosa u intervju, već kod uvodnih pitanja o razlozima koji su ih naveli na razmišljanje o iseljavanju pa i na konačnu odluku.

U tekstu koji slijedi svaku ćemo od navedenih stavki ilustrirati odgovarajućim citatima te pojasniti na koje nas je tragove zaključivanja upućivala svaka pojedina skupina u smislu traženja čimbenika iseljavanja zdravstvenih radnika/ca i s time povezanih aspekata međuljudskih odnosa.

#### **4.2.1.1. Radna atmosfera u kolektivu**

Kod odgovora na pitanja o (ne)ugodnosti radne atmosfere u kolektivu nailazili smo na znatne varijacije u odgovorima, a ovdje navodimo maksimalno različite odgovore kako bismo prikazali maksimalni raspon varijacija, barem prema našim rezultatima. Radi nastojanja da poštujemo principe refleksivnosti i transparentnosti u kvalitativnom istraživanju, smatramo prigodnim ovdje staviti i napomenu da su se te varijacije u odgovorima dogodile suprotno očekivanjima istraživačice. Naime, naša su očekivanja išla u smjeru negativnih dojmova o radnoj atmosferi te je to bila jedna od naših pristranosti. Razloge te pristranosti nalazimo u rezultatima prethodnih istraživanja iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, koji upućuju na visoki stupanj nezadovoljstva tim aspektom, kao i u medijskoj slici, koja prevladavajuće iznosi anegdotalne primjere o izrazito negativnoj radnoj atmosferi u zdravstvenim radnim kolektivima. No ono što se pokazalo (i što nas je, dakle, iznenadilo) jest da odgovori variraju od upravo takvih, dakle odgovora o izrazito negativnoj, pa i hostilnoj, atmosferi u radnom kolektivu, preko onih koji su neutralnog tona i nisu snažnije afektivno obojeni, čime se stječe dojam da nemaju značajnog utjecaja na opću sliku ugodnosti rada u javnom zdravstvenom sustavu, pa sve do pozitivnih te izrazito pozitivnih primjera koji govore o međusobnoj podršci i općenito pozitivnoj atmosferi u kolektivu. Kako ćemo na više mjesta istaknuti, pojavljivala se razlika u percepciji (ne)ugodnosti

radne atmosfere (pa i krovnoj kategoriji međuljudskih odnosa generalno) kod rada u manjim bolnicama i rada u većim bolnicama (klinički bolnički centri i kliničke bolnice).

U prvim dvama citatima koji slijede ilustriramo ona iskustva naših sugovornika/ca koja govore o izrazito negativnoj radnoj atmosferi, odnosno o međuljudskim odnosima, što prvi sugovornik navodi i kao glavni razlog svoje odluke o iseljenju. Kako smo već napomenuli, nemoguće je, a i nepotrebno, idealtipski rascjepkati citate kako bi ilustrirali upravo i samo onu poantu o kojoj u nekom dijelu teksta raspravljamo, stoga i citati koji slijede sadrže i neke druge aspekte iskustva rada u zdravstvenom sustavu. Pa tako drugi citat, primjerice, navodi aspekt rodno utemeljene diskriminacije, o kojoj će više riječi biti u krovnoj integrativnoj temi o sistemskom nasilju.

*Loši međuljudski odnosi su svakako bio prvi [razlog za iseljavanje], a drugi je bio zapravo činjenica da smo zbog loših međuljudskih odnosa, ljudi su nam odlazili. Kada bih ja računao kada sam krenuo i kada sam otišao, ja mislim da sam ja u tom periodu od nekih 5 godina bio jedno osmi liječnik koji je napustio taj odjel, sveukupno, znači u periodu od 5 godina...ili su otišli na drugi odjel ili kompletno napustio bolnicu ili napustilo državu. To sve govori o međuljudskim odnosima. (iseljeni liječnik)*

*Ovaj, uvijek puno nepoštovanja, puno seksizma i puno loših međuljudskih odnosa, baš loše, na onoj nekakvoj niskoj i djetinjasto na razini nekakve ljubomore. Mislim da je problem u Hrvatskoj to što možda i liječnici žele dodatno zaraditi na takav način, na taj način da navedu sebi pacijente privatno, pa se to radi jednim neljudskim i nekolegijalnim načinom. Ja sam radila u dvije bolnice i u obje bolnice su međuljudski odnosi bili loši, baš loši. (iseljena liječnica)*

U sljedeća dva citata vidimo primjere suprotne prethodno navedenima, a koji govore o pozitivnoj radnoj atmosferi i podršci među kolegama/icama. Sugovornica koja je dala prvi od narednih citata čak napominje kako joj takva vrsta podrške i timskog rada nedostaje na novom radnom mjestu u zemlji iseljenja.

*Je, nekako. Podrška je bila. Nekad treba nešto negativno prihvatiti i to sve skupa, ali ja mislim da sam ja došla u tako dobro društvo i da se to održalo. Da li je to sad tako, ne znam, ali tad mi je baš bilo, meni, zlatno doba. Ja sam priželjkivala takvu vrstu tima imati ovdje, ali eto, na kraju sam došla na 1 na 1 sa pacijentom. Dok vam vizita prođe, vi ste već... Već vam 3 doktora upadaju unutra, šale se, komentiraju. Nekakva prijateljska je bila atmosfera. Možda kad sam ja*

*samo radila, ne znam, hahaha, ali guštala sam ići na taj posao. Nije bilo „ajme, opet sutra radim“, nego „šta bude, bit će“. Jednostavno, kroz probleme smo išli sa osmijehom. Nije baš, mislim, bilo je stresa, bilo je svega, ali na kraju dana uvijek je bilo lijepih trenutaka. (iseljena medicinska sestra)*

*Pa mogu reći da je pozitivno. To mislim da je u redu još u Hrvatskoj, što se toga tiče, timski rad i to sve. (iseljena medicinska sestra)*

Zanimljivo je za primijetiti da su, što također smatramo jednim od tragova za daljnje istraživanje razlika u radnoj atmosferi i podršci u kolektivu, oba pozitivna komentara koje smo prethodno citirali dale medicinske sestre i ostaje istražiti radi li se o slučajnoj pristranosti našeg uzorka ili zaista možemo pronaći razlike u razini međusobne podrške u timskom radu i pozitivne radne atmosfere kakvu možda medicinski tehničari/medicinske sestre kreiraju različito od liječnika/ca. Kako ćemo i na drugim mjestima istaknuti, eventualna viša razina međusobne kompetitivnosti, ambicioznosti i želja za profesionalnim napredovanjem među liječnicima/ama negoli među medicinskim tehničarima/medicinskim sestrama, može biti jednim od razloga za takve nalaze.

Sljedeći citat govori o prethodno spomenutoj mogućoj boljoj adaptiranosti neiseljenih zdravstvenih radnika/ca na eventualnu neugodnu radnu atmosferu u kolektivu, a valja dodati i da se u ovom slučaju radi o manjoj bolnici pa i to može biti dijelom objašnjenja, što smo također već spomenuli.

*Rekao bih u bolnici nemam nekih konflikata, dobro se slažemo, komuniciramo... znaju doći i neki više agitirani... to ovisi tko je više živčan... ali nije da imamo neke probleme... ugodno je raditi, imamo dobre kolege u odjelima, osjećam se ugodno kad idem na posao. (neiseljeni liječnik – ne razmišlja o iseljenju)*

Citati koji slijede govore upravo o temi koju smo u intervjuima susretali kod raznih aspekata radnog iskustva, pa tako i kod radne atmosfere, a to je razlika u kvaliteti međuljudskih odnosa i radne atmosfere u manjim bolnicama i ustanovama te u najvećim bolnicama u Hrvatskoj, a u koje spadaju klinički bolnički centri i kliničke bolnice. Kako cilj našeg istraživanja nije bio istraživati pojedinu ustanovu niti o tome donositi bilo kakve zaključke, govorimo o toj razlici isključivo na najopćenitijoj razini: s jedne strane kliničkim bolničkim centrima (KBC) i kliničkim bolnicama (KB), a s druge strane o svim ostalim (manjim) bolnicama i ustanovama.

*U velikom kolektivu vjerojatno to nikad nije idealno. Ne, nisu bili dobri međuljudski odnosi. Postoji jedan u medicini, ja to dan danas, to gledam zašto je to zapravo tako u medicini. Postoji život medicinara gdje je posao sve. Ne možemo svi biti najbolji, ne možemo, jedan ili dva su najbolji. Medicinari su nažalost ustrojeni, ja želim biti najbolji i ta kompeticija je nevjerojatna i kad ste vi u [ime jednog KBC-a] ili [ime jednog KBC-a], i kad ste vi kao, dakle nema sad više bolnica gdje ja mogu otići, pokazati da sam bolji jer sam već u najboljim bolnicama. Vi se sad pokušavate očito izboriti za neku svoju poziciju, što znači glodanje, ekstremno glodanje među kolegama i nekakvo nadmetanje, i to, i to onda postane zapravo lagano neizdržljivo. Zaista neizdržljivo to je, a zašto je to tako? Nemam pojma. To je, drugi je mentalni sklop, mentalni sklop je drugačiji, zato što su ljudi drugačije odgojeni, zato što iz [ime jednog KBC-a] ne izlazite s rečenicom „Što još mogu napraviti za tebe?“ Ma što ću napraviti od tebe, podmećeš mu nogu, to ću napraviti za tebe, ne, neću ti reći za taj kongres, neću ti reći jer ja moram napredovati, ja sam taj koji mora dalje i tu postoji, počinju nekako. (iseljena liječnica)*

Dakle, prethodni citat vrlo slikovito opisuje negativne aspekte međuljudskih odnosa u najvećim bolnicama, a koje sugovornica pripisuje visokoj razini kompetitivnosti i ambicioznosti kod onih koji rade u tim ustanovama, odnosno takvu „mentalnom sklopu“, kako ga naziva. Razloge takvu „mentalnom sklopu“ vjerojatno možemo tražiti u liječničkoj profesiji koja traži neuobičajeno dugotrajno i zahtjevno školovanje, kao i cjeloživotnu edukaciju i održavanje visoke razine stručnosti. Međutim, svakako bismo tu dodali i aspekt organizacijske kulture kao mogući dio objašnjenja, odnosno mogućih sistemskih uzroka kad govorimo o zdravstvenom sustavu, jer imamo primjere iseljenih zdravstvenih radnika/ca koji/e govore o podršci koju tamošnji zdravstveni sustavi pružaju svojim zaposlenicima te se ne kreira tako visoko kompetitivna maligna radna atmosfera usprkos tome što tamošnji zdravstveni radnici, po svoj prilici, nemaju ništa manje profesionalne aspiracije. Naši zaključci idu u smjeru koji govori da je hrvatski javni zdravstveni sustav preopterećen nizom problema koji zapravo moraju biti prioritizirani kako bi sustav funkcionirao i izbjegavao veće krize, a da bi teme kao što su međuljudski odnosi, radna atmosfera i podrška za učenje te napredovanje svima onima koji to žele i mogu uopće došle u ozbiljniji fokus. Dakle, jednostavno ne preostaje dovoljno resursa, što ljudskih/upravljačkih, što financijskih, da bi se sustav tom problematikom bavio na načine na koje to mogu znatno bogatiji i funkcionalniji strani sustavi o kojima govore naši iseljeni zdravstveni/e radnici/e.



Citat koji slijedi direktno uspoređuje iskustva rada u manjoj i velikoj bolnici te nedvosmisleno daje izrazito pozitivan predznak iskustvu rada u manjoj bolnici, a izrazito negativan predznak iskustvu rada u jednom kliničkom bolničkom centru.

[ime jednog KBC-a] katastrofa, [ime jedne manje bolnice] prekrasno.

*Istraživačica: Znači, ima razlike?*

*Ogromne, ogromne! Ogromna razlika. Bar je bila dok sam ja bila.*

*Istraživačica: Razumijem. Što je najviše činilo tu razliku vama osobno, što je utjecalo na to da ste na jednom mjestu bili tako zadovoljni, na drugom tako nezadovoljni?*

*Ponašanje kolega, odnosno, [ime jednog KBC-a] je kao jedna od najvećih kuća u Hrvata. Pa onda vjerojatno i najpametniji ljudi idu tamo. Kažem, vjerojatno. A onda i sve šta ide uz to. A [ime jedne manje bolnice] je jedna topla, obiteljska, prekrasna bolnica. (iseljena liječnica)*

Neiseljena liječnica govori također o poželjnosti rada u manjim bolnicama u odnosu na velike i ističe zanimljivu poantu kako to primjećuje kao promjenu u odnosu na prijašnja vremena.

*Tipa u [ime većeg grada u Hrvatskoj] možda...onako ljudi su bili dosta opterećeni sa tim tračevima, sa tim nekakvim...isto je zapravo tim stvarima, ne znam u [ime manje zdravstvene ustanove] mi je stvarno super, tamo mi je kompletno nešto drugačije, dobra je atmosfera, svugdje ima ljudi koji su kontra svih, ali generalno gledajući je super radna atmosfera, zato i zapravo žele ljudi raditi tamo. Vidim da svi žele dobiti specijalizacije po nekakvim sporednim ustanovama, dok je nekada davno to bio KBC. (neiseljena liječnica – razmišlja o iseljenju)*

#### **4.2.1.2. Hijerarhizacija i formaliziranost uloga i odnosa**

Prema iskazima intervjuiranih zdravstvenih radnika/ca smatramo da im je tema hijerarhizacije uloga i formaliziranosti odnosa vrlo bliska i vidljiva u sustavima u kojima su radili i trenutno rade, većinom na način da su u kontrastu prethodna (hrvatska) iskustva s novijima (strani sustavi). Premda smo donekle bili informirani prethodnim istraživanjima, medijskim napisima i anegdotalnim primjerima iz osobnih odnosa te imali predodžbu da određeni stupanj hijerarhizacije i formalizacije uloga i odnosa u zdravstvenom sustavu postoji, naš protokol ipak nije sadržavao nikakva direktna pitanja vezana uz tu temu osim sljedećeg (a koje je samo posredno u vezi s temom): „Kako biste opisali odnos nadređenih (prema vama)?“. Dakle, ta se

tema spontano pojavljivala u iskazima te je stoga rezultatom induktivnog dijela procesa naše analize, a pokazalo se da je jedna od najsnažnije prisutnih tema. U kombinaciji tih dviju okolnosti, dakle da ih nismo direktno o toj temi pitali i da su unatoč tome imali potrebu o njoj dosta govoriti, smatramo da je ta tema zdravstvenim radnicima/ama od velike važnosti.

Citati koje ovdje navodimo često postavljaju iskustvo rada u stranom zdravstvenom sustavu kao kontrapunkt prethodnom iskustvu rada u hrvatskom, budući da se radi uglavnom o iskazima iseljenih zdravstvenih radnika/ca te je njihovo novo iskustvo rada neminovno utjecalo na doživljaj radnog iskustva u Hrvatskoj.

Sljedeća tri citata, osim što opisuju iskustvo rada u hijerarhiziranoj i formaliziranoj radnoj sredini, govore i o posljedicama koje rad u takvoj radnoj sredini ima na ograničavanje profesionalne autonomije onih koji su niže na ljestvici, kao i poteškoću učenja i napredovanja koje je također ograničeno te, kako kaže treći citat, *guši* razvoj mladih specijalista.

*To je ono što sam spomenuo na početku, postoji dosta, dosta je autoritativni sistem, malo okomiti, vertikalni, još uvijek zastupljen. Recimo, mene osobno smeta ako ne možete prepisati određenu terapiju koju vi smatrate da je najbolja, nego vam se onda sugerira druga. Nemojte to zbog razlike u cijeni ili zbog odnosa klinike ili odjela s određenim proizvođačem lijekova. To je jedan segment koji mene, kao i tada kada vam onda šef govori, „Mi ćemo to raditi, mi ćemo to prepisivati.“ To je zadiranje i u nekakvu struku i individualnu slobodu. (iseljeni liječnik)*

*Ovdje mladi doktori rade više. Ovdje specijalizant radi više nego što sam ja radio kao specijalista. Jako imaju veliko povjerenje. Sve je opušteno. Ne, nema ti toga.. tog ludila da je on sad šef što će sad reć', hoćeš li ti moći njega nešto da pitaš. A naš je dosta bio rigidan sustav. Dosta je bio rigidan sustav i tako. (iseljeni liječnik)*

*Dobijete isti nivo znanja, samo je pitanje što nakon specijalizacije, su dosta velike razlike dok ste ovdje u još uvijek nekakav mladi specijalist i dok ovdje šefovi imaju veliki utjecaj, u principu i na razinu odlučivanja koju bi vi trebali imati, znači kao autonomni specijalist. To je, to je velika razlika. Znači, vi ste kao specijalist potpuno nezavisni, omogućene su vam potpuna sloboda, držite se guidelinesa i u tom smislu nema razlike između starijih i mlađih, znači specijalist ili konzultant u [ime zemlje iseljenja] je konzultant, znači to je apsolutna ravnopravnost, sloboda, to je jako važan detalj. Jedan od dosta velikih problema u Hrvatskoj, ne mogu komentirati druge*

*zemlje u okruženju, ali u Hrvatskoj je to i jest jedan od velikih problema gdje imate, ovaj, tu nekakvu hijerarhiju, koja za mlade doktore, za mlade specijaliste nije nešto povoljna, jer naprosto guši njihov razvoj. Koji put imate sredine, naravno, gdje se mladi ljudi potiču. Međutim, uvijek nalazite osobe u toj hijerarhiji koje vas nastoje suprimirati, što je zapravo poprilično demotivirajuće. (iseljeni liječnik)*

U citatu koji slijedi možemo vidjeti dobar primjer komentara formalizacije, a i hijerarhizacije, odnosa kakvu je u Hrvatskoj iskusila jedna liječnica, čega je postala svjesna tek nakon iseljenja.

*E da, to sam isto ogromne razlike uočila kad sam došla tu. Kao prvo, ne nose se uniforme, to mi je bilo onak wow, čudno, mislim ono normalna odjeća, imaju pločicu s identifikacijom, ali sve je onako casual, kontakt s pacijentima. I što me najviše iznenadilo, vi ste u timu sa starijim iskusnijim liječnicima, ali on od početka se prema meni odnosi kao da sam njegov level, svi su nekako normalni i na ti. I pogotovo taj doktorski odnos između najstarijeg i mene, ono, mene su oni uvažavali, mislim, ja sam bila starija tad nego taj nekakav prosječni njihov stažist koji je tek završio faks. Pogotovo kad su čuli da sam ja završila [ime specijalizacije], to je bilo... I sjećam se taj prvi odjel na koji sam došla, [ime odjela], bio je sijedi stari specijalist i njegov specijalizant, i oni su mene pogledali, sad se ja predstavim, rekoh ja sam tek došla, ja sam iz Hrvatske doselila, i evo ja sam vaš stažist za ovaj turnus. I sad oni meni malo postavljaju pitanja, blablalba, i još ja kažem kako sam završila [ime specijalizacije], a oni meni jao, jel radite ove [naziv postupka], dakle, oni su mene odmah uvažili k'o da sam ja [naziv specijalistice jedne prestižne specijalizacije], a ne tamo neki stažist. (iseljena liječnica)*

Sljedeći citat govori o hijerarhiziranosti i formaliziranosti odnosa kad je riječ specifično o profesiji sestrinstva, kao i o generacijskoj razlici, koju smo primijetili kod više tema o kojima smo razgovarali s našim sugovornicima/ama. Tako medicinska sestra koja pripada mlađoj generaciji kaže da smatra da se mlađa generacija neće dopustiti toliko izrabljivati kao što joj se čini da je starija generacija dopuštala.

*Mislim da je to jako izraženo u javnom sektoru, a pogotovo u sestrinstvu, gdje uvijek postoji taj veliki jaz između starijih kolegica i mlađih kolegica. I to mislim da igra jako veliku ulogu. Zapravo, ima veliki utjecaj na mlađe kolegice, pa i mene samu. To je, na primjer, jedna stvar koja meni smeta u javnom sektoru, jer se jednostavno, oni su bili tako odgajani pod navodnicima i pokušavaju nas na isti način odgojiti, a mi smo tu nekako malo novija generacija. Pa ipak, kad*

*su one bile mlađe, pa su one dosta radile, pa se od njih očekivalo da one sve rade, te su starije kolegice dosta zaštićene. Kad god se trebala pojaviti neka prilika da mlađi netko može nešto uraditi, oni to odrade. Pa mogu reći dan danas vlada generalno u javnom sektoru, pogotovo u sestriinstvu, i to mi je jedna stvar koja meni smeta. Ja kažem, ja sam uvijek tu za pomoći i naravno, ne znam, da se zove na reanimaciju, naravno da ću ja trčati, jer je lakše meni trčati sa dvadeset i nešto godina, nego nekoj starijoj kolegici koja je pred mirovinom. I to ono, stvarno nikakav problem. Ali opet, da sam ja dužna raditi posao za pet osoba, to mi je ono, i mislim da se to možda malo počelo na neki način mijenjati. Mi novije generacije možda postavljamo granice, pa se nadam da će se to promijeniti kroz nekoliko desetljeća. (neiseljena sestra – ne razmišlja o iseljenju)*

#### **4.2.1.3. Kršenje radno-pravnih i kolegijalnih odnosa**

Tematika kršenja radno-pravnih i kolegijalnih odnosa donekle se preklapa s temom zlostavljanja na radnom mjestu koju ćemo izložiti kao potkategoriju teme sistemsko nasilje, a pod nazivom zlostavljanje na radnom mjestu (eng. *mobbing*). Međutim, citati koje ovdje navodimo prikazuju one primjere kršenja radno-pravnih i kolegijalnih odnosa koji ne spadaju pod zlostavljanje na radnom mjestu.

Tako jedna neiseljena liječnica govori o ponašanju nadređenih koje direktno zadire u njezino slobodno vrijeme.

*Ali čak i ta dežurstva, meni je najveći problem to ostajanje, meni osobno u dnevnim smjenama, mimo mog radnog vremena bez da ja to znam unaprijed. Znači, u smislu ja dođem danas na posao i ja ne znam do kad ću ja danas ostati na poslu. Propuštala sam radi toga raznorazne obaveze. Ja se ne mogu u četiri sata recimo ništa dogovoriti. Ako mi je radno vrijeme do tri, ja ne znam hoću li taj dan ostati do četiri-četiri i pol, kako se iskreno šefici prohtije, tako da... meni je najveći problem što to nije najavljeno. Jer nije problem ostati duže, ali se to mora najaviti. Meni je najveći problem to što je to nenajavljeno. Da neko kaže dan ranije ili dva dana ranije, nema problema, ostat ću prekovremeno. Ali, vi u dva sata saznate da ćete ostati recimo do 4 ili 5 na poslu. (neiseljena liječnica – ne razmišlja o iseljenju)*

O manjku kolegijalnosti, pogotovo prema mlađim kolegama/icama, kada se radi o prenošenju potrebnih znanja često govore specijalizanti/ce i mladi/e liječnici/e, ali i neki/e medicinski tehničari/medicinske sestre, kako vidimo iz citata koji slijedi.

*A recimo...znači, što se tiče naše bolnice, bilo je dosta...znači što ja kažem sestara starijeg kova, koje su iskreno smatrale da po završetku svoje srednje škole da na narednih 30 godina, ili do mirovine ne moraju ništa više učiti. I onda imaju ta zastarjela znanja, odnosno neznanja, ali isto tako jako puno njih nije bilo voljno, ono što znaju...što se tiče odjela, prenositi. Zadržavale su svoje znanje samo za sebe. Što ja smatram, što je jedna od osobina koju ne volim kod ljudi. Znači, na radnom mjestu... znači kad netko laže, znači kada ne želi svoje znanje podijeliti s drugima, i kad je netko lijen, naravno. (iseljena medicinska sestra)*

Nekolegijalnost među liječnicima/ama, pogotovo kirurških grana, prikazuje citat koji slijedi.

*Ja nisam operater, recimo, ali znam isto tako da neki kolege operateri su se žalili na nedovoljno posla jer su šefovi uzimali, primali i operirali više nego što su trebali i na neki način ne dozvoljavaju. (iseljeni liječnik)*

Sljedeći se citat odnosi djelomično i na već obrađenu temu hijerarhiziranosti odnosa, pri čemu ističe negativan aspekt te hijerarhiziranosti, odnosno elitističkog držanja nadređenih prema podređenima, a također prema radnicima/ama kao što su medicinski tehničari/medicinske sestre ili medicinsko-laboratorijski tehničari.

*A to stvarno dosta ovisi o ustanovi, o iskustvu...na [ime odjela] kad sam bila...totalno uvjerljivo, najgori užas...di su sve nadređeni ponašali...baš ružno...onako čisti snobovski elitizam, mi smo sad doktori i te jadne sestre...tj. medicinsko laboratorijski tehničari doslovno su tretirani kao niža vrsta...ali vi ne biste vjerovali, na koji način...meni je recimo bilo to jako ružno...da ne znam, nije mi jednostavno odgovaralo, svugdje bi se pazilo tko bi šta rekao, kako bi ga pogledao, pa kako ne znam...kako se cjepidlači na nekakvim tim stvarima koje uopće nisu važne. (neiseljena liječnica – razmišlja o iseljenju)*

#### **4.2.1.4. Položaj medicinskog tehničara/medicinske sestre u sustavu**

Kod teme međuljudskih odnosa smatramo potrebnim izdvojiti položaj medicinskog tehničara/medicinske sestre u hrvatskom zdravstvenom sustavu jer iz iskaza naših

sugovornika/ca možemo zaključiti da se ta profesija ne nalazi u ravnopravnom položaju s liječničkom profesijom, a kako upućuje već i posljednji navedeni citat prije ove stavke.

U tom smislu smatramo naročito ilustrativnim idući citat koji govori o izostanku prepoznavanja važnosti sestrinske profesije, kako u širem društvu tako i u zdravstvenom sustavu. Smatramo da tu temu ponajbolje ilustrira sljedeći dio citata: *Naš je zapravo opis posla pomaganje pacijentu, a ne pomaganje liječniku.*

*Smeta mi to što medicinska sestra neće nikad u zdravstvenom sustavu općenito – ajmo reć', u narodu – neće biti ono adekvatno cijenjena za svoj rad i prepoznata kao ono samostalni zdravstveni djelatnici koji su u okviru svog opisa posla, nego će uvijek biti gledane kao, ne znam, pomoćnice liječnicima i ne znam... A zapravo mi imamo svoj opis posla i to je naš opis posla. Naš je zapravo opis posla pomaganje pacijentu, a ne pomaganje liječniku. (neiseljena medicinska sestra – ne razmišlja o iseljenju)*

U sličnom je tonu i idući citat koji također govori o izostanku vrednovanja sestrinske profesije, a naročito naglašava da se taj izostanak događa čak i kod onih medicinskih tehničara/medicinskih sestara koji/e imaju najviši akademski stupanj doktorata.

*Nego tako sam imala, znači osjećaj da... da sestru smatraju uvijek sestrom...da čak i kad završiš doktorat, znači, ti si dalje sestra, takvom te smatraju. Znači da je...znači, i da imaš sad i bachelor, imaš master, imaš i doktorat, znači ne, ti si dalje sestra. (iseljena medicinska sestra)*

Nadalje, jedna medicinska sestra također govori o elitističkom držanju jednog dijela liječnika/ca prema medicinskim tehničarima/medicinskim sestrama, ali i o svojem pozitivnom iskustvu u kojem ona takvo držanje nije osjetila.

*Jer vi imate doktora koji se jako visoko drže i, mislim da uživaju tu titulu na pogrešan način, uživanja, šta ja znam. Onda ne znam, i na tom poslu, nije nikad, nisam doživjela. Mislim, svatko ima svojih mušica, svakako, ali bilo je bitno to druženje, bilo je bitno i nasmijati se, bilo je bitno, uzmi pet minuta, otiđi, smiri se. (iseljena medicinska sestra)*

Naročito zanimljivim smatramo izjave liječnika/ca od kojih neki/e također primjećuju podređeni položaj medicinskog tehničara/medicinske sestre u sustavu, među kojima prva ističe i poantu do

koje ćemo kasnije ponovno doći, a to su financije kao važniji razlog iseljavanja za medicinske sestre/medicinske tehničare negoli za liječnike/ce.

*A znate šta? To istraživanje je posebno interesantno sa strane liječnika, zato što nitko od liječnika nije otišao trbuhom za kruhom, te sestre, one su jadne imale mizerne plaće... Njih se gazilo. Njima su mogli bit financijski razlozi, ali liječnicima nisu. (iseljena liječnica)*

*Ali, da, onak...odnos... sjećam se par tih starijih liječnika koji su se prema sestrama nekad ono, to je ono hijerarhija, znate, k'o ono da je s neba sišao. Ovdje tog nije bilo. To mi je bilo prvi i osnovni, ono, velika razlika koju sam uočila. (iseljena liječnica)*

Primjer ambulanti opće (obiteljske) medicine također ilustrira podređeni položaj medicinskog tehničara/medicinske sestre u odnosu na liječnika/cu kod planiranja godišnjeg odmora koji su, kako kaže iseljena medicinska sestra, prisiljeni koristiti godišnji odmor onda kada ga koristi liječnik/ca.

*I to planiranje ne znam slobodnih dana, planiranje godišnjih, u tim ambulantama opće medicine, kad ide doktor, moraš i ti na godišnji. (iseljena medicinska sestra)*

#### **4.2.2. Uvjeti rada**

Kako smo prethodno već spomenuli, tema uvjeta rada shvaćena je, kako se pokazalo kroz proces intervjuiranja, ponekad vrlo široko te je za neke sugovornike/ce pokrivala i teme koje su obuhvaćene ostalim pitanjima u protokolu intervjua pa smo u tim slučajevima pojašnjavali da mislimo na tehničke uvjete rada u užem smislu, kao što su, primjerice, dostupnost potrebnih materijala, lijekova i aparata.

##### **4.2.2.1. Tehnički uvjeti rada i dostupnost potrebnih resursa**

Tako jedna iseljena liječnica govori o štednji materijala prilikom operativnih zahvata, a što može biti na štetu pacijenta.

*To je isto jako smiješno. U Hrvatskoj i na kirurgiji čovjek mora šparati konac kao da je od zlata. Ovaj, pazi, šparaj, instrumentarke se deru. Pazi, šparaj. Tu u [zemlja iseljenja] ja nikad nisam šparala. Meni nikad nitko nije rekao da moram šparati konac, jer kad se to špara, onda se to vuče. To je ružna tenzija za ranu. Meni nikad nitko nije rekao šparaj i skupe konce... znači i one svilene, nikad nisam čula šparaj i to je sve dostupno pacijentu. (iseljena liječnica)*

Sljedeći citat ilustrira neadekvatnost osnovne opreme, a što ide i nauštrb sigurnosti radnika/ca i pacijenata/ica, kao što su zastarjeli kombiji jednog zavoda za hitnu medicinu.

*Međutim, u Zavodu za hitnu medicinu [ime] županije, znači od osnovnih stvari, zaista što smatram da je ono najosnovnije, to je oprema za rad, pa ne mora biti ne znam šta. Kombiji su, recimo, nesigurni za vozit se, to je činjenica. To sam pričala i to. Ja sam jako dobro... dobro sam se snašla s ljudima. Dobro sam se povezala sa vozačima, sa tehničarima, drugim doktorima i tako, i puno smo međusobno razgovarali. U principu, kad čovjek tako puno smjena, puno smjena i puno sati provodi s drugim ljudima, odnosno u takvom timu, ili smo u kombiju ili smo... družimo se, tu se jako puno razgovara o svemu, a naravno najviše o poslu i o tome što ne štima, jer tu ima tema za razgovor sto čovjek poželi. Kombiji su, znači, nesigurni za rad, što smatram da je nedopustivo. Znači, nedopustivo je za jednu afričku zemlju, a kamoli za jednu članicu EU, tako da ne samo za nas kao tim, nego i za pacijente. (iseljena liječnica)*

#### **4.2.2.2. Razlika velikih bolnica i manjih bolnica/ustanova**

Kako ćemo i kod nekih drugih tema spomenuti, i kod uvjeta rada pojavljuje se razlika u iskazima naših sugovornika/ca u kontekstu rada u manjoj bolnici/ustanovi ili rada u kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima.

Pa tako prva dva od iskaza koji slijede govore o slabijoj opremljenosti i težim uvjetima rada u manjim bolnicama.

*Što se tiče mogućnosti koje imamo i metode kojima, koji koristimo u tim danim mogućnostima, hrvatski liječnici čuda čine nekada, a što se tiče te recimo neke neopremljenosti, a to većinom bude po manjim bolnicama. (iseljeni liječnik)*

*Očajno, očajno. Uvjeti rada i sve to, znači u kojem ja, mislim ja sam bila u jednoj specifičnoj situaciji jer sam ja bila u [ime malog grada u Hrvatskoj] koji je i sama znaš izolirano područje, devastirano, socijalna struktura je ono deprivacija u svakom pogledu. Nikakve ti tu nisi ima benefite, od toga dok sam bila pod domom zdravlja tretira, potpuno zanemarivanje od strane Doma zdravlja do kad sam bila zakupac, također ignoriranje od HZZ-ova, u principu bi ti došli samo kada želi kazniti, ovako nešto, ono prestrašno. Jedna strašna situacija. Sa jednim odmakom sada kada gledam to još strašnije. (iseljena liječnica)*



Posljednji citat u ovome dijelu također upućuje na bolje uvjete rada u velikim bolnicama.

*Pa ja, na primjer, na [ime odjela velike bolnice] ne mogu se požaliti. Mi stvarno raspoložemo. Znači, ne mogu reći da mi je ikad išta bilo što se tiče toga onemogućeno u smislu nekakvih lijekova, ultrazvuka, uređaja. Čak i ako tražimo nešto što se teško može dobiti, ako nije baš onako nešto ekstremno. Ali, tako da što se tiče tih nekakvih pomagala, mislim da tu nema, nikad nisam osjećala da sad nešto ne smijem uzeti jer je to skupo. (neiseljena liječnica – nije razmišljala o iseljenju; radi u većoj bolnici)*

#### **4.2.3. Upravljanje zdravstvenim sustavom**

U potkategoriji upravljanje zdravstvenim sustavom prikazujemo u užem smislu one aspekte iskustva rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu koje su ili naši/e sugovornici/e povezivali/e na neki način s upravljanjem, odnosno s organiziranošću te uređenošću sustava, ili smo ih naknadno povezali kroz obradu i analizu. Kao glavne stavke koje sačinjavaju tu potkategoriju identificirane su sljedeće: briga za dobrobit radnika/ca i pacijenta/ica, vrednovanje učinka pozitivnim/negativnim sankcijama, politizacija struke i upravljačkih pozicija te, kao četvrta, korupcija i nepotizam.

##### **4.2.3.1. Briga za dobrobit radnika/ce i pacijenta/ice**

Pod ovom stavkom ilustrirat ćemo brigu (ili njezin izostanak) upravljača/ica za različite aspekte dobrobiti, kako radnika/ce tako pacijenta/ice, kako aspekta sigurnosti na radu tako i aspekata fizičke i psihičke dobrobiti.

Kao prvi navodimo citat koji direktno povezuje brigu za dobrobit zdravstvenog radnika/ce s dobrobiti pacijenata/tica te ukazuje izostanak te brige u upravljanju sustavom, odnosno navodi da je, umjesto brige i dijaloga s radnikom/com (koje navodi kao iznimke i kad se s time susreo), u pravilu prisutno negativno sankcioniranje.

*Čim ste vi zadovoljni, radit ćete bolje i efikasnije, pacijenti će biti zadovoljni i bolnica će više zaraditi, sve, cjelokupni sustav. To je ono što je najveći problem hrvatskog zdravstvenog sustava, zadovoljstvo liječnika nije na prvom mjestu, a trebalo bi biti, jer općepoznato je da sretni, zadovoljni ljudi su uspješniji, efikasniji. To je iskušana formula. Konkretno, u bolnici u kojoj sam ja radio glavno je bilo, ja bi' rekao prva metoda je bila gaženje, sankcije i ukidanje, i nikad nije*

*bilo zapravo nekog dijaloga, čak i kada je bilo dijaloga to su bili neki individualci. (iseljena liječnica)*

Na sličnom je tragu i sljedeći iskaz iseljene liječnice koji govori o preopterećenosti brojem pacijenata koja kao posljedicu ima nedostatak vremena za dovoljnu posvećenost svakom/j pojedinom/j pacijentu/ici.

*Općenito mislim da smo preopterećeni, jer kod nas je ono, samo ajmo ajmo ajmo, i onda u biti, što se kod nas se pacijenti i sami tuže da se doktori ne posvete dovoljno pacijentima, nije da se oni ne žele posvetiti, svi bi voljeli kada bi mi imali sat vremena da pričamo sa jednim pacijentom ali vi ne možete jer vam pred vratima stoji još 20 drugih pacijenata i onda, ajmo ajmo ajmo i onda to sve odrade ono što morate i znate koja su vam najključnija pitanja koja ćete pitati, ovo ostalo sve stoji po strani. (iseljena liječnica)*

Sljedeći iskaz ilustrira jedan aspekt upravljanja koji se odnosi na brigu koju bi sustav, odnosno upravljači/ce trebali/e preuzimati u smislu osnovne skrbi za dobrobit radnika/ce i pacijenta/ice, a koja je, sudeći prema dijelu odgovora zdravstvenih radnika/ca izostajala. Radi se o različitim mjerama štednje koje su prisiljeni/e provoditi radnici/e, odnosno oni na nižim razinama jer sustav ne omogućuje dovoljno osnovnih resursa za rad, poput, recimo, rukavica, što onda, kako ističe jedna liječnica, ide na štetu zaposlenih i pacijenata/ica.

*Onda neke mjere higijene. Tu na primjer se za svaku stvar stavljaju rukavice. U Hrvatskoj znam da su isto sestre znale biti ljute, što uzimaš rukavice za to, a po pravilima se moraju uzimati rukavice. Znači ide malo na uštrb, malo ide na uštrb sterilnosti i kvalitete njege. To koliko nema opreme, to je baš strašno u Hrvatskoj. (iseljena liječnica)*

Jedan liječnik također govori o izostanku brige za radnika/cu u zdravstvenom sustavu u situaciji koja se u iskazima često pojavljivala, a to je *primoranost* na prekovremeni rad i to ponovno iz razloga što upravljači/ce zdravstvenim sustavom ne preuzimaju dovoljnu razinu odgovornosti za ljudske resurse u sustavu. Taj se aspekt potom ponovno prelijeva na radnika/cu od kojih/e se traži da rade prekovremeno zbog manjka ljudskih resursa (čak i bez unaprijed dane informacije i dogovora oko termina izvođenja prekovremenih sati), pa čak i neplaćeno, kako navodi jedan liječnik.

*Plus ona frustracija kada dolazite na posao i ne znate da li ću danas biti tamo do 6 radeći ili ne, i plus što prekovremeni, naravno, nisu plaćeni, mi smo bili primorani zapravo raditi besplatno u tom nekom periodu. (iseljeni liječnik)*

Iseljena medicinska sestra, osim slabe organiziranosti sustava, ističe zanimljivo sročenu poantu o radnicima/ama koji/e zaslužuju bolji sustav, odnosno prepoznaje kvalitetu zdravstvenih radnika/ca koji iseljavaju iz Hrvatske (između ostalog i kroz refleksiju koju iseljeni/e radnici/e iz Hrvatske dobivaju u stranim zdravstvenim sustavima) jer nemaju sustav kakav zaslužuju.

*Pa moram reći da su ovdje bolji, da je bolja organiziranost... Žao mi je iskreno zato što znam da su svi mi zdravstveni radnici iz Hrvatske i to ovdje. Čak kažu da smo stvarno kvalitetni radnici kako bih to rekla. Tu sam već napomenula prije da su naše škole iz sustava edukacije. Mislím da to stvarno jako dobro funkcionira, tako da je to. Jedino to mi je žao što nema više mogućnosti i što su ljudi strahovito prisiljeni doći tu, a stvarno smo i kako da kažem, školovani i kao radnici koji dođemo ovdje. Ali što kažu... Zato kažem da svi ti radnici zapravo zaslužuju bolji sustav, bolju organiziranost, uvjete. Eto, to je jedino što bih htjela da bude bolje i da napreduje. (iseljena medicinska sestra)*

Vrlo zanimljiv aspekt brige za dobrobit radnika/ce u sustavu iznosi jedna iseljena liječnica kad govori o osjećaju (ne)sigurnosti vezanim uz iznos buduće mirovine i životnog standarda koji bi u mirovini potencijalno imala. Liječnica upravo taj osjećaj (ne)sigurnosti za mirovinu navodi i kao jedan od svojih razloga za iseljenje.

*Sad imam xx godina [dob blizu mirovine], otišla sam sa 50 godina. To nije lako, nije lako. Ja imam dosta godina, ja sad gledam za mirovinu...e da, sad mi je palo na pamet, nas troje kolega iz [ime bolnice], razlog je bio između ostalog i mirovina, jer se u Hrvatskoj cijelo vrijeme, svakih 6 mjeseci neko onako baci mrvicu pa se vi ljudi koljite, 'oće li biti' mirovinski stup prvi, drugi, treći ti ne mogu uzet' zato što je to tvoje ulaganje, ali neće biti za mirovine. I onda se nas troje, kolega je stariji od mene 4, 5 godina i kolegica je godinu dana mlađa, svi smo (naziv specijalizacije), onak' smo se pogledali, pa dobro mislim, šta ćemo mi radit' 40 godina, sa dežurstvima 47 godina ćemo raditi da nemamo mirovinu poštenu, pa to uopće ne dolazi u obzir. Dakle, to je jedan od razloga, sigurnost od mirovine. (iseljena liječnica)*

U sljedećim citatima očituje se aspekt (ne)brige za radnika/cu u smislu preopterećenosti, bilo brojem radnih sati bilo brojem radnih zadataka koje su po satu obavezni/e izvršiti.

Prizor koji opisuje iznimno teške uvjete u kojima liječnici/e ponekad rade vrlo slikovito dočarava kolikom su opterećenju izloženi zdravstveni/e radnici/e te napominje izostanak aspekta vrednovanja takvih napora kad kaže *ne da te netko neće potapšati po ramenu, i sve, tako da ni ne znaju oni u kojim uslovima radiš.*

*I znam k'o jučer, jedanput ja dođem tamo u noćnu i bila su ta dva... u tom momentu su ta dva doktora, a ja sam bio sam recimo noću. Ja ulazim... dolazim u osam da ih mijenjam. Vidim krcato. K'o da je bitka na Neretvi, razumiješ? K'o ranjenici leže, ali stvarno je tako bilo. Nikad neću zaboraviti. Ulazim, prolazim i dolazim do naše kuhinje, prolazim masu pacijenata i mislim u p\*\*\*\* m\*\*\*\*\* tko će ovo sad i tko će ovo riješiti do zore i ulazim u kuhinjicu i njih dvoje su bili, jadni skupili se negdje na nekom kauču. U kuhinjici je bio kauč i izgledaju kao da su iz pakla i oni. I kažu, hvala Bogu da si došao, kao, mi smo gotovi. Mislim stvarno su ljudi imali ono...k'o da su granatirani u ratu. Nevjerojatno.... Doktorica je bila otkopčana, sva ono crvena. To neću zaboraviti. Ono, sve krcato... krcato pacijenata. I onda oni nisu išli u 8 doma, nego 'ajde još ću ovoga riješiti, još ću onog. Mi smo, oni bi ljudi produživali dva sata... Dobit ćeš ne znam koliko para ćeš dobiti, recimo, a tamo se produžuju dva sata. To je, ne da te netko neće potapšati po ramenu, i sve, tako da ni ne znaju oni u kojim uslovima radiš. (iseljeni liječnik)*

Sljedeći citat govori o nebrizi za radnika/cu u više aspekata, a ističemo dio u kojem liječnica govori o aspektu preopterećenosti brojem zadataka po radnom satu.

*Meni je radno vrijeme bilo od 7 do 3, da sam ja ostajala do 5, to nikog ne zanima. O čem' pričamo uopće, to je mašta da bi se to plaćalo, ali nisam čak niti trebala ostajati, nego jednostavno u tih 8 sati radnog vremena je uvijek 5 stvari istovremenih bilo hitnih. Uvijek. (iseljena liječnica)*

#### **4.2.3.2. Vrednovanje učinka pozitivnim/negativnim sankcijama**

O percepciji vrednovanja njihova rada našim smo sugovornicima/ama postavljali pitanje uključeno u protokol intervjua: „Je li vaš rad i trud, općenito uzevši, u Vašoj radnoj sredini bio prepoznat? A nagrađen?“

Prvi od citata koje na tu temu izdvajamo direktno imenuje izostanak vladavine meritokracije, premda istraživačica tu riječ nije nijednom upotrijebila tijekom intervjua, zbog čega smatramo taj odgovor tim vrijednijim. Liječnica adresira taj problem kao jedan od ključnih, ne samo u zdravstvenom sustavu, već i u širem društvenom kontekstu, što smatramo naročito važnom poantom koju ćemo detaljnije razložiti u raspravi. Naime, izostanak primjene meritokratskih principa jedan je od aspekata koji, zajedno s još nekim aspektima, sudjeluje u kreiranju atmosfere beznađa i razočarenja koju ćemo više puta spominjati tijekom izlaganja rezultata, ali i rasprave o rezultatima. Drugim riječima, to je jedna od tema koja ima karakteristike transverzalnosti jer se provlači kroz brojne teme o kojima smo razgovarali s našim sugovornicima/ama.

Nadalje, smatramo važnom i svjesnost spomenute liječnice da je to pitanje sustava, odnosno, možemo drugim riječima reći, pitanje upravljanja tim sustavom. Također je značajan i uvid o tome da iz takva sustava odlaze oni koji su *izvršni*, što onda čini štetu sustavu i njegovim korisnicima/ama i radnicima/ama. Taj je uvid tim više važan kad govorimo o efikasnom i adekvatnom upravljanju zdravstvenim sustavom – možda odlaze upravo oni koji imaju najviše sposobnosti, resursa i motivacije za promjene u sustavu i za promjene u upravljanju, čime iseljavanje čini dodatnu posrednu štetu dobrobiti sustava.

Za naše je istraživanje važan i iskaz spomenute liječnice o tome da u Hrvatskoj ostaju oni koji su se zapravo adaptirali na sustav koji nije meritokratski i koji svoje radnike/ce motivira da rade manje i lošije, a ne više i bolje.

*Ne, ne, to je ti ono, to mislim da će ti većina ljudi reći da je jedna od glavnih mana i to vjerovatno ne samo u zdravstvu. U Hrvatskoj ne vlada meritokracija, znači sustav definitivno nije meritokratski i uopće nema onu ugrađene mehanizme da kazni, mislim da kazni loše u radnom smislu i nagrađuje izvršne i to je jedan, tu se zapravo gubi izvršnih. Ne mislim sad sebe, mislim općenito, mislim a zapravo ti ostanu ljudi koji nisu dovoljno, uvijek ćeš ti imati, kako bih rekla, jednostavno neki drive ljudima koji će biti izvršni i u Hrvatskoj ali jednostavno to ti se istroši negdje u globalno kad gledaš će ti stvarno, koji su dobri u nekom trenutku odustati, pa će otići ili privatno nešto drugo nešto drugo raditi, znaš? Nekim ljudima, sustav ih se ne može riješiti i oni će uvijek ovdje ostati jer im nikad neće biti bolje, to zaista mislim. Ja imam kolega koji zaista meni su, koji su ljudi dragi, nije to sad stvarno ništa osobno, ali kojima ja ne bih*

*preporučila nikada da idu van raditi jednostavno ono čupaju ili bi se morali za 150 promijeniti ili bi dobili radnika, mislim, nitko ne bi bio bezobrazan prema njima... ili bi dobili radnu knjižicu nakon par tjedana. Jednostavno ne možeš doći na posao i smatrat da si ti tu, pa znaš ono... Jednostavno njima je sustav idealan jer će uvijek dobivati super plaću, istu plaću, nitko ih neće ništa pitati i tu će biti do penzije, neće oni, neće oni milom otići. (iseljena liječnica)*

Kako je prethodni citat bogat iskazima koji dobro ilustriraju mnoge važne aspekte teme vrednovanja radnog učinka, navest ćemo samo još dva citata za ilustraciju razmatranog aspekta.

U prvom od njih iseljeni liječnik konciznom poantom potvrđuje osjećaj uzaludnog ulaganja truda na poslu jer *ni'ko ti nikad neće reći hvala*. Premda su mnogi/e zdravstveni/e radnici/e govorili/e i o osjećaju zakinitosti za dovoljnu financijsku nagradu za uloženi trud i rad, pa često i proživljeni stres zbog prirode posla, često smo nailazili i na isticanje poante o važnosti ne-financijskog oblika vrednovanja, odnosno osjećaja da radna okolina i nadređeni/upravljači pokazuju da je trud i rad prepoznat.

*Naravno, puno stresa cijelo vrijeme na poslu, bez obzira šta ti radiš, koliko radiš, ni'ko ti nikad neće reći hvala. (iseljeni liječnik)*

Citat koji ukazuje i na suprotne primjere u sustavu govori o osjećaju prepoznavanja uloženog rada i truda, ali također ističe izostanak konkretne nagrade te prepoznaje da sustav nema mehanizme za takvo nagrađivanje.

*Vjerujem da se na sličan način uz neke manje varijacije na više-manje svim zavodima funkcionira stvar i u principu da, mislim da sam korektno radila i znam da je to bilo prepoznato, ali nekakve druge specifične nagrade nisam dobivala niti vidim prostora, odnosno mogućnosti u ovom našem sustavu, za sada mislim mogućnosti, tako da smo bili plaćeni na vrijeme. Plaća u vanbolničkoj hitnoj je izvrsna. Plaćeni su svi prekovremeni. Tu nije bilo nikakve brige oko toga, tako da stvarno s te strane nemam niti jedne zamjerke. (iseljena liječnica)*

Kod teme vrednovanja i prepoznavanja uloženog rada i truda istaknuli bismo još jedan vrlo specifičan aspekt te teme, a koji se pojavio tijekom intervjuiranja i obrade i analize podataka. Smatramo ga vrlo zanimljivim, a također se i vrlo konzistentno pojavljivao u iskazima pa ćemo ga ovdje opisati. Naime, radi se o specifičnom položaju anesteziologa/inja u zdravstvenom sustavu koji/e su redom izvještavali/e o tome da, budući da se njihov rad odvija dok pacijent/ica

nije pri svijesti, pacijenti/ce uglavnom nakon buđenja i oporavka ne znaju da je i anesteziolog/inja bio/la onaj/a koji/a je ključno doprinio/ijela ozdravljenju. Kako se često radi o teškim stanjima nakon kojih pacijenti/ce osjećaju visoku razinu zahvalnosti prema onima koji su ih zbrinuli, tu zahvalnost uglavnom imaju potrebu i iskazati nakon uspješnog oporavka. Međutim, anesteziolog/inja tu ostaje u sjeni, jer pacijent/ica nema informaciju o doprinosu koji je dao te pacijentova/ičina zahvalnost do njih vrlo rijetko ili nikad ne dopre, već većinom adresira operatere/kirurge i medicinske tehničare/medicinske sestre koji/e su pacijenta operirali/e i njegovali/e.

Ne sumnjamo da to nije jedina skupina radnika/ca čiji je rad slabije prepoznat, naprotiv, takve smo iskaze dobivali i za rad i doprinos medicinskih tehničara/medicinskih sestara, o čemu više govorimo na drugim mjestima. Također, svjesni smo da ima još takvih grupa, no u našem su istraživanju te dvije skupine u tom smislu došle do izražaja, a smatramo korisnim i uputnim za buduća istraživanja tu temu dublje istražiti kako bi se i takve skupine moglo efikasnije prepoznavati i vrednovati, a za što je, naravno, potrebna volja upravljača/ica kod primjene takvih principa.

Sljedeći citat jasno ilustrira sve prethodno opisano i adresira još jedan aspekt te teme, a to je izostanak kolegijalnog prepoznavanja rada i truda koji ulažu anesteziolozi/ginje. Anesteziologinja koja daje ovaj iskaz osjeća takvo ponašanje kao nekorektno i kao preuzimanje zasluga za tuđi rad i trud. Taj aspekt vrednovanja i nagrađivanja također smatramo značajnim te uputnim uključiti u mehanizme upravljanja ljudskim resursima: jasno imenovanje što je čija zasluga.

*Onda, recimo, pacijent leži u intenzivnoj i onako, na primjer, mjesec dana, i vi ga zbrinete. Ono, bude životno ugrožen, i vi ga ono zbrinete, izliječite i sve, i onda ga vratite na odjel. A pacijenti se najčešće tog stanja u intenzivnoj ili vrlo slabo ili se ne sjećaju. I onda, na primjer, dođe kirurg, i on preuzme zasluge, i onda vi, mislim, mene stvarno nije briga za ta čašćenja, i to mi je najmanja stavka, ali onda vi dođete na odjel, i onda taj pacijent počastio kirurga, zahvaljuje se svima, piše čestitke, a vas nitko ne spominje. I onda, u biti, čak nije ni taj pacijent kriv, nego tu, recimo, najviše osjećam nekakvu frustraciju onda prema tom kirurgu i prema tim sestrama na tom odjelu da ne kažu ono, gledajte, vas ono su spasili u intenzivnoj, nismo vas mi. Preuzmu naše zasluge. Onako, uopće mi kao da ne postojimo tamo, onako... Kao da uopće, kao struka, ne*

*postojimo. Ali evo, u tom slučaju, u tom smislu, onako definitivno mislim da će vam svaki anesteziolog reći da njegova struka nije prepoznata. (iseljena liječnica – ne razmišlja o iseljenju)*

*Za anesteziologe nitko nije čuo osim kad idu na operaciju, ali zapravo da. Mogu reći da da.... Ljudi ne znaju ni izgovorit anesteziologija, a kamoli da znaju šta je to. (iseljena liječnica)*

#### **4.2.3.3. Politizacija struke i upravljačkih pozicija**

O problemu politizacije struke i upravljanja zdravstvenim sustavom može se mnogo saznati već i površnim praćenjem medija na te teme, a također je o tom aspektu direktno govorio i predsjednik Hrvatske liječničke komore, kojeg smo uvodno intervjuirali u našem istraživanju kao jednog od onih koji imaju drugačiju vrstu uvida u problematiku koju istražujemo. On je pritom naveo kako politika direktno utječe na izbor upravljača na visokim, ali čak i nižim razinama upravljanja, pa čak i do razine šefova odjela.

Navodimo ovdje samo nekoliko iskaza iseljenih liječnika/ca koji ukazuju na njihovo prepoznavanje tog problema, a slične se iskaze može susresti u brojnim citatima kroz poglavlje „Rezultati istraživanja“, stoga ih ovdje nećemo ponavljati.

*Ali zato naša medicina je jako ispolitizirana i svi doktori koji su na vrhu piramide moraju biti politički moćni, politički aktivni. Inače ne mogu doći do tamo. (iseljena liječnica)*

*Ono kad dođeš na specijalizaciju pa se krene komentirati politika, vidjelo se odmah tko kud pripada. (iseljena liječnica)*

*Tu ovdje [u zemlji iseljenja] uopće ne osjetim da recimo posao u bolnici je vođen nekim političkim igrama i vodama. Cijelo vrijeme se osjetio [u Hrvatskoj] taj neki utjecaj. (iseljena liječnica)*

Navodimo i dva citata koji ukazuju na pozitivne primjere upravljanja u zdravstvenom sustavu. Oba citata pozitivne primjere stavljaju u kontekst iznimke (*svijetla točka hrvatskog zdravstva; takvu šeficu znači, rijetko tko može naći*), stoga na neki način također ukazuju na to da je neadekvatno upravljanje pravilo. Također, u oba iskaza vidimo spremnost dodatnog ulaganja volje i truda te kooperativnosti u slučajevima zadovoljstva stilom upravljanja i trudom i radom koji ulažu oni koji su na upravljačkim pozicijama.



*U principu, meni je znači šefica koja je meni tada bila, koja je sada ravnateljica Zavoda, o njoj imam samo riječi hvale. Znači, doktorica [prezime] je stvarno i kao liječnica i kao rukovodeći izvrsna i opet jedna svijetla točka hrvatskog zdravstva. Ja to stvarno ne govorim olako tako da samo riječi hvale imam za nju i za način na koji nas je educirala i razgovarala s nama o pacijentima itd. Uglavnom, tako da kad god bi mene ona u principu zvala za nekakvu dodatnu smjenu jer smo radili jako puno prekovremenih kad je bio povod i tako dalje, uvijek bih.. uvijek bih uzela tu smjenu bez iznimke. Možda jedanput nisam uzela u godinu i par mjeseci jer sam znala da u jednom trenutku, ako meni bude trebalo oslobodit par dana bez da koristim recimo godišnji, da se tako iskombiniraju smjene, znači da ja opet odradim satnicu i prekovremene i da imam tri dana slobodno da mogu uzeti, nije važno, ili ako mi nešto treba obaviti da znam da će to 99% biti moguće. Tako da, eto. Rekla bih upravo to, koliko daješ toliko dobiješ. (iseljena liječnica)*

*Pa, na [ime odjela] stvarno mogu reći da sam imala prekrasnu, znači, glavnu sestru. Ona isto, prije par godina, pred mirovinu, završila je doktorat sestrinstva. Znači, sve... i stvarno, žena je... ja kažem, takvu šeficu znači, rijetko tko može naći, znači, smirena i pametna i što ja kažem, pravi autoritet. Po meni, poštovanje se ipak zaslužuje, ne ide po defoltu, tako to kod mene tako funkcionira... kod mene vrijedi pravilo, ne da ću ja sad biti nekulturna, bit ću ja kulturna, prema nadređenima i sve, ali to ne znači da ću imati respekta prema toj osobi ako to nije zaslužila... znači, ona stvarno... ova žena je stvarno bila, mogu reći... ona je bila dva puta glavna sestra i sve, stvarno nevjerojatna žena, i kao osoba i kao šef. (iseljena medicinska sestra)*

#### **4.2.3.4. Korupcija i nepotizam u zdravstvenom sustavu**

Tema korupcije i nepotizma također je jedna od onih koja se provlačila kroz više od jednog područja o kojem smo govorili s našim sugovornicima/ama te stoga ima karakteristike transverzalnosti. Kao posebno izdvojenu ponovno ćemo ju izložiti u potpoglavlju o društveno-političkom kontekstu, ali se ona pojavljivala u nekoj mjeri u svim područjima intervjua. Važno je napomenuti da našim sugovornicima/ama nismo nijednom spomenuli riječi „korupcija“ i „nepotizam“ prilikom postavljanja pitanja. Pitanja koja smo na tu temu postavljali glasila su ovako: „Čini li vam se da u ovom smislu generalno (u zdravstvenom sustavu) vladaju principi pravde i poštenja? Imate li osjećaj da se napreduje u skladu s uloženim radom i stečenim

kompetencijama i kvalifikacijama? Jeste li imali dojam da su na napredovanje u karijeri utjecali kriteriji koji nisu imali veze sa strukom i kompetencijama?“

Iseljena medicinska sestra u sljedećem citatu govori o korupciji prilikom zapošljavanja, odnosno o vlastitoj nemogućnosti da se zaposli budući da je sve *preko veze* i treba se negdje *učlaniti* da bi se dobila prilika za zapošljavanje. Ona taj razlog navodi kao jedan od svojih ključnih razloga za iseljenje jer – *da se sad učlanim u neku stranku, to baš nisam htjela*. Dakle, kako smo već spominjali, i izdvojeni iskaz ukazuje na tezu da su iseljavanju skloniji oni koji se sustavu u kojem su u tolikoj mjeri prisutni korupcija i nepotizam ne žele ili ne mogu prilagoditi zbog vlastitog sustava vrijednosti.

*Kao prvo, to što sam...ja kako sam završila, ja se nisam odmah odselila za [ime zemlje iseljenja], to je bilo, ne znam sad točno koliko je prošlo... znači, ja sam to produžila i tu zadnju godinu sam radila kao student i ostao mi je samo završni rad da ga upišem, i tako sam ja to obranila i sve, i ostalo mi je, eto, bilo je par mjeseci kad sam otišla u [ime zemlje iseljenja], možda čak i više, nema natječaja, jednostavno nema, nigdje se ne traži, ako čuješ negdje nešto, to je naravno preko veze, javi se tu, javi se tamo, učlani se tamo, jer eto, jedino tako, znam par njih sa fakulteta koji su ostali, znači tamo kako smo radili praksu tako su oni jednostavno i ostali na tom radnom mjestu, eto, uklopili su se nekako, malo su se sprijateljili tamo, pa malo povuci potegni i eto. Tako, ali stvarno njih jako malo moje generacije se zaposlilo u [ime grada] na toj poziciji kao viša sestra, njih stvarno jako malo, njih dvije su možda u patronaži i ovi ostali su na moru, Zagreb, Njemačka, Irska, vidim, baš onako sam bila tamo par mjeseci i razmišljam, nema, i sad, da gubim vrijeme, da čekam... A opet, da se sad učlanim u neku stranku, to baš nisam htjela, tako da evo ovdje i rodbine, probati, ako ide, ide, ako ne, mogu se vratiti. (iseljena medicinska sestra)*

Sljedeća dva citata iz intervjua s iseljenim liječnicama također govore o percepciji korupcije i nepotizma u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Posebno zanimljivim izdvajamo dio drugog citata koji kaže: *To je kao feudalno društvo neko*. Liječnica, dakle, primjećuje nesklad između razvijenosti hrvatskog društva po nekim drugim parametrima i visoke razine korupcije.

*Imala sam dojam da neki specijalizanti imaju veće zaleđe i znam konkretno odakle su došli, 'ko su im roditelji...znate ono, to je, ne optužujem nikog, ali to se nekako vidi, mislim ne znam. (iseljena liječnica)*

*Ovaj, pa mislim, meni bi bilo normalno da među razgovorom s kolegama ja čujem za neke natječaje, osobito, ne znam, neke atraktivne, hematologija i endokrinologija, je li to otvoreno ili to za nekoga. Pa kak' to mislim.. to je meni smiješno uopće da ja sad razmišljam jel' ja se smijem prijaviti. To je kao feudalno društvo neko. (iseljena liječnica)*

Kao posljednji izdvajamo citat koji progovara o korupciji u odnosu pacijent–liječnik, što nije primarno u fokusu našeg istraživanja, ali nalazimo zanimljivim prikazati i taj dio funkcioniranja zdravstvenog sustava u kojem se također ogleda korupcija, kao jedna od transverzalnih tema u našoj analizi. Naime, liječnik govori o tome da čak i kad odbija poklone koje pacijenti/ce iz zahvalnosti ili osjećaja obveze donose liječnicima/ama, tim činom nanosi nekakvu štetu pacijentu/ici koji/a se onda muči preispitivanjem je li njegov poklon dovoljno dobar „za doktora“. Smatramo da taj primjer dobro prikazuje, kako i sâm liječnik kaže, duboku ukorijenjenost principa korupcije, nepotizma i klijentelizma u sustav (ne samo zdravstveni) na koje je teško utjecati čak i onda kad pojedinac to želi. Ta nemogućnost promjene, a pogotovo kod onih čiji su vrijednosni sustavi u neskladu s koruptivnim principima, može opet pridonositi često spominjanom osjećaju beznađa u promjenu u našim rezultatima, a posljedično utjecati i na proces donošenja odluke o iseljenju.

*Onda imate problem da, ako vi ne primite to piće, ta osoba se uvrijedi. Onda ona razmišlja na način, joj, pa to što sam ja doktoru donio to nije dovoljno dobro za njega, to je način razmišljanja u Hrvatskoj, ako vi odbijete. I to vam je, to je onda problem, znači koliko je to kod nas ukorijenjeno... I to je nešto što je jako, jako teško za promijeniti. (iseljeni liječnik)*

#### **4.2.4. Organizacijski kontekst stranih zdravstvenih sustava**

Kako bismo jasnije prikazali zašto smatramo da je tema organizacijskog konteksta stranih zdravstvenih sustava od tako velikog značaja kod traženja razloga iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, navest ćemo ovdje i iskaze nekih od iseljenih zdravstvenih radnika/ca koje su dali/e na pitanje o eventualnoj namjeri povratka u Hrvatsku, kao i iskaze koje su dali/e bez postavljenog pitanja od strane istraživačice o iskustvima rada u stranim zdravstvenim sustavima i koje su onda, također spontano i bez upućenih im pitanja, komparirali s iskustvom rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Navodimo opasku o tome da ih nismo poticali pitanjima i potpitanjima jer smatramo da zbog toga ovi odgovori dodatno dobivaju na težini i govore o jakoj potrebi iseljenih zdravstvenih radnika/ca da se čuje njihov glas o toj temi. Također se u tom

aspektu dobivenog materijala vidi i prednost odabrane metode polustrukturiranog intervjua koja je dopustila istraživačici i sugovornicima/ama slobodu razgovora i o temama koje nisu inicijalno bile predviđene protokolom intervjua.

U sljedećim odlomcima prvo prenosimo dio odgovora na pitanje „Kakva su vaša razmišljanja o mogućnosti povratka u Hrvatsku?“, nakon kojega smo, u slučajevima da se pojavila potreba, ponekad postavljali i sljedeća potpitanja i poticaje na opširniji odgovor: „(ako da, kad otprilike...kroz nekoliko godina...kasnije...u mirovini?) Što bi najviše moglo utjecati na to da se odlučite vratiti?“ U ovom potpoglavlju prenosimo samo onaj dio odgovora na prethodno pitanje koji najbolje oslikavaju koliko bi organizacijski kontekst (hrvatskog) zdravstvenog sustava mogao utjecati na mogućnost povratka iseljenih zdravstvenih radnika/ca u Hrvatsku, a onda posredno i na percepciju neiseljenih zdravstvenih radnika/ca o toj temi.

Sljedeći citat jasno govori o neprihvatljivosti rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu kakav on trenutno jest za jednu mladu liječnicu, sustavu u kojem nije željela niti pokušati raditi zbog percepcije koju je o toj temi stekla već tijekom studija medicine. Tu također nailazimo i na percepciju rodno uvjetovane diskriminacije koju mlada liječnica očekuje kao dio iskustva rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu, a pogotovo vezano uz kirurške grane, kako je implicitno navela:

*Vratila bi se, ali iskreno, vratila bih se isključivo u privatni sektor za dobru plaću. Ne bih se ja vratila u državni... ali tu [u državni sektor] kad bih se ja vraćala kao gotov specijalist, onda ja moram određivati pravila, a ne poslodavac. Jer ako se vratim kao subspecijalist, sad karikiram... ne znam, kirurgije [naziv subspecijalizacije] za deset godina, onda ja određujem. Onda, onda nema više raditi ćeš ambulantu, raditi ćeš ovo, ti si žena. ... Znači, ne bih se vratila da mi netko kaže, 'ti si žena, radi ambulantu.' To nema šanse. Vratila bih se iskreno da je okej plaća za hrvatske standarde. Naravno, ne možemo to uspoređivati više s [naziv zemlje iseljenja] jer je to nemoguće usporediti, ali za hrvatske standarde da je okej plaća, da mogu se profesionalno razvijati, da mogu operirati, a ne da radim neke pomoćne poslove starijih muških kolega, onda bih se vratila. Ali ako ta tri uvjeta neće biti zadovoljena, onda nema šanse. (iseljena liječnica)*

Dakle, tri uvjeta koja mlada iseljena liječnica navodi kao nužna za eventualni povratak i zaposlenje u Hrvatskoj bila su sljedeća: visina primanja, mogućnosti željenog profesionalnog

razvoja te izostanak rodne diskriminacije (*nema više raditi češ ambulantu, raditi češ ovo, ti si žena; da mogu operirati, a ne da radim neke pomoćne poslove starijih muških kolega*).

Odgovori koji povezuju rad u kirurgiji s rodno uvjetovanom diskriminacijom (bilo da je riječ o natjecajima za kirurške specijalizacije ili iskustvu tijekom specijalizacije ili pak kasnijem radnom iskustvu kao specijalistice kirurginje) pojavljivali su se više puta tijekom našeg istraživanja. O toj ćemo temi najopširnije izlagati u poglavlju u kojem ćemo izložiti integrativnu temu sistemskog nasilja. Osim toga, u prethodnom citatu nailazimo i na jedan od također značajnih (ali ne i najznačajnijih) čimbenika iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, a radi se o razini zadovoljstva visinom primanja, naročito u usporedbi s primanjima u zemljama iseljenja. Budući da smo tu temu povezali s općenitijom temom zadovoljstva životnim standardom, ona će biti izložena u potpoglavlju o kvaliteti života, djelomično i stoga što su upravo sudionici/e istraživanja kao jednu od prvih asocijacija na upit o kvaliteti života imali upravo razinu životnog standarda, kupovne moći i mogućnosti rješavanja stambenog pitanja.

Sljedeći citat također uključuje i neke dodatne zanimljive aspekte, osim onog koji nam je ovdje u fokusu, a to je izostanak bilo kakve želje za ponovnim radom u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Naime, jedan iseljeni liječnik govori i o politiziranosti zdravstvenog sektora i upravljanja njime (što najviše osjećaju, kako taj liječnik kaže, velike bolnice), a što je također jedan od naših važnih okrupnjenih kodova/potkategorija koji ćemo prikazati nešto kasnije u ovom potpoglavlju. Osim toga, liječnik spominje i neke specifičnosti iskustva rada u velikim bolnicama (što se odnosi na rad u kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima), a što je jedan od zanimljivih rezultata proizašlih iz našeg istraživanja te ćemo ga također u više navrata prikazati u tekstu koji slijedi, naročito u okviru druge potkategorije ove teme, pod nazivom „uvjeti rada“. Skrenuli bismo još pažnju i na to da iseljeni liječnik spominje izostanak nade, što je također nit koja se provlačila kroz mnoge naše intervjuje, kako s iseljenima tako i neiseljenim zdravstvenim radnicima/ama, a odnosila se i na izostanak nade u promjene nabolje u zdravstvenom sustavu i na izostanak nade u promjenu nabolje u općoj društveno-političkoj klimi, o čemu ćemo najviše izlagati u temi naziva „društveno-politički kontekst“.

*Nekako mi se činilo da gledam u stanju jednako tako kroz prizme bolnice, pošto bolnica...velike bolnice najbolje osjete promjenu političke situacije. Za promjenu ljudi, kao što sam ja doživio, ali ja bih čak rekao besperspektivnog, bar što se mene tiče, u neku nadu će nešto biti bolje, što*

*uključuje i organizaciju i financijski aspekt liječnika i naravno, opterećenje posla. Tako da ja bi rekao, osim što mi nije žao što sam otišao u [zemlja iseljenja], ne vidim se... da bi se... ne vidim scenarij u kome bi se ja vratio u Hrvatsku, osim ako nisam penzioner koji dolazi 6 mjeseci u Hrvatsku, 6 mjeseci u [zemlja iseljenja], inače ne... ne mogu, generalno bi rekao loše... (iseljeni liječnik)*

Odgovor o eventualnom povratku u Hrvatsku u razdoblju mirovine, kao i želja/mogućnost da se takav boravak u Hrvatskoj kombinira s boravkom u zemlji iseljenja, pojavljivao se u mnogim odgovorima na pitanje o mogućnosti povratka.

Sljedećih nekoliko citata uvodi i neke nove zanimljive momente, a koji su se također provlačili i kroz mnoge druge intervjuje: kontrast organizacijske komunikacijske kulture u stranom i domaćem zdravstvenom sustavu, visina primanja zdravstvenih radnika/ca te veće mogućnosti za poduzetništvo u zdravstvu, odnosno za pokretanje vlastitog obrta.

*Vrlo brzo nam je postalo jasno da nema šanse da se vratimo. Prvo zato što mi je na poslu [u zemlji iseljeništa] stvarno lijepo, što zapravo sam prvi put vidjela da razgovor između ljudi može biti argumentiran i vođen bez emocija. Ovo zaista jest jedan, jedna druga komunikacijska kultura. (...) Da, ali ja vama ne mogu opisati, kada vi dođete do novaca do kojih čovjek u inozemstvu dođe, na koji način, mislim možda i ljudi koji u Hrvatskoj imaju novaca ne bi nikad doživjeli tu transformaciju, razumiješ, koju sam ja doživjela ovdje sa prelaskom u jedan potpuno drugi ekonomski status. Mislim ne bi se vratila na onaj prvi, ne, nema više ništa da mi neko kaže, gle, imat ćeš najbolje moguće uvjete rada, ali moraš pristati na život sa onim novcima koje si nekada imala, ja bih rekla radit ću 100 puta u težim uvjetima, ali ne želim više gledati od prvog do prvog na račun da li imam dovoljno, hoću li ili neću imati za ljetovanje, ma nemam, to ne može biti, kužiš, ja jednostavno želim, kad moj sin kaže mama ja bih ovaj vikend u Pariz, da ja kažem: dobro sine, idi u Pariz, jer on ima curu. Hajde sine, idi u Pariz, mislim to je nešto posve drugo, ne mogu vam to... (iseljena liječnica)*

*Ali kažem, bilo bi lijepo jednog dana kada bi se nešto promijenilo, kada bi stvarno bilo malo drugačije da čovjek može tamo živjet' i radit' od tog onako normalno, a ne od mjeseca do mjeseca onako svaku kunu brojati i ne znam, za godišnji planirati joj hoću li moći ići ili neću, ovako onako, ne znam, to je nekako to što me najviše odbija, živim stvarno bez problema i*

*razmišljanja o tom, hoću li imati za nešto, neću li imati za nešto, hoću li priuštiti. (iseljena medicinska sestra)*

Slabe uvjete u Hrvatskoj za pokretanje vlastitog obrta (a u koje bi se upustila zbog neprihvatljivosti ideje da ponovno radi u hrvatskom javnom zdravstvenom sustavu) istaknula je jedna iseljena medicinska sestra koja ima poduzetničke ambicije, a ne vidi realnom mogućnost da se u tom smislu ostvari u Hrvatskoj:

*Evo recimo, znači ovdje, osim što čovjek ima priliku, naći ćete kvalitetnog poslodavca. Znači, tu imam priliku kako ću naći, postati... znači otvoriti svoju firmu. A može da u Hrvatskoj postoji takva mogućnost, recimo za sestre, možda. Možeš otvorit' firmu u tom smjeru... to je recimo super. (iseljena medicinska sestra)*

Na takav odgovor nismo naišli kod iseljenih liječnika/ca te smatramo zanimljivim da se pojavio samo kod iseljenih medicinskih tehničara/medicinskih sestara, a moguće je da upućuje na slabije podržanu poduzetničku klimu u Hrvatskoj što se tiče pokretanja privatnih ustanova koje bi bile u području stručnog djelovanja medicinskih tehničara/medicinskih sestara, negoli pokretanja privatnih ustanova kakve spadaju pod liječničke ingerencije.

Slijede citati o različitostima iskustva rada u stranim i u hrvatskom zdravstvenom sustavu koji su se dogodili iz spontanih komentara naših sugovornika/ca, dakle bez ikakvog poticanja pitanjima i potpitanjima. Gotovo svi/e iseljeni/e zdravstveni radnici/e imali/e su potrebu, u rasponu od blage do vrlo snažne, govoriti o svojim, u velikoj većini slučajeva znatno pozitivnijim, iskustvima rada u stranim zdravstvenim sustavima od onoga kakvo su doživjeli u Hrvatskoj, te ih stoga ovdje navodimo nekoliko kao ilustraciju.

Tako jedna iseljena liječnica govori upravo o temi koju ćemo adresirati u posljednjem potpoglavlju ovog poglavlja pod temom „sistemska nasilje“ i potkategorijom koja govori o prebacivanju odgovornosti sa sustava na pojedinca. Liječnica govori o načinu normiranja stručnog/znanstvenog rada, odnosno o uključivanju vremena koje je zdravstvenim radnicima/ama potrebno za usavršavanje u radnu normu, što u hrvatskom zdravstvenom sustavu nije slučaj te radnici/e moraju takve poslove obavljati u svoje slobodno vrijeme.

*Ako sad usporedim s [ime zemlje iseljenja], onda je to katastrofa. Kad sam ja otišla, onda se radno vrijeme, odnosno, maksimalna satnica od 40 sati tjedno nije poštivala. Nije se poštivala, a*

*nije se ni plaćala kao ekstra. ... ovdje radim, sad ćete se smijati – dva i pol dana u tjednu. Tako je, dobivamo dodatne sate za čitanje članaka. Dobivam dodatne, mislim znači to sve ulazi u satnicu, u tjednu satnicu, on call isto dobivaš dodatne sate, na satnicu, tako da fizički kad gledam, ja sam 2 i po dana na poslu. ... Znači, radim 25 sati u tjednu, fizički sam na poslu s pacijentima. (iseljena liječnica)*

Sljedeći citat ističe zanimljivu poantu o definiciji točke u kojoj možemo reći da u zdravstvenom sustavu nastupa kriza, a što je točka (prema njezinu iskustvu rada u stranom zdravstvenom sustavu) u kojoj zdravstvena usluga pada ispod minimuma standarda koje određuju stručna društva.

*To je sad... hmmm, bilo je trenutaka kad nismo imali lijekova [u hrvatskom zdravstvenom sustavu]. Pa je onda jedan lijek koji se daje, nebitno, smo imali jednu bočicu, tipa kome je trebao smo onda nositi iz jedne sale u drugu, mislim... Pa onda, ja to sve povezujem s nedostatkom novca. I nedostatkom određenih standarda koji moraju postojati da bi usluga, pa tako i moja usluga, ili vaša, ili obučara, svejedno, bila kvalitetna. Dakle, standardi moraju postojati. Ako netko nema novaca, onda je najjednostavnije reći, gle, ne mremo radit', nemamo novaca. Ali opet će, pacijent će bit taj koji će patit'. E sad, ovdje se nikad, ali nikad se nije desilo – nema. To jednostavno ne postoji. I to je razlika nebo i zemlja. Dakle, standard određuju stručna društva, bez obzira da li su ona u Engleskoj, Njemačkoj, Hrvatskoj, Japanu, stručna društva i komore. Minimum standarda. Ispod tog standarda se... kriza, nastaje kriza. Ali u Hrvatskoj to nije tako. Da li je novac krivo kanaliziran, mislim, sad možemo lamentirati do preksutra, ali znači ovdje postoji sustav koji kontrolira sustav. I kvalitetu. (iseljena liječnica)*

Iseljeni liječnik govori o temi koju su spominjali i mnogi/e iseljeni/e zdravstveni/e radnici/e, a to je različito iskustvo u vezi politiziranosti zdravstvenog sustava. Naime, često su govorili o iznenađenju koje su doživjeli u stranim zdravstvenim sustavima, a to je da *nitko ne priča o politici u bolnici*.

*Znači, u [zemlja iseljenja] nitko ne priča o politici u bolnici i ljudi koji rukovode bolnicama i odjelima apsolutno nemaju nikakve veze s politikom. ... Liječnici trebaju biti liječnici primarno i koncentrirati se na karijere i napredovanje, a ne na politiku, nažalost. (iseljeni liječnik)*



Iseljena liječnica govori i o jednom aspektu prebacivanja odgovornosti sa sustava na pojedinca, a to je financiranje usavršavanja, koje u hrvatskom zdravstvenom sustavu, prema iskazima naših sugovornika/ca, često izostaje.

*Ima se vremena i financijskih mogućnosti za napredovanje, recimo u [zemlja iseljenja], što bih izdvojila općenito za bolnice. Financijski znači daju potporu specijalizantima za različite tečajeve, ako se želiš dodatno obrazovati u nekom drugom području. Mislim da se radilo o 1.500 EUR godišnje. Kod nas, čini mi se da tako nešto još ne postoji, pa, ne postoji. (iseljena liječnica)*

Smatramo da stavovi koje iseljeni/e zdravstveni/e radnici/e imaju o radu u hrvatskom zdravstvenom sustavu nakon iseljenja mogu imati posredni utjecaj na pojavu iseljavanja zdravstvenih radnika/ca jer putem svojih mreža kontakata koje održavaju s kolegama/icama u Hrvatskoj prenose svoje direktno iskustvo (bilo ono pozitivno ili negativno) rada u stranim zdravstvenim sustavima. Stoga u nekim dijelovima disertacije prenosimo i taj dio naših intervjua, koji govore o iskustvu života i rada u zemljama iseljenja, a o kojima su zdravstveni/e radnici/e većinom spontano govorili, uz iznimku odgovaranja na pitanje iz protokola intervjua koje se odnosi na eventualnu mogućnost njihova povratka u Hrvatsku i njihova trenutna razmišljanja o toj temi.

### **4.3. Društveno-politički kontekst**

*I onda smo muž i ja jednostavno počeli pričati o tome da smo mi čitav život čekali bolja vremena u našoj zemlji, koja se nikad nisu dogodila. (iseljena liječnica)*

Tema društveno-političkog konteksta kroz obradu i analizu dobivenog materijala počela se izdvajati kao sljedeća prominentna tema, uz temu organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava, kad govorimo o lociranju mogućih važnih čimbenika iseljenja hrvatskih zdravstvenih radnika/ca. Gore navedeni citat iz intervjua s jednom iseljenom zdravstvenom radnicom naveli smo kao ilustraciju onoga što smatramo esencijom svega što je dobiveni materijal na toj temi pokazao, a to je osjećaj beznađa i razočaranja društvenom klimom. Ono što nam je izrazito privlačilo pažnju tijekom procesa intervjuiranja te kasnijeg kodiranja transkripata jest isprepletenost osjećaja beznađa s mnogim temama o kojima smo razgovarali s iseljenim i neiseljenim zdravstvenim radnicima/ama te napominjemo da smo ju, premda je pod tom temom izdvojena kao jedna od potkategorija, ponovno izdvojili kao jednu od potkategorija integrativne

teme sistemskog nasilja o kojoj ćemo više reći pri kraju ovoga poglavlja, a koja se odnosi na javni zdravstveni sustav u Hrvatskoj. Dakle, ono što primjećujemo jest da se osjećaj beznađa, kao neka vrsta integrativnog ili transverzalnog koda, pojavljivao kod mnogih tema, a većinom su one okupljene pod glavnim temama organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava i društveno-političkog konteksta. Stoga smo smatrali značajnim istaknuti je ponovno u integrativnoj ili transverzalnoj temi sistemskog nasilja.

Tema društveno-političkog konteksta bila je inicijalno predviđena konceptualnim okvirom u nacrtu ovog istraživanja te je stoga bila i dijelom protokola intervjua kao blok pitanja koji se odnosio ne samo na društveno-političku klimu i njezin potencijalni utjecaj na pojavu iseljavanja zdravstvenih radnika/ca nego i na dojmove naših sugovornika/ca o ekonomskoj situaciji i potencijalu Hrvatske te mogućem utjecaju na iseljavanje. Pitanja o ekonomskoj situaciji i potencijalu hrvatske države vrlo su se brzo kroz proces intervjuiranja pokazala kao jedna od onih na koja sugovornici/e nisu imali puno komentara, a često smo bili dojma i da ne razumiju sasvim smisao pitanja te smo nakon prvih nekoliko provedenih intervjua prestali postavljati ta pitanja. Za naše sugovornike/ce ta tema ili nije bila dovoljno relevantna u kontekstu teme koju istražujemo ili je bila postavljena preopćenito te nije bila relevantna za njihov osobni proces donošenja odluke o iseljenju, odnosno nisu je mogli povezati s osobnim iskustvom. Naši sugovornici/e teme zadovoljstva raznim aspektima ekonomske situacije u državi zapravo su prepoznavali u drugim blokovima pitanja i temama: kod teme kvalitete života spontano su progovarali o stupnju zadovoljstva svojim životnim standardom u Hrvatskoj (premda taj blok pitanja nije uključivao takvo potpitanje, ali su ga prepoznavali kao temu koja spada pod kvalitetu života), svojom kupovnom moći, kao i mogućnostima za rješavanje stambenog pitanja te često i o zadovoljstvu visinom svojih primanja. O posljednjoj navedenoj stavci govorili su, naravno, i kod razgovora o temama vezanima za iskustvo rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu, a najviše kod pitanja o osjećaju vrednovanja njihova uloženog rada i truda.

Dakle, kao četiri glavne potkategorije ove teme iskristalizirale su se sljedeće: osjećaj društvene (ne)pravde, beznađe i razočaranje stanjem u društvu, vrijednosna orijentacija sudionika/ca istraživanja te, kao četvrta potkategorija, ugled struke.

#### **4.3.1. Osjećaj društvene (ne)pravde**

Kod potkategorije osjećaja društvene (ne)pravde analizom smo identificirali tri ključna koda, odnosno aspekta koji na različite načine oslikavaju različita lica koja percepcija društvene (ne)pravde u hrvatskom društvu ima za sudionike/ce našeg istraživanja. Radi se o sljedećim okrupnjenim kodovima: korupcija i nepotizam u širem društvu, potom poštivanje meritokratskih principa i ljudskih prava te, kao treće, povjerenje u državni aparat.

#### **4.3.1.1. Korupcija i nepotizam u širem društvu**

Fenomeni korupcije i nepotizma u užem su se smislu u intervjuima uglavnom tematski javljali vezano uz zdravstveni sustav, stoga smo taj aspekt posebno izdvojili u prikazu teme organizacijskog konteksta, a ovdje prikazujemo jedan dio onih citata koji ukazuju na to da bi i prisutnost tih pojava u širem društvu mogla imati utjecaj na percepciju poželjnosti života u Hrvatskoj za zdravstvene radnike/ce, odnosno utjecaj u procesu donošenja odluke o iseljenju.

Sljedeći citat dobro ilustrira percepciju značaja pojave nepotizma čak i u sudbinskom (*ne'ko vam promijeni cijelu vašu sudbinu*), neposrednom smislu za individualnu egzistenciju i život u Hrvatskoj, a ne samo kao dio opće atmosfere u društvu koja ima više posrednu ulogu u procesima odlučivanja o iseljenju. Također se može primijetiti da iseljena liječnica govori i o klijentelizmu (*ne pod nečim da ste dužni ili da je netko dužan*), a pogotovo u kontrastu s iskustvom života i rada u iseljeništvu, gdje je doživjela drugačija iskustva.

*To je istina, da ne možete dobiti, mislim, ono, neko vam promijeni cijelu vašu sudbinu samo zbog toga što nemate, ne znam koliko, ili niste neko ili nemate roditelje, mislim, to je užas. I u principu tako funkcionira i kod doktora i kod svega u biti, nigdje ne možete otići bez neke veze, ništa ne možete napraviti. Znao sam, oslobodila sam se ovdje, da, nema toga i to je isto. Postoje neke veze i uvijek nekome pomognete i nešto, ali ne pod nečim da ste dužni ili da je netko dužan to ili ne morate, to je. (iseljena liječnica)*

Citat koji slijedi ilustrira frustraciju i nezadovoljstvo pojavama korupcije prilikom zapošljavanja, što se učestalo pojavljivalo kao komentar tijekom naših intervjua te je, kako smo spomenuli, većinom bilo vezano uz zapošljavanje u zdravstvenom sustavu, ali se također, kao u ovom primjeru, odnosilo i na dojam opće frustracije zbog prisutnosti te pojave u širem društvu.

*Ne možete se zaposliti ako niste u stranci, što nije normalno. Ne mogu vam reći, ne možete sad dobiti posao, sad je, ne znam, SDP na vlasti, pa jel' idemo po imenima ili po nekakvom znanju?* (iseljena medicinska sestra)

Idući komentar izdvojili smo zbog s jedne strane jednostavne, a s druge slikovite asocijacije koju nam je navela jedna iseljena medicinska sestra u sintagmi *politika–kriminal*, na što smo također učestalo nailazili kao dojam koji o političkoj sceni u Hrvatskoj imaju zdravstveni/e radnici/e te koji je toliko ukorijenjen i sveprisutan da je, kako zanimljivo kaže naša sugovornica, *urođen*, kao da niti ne poznaje životno iskustvo u kojem to ne bi bilo tako (radi se o sugovornici mlađe životne dobi). Zanimljiv aspekt koji ta sugovornica ističe vodi i prema osobnoj odgovornosti i informiranosti koja bi omogućavala adekvatnu političku participaciju.

*Meni, kad ste to sad spomenuli, meni to najviše asocira kao potpitanje: koliko je društvo općenito u politici? Koliko su oni zapravo informirani o tome i koliko imaju znanja o politici? I mislim da je to znanje nula. Jednostavno jer mislim da mladi uopće nisu obrazovani u smislu politike. Ja sam tu politiku u školi imala u smislu što je Sabor, što je zastava, koju dužnost obavlja, ali nema tu nekakve etike kako bi nešto trebalo biti. I ja sam isto... ja sam isto u tome neobrazovana jer mene to uopće ne zanima. Mislim da smo, da mi je urođeno da imam tu odbojnost da kažem politika–kriminal.* (iseljena medicinska sestra)

Osim toga, u nekim smo slučajevima nailazili i na mišljenje da raširenost korupcije u društvu nije imala utjecaja na odluku o iseljenju, ali ipak primjećujemo i afektivnu obojanost te izjave u dijelu u kojem iseljena liječnica kaže *boli me briga*.

*Ta općedruštvena klima, smeta mi mislim onaj dio koji se prelijeva na moj svakodnevni radni život. Nisam otišla iz Hrvatske zato što je ono Plenković imao aferu, boli me briga.* (iseljena liječnica)

#### **4.3.1.2. Poštivanje meritokratskih principa i ljudskih prava**

Ovaj se aspekt potkategorije osjećaja društvene (ne)pravde donekle značenjski preklapa s prethodim aspektom korupcije, odnosno pojave korupcije, nepotizma i klijentelizma u direktnoj su suprotnosti s pojmovima poštivanja meritokratskih principa, no smatrali smo važnim i potrebnim izdvojiti fenomen korupcije kao zaseban aspekt zbog značaja koji ima za hrvatsko društvo općenito, ali i utjecaja koji, prema rezultatima prethodnih istraživanja iseljavanja

visokoobrazovanih pojedinaca, ima na iseljavanje kako iz Hrvatske tako i iz drugih razvijenih zemalja s relativno visokom stopom korupcije. Možemo reći da ćemo, osim nekih specifičnih momenata percepcije vladavine principa poštenja i pravde, odnosno meritokracije, u ovom dijelu teksta prikazati citate koji više idu u smjeru ukazivanja na najopćenitiji dojam društveno-političkog konteksta i osjećaja (ne)ugode življenja u takvoj klimi od kojeg smo inicijalno krenuli kad smo odlučili uključiti tu temu u konceptualni okvir našeg istraživanja.

*Ma da, sva ta politička slika me tako nervirala, i da... i vidiš da je sve namješteno, i da se zna da je sve namješteno i da ti ne možeš ništa.* (iseljena liječnica)

Sljedeća dva citata ukazuju na utjecaj izostanka meritokratskih principa prilikom zapošljavanja, a naročito je zanimljivo što govore o zabrinutosti koja postoji za budućnost djece intervjuiranih zdravstvenih radnika/ca, što ukazuje na značaj i tog aspekta prilikom donošenja odluke o iseljenju – mogućnosti koje će jednog dana njihova djeca imati u zemlji s takvom društveno-političkom klimom i tolikom razinom nepotizma prilikom zapošljavanja kakve naši sugovornici/e percipiraju u Hrvatskoj. Uzimajući u obzir sveukupni dobiveni materijal kroz ovo istraživanje, ne smatramo da bi taj razlog spadao u ključne i one koje donose prevagu kod odluke, već u jedan od onih koji daju svoj važan doprinos kad već postoje neki drugi ključni razlozi.

*... i onda smo vidjeli koliko djeca tih moćnika preskaču našu djecu koja su isto školovana i dobra, ali ne mogu dobiti dobar posao, pa ne mogu napredovati.* (iseljena liječnica)

*Kako ja da dođem do te pozicije ako ja nemam iza sebe nekog. Znači, ja moram svoje dijete uputiti u onu školu za koju znam da će on 100 posto naći posao, bez da je u ikakvoj stranci jer ja nisam u nikakvoj stranci, to mora toliko daleko ići.* (iseljena medicinska sestra)

Sljedeći citat zorno prikazuje onaj aspekt koji smatramo da je za dio iseljenih zdravstvenih radnika/ca imao snažan utjecaj na odluku o iseljenju (a svakako na nisku razinu želje za povratkom u Hrvatsku), a to je duboki osjećaj nepravde i nejednakosti za građane Hrvatske. Iseljeni liječnik govori o frustraciji nepravdom zahtjeva vladajućih za poštivanjem zakona, a koji se pred građane postavlja, dok su, s druge strane, isti ti građani primorani gledati *sprdanje sa zakonom* i korumpiranost vladajućih.

*Imate tu političku elitu koja se smatra iznad svega nedodirljivom, koja se ne libi nikakve korupcije, dogovora oko svega, znači zapošljavanje preko veza itd. Ignoriranje zakona, čak, čak, bih rekao i sprdanje sa zakonom, da tako kažem, u njihovoj interpretaciji, a u istom se očekuje od drugih ljudi da poštuju isti taj zakon koji oni sami ne poštuju. Prema tome, nema u tom smislu nema, nismo jednaki pred zakonom. Isto tako, ovaj, to je veliki problem i to je velika nepravda koja svakog čovjeka zapravo boli, i dok je u [zemlja iseljenja] zakon vrlo striktan, pridržavaju ga se svi. (iseljeni liječnik)*

Tema poštivanja ljudskih prava također se pojavila kao jedna od onih koje su iseljeni/e zdravstveni/e radnici/e adresirali/e kao važnu u procesu donošenja odluke o iseljenju, jer taj aspekt vide kao simptom društvene klime društva u kakvom (ne) žele živjeti. Kao i mnogi prethodni citati, i sljedeći uspoređuje iskustvo vlastite percepcije poštivanja ljudskih prava u Hrvatskoj s novostečenim iskustvom i percepcijom poštivanja ljudskih prava u drugoj državi.

*Itekako je utjecao, bilo kakva ograničenja ljudskih prava, radilo se to o pravu na pobačaj, pravo LGBTQ+ zajednica... Sve je to odigralo ulogu da jednostavno, to su za mene parametri napretka društva, da će ne samo brinuti prema ranjivim skupinama, što uključuje i osobe drugačije spolne orijentacije i vjerske orijentacije i nacionalne manjine i pravo žene na abortus koja u [ime zemlje iseljenja], to je nevjerojatno kada živite u društvu gdje tako nešto ne pada na pamet da se propituje ili ponovo ovaj, gleda iz nekih različitih kuteva, jednostavno, to je to. (iseljeni liječnik)*

#### **4.3.1.3. Povjerenje u državni aparat**

Posljednji se aspekt potkategorije osjećaja društvene (ne)pravde također donekle preklapa s prethodno prikazanim aspektima prema temama koje dotiče, ali ga navodimo izdvojeno jer smatramo da naglašavanje aspekata korupcije, izostanka meritokratskih principa i nedovoljnog poštivanja ljudskih prava ne pokriva dovoljno aspekt povjerenja u funkcioniranje državne uprave i aparata, odnosno izostanak adekvatnih mehanizama sankcioniranja za prethodno opisane pojave/aspekta. Sljedeći citati ilustrirat će stoga razinu povjerenja u državni aparat i njegove institucije, a adresiraju sljedeće teme: slabo funkcioniranje pravne države kad je riječ o sankcioniranju koruptivnih djela, ulaganje u infrastrukturu koje bi se odvijalo u skladu s interesom građana i netransparentno trošenje novca prikupljenog kroz oporezivanje građana.

Idući citat referira se, osim nezadovoljstva slabim funkcioniranjem pravne države kad je sankcioniranje korupcije u pitanju, i na društvenu klimu koja se u Hrvatskoj kreirala u vrijeme pandemije COVID-19. Naime, naši su intervjui bili provedeni u razdoblju dok je kontekst pandemije bio aktualan. Navodimo i taj dio citata jer ilustrira jedan aspekt društvene klime koju je dio zdravstvenih radnika/ca također navodio kao jedan od razloga za iseljavanje.

*Veliki problem u našem društvu je nepoštovanje, zapravo, prava i zakona. Političari svojim primjerom, korupcijom na takvom jednom primitivnom i niskom nivou u Hrvatskoj, govorim, i dalje dobivaju glasove i ne budu osuđeni za ono što im se stavlja na teret, odnosno u čemu su uhvaćeni. Ako vam dam primjer, znači isto tako je klima društvena antivakseri, recimo. Nemam osobno ništa protiv nečije odluke da se netko ne cijepi ili se cijepi. Međutim, imate problem da na javnoj televiziji dobivate ljude koji znači javna televizija je nešto što mi svi skupa plaćamo svaki mjesec. Znači, na javnoj televiziji ne bi smjeli dolaziti i prezentirati se u nekim terminima ljudi koji nemaju stručne kvalifikacije, a većina antivaksera nema, osim šačice onih koji su, koji imaju formalnu kvalifikaciju. Međutim, služe se neznanstvenim, odnosno ajmo tako reći, nekvalitetnim i nerecenziranim znanstvenim radovima iznose lažne podatke. Imate isto takvu grupu ljudi koji uopće nisu liječnici, a najglasniji su o koroni. (iseljena liječnica)*

Slično prethodnom, sljedeći citat adresira društvenu klimu neuređenosti i nepoštivanja propisa i zakona uz izostanak sankcija.

*Zašto na sahrani Milana Bandića može biti toliko ljudi, a policija gleda. Znači, to nije samo stvar da, to nije samo sada stvar toga da država ne funkcionira u smislu sad ne kažem da je policija trebala represivnim mjerama tu reagirati, ali isto tako stvar da i građani ove države ne poštuju zakone ove države. Ako je rečeno da se ne ide, onda se to treba poštivati. Prema tome, mislim da kod nas postoji jedna klima. (iseljeni liječnik)*

Posljednja dva citata koje ovdje navodimo odnose se na transparentno upravljanje državom u najboljem interesu njezinih građana. Drugi citat referira se i na novo, drugačije iskustvo transparentnog raspolaganja sredstvima prikupljenim oporezivanjem građana, a koje je u kontrastu s netransparentnošću raspolaganja takvim sredstvima u Hrvatskoj.

*Infrastruktura i to da, pa mislim, nažalost mislim, to je opet sada posljedica toga koliko se ne ulaže u, mislim posljedica toga što političari ne vode računa o tome da se ulaganje u infrastrukturu odvija u interesu građana. (iseljena liječnica)*

*Na kraju svake godine dobijete do u euro [u zemlji iseljenja] izlistano zašto je to što je potrošeno vaš novac koji ste uplatili. Prema tome, vi dobijete, znači, ide od sume novca, znači, za grad u kojem živite, toliko je potrošeno. Ne znam za policiju, toliko su potrošene za rekonstrukciju te i te ceste. Toliko je potrošeno za ovo, toliko je potrošeno za ono, a što kod nas vi plaćate, nemate pojma što plaćate i je li se novci grabe iz jednog lonca u drugi lonac, u treći lonac i na kraju završi to 'ko zna gdje. Prema tome, nenamjenska trošenja sredstava su ogromna, dok tamo se točno zna što za što ide i koliko to košta. To je zapravo ogroman je dio ekonomije koji je i mimo svih, ali opet s druge strane imate ono što kažu, nešto što sam vam rekao da se novci troše netransparentno. Vi ne znate na što se novci troše, koji se vama uzimaju i gdje to završi, a radi se o velikim novcima kada uzmete. (iseljena liječnica)*

#### **4.3.2. Beznađe i razočaranje stanjem u društvu**

Kako smo već spomenuli, tema beznađa provlačila se kroz više područja o kojima smo razgovarali sa zdravstvenim radnicima/ama, te je na neki način integrativnog karaktera, stoga ćemo ju opet spomenuti kod integrativne teme sistemskog nasilja. U ovom smo potpoglavlju također smatrali potrebnim ju istaknuti zato što se učestalo pojavljivala baš kod razgovora o općoj društveno-političkoj klimi u smislu manjka nade u bilo kakvu mogućnost promjene nabolje. Također se je uz beznađe učestalo pojavljivalo i razočaranje stanjem u društvu, nezadovoljstvo, defetizam pa i očaj, te smo sve te stavke, kao one srodne i bliske značenjem, okupili pod jedinstvenim nazivom „beznađe i razočaranje“. Smatramo da takva percepcija društvene klime, odnosno izostanak nade u pozitivne promjene, ima važan utjecaj na proces donošenja odluke o iseljenju, što dobro ilustrira prvi od citata koje navodimo.

*Druga stvar, drugim riječima da ta država nema neku veliku budućnost zato što je, kad gledaš objektivno, jedino što radi tamo je turizam. Ovo drugo je sve ajme majko. I onda sam ja znao, ne mogu oni puno ići naprijed. Mogu ići nešto naprijed, ali to naprijed je još ono kako su znale... bile su krize neke, 2008. i ovo i ono. Činilo mi se ovo sve na nekom vanjskom dugu, oni svi žive. Nije mi se to činilo... nisam vidio neku... neku svijetlu tu, previše budućnost. (iseljeni liječnik)*



Sljedeća dva citata govore o beznađu i razočaranju vezanim uz percepciju društvene klime u Hrvatskoj u kojoj je, prema iskazima naših sugovornika/ca, teško ostvariti uspješnu karijeru i životni standard kakav su za sebe željeli putem kvaliteta kao što su obrazovanje, rad i trud. Drugi je citat naročito zanimljiv jer adresira percepciju onih zdravstvenih radnika/ca koji/e su iskusili/e i ratna bojišta te je time razočaranje naglašenije.

*Bit će da s te strane stvarno ispada da ljudi koji su, koji imaju kvalitetu, koji su obrazovani, da nemaju šanse u Hrvatskoj. (iseljena medicinska sestra)*

*Imalo je to sudbonosni utjecaj na našu odluku. Doslovno nismo mogli vjerovati što se događa u državi za koju smo oboje obukli uniformu, i onda morate imati nekakav PTSP, u tom smislu mi smo kao liječnici, vidjeli puno toga na bojištima i to je imalo sudbonosni utjecaj. Nismo mogli vjerovati koliko ljudi lažu, koliko ljudi krađu, koliko ljudi koji imaju puno manje plaće nego imaju kuća i automobila, i počeli smo se osjećati čak neuspješno među takvima, jer ovaj po svemu, mi smo morali bar voziti privatne avione, koliko smo mi radili i zarađivali prema onima koji su ovaj i tako da je to dosta frustrirajuće, nismo se mogli od toga... od toga ograditi. Iako nas nije zanimalo, ni dan danas ne planiramo ni graditi kuću ni ništa. (iseljena liječnica)*

Ovaj citat izdvojili smo jer ilustrira posredni utjecaj koji može imati siromaštvo i depriviranost drugih na doživljaj negativne i neugodne društvene klime za one koji nisu u toj skupini te ga, smatramo, također valja uzeti u obzir kao jedan od mogućih faktora utjecaja u procesu donošenja odluke o iseljenju.

*Nažalost, kad vidiš penzionere kako kopaju po kontejnerima, mislim da je to stravično. (iseljena liječnica)*

Sljedeća dva citata izdvajamo jer dobro ilustriraju kako percepcija koju mladi/e zdravstveni/e radnici/e imaju o hrvatskom društvu kao onome u kojem nemaju šanse za uspjeh može utjecati na odluku o iseljenju odmah nakon završetka školovanja, prije negoli se uopće okušaju u ostvarivanju karijere u Hrvatskoj.

*Jedino što znam je da otkad sam upisala fakultet je počelo to nekakvo, ajmo reći, razočaranje s državom u kojoj živim, sa sustavom u kojem živim – znači, 2013. godine, i koje je raslo kroz fakultet, a ta frustracija je rasla. (iseljena liječnica)*

*Iskreno, i to je malo utjecalo zato što ja imam osjećaj da je hrvatsko društvo društvo u kojem ne možeš pobijediti. Znači, što god napraviš, ti ne možeš pobijediti. Jer isto tako, to kod nas na specijalizaciji, koliko imaš radnog iskustva? Nula. Pa šta si se javljao za specijalizaciju? Imaš nula. Koliko imaš radnog iskustva? Pet godina. Šta si radio pet godina? Znači, nema, ne možeš pobijediti. Nema pobjede. Ovaj, ali to je stvarno to igra koju ne možeš pobijediti. (iseljena liječnica – mlađa generacija)*

Citat koji slijedi ilustrira primjer različit od prethodnih, ali koji se također pojavljivao u jednom broju intervjuja, odnosno nije izoliran slučaj. Naime, radi se o stavu jednog dijela zdravstvenih radnika/ca da se treba *držati što dalje* od opće društvene klime, uz pokazano razumijevanje da bi angažman bio potreban i važan, ali je (opet) s druge strane beznađe (pa i rezignacija) u bilo kakvu mogućnost promjene snažnije od poriva da se građanski i politički participira.

*Opća društveno-politička klima dok sam bio u Hrvatskoj, pokušao sam se držati što dalje mentalno od opće društvene, društveno-političke klime i rasprava i zamaranja samog sebe time. Znam da je bitno. Znam da ja kao građanin države da je bitno razmišljati o tome, da je bitno raditi na tome, da je bitno usmjeravati, jer očito, ako ništa ne radimo, politika valjda neće ništa napraviti, ali mi je to tada izgledalo kao beznadan i prevelik zalogaj da bih uopće trošio ikakve svoje mentalne ili bilo kakve resurse na to. (iseljeni liječnik)*

Neiseljeni/e zdravstveni/e radnici/e koji/e nisu razmišljali/e o iseljenju uglavnom mahom reaguju s jednakim razinama beznađa i razočarenja društvenom klimom u Hrvatskoj, pa i već spomenutom reakcijom svojevrsne apatije i bespomoćnosti te izbjegavanja praćenja medija kad je riječ o političkoj sceni.

*Pa, mislim iskreno, ja stvarno ne pratim tu političku scenu, i ono, stvarno se, 'ajmo reći, ne razumijem. To nije moje područje zanimanja, pa onda, 'ajmo reći da, pod navodnicima, ignoriram koliko se ignorirat' da, ali zasigurno mi je kao da sam nekako odustala već od toga. Odustala sam od toga da će itko više išta promijeniti jer imam osjećaj da se, što se tiče te politike i tog svega, samo vrtimo u krug. Vrtimo u krug. (neiseljena medicinska sestra – ne razmišlja o iseljenju)*

*Pa mislim da je to dosta deprimirajuće... kad stalno slušaš stalno te negativne stvari, ja primarno po sebi gledam recimo... ajmo zauzeti primjer dnevnika... bilo koji dnevnik... znači, u*

*dnevniku... od pola sata vijesti, ako je jedna vijest pozitivna i lijepa. ... tako da od tih vijesti ne gledam ništa nego gledam samo sport i vrijeme.... i kad sam bio mali i uvijek sam gledao sport i u novinama sam samo čitao o sport... i još evo kažem...slušam radio kad idem na posao i slušam vijesti šta pričaju, praktički od politike znam šta se događa... ali nije mi sad to previše... jednostavno, čujem...i ne interesira me to. Nije da će se nešto promijeniti, jer tko god da je na vlasti...jer isto je. (neiseljeni liječnik – ne razmišlja o iseljenju)*

#### **4.3.3. Vrijednosna orijentacija**

Potkategorija vrijednosne orijentacije sudionika/ca našeg istraživanja iskristalizirala se tijekom intervjuiranja te analize i obrade podataka kao jedna od onih za koju procjenjujemo da može dati dio objašnjenja o razlikama u našim uzorcima iz populacija iseljenih i neiseljenih zdravstvenih radnika/ca. Drugim riječima, može upućivati na dio odgovora na pitanje zašto neki iseljavaju, a neki ne. Naime, primjećujemo da je u populaciji neiseljenih zamjetan viši stupanj konzervativizma, desne političke orijentacije, patriotizma, orijentacije tradicionalnim vrijednostima, veće vezanosti uz mjesto/obitelj, pa i manje inklinacije izlaganju drugačijim, stranim kulturama, a u populaciji iseljenih viši stupanj lijeve političke orijentacije, otvorenosti prema drugačijem i novom, sklonosti i želji za upoznavanjem drugačijih kultura, manje vezanosti uz mjesto/obitelj. O toj temi nismo postavljali nikakva direktna pitanja niti je ona bila dijelom protokola, već je induktivnim procesom analize proizašla kao važna.

U prvom dijelu prikazujemo citate koji se odnose na ilustraciju različitih aspekata vrijednosnog sustava onih zdravstvenih radnika/ca koji/e su iselili/e ili su o iseljenju razmišljali ili razmišljaju.

Sljedeća dva citata dobro ilustriraju na koji način lijeva i/ili liberalna vrijednosna orijentacija utječe na proces donošenja odluke o iseljenju, bilo da se radi o već iseljenom zdravstvenom/j radniku/ci ili onima koji o iseljenju razmišljaju ili su u nekom razdoblju razmišljali. Prvi se citat također referira na osjećaj beznađa koji se, kako smo već spominjali, kao neka vrsta integrativne ili transverzalne tematike provlači kroz više od jednog područja o kojima smo razgovarali s našim sugovornicima/ama.

*To je pogotovo sve osnova u politici, onda jačanje te desnice u Hrvatskoj, onda... Zapravo, sve to, sve to što... što bilo kakvo ograničavanje ljudskih sloboda. Mene to jako, ne bih rekao*

*pogađa, nego mi je to jako bitno. Tako da što se iz te neke perspektive tiče, neke društvene pravde je isto vrlo niska i bez neke perspektive da će biti nešto bolje. (iseljeni liječnik)*

*Pa, po tom pitanju definitivno na iseljenje, zato što, 'ajmo reći, naš nekakav holistički svjetonazor, kršćanski svjetonazor i općenito stil života nam je više onako živi i pusti druge da žive. I zapravo imam poprilično kontra mišljenje od općeg stajališta većine ljudi u Hrvatskoj. Barem ovo što vidim u medijima. Naravno da puno naših prijatelja su istomišljenici, ali opet imamo i prijatelje koji misle kompletno drugačije. Mi smo sigurno nekako više liberalne struje, 'ajmo to tako reći, a imamo i prijatelje koji su izraziti, recimo, katolici, tradicionalno odgajani. Ali poštuju nas, mi poštujemo njih i u to se ne ulazi. Ali općenito, recimo to bi mi bio jedan od razloga da se iselim. ... Recimo, ja ne vidim problem s tim ako moje dijete jednog dana se deklarira kao gay osoba. (neiseljena liječnica – razmišljala o iseljenju)*

Slijede dva citata koja govore o onim aspektima vrijednosnog sustava koji se odnose na otvorenost prema novome, želju za upoznavanjem novoga i drugačijeg kroz putovanja i iseljenje, ali i na visoku razinu ambicioznosti u profesionalnom smislu, odnosno visoko vrednovanje razvoja vlastite karijere kao jednom od važnih životnih ciljeva.

*Normalno sam završila srednju školu, upisala prijemni (...) onda hajde krene taj studiji, budeš odličan student, imaš mislim, dobar student, imaš dobar prosjek, i onda si wow cijeli svijet je moj i, moram priznati negdje potajno, ja, ne potajno, ja sam uvijek imala želju hajde nešto napraviti, nešto više vidjeti, nešto više čak i eventualno otići raditi van. (iseljena liječnica)*

*Pa je, za neambiciozne ljude. Znači, nije mi bilo okej ostati, kako bih rekla, ostati na istom radnom mjestu, na istoj poziciji u Hrvatskoj. Meni je to bilo, kažem, okej dok sam bila mlađa i dok sam učila, možda su mi bila bitnija putovanja. Sad više ne putujem, naravno. Ali prije sam gledala na putovanja, između 20. i 30. godine, što želim vidjeti, nego kad idem sada. Tako da je taj dio bio bitan, da imam tu slobodu, da mogu jednostavno živjeti život u tom periodu. Kasnije, kad sam počela razmišljati šta ćemo dalje sada jednostavno tu nisam vidjela zbog prepreka, fizičkog prisustva na predavanjima, da bih nešto mogla postići. Ljudi koji su ostali na istom nivou, njima je to okej, da imaju posao, da znaju taj posao napamet, da ne izlaze vani iz okvira i dobro krene. Okej za ljude koji su već pred mirovinom. Naravno, nemoćni smo, mislim. (iseljena medicinska sestra)*

Putem sljedećih citata nastojat ćemo ilustrirati vrijednosti koje su važne onima koji o iseljenju nisu razmišljali, a upućuju na konzervativnu vrijednosnu orijentaciju i patriotizam, odnosno na želju za ostankom u domovini kako bi se doprinijelo promjeni.

*Znači, ja sam vrlo apolitična osoba, nisam orijentiran u niti jednu stranu. Recimo ovako, dolazim iz dosta konzervativne obitelji koja je više naklonjena nekim desnim opcijama, ali kako sam razvijao sebe i malo analizirao sve to, na kraju sam shvatio da su svi ti, većinom... mislim ja ne znam kako funkcionira u drugim državama, ali ja vidim gledajući unatrag da u našoj državi jednostavno koje god opcija dođe, samo iskorištavaju resurse. (neiseljeni liječnik – nije razmišljao o iseljenju)*

*Tako da i on me isto kao, pa daj pa odi, pa što ćeš tu, pa ajde, bit će ti ljepše vani. Ja rekoh, a gle znam, ali nije mi sve bilo i do novaca i do svega, tako da onako. Nekako mi je bilo, a mora netko i ovdje ostati, ako želimo da se stvari promijene. Pa to je čak nekakav ludi optimizam. (neiseljeni liječnik – nije razmišljao o iseljenju)*

#### **4.3.4. Ugled struke**

Ugled struke u širem društvu, kako tehničarske/sestrinske tako i liječničke, pokazao se kao tema o kojoj su zdravstveni/e radnici/e rado govorili/e i većinom imali/e elaborirana mišljenja i stavove. Pitanje o percepciji ugleda vlastite struke postavljali smo tijekom intervjuiranja jer je bilo dijelom protokola intervjua. Naše je istraživanje pokazalo da je zdravstvenim radnicima/ama tema ugleda struke važna, a naši rezultati upućuju i na to da je taj aspekt opće društvene klime koja vlada u Hrvatskoj jedan od posrednih čimbenika koji imaju utjecaj na proces odluke o iseljenju. Na te nas zaključke upućuje opširnost i količina odgovora koje smo na to pitanje dobili, a što je svakako generalno variralo od pitanja do pitanja tijekom intervjuiranja.

Navodimo prvo nekoliko citata iz intervjua sa zdravstvenim radnicima/ama koji/e pripadaju mlađoj generaciji (do 35 godina), a činimo to stoga što smo primijetili značajnu razliku u stavovima o toj temi kod te generacije u odnosu na srednju/stariju generaciju zdravstvenih radnika/ca. Naime, mlađa generacija ugled struke percipira negativnijim negoli srednja/starija generacija.

Tako iduća dva citata pokazuju kako iseljeni/e pripadnici/e mlađe generacije svoju struku doživljavaju negativno percipiranom od okoline, a pogotovo pritom navode medije kao one u kojima se zdravstvene radnike/ce prikazuje prvenstveno u negativnom svjetlu.

*Pa, mislim da se jednako cijene, možda jedino, ne znam, po meni kad čitam, ljudi su dosta rezignirani u tom istom sustavu čitavom, ovom korupcijom, pa nekako moraju ventilirati taj osjećaj i ne znam, kad čitam po medijima, uvijek se nekako pljuje po liječnicima. Mislim da se liječnici cijene, ali opet ne znam, postoji taj nekakav negativni aspekt. (iseljena liječnica – mlađa generacija)*

*Ne želim sad zvučati kao žrtva, ali zaista imam dojam da smo mi jedina grupa stručnjaka, kako to da kažem, kao... Znači, profesija koja dozvoli da ih se toliko zgazi, možda radi nedostatka informacija ili znanja, jednostavno ne znam, ne znam što bi se moglo napraviti po pitanju toga da se u medijima i čisto da se od novinara traži da rade svoj posao ono profesionalno. Onda sam nekako sa nekakvim medicinskim stručnjakom čitala sam neki dan članak gdje je žena rodila mrtvo dijete na trajektu i naravno zanima me pogledati što se dogodilo. Mislim, žena je imala spontani pobačaj na trajektu ... odmah se doktora na kolac i što je bilo, intervju, i ovo ono. .... I takvih članaka sam vidjela sedam samo na tu temu. Tako da definitivno ne, ne smatram da su cijenjeni [liječnici]. (iseljena liječnica – mlađa generacija)*

Na sličan smo dojam o ugledu vlastite struke naišli i kod neiseljenih mlađih zdravstvenih radnika/ca, pa tako jedna liječnica govori o izrazito negativnoj slici o svojoj struci koju dobiva od okoline.

*Nekako mislim da kako odrastam da slika zdravlja, liječnika i zdravstvenih radnika u društvu postoji jako negativna. To je ono stalno preispitivanje, a zašto onako a zašto ovako... i to je veliki dio dana objašnjavajući ljudima nešto što ne razumiju, jer su to stvari... Stručne stvari, interpretacije nalaze, postavljanje indikacija za pretrage... ljudi to ne razumiju... ja isto ne razumijem dovoljno... koliko god da to jednostavno objasnim, ima dana da to ne bude jasno... gledaju na to sve... stvarno im doktori misle naštetiti, da mi mislimo samo na sebe, da smo mi neradnici... izlete neki koji nam se zahvale... i mislim o bože ima netko tko nas ne mrzi...pogotovo nas mlađima, nama mladima... ako nemam barem jednu sijedu na glavi i ako nisam muško... (neiseljena liječnica – razmišlja o iseljenju; mlađa generacija)*

Primjer neiseljenog mlađeg liječnika koji o iseljenju ne razmišlja govori o doživljaju pada ugleda liječničke struke kroz vrijeme, odnosno o tome da primjećuje negativan trend u tom smislu.

*Pa mislim da ništa posebno, ne osjećam da sam nešto previše cijenjen, tako da to su danas prošla vremena, da kao status liječnika i to. Meni je čak bilo sram u nekim situacijama reći da sam liječnik da sam neki sad... to sam znao doživljavati te situacije, ali da sam sad neki poseban... nemam neki osjećaj da imam poseban status. Niti bih ga želio iskreno, nije da se osjećam da se moram osjećati super i to, da mi je taj dio potreban. (neiseljeni liječnik – ne razmišlja o iseljenju; mlađa generacija)*

Neki čak i izbjegavaju predstaviti se kao liječnici/e u očekivanju negativne reakcije okoline, bilo zbog vlastitih negativnih iskustava tih ljudi sa zdravstvenim sustavom bilo zbog negativne slike posredovane medijskom prezentacijom.

*Uvijek nekako izbjegavam reći da sam liječnik, ili ako i kažem ne trudim se uopće ulaziti u tu temu, jer ja u tom trenu postanem kriva za sve što su bilo kome drugi liječnici napravili. I onda aha... dobro... znaš ja sam bila pred mjesec dana kod doktorice i ona mi je napravila to... Istresu se na mene, zato što je neki doktor njima nešto napravio..mislim ali ćeš doć' kod mehaničara i reć' onaj tamo mehaničar me zeznuo misli, i to onda se jako često dešava i ne samo na razini strana, na razini prijatelja, na razini obitelji. I onda ako slučajno idemo u nekakve javne događaje, kada neki znanstveni slučaj dođe u javnost pa je upitna bila procedura liječnika i da se mene pita mišljenje o tome, i imam osjećaj da bi ljudi i to doslovno od stranaca do bližnjih, da bi prihvatili jedino da ja da kažem da kažem da bio je apsolutno u krivu, ne znam kako je mogao to učiniti, apsolutna greška treba biti kažnjen, treba biti u zatvoru, treba izgubiti licencu. Iako u biti ne znam što se stvarno dogodilo. (neiseljena liječnica – razmišlja o iseljenju; mlađa generacija)*

Sljedeći niz citata odnosi se na odgovore koje smo na postavljeno pitanje dobili od srednje i starije generacije zdravstvenih radnika/ca. Tako nekoliko iseljenih liječnika/ca prepoznaje viši status koji su u Hrvatskoj uživali zbog svoje profesije.

*Pa ja i u bolnici sam se osjećao, ja ne mogu reći, osjećao sam se ja cijenjeno i osjećam se u društvu cijenjeno. (iseljeni liječnik)*

Neki od njih, međutim, iznose zanimljivu poantu koja pokazuje da su im vjerojatno važnije neke druge vrijednosti te je i to moglo odigrati ulogu u procesu donošenja odluke o iseljenju. Također je vidljivo da doživljavaju diskrepanciju između statusa koji su uživali i životnog standarda koji su imali s relativno niskim primanjima u Hrvatskoj.

*U Hrvatskoj, šta ja znam, možda više se daje na značenju to da ste liječnik u smislu statusa. To u biti ne znači ništa ako se ne možete razvijati i biti plaćen, a ne da mi netko persira. (iseljena liječnica)*

*Kako uz doktora ide narcizam, tako ide i taj nekakav društveni status. Rekao bih da svakodnevno u nekoj komunikaciji nekako, da, cijenjena je struka i valjda je jedna od tih struka u kojoj će trebati uvijek doktor i grobar valjda. A što se tiče kompenzacije za uloženo, ne. Znači, socijalno, da. Ali što se tiče nekakvih kompenzacija za uloženi trud, ne bih rekao da je kompenzacija dovoljna. (iseljeni liječnik)*

Neki/e od zdravstvenih radnika/ca isticali/e su osjećaj validacije vlastita rada i truda od strane pacijenata, s tim da u prvom od tih iskaza vidimo osjećaj ponosa i zadovoljstva koji liječnik osjeća, a u drugom se iskazu pojavljuje i osjećaj rezignacije s obzirom na reakcije pacijenata.

*Da li je bio prepoznat? Nagrađen svakako ne. Prepoznat, da, da, od strane rekao bih... od medicinskih sestara, pacijenata koji su bili zadovoljni, bolesnika s kojima sam radio, mislim to govorim sad samo što sam čuo. (...) Rekao bih da je neslužbeno cijenjen rad, službeno malo manje. (iseljeni liječnik)*

*Pa općenito smatram da ljudi u Hrvatskoj, a onako, cinični su prema mnogim stvarima, pa tako i prema doktorima, i ovaj, nekad, zavisi na koga naiđete naravno, ovaj, nekad im je to super, a nekad im je to ono ahh, vidi doktor, tako da, kako kada. (iseljena liječnica – povratnica u Hrvatsku)*

Medicinski tehničari/medicinske sestre prevladavajuće imaju dojam nedovoljne cijenjenosti i prepoznavanja važnosti vlastite struke, kao i važnosti njihove uloge u zdravstvenom sustavu.

*Pa mislim da su u tolikoj mjeri mi i medicinski, kulturno-prosvjetni radnici dosta potplaćeni i da se jednostavno kao da ljudi ne vide koliko zapravo su ti ljudi bitni u cijelom sustavu, u cijeloj*



*državi. Bez zdravstvenih radnika jednostavno ništa ne funkcionira i da su često zanemareni. Pogotovo sada u ovo vrijeme korone. (iseljena medicinska sestra)*

*Ajmo reći društveno da je to ok i cijenjeno, ne znam, kada vidim nešto po portalima kad čitam i naravno, cijenjeno zvanje, cijenjena profesija, ali ovako, kad se gleda politički to... Ništa ti to ne vrijedi u stvari. Mislim, ok je recimo u bolnici, financijski to je ok kad se skupi, noćne pa je ok plaća, ali općenito kad se radi bilo gdje gdje nema smjena, nije, ne znam, mislim da nije cijenjeno, plaćeno koliko bi trebalo, tako da, ovako što vidim po komentarima i to sve, čini mi se stvarno ok, kažu svaka čast sestrama... ali što se tiče politički, politika to ne vrednuje. (iseljena medicinska sestra)*

Posljednji citat na sličnom je tragu prethodnih odgovora medicinskih sestara, ali ga navodimo zbog zanimljivog momenta prepoznavanja i vrednovanja obrazovanja stečenog u Hrvatskoj, a što su potvrđivali/e brojni/e zdravstveni radnici/e, kako medicinski tehničari/medicinske sestre tako i liječnici/e.

*Pa, ne smatram da je, da se znači kod nas znači struka medicinske sestre cijeni. Znači, ne gleda se, ne čini se kako se recimo ovdje [u zemlji iseljenja] se više cijene, recimo medicinska sestra (...) Ali ovdje sestra medicinska znači ima dosta znanja o lijekovima, o svim tim funkcijama, dijagnostici, ali ipak sam mišljenja da mi imamo jači, jače znači obrazovanje nego [zemlja iseljenja], što se tiče medicinskih sestara. (iseljena medicinska sestra)*

#### **4.4. Profesionalne aspiracije**

*Sve moje ambicije su u Hrvatskoj ubijene. (iseljena liječnica)*

Tema profesionalnih aspiracija zdravstvenih radnika/ca bila je inicijalno dijelom konceptualnog okvira kao jedan od očekivanih mogućih čimbenika njihova iseljavanja iz Hrvatske. Djelomično je to očekivanje bilo utemeljeno u rezultatima prethodnih istraživanja, a djelomično u tome što smo očekivali da će oni/e radnici/e koji/e se odlučuju na profesije i specijalizacije koje zahtijevaju tako velik broj godina školovanja, kao i cjeloživotnu posvećenost karijeri kroz učenje i usavršavanje, biti ambiciozniji/e i zahtjevniji/e u svojim profesionalnim aspiracijama od struka i profesija koje traže manji angažman. Stoga je i čitav jedan blok pitanja u protokolu intervjua posvećen upravo toj temi te je dio rezultata koje u ovom potpoglavlju prezentiramo proizašao deduktivnim postupkom analize, odnosno radi se o direktnim odgovorima na postavljeno pitanje,

dok je dio rezultata proizašao iz induktivne analize dobivenog materijala. Naime, naši/e sugovornici/e proširivali/e su svoje odgovore i na područja teme o kojima ih nismo direktno pitali te smo tako dobili vrijedniji i bogatiji korpus rezultata, što još jednom pokazuje prednost odabrane metode polustrukturiranog intervjua za ovo istraživanje.

Citat koji smo izdvojili u podnaslovu ovog potpoglavlja koncizno i slikovito prikazuje onaj dio odgovora koji upućuje na zaključke kako su nezadovoljene profesionalne aspiracije djelomično razlogom iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, premda smatramo da, uzimajući u obzir sveukupni korpus naših rezultata, profesionalne aspiracije nisu jedna od najvažnijih tema koja bi objasnila pojavu iseljavanja. Smatramo da su jedan od važnih, možda i ključnih, čimbenika za jedan manji dio zdravstvenih radnika/ca, a za većinu drugih imaju posredan utjecaj u procesu donošenja odluke o iseljenju, odnosno daju svoj doprinos jednom kad su prisutni ključni čimbenici. Dodali bismo još da gore navedeni citat ponovno uključuje više puta spomenute osjećaje beznađa i razočaranja koji su se, kao neka vrsta integrativne ili transverzalne teme, pojavljivali uz više tema o kojima smo razgovarali s našim sugovornicima/ama.

Kao tri glavne potkategorije u ovoj smo temi identificirali sljedeće: kvaliteta obrazovanja, mogućnost izbora karijere te meritokratski principi u realizaciji profesionalnih aspiracija.

#### **4.4.1. Kvaliteta obrazovanja**

Potkategoriju kvalitete obrazovanja prepoznali smo kao značajnu tijekom procesa intervjuiranja te obrade i analize podataka, odnosno radi se o jednom od onih aspekata teme profesionalnih aspiracija o kojoj nismo postavljali nikakvo direktno pitanje. Međutim, pokazalo se da su zdravstveni/e radnici/e spontano o njoj progovarali te je naše istraživanje pokazalo da je kvaliteta obrazovanja jedan od faktora koji je zdravstvenim radnicima/ama u Hrvatskoj važan u razvoju karijere. Također, kod jednog manjeg dijela njih, taj aspekt direktno utječe i na odluku o iseljenju. Kod liječnika/ca radi se većinom o onima koji već tijekom studija medicine i kontakta koji pritom imaju sa zdravstvenim sustavom (putem kliničkih kolegija na višim godinama studija) zaključuje da kvaliteta obrazovanja (prvenstveno u procesu specijalizacije) koju im sustav nudi nije u skladu s njihovim željama i ambicijama te se odlučuju na iseljenje odmah nakon diplome, a i onima koji su visoko motivirani za bavljenje znanosti (a za koju Hrvatska ne nudi resurse koji bi bili u skladu s njihovim ambicijama, niti ih sustav dovoljno u tim ambicijama podržava). Kod medicinskih tehničara/medicinskih sestara većinom se radi o sporednom

čimbeniku kod donošenja odluke o iseljenju te se tema kvalitete obrazovanja manje pojavljivala u njihovim odgovorima, osim u vidu zadovoljstva znanjima i vještinama stečenima tijekom srednjoškolskog obrazovanja. Što se studija sestrinstva tiče, manje se pojavljivala tema kvalitete studija, a znatno više problematika vezana za priznavanje visoke stručne spreme, što ćemo prikazati pod potkategorijom mogućnosti izbora karijere.

#### **4.4.1.1. Kvaliteta studija (kod medicinskih tehničara/sestara srednje škole i studija)**

Kao prvi navodimo citat iseljene medicinske sestre koji ilustrira upravo spomenuto zadovoljstvo srednjoškolskim sestrinskim obrazovanjem u Hrvatskoj te samopouzdanje s kojim onda iseljeni/e medicinski tehničari/medicinske sestre rade u stranim zdravstvenim sustavima.

*Mislim da sam dobila baš dosta znanja, pogotovo ovaj što se tiče Hrvatske. Znam da je [ime grada u Hrvatskoj] medicinska škola dosta kvalitetna i mislim da nitko neće negdje doći, kako da kažemo, da se osramoti. Mislim da imam dovoljno znanja.* (iseljena medicinska sestra)

Slijedi nekoliko citata koji govore o nezadovoljstvu studijem medicine u Hrvatskoj, i to po aspektima nezainteresiranosti nastavnika za kvalitetu nastave i manjka poštovanja prema studentima.

*Kao prvo, nezainteresiranost nastavnika, bilo da se radi o asistentima, docentima, koje god da su imali titule. To je jedna vrlo velika nezainteresiranost.* (iseljena liječnica)

*Ne postoji nikakav respekt prema studentima. Vrlo je rijedak, i profesore koji rade na nekakvoj razini koja je zadovoljavajuća za jednu visokoškolsku ustanovu u Europskoj uniji mogu nabrojati na prste jedne ruke.* (iseljena liječnica)

Nezadovoljstvo presnažnim naglaskom na teoriju, a slabim na stjecanje praktičnih vještina, pojavljivalo se kod jednog dijela liječnika/ca koje smo intevjuirali. Također, sljedeći citat ponovno ističe nezadovoljstvo kvalitetom studija u smislu potrebne razine vlastita angažmana, što smatramo zanimljivom poantom koju ćemo ponovno istaknuti u integrativnoj temi o sistemskom nasilju, a unutar potkategorije koja se bavi odnosom odgovornosti pojedinca i sustava. Zanimljivom smatramo i svjesnost jedne liječnice da je rad tih nastavnika, a koji smatra neadekvatnim, plaćen novcem poreznih obveznika.

*Tako da je nedovoljno vježbi i previše predavanja, seminara. Tu se stalno nekakva teorija vrti. I onda se sve mora doma učiti. I da zaključim, ono što smo kolege i ja... što se najviše provodilo kao nekakav savjet mlađim studentima, uvijek kad bi se komentiralo kako da spremim ovaj ispit, kako da spremim onaj ispit, ili koga da pitam, ili nekakva slična pitanja, vjerujte mi, ne biste vjerovali koliko toga smo mi sami sebe naučili na faksu. Žalosno. Znam da je fakultet besplatan za studente, ali ne'ko ga plaća. (iseljena liječnica)*

Kako je dio mladih liječnika/ca koje smo intervjuirali donio odluku o iseljenju i prije negoli su se uopće okušali raditi u hrvatskom zdravstvenom sustavu, smatramo da objašnjenje djelomično možemo pronaći upravo u poanti koju navodi idući citat: dio studenata/ica medicine već se tijekom studija razočara u razne aspekte funkcioniranja zdravstvenog sustava, naročito od treće ili četvrte godine studija kad počinju imati sve više kliničkih kolegija preko kojih dolaze u kontakt s radom u sustavu. Osim toga, vidljivo je i to da je razočarenje veće kod onih koji imaju visoka očekivanja, kako navodi i jedna liječnica.

*Evo, tako da, to je sve počelo na faksu. Ja sam tu zaključila da jednostavno taj nekakav međuljudski odnos i ti nekakvi uvjeti rada apropo kvalitete i edukacije i na faksu i na vježbama i kako je kod nas to spojeno, znači mi već vidimo u principu i na faksu kako to izgleda u praksi, dosta rano zapravo. Ja sam dosta rano vidjela da ja ovo ne želim za sebe, mislim, da mene zanima medicina i to je stvarno nešto čime se želim baviti i volim baviti. Međutim, ne pristajem na to. I tu sam se onda počela poigravati kako ta treća godina kad sam došla u kontakt s klinikom, ja sam u principu od početka bila iznimno razočarana sa svime time. Imala sam jako visoka očekivanja od fakulteta, od sustava i slično. I vjerojatno sam se zbog toga još i više razočarala nego što se možda netko drugi. (iseljena liječnica)*

Neki/e su liječnici/e i u sklopu ove teme prepoznali i neke teme koje navodimo opširnije u drugim potpoglavljima, a radi se o politizaciji struke te korupciji i nepotizmu.

*Mislim da... znači, sve se svodi ponovno na to da mislim da određeni profesori imaju preveliku... preveliku autonomnost zato što su politički vrlo moćni ili na druge načine gdje nije bitno što su oni profesori, a netko drugi je dekan pa tu postoji neka hijerarhija na papiru. Njima se u principu ne može ništa tako reći, što je vrlo poznata slika našeg sustava, ne samo u zdravstvu, nego i u drugim segmentima, tako da je to uvijek idealna preslika i tada ti profesori provode nekakvu... kako da kažem... pita se na ispitima ono što oni smatraju da je bitno. A u principu*

*mislim da bi trebalo, kako da kažem... pa zna se što će nama kao liječnicima jednog dana trebati iz određenog predmeta. Bar bi oni trebali to znati. (iseljena liječnica)*

#### **4.4.1.2. Kvaliteta specijalizacije**

Problem adekvatnog i kvalitetnog odnosa mentora/ice i specijalizanta/ice tematika je koja se pojavljivala u prethodnim istraživanjima iseljavanja zdravstvenih radnika/ca na koje se oslanja naš konceptualni okvir, stoga je u protokol intervjua bilo uključeno pitanje o zadovoljstvu ulogom mentora/ice u procesu specijalizacije. Većinom su odgovori išli u smjeru nezadovoljstva ulogom mentora/ice, ali i razumijevanja da sustav ne prepoznaje mentorski rad kao onaj koji treba normirati i za njega izdvojiti radne sate koji neće biti opterećeni drugim radnim zadacima.

*Međutim, u tom edukacijskom smislu, naći dobrog mentora u klinici je isto bio, bila lutrija, i ako nađeš nekoga i posreći ti se, ne znam, da nađeš nekoga za vrijeme faksa koji je dobar mentor, onda je to to. Drži se toga jer je malo vjerojatno da ćeš naći još jednog ko ti je i u području i da je dobar mentor i da te hoće učiti. (iseljeni liječnik)*

Nadalje, učestalo su se pojavljivali odgovori koji su ukazivali na svojevrsno izrabljivanje specijalizanata/tica kao radne snage, a opet zbog nemogućnosti sustava da omogući adekvatan broj liječnika/ca u sustavu. U takvoj je situaciji često iskustvo specijalizanata/tica, pogotovo kad dođu iz manjih bolnica u veće kliničke centre odrađivati dio specijalizacije, da im nije posvećeno dovoljno vremena za učenje, već su iskorišteni zbog manjkavosti sustava kao *pomoćna radna snaga*.

*Jer u Hrvatskoj specijalizant nije učenik. U Hrvatskoj je specijalizant pomoćna radna snaga zato što fali liječnika. (iseljena liječnica)*

O nezadovoljstvu onime što zdravstveni sustav nudi takav kakav trenutno jest za one koji imaju visoke ambicije i želju za učenjem govori idući citat. On upućuje i na dio tumačenja zašto se dio tek diplomiranih studenata/ica medicine odlučuje na iseljenje, a da se ni ne pokušavaju zaposliti u hrvatskom zdravstvenom sustavu.

*A ja sam zaključila da uz nekakve druge utege ajmo reći, a to su ti međuljudski odnosi, cijeli taj sustav i tako dalje, ja bih previše dala, a premalo dobila zauzvrat da sam ostala na specijalizaciji u Hrvatskoj, da sam radila specijalizaciju u Hrvatskoj. I mislim da bi to kod mene,*

*pošto sam emotivac i nekako idealista, ajmo reći, kod mene bi to, ja mislim, bilo pogubno za mene, tako da sam zaključila da ono kad sam donijela odluku, sam zaključila da uopće ne želim. (iseljena liječnica – iselila odmah nakon diplome)*

U više smo navrata nailazili na komentare iseljenih liječnika/ca koji/e su iznenađeni/e kontrastom između stupnja autonomije u radu koji mladi/e liječnici/e imaju u stranim zdravstvenim sustavima u odnosu na nizak stupanj autonomije koji su iskusili u hrvatskom zdravstvenom sustavu.

*Ali samo za usporedbu, edukacija u [naziv specijalizacije] ovdje, ja sam se zabezegnula za stažiste koliko se ovdje mladim doktorima daje da rade, koliko na sebi imaju odgovornosti, u usporedbi kad sam ja bila stažist u [ime grada u Hrvatskoj], doslovce vas stave u kut i tamo stojite do 12 i tak piskarate i gledate. Mislim to je bila jedna ogromna razlika. (iseljena liječnica)*

Nadalje, na temu razlika u iskustvu rada u manjim bolnicama naspram iskustva rada u kliničkim bolničkim centrima, a u kontekstu procesa specijalizacije i iskustva specijalizanata/tica, govori sljedeći citat. Naime, taj odgovor, a i neki drugi, upućuju na zaključak da je proces specijalizacije i učenja adekvatniji u manjim bolnicama zbog veće raspoloživosti ljudskih resursa.

*Pogotovo otkad sam na specijalizaciji, ali zato što sam primijetila razliku između KBC-a [klinički bolnički centar] i županijske bolnice. To je taj što ja, recimo, sa svojim kolegama imam odnos jedan na jedan. Znači, jedan je meni posvećen cijeli dan. ...cijelo radno vrijeme, i to je po meni... I ovo što sam čula od kolega iz moje specijalizacije, mi iz manjih bolnica dolazimo bolje pripremljeni za većinu dijagnostike. Ali u smislu, mi možda ne prepoznajemo patologiju, ali jako dobro znamo kako izgleda nalaz koji je bez obilježja. I onda mi vidimo da nešto ne valja, ali možda ne znamo točno što ne valja. Ali mi imamo puno bolju bazu u odnosu na njih, jer se nas pila, drila, tjera da radimo i ostalo. (neiseljena liječnica – ne razmišlja o iseljenju)*

#### **4.4.1.3. Kvaliteta i mogućnosti cjeloživotnog usavršavanja koje nudi sustav**

Zajedničku potku koja se provlači kroz odgovore koji se odnose na kvalitetu i mogućnosti cjeloživotnog usavršavanja dobro ilustriraju sljedeća dva citata, jedan neiseljene, drugi iseljene zdravstvene radnice. Naime, govore o tome da su zdravstveni/e radnici/e u hrvatskom zdravstvenom sustavu često primorani/e na sebe preuzimati odgovornost za realizaciju takvog

usavršavanja u smislu trošenja resursa koji su za to neophodni, a to su novac i vrijeme. Pritom je potrebno napomenuti da se radi o direktnoj koristi, odnosno o potrebi za sustav u kojem su ti/e radnici/e zaposleni/e te je stoga upadljivo i neobično što se takva odgovornost prebacuje sa sustava na pojedinca, pri čemu nam je bilo zanimljivo primijetiti da većina intervjuiranih zdravstvenih radnika/ca nije svjesna fenomena prebacivanja odgovornosti. To je također jedna od transverzalnih tema koja se pojavljivala na mnogim mjestima tijekom intervjuiranja pa će biti ponovno elaborirana u transverzalnoj temi sistemskog nasilja.

*Mislim da za takvo usavršavanje, ajmo reći da neko tko je željan nekih edukacija i tako toga, pa mislim da na neki način toga imamo, ali u kolikom stanju je sad bolnica u mogućnosti to platiti, mi bi to morali sami osobno o svojim troškovima snositi. (neiseljena medicinska sestra – ne razmišlja o iseljenju)*

*I onda dođe doktorat di moram napisat, ne znam, 30 stranica nečega ... čovjek si mora sam vremena za to napraviti. To ide hrpetina privatnog vremena za to. Nema to kao vani, e super, sad ti istražuješ, sad ćeš ti bit' tri mjeseca u laboratoriju istraživat' pa ćeš se vratit' radit' klinički posao. Ne. Ako želiš, to ćeš se naradit' ... meni kad se sin rodio, ja sam bila u rodilištu poslije, i taman tada su uzorci prvi trebali stići, i ja sam dan nakon šta sam rodila zvala inženjerku u labos da provjerim jel' sve u redu, jel' sve ide po špagi. Ona mene pitala pa otkud zoveš. Pa iz rodilišta, pa dobro je, beba spava. Bože, ovo još nikad nisam doživjela. I onda kad je imao 2 mjeseca, trebala sam ga dojiti, a trebala sam ići skupljati ankete, pitat' pacijente na dijalizi, muž i on bi se vozili u autu oko Vinogradske dok bi ja sat, sat i pol ispitivala pacijente, samo ako mali ogladni da mogu ići trčat' nazad u auto. Evo, tako je moj doktorat izgledao. (iseljena liječnica)*

#### **4.4.2. Mogućnost izbora karijere**

Ova je potkategorija teme profesionalnih aspiracija za dio iseljenih zdravstvenih radnika/ca odigrala ulogu u donošenju odluke o iseljenju. Kod liječnika/ca se uglavnom radi o onima koji/e imaju jasne želje oko izbora specijalizacije (uz to često i visoke kriterije oko kvalitete obrazovanja koju će na specijalizaciji dobiti), a smatraju da je u Hrvatskoj neće biti u mogućnosti dobiti (ili barem ne u gradu u kojem žele živjeti, a većinom se radi o Zagrebu u kojem je najteže dobiti željenu specijalizaciju zbog velikog broja zainteresiranih) ili se žele baviti nekim vrlo uskim subspecijalizacijama za koje je Hrvatska premala zemlja (u smislu broja slučajeva/pacijenata koje bi uopće imali priliku liječiti, odnosno na njima učiti). Kod

medicinskih tehničara/medicinskih sestara radi se o specifičnoj problematici onih koji/e su završili/e studij sestrinstva, ali nisu u mogućnosti napredovati u karijeri u skladu sa stečenom visokom stručnom spremom jer zdravstveni sustav za većinu njih ne nudi tu mogućnost.

#### **4.4.2.1. Mogućnost izbora željene specijalizacije za liječnike/ce**

Mogućnost izbora željene specijalizacije karijerni je aspekt koji je varirao kroz nekoliko proteklih desetljeća, kako liječnici/e iznose u svojim odgovorima. Prva dva citata koje navodimo govore o fazi u kojoj još uvijek nije bilo lako dobiti bilo koju željenu specijalizaciju (uz napomenu da su neke daleko poželjnije i traženije od drugih, manje atraktivnih na koje je manji pritisak), a istovremeno je pristupanje Hrvatske Europskoj uniji značajno olakšalo iseljavanje za zdravstvene radnike/ce te ih je dio odlučio iseliti zbog kombinacije tih čimbenika. Drugi citat govori o čestom rješenju kojem pribjegavaju oni koji žive i žele ostati živjeti u Zagrebu (pa i nekim drugim većim gradovima), a to je zapošljavanje i specijalizacija u manjem gradu koji je dovoljno blizu Zagrebu.

*Da, baš je bilo jako teško ovaj i Hrvatska je u međuvremenu bila, ono, ušla u Europsku uniju tada. U tom međuvremenu, kako sam se ja mučila sa tim razgovorima, ne znam ni ja na koliko sam razgovora bila otišla, sigurno 50 minimalno. (iseljena liječnica)*

*Da, gle ono mislim, kak bih rekla, u Zagrebu nisam mogla dobiti ono što sam htjela, ali ono dobila sam u [ime manjeg grada] dosta brzo, nisam na specijalizaciju čekala. (iseljena liječnica)*

Kako smo spomenuli, bilo je faza u kojima su liječnici/e lakše dolazili/e do željenih specijalizacija, o čemu govori idući citat premda ipak spominje i faktor *sreće*.

*Specijalizaciju koju sam želio sam dobio, tada kad sam se ja prijavljivao nije bila tolika navala na specijalizaciji kao sada, recimo da sam tu imao neke sreće i dobio sam koju sam i odabrao. (iseljeni liječnik)*

Neiseljeni/e liječnici/e koji/e ne razmišljaju o iseljenju također svjedoče o visokom pritisku na najatraktivnije specijalizacije, pogotovo u Zagrebu, mnogima najatraktivnijem gradu zbog kvalitete života koju nudi ta razina urbaniteta. Prvi od citata koji slijede ponovno dovodi i temu korupcije i nepotizma koja se u intervjuima pojavljivala isprepletena s raznim temama o kojima smo razgovarali, a veći je broj liječnika/ca (što iseljenih, što neiseljenih) govorio o



netransparentnosti natječaja za specijalizacije i percepciji visoke razine korupcije i nepotizma kod provođenja natječaja. Kod ta dva citata neiseljenih liječnika/ca vidimo izvjesnu razinu spremnosti na adaptaciju na dane uvjete i okolnosti u kojima su onda uzimali u obzir širi spektar specijalizacija, za razliku od onih koji su imali sasvim jasnu i određenu želju te su se, ukoliko je nisu uspijevali realizirati u Hrvatskoj ili su unaprijed percipirali da je neće uspjeti dobiti, odlučivali na iseljavanje.

*Razmišljao sam prije o jednom pa drugom, pa se javiti na natječaj pa sam odustao. Pa sam onda shvatio da bi [naziv specijalizacije] mogla biti ta, javio sam se, bio sam im zanimljiv jer se nije puno ljudi javilo na natječaj pa sam uspio proći. To je sreća, jer je manja ustanova, i da baš u tom trenutku nije bilo puno zainteresiranih za tu specifičnu specijalizaciju svih grana pa se nije puno ljudi javilo. Recimo slika u nekim većim gradovima tipa u Zagrebu se javi po stotinu, šezdeset liječnika za jednu specijalizaciju i ti natječaj su dosta netransparentni. Postoji način realizacije kako neki kandidati dobiju specijalizaciju, nije to objektivno. (neiseljeni liječnik – nije razmišljao o iseljenju)*

*Pa na kraju jesam, u ovoj bolnici sam se prijavila na tri specijalizacije, i u principu nakon razgovora za [naziv specijalizacije] su me pitali ako dobijem [naziv specijalizacije] da li ću se javiti na druge razgovore pa sam im rekla da ne pa su drugi dan objavili da sam dobila. Tako da sam na neki način mogla birati. Svi mi možemo birati na šta ćemo se prijaviti, samo svaki put kad se nešto ne dobije pa nam se malo vidici prošire. Pa se javiš na jednu specijalizaciju više pa možda ova koja je bila na drugom mjestu pa znaš da ima i drugih da su okej. (neiseljena liječnica – nije razmišljala o iseljenju)*

#### **4.4.2.2. Mogućnosti usavršavanja u Hrvatskoj kod uskih specijalizacija**

Za jedan je manji broj liječnika/ca mogući čimbenik iseljenja njihov vrlo specifičan i uzak profesionalni interes za neka rjeđa stanja i bolesti, koji onda nije moguće realizirati, ili barem ne na razini na kojoj oni priželjkuju, u Hrvatskoj zbog malog broja pacijenata/slučajeva. Kao slučaj suprotan većini ostalih odgovora, ovdje vidimo i zadovoljstvo ulogom mentora/ice u procesu specijalizacije. Također, jedna iseljena liječnica ističe poantu koju smo više puta spominjali, a to je da su liječnici/e kao profesija većinom natprosječno motivirani za učenje i usavršavanje, a osim toga ističe i svjesnost o vlastitoj natprosječnoj ambicioznosti i želji za učenjem, što sve može odigrati ulogu u procesu donošenja odluke o iseljenju.

*Što se tiče opće bolnice, mislim da je to bila dobra bolnica. Šef je bio odličan, operater [ime specijalizacije i prezime mentora] bio je odličan mentor i svakako jedan od najboljih operatera koje sam ikad vidjela. Bilo je mjesta za napredovanje, ali sama bolnica je mala. Nisu imali toliko pacijenata, sve ovisi o tome što želiš od karijere. Moj cilj je uvijek bio naučiti što više i vidjeti što više. Kada usporedim sa drugom bolnicom u [zemlja iseljenja], velika je razlika jer je ta bolnica imala čak svoju [ime specijalizacije] dnevnu bolnicu. Prioritet su bili [ime specijalizacije] pacijenti za koje sam većinom radila za vrijeme specijalizacije. To je najisplativije, zbog čega je cilj opće bolnice postati [ime specijalizacije] centar. Tako da, ovaj recimo, kada se to uspoređi, Opća bolnica [naziv bolnice u Hrvatskoj] je naravno imala minimalan broj nekakvih [ime specijalizacije] operacija i to su bile jednostavne operacije, ovaj, dok je ova druga bolnica u [zemlja iseljenja], ono, bila jedna od najboljih [ime specijalizacije] centara u toj regiji, tako da. (...) Većina liječnika zapravo želi nekako vidjeti sve ono, obrazovati se što više. (iseljena liječnica)*

#### **4.4.2.3. Ograničenja za VSS medicinske tehničare/sestre (i one s visokim profesionalnim aspiracijama bez VSS)**

Medicinski tehničari/medicinske sestre u Hrvatskoj izloženi/e su specifičnoj situaciji u kojoj ih se s jedne strane potiče da se školuju dalje nakon srednje škole, a s druge strane zdravstveni sustav ni na koji način ne vrednuje stečenu visoku stručnu spremu, zbog čega su često izražavali nezadovoljstvo tim aspektom svojih karijernih mogućnosti.

Kako smo već naznačili, ilustrirat ćemo u ovom dijelu i razmišljanja onih medicinskih tehničara/sestara koji imaju srednju stručnu spremu, ali visoke profesionalne aspiracije. Takav primjer vidimo u idućem citatu koji govori o želji i ambiciji za učenjem i usavršavanjem te u kontrast stavlja iskustvo koje u vezi tog aspekta ima jedna iseljena medicinska sestra u zemlji iseljenja i iskustvo iz Hrvatske. Strani sustav u kojem radi uključuje usavršavanje u radnu normu, što ona prepoznaje kao dodatnu prednost (to vidimo iz riječi *čak da idete pod satnicom*), a ne kao nešto što je sustav zapravo obvezan ponuditi svojim radnicima/ama. Ovdje opet vidimo aspekt prebacivanja odgovornosti sa sustava na pojedinca (*moraš trošit' godišnje, trošiti svoje slobodne dane, sama se snalaziti za smjenu*), ali i ponovljeni izostanak prepoznavanja da od usavršavanja svojih radnika/ca (osim sâmog/e radnika/ce: *Jest da ona to radi za sebe*) koristi imaju prvenstveno zdravstveni sustav i njegovi korisnici.

*Daj nam neka usavršavanja. Sad to može biti, ne znam, o higijeni, to može bit' o ranama, može bit' o lijekovima, o kanilama. Vi možete pokazati inicijativu i sad, ja to želim, ja bi' to, pa će sve to objasniti [refereira se na zemlju iseljenja]. Vi možete ići na usavršavanje, ja mislim čak da idete pod satnicom, znači da nije to slobodan dan. Kod nas, ako ideš u višu školu, moraš trošit' godišnje, trošiti svoje slobodne dane, sama se snalaziti za smjenu. Jest da ona to radi za sebe, ali (...) Zašto ste mi uzeli 20 000 kuna ili 25 000 ili 30 000, koliko je već taj fakultet? Zašto bi' to dala, a ne postoji posla u Hrvatskoj za to? (iseljena medicinska sestra)*

Citati koji slijede govore o frustraciji i nezadovoljstvu onih medicinskih sestara koje su stekle visoki stupanj stručne spreme, ali im on ni na koji način validiran na radnom mjestu. Prvi od njih ukazuje i na manjak motivacije da se nakon prijediplomskog, nastavi i s diplomskim studijem, a upravo zbog prethodno spomenutog razloga.

*Išla sam 3 godine i znala sam točno što se uči, što se radi, što bi me čekalo kad bih išla na to [na diplomski studij, dodatne dvije godine visokog obrazovanja], nisam imala ni 2 posto interesa ni želje ni volje, zato što, ne znam, nisam se pronalazila u tome i nije mi se to sviđalo, više je bilo onako, ok završit' ću to, ali šta imam od tog, nigdje mi se ne prizna taj magisterij, mogla bih otić' predavat' u srednju školu ili nešto što me isto ne zanima, nisam se nikako vidjela u tome i sad da te godine studiram nešto čisto da imam zvanje magistra. (iseljena medicinska sestra)*

*I stvar što mene ljuti – ne mogu reći kako je to sigurno vani, ali pretpostavljam da je bolje – što je meni moj diplomski studij ovdje uopće nije priznat. Znači ja radim na nivou prvog stupnja sestrinstva bez obzira što je moja titula magistar sestrinstva. (neiseljena medicinska sestra – ne razmišlja o iseljenju)*

Jedna iseljena medicinska sestra vrlo konkretno govori o već spomenutom izostanku podrške od strane zdravstvenog sustava za svoje radnike/ce dok opisuje kako je teško organizirati vrijeme i novac te je, čak i onda kad motivacija za daljnje školovanje postoji, sav teret na pojedincu.

*Znači, kada sam to... kada sam sjela, znači, i htjela započeti nešto, to nije bilo moguće. Znači, uz posao, jer viša, znači, funkcionira, ne znam jel još to tako to sve funkcionira. Bilo je da su predavanja, recimo, bila popodne, znači, a tri su jutarnja, i popodneвно se u nekom drugom odjelu... recimo, bio prije 12:00, a to nije moguće. Znači, taj dio, znači, kod nas nema mogućnosti da ti poslodavac preuzme plaćanje, neće podnositi to... znači, viša plaća bi bila po*

*godini 10 ili 11.000 kuna. Znači, to sve zajedno znači preko 30.000 kuna za 3 godine. Master mislim da je bilo 20 svaka godina, sad više nisam stvarno sigurna, bila je opcija... što je jako puno. Mislim da je bila to Banja Luka, neku sveučilište u izgradnji, prije nekih desetak godina, mislim da je to krenulo, ali to još nije bilo odobreno i puno sestara koje su to završile, ja mislim da su imali problem s našom komorom, znači, verifikacijom, i to tako da na kraju su ostale razočarane. (iseljena medicinska sestra)*

Idući odgovor jedne neiseljene medicinske sestre pojašnjava kako sustav takav kakav trenutno jest uopće ne nudi okvir za napredovanje svim medicinskim tehničarima/medicinskim sestrama koji/e steknu visoku stručnu spremu.

*To ne, to mislim da nije baš moguće, a što se tiče prilike za napredovanje, jednostavno je takav sustav, postoji glavna sestra zavoda, glavna sestra odjela i to su, ne znam, tri-četiri osobe, a nas sestara je puno, tako da ne dobiju svi istu priliku. Ja mislim da nije ni nužno da ja napredujem u smislu da ja budem,.nego je jedini način da napreduješ u plaći je zapravo da dobiješ određenu funkciju, jer ja mogu sa svojom titulom magistra sestriinstva radit trideset godina na istom odjelu, ali ako ne napredujem u smislu funkcije, ja neću imati istu plaću, ok povećanje plaće je ono minimalno. (neiseljena medicinska sestra – ne razmišlja o iseljenju)*

#### **4.4.3. Meritokratski principi u realizaciji profesionalnih aspiracija**

Meritokratski principi, odnosno njihov izostanak, kao tema o kojoj su naši/e sugovornici/e imali/e želju i potrebu govoriti, pojavljivala se kod više različitih aspekata iskustva rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu, kao i percepcije opće društveno-političke klime, te je time na neki način također dobila karakteristike transverzalnosti. Smatramo da je to jedan od čimbenika koji utječe na proces donošenja odluke o iseljenju, kako direktno u nekim slučajevima tako još više indirektno kroz kreiranje klime nepravde i beznađa. O toj smo temi postavljali pitanja predviđena protokolom intervjua.

Sljedeća dva citata govore o dojmu da na napredovanje i realizaciju profesionalnih aspiracija utječu kriteriji koji nemaju veze sa stečenim kompetencijama i zaslugama, već s drugim kriterijima koje su naši/e sugovornici/e povezivali/e s utjecajem politike i nepotizmom. Također valja primijetiti da oba odgovora ne daju dojam isključivog napredovanja prema principima koji

nisu meritokratski, već samo djelomično, a očigledno imaju doživljaj da postoje i konteksti u kojima su meritokratski principi više prisutni.

*U zdravstvenom sustavu, općenito gledajući, ne vladaju uvijek principi pravde i poštenja. Nisam uvijek imala osjećaj da se napreduje u skladu s uložnim radom i stečenim kompetencijama i kvalifikacijama. Imala sam dojam da su na napredovanje u karijeri utjecali kriteriji koji nisu imali veze sa strukom i kompetencijama. (iseljena liječnica)*

*Da, jako teško pitanje... Recimo, u [ime veće bolnice u Hrvatskoj] mogu reći, mlade kolege su imale dobru priliku za steći i iskustva rada i čak je klinika slala kolege u inozemstvo da vide kako se radi. Što se tiče, što se tiče selekcije i napredovanja, mislim da opet nije toliko riječ o stručnom znanju i sposobnostima, već su tu malo više igrane često puta, ne uvijek, ali prečesto i nekakve druge, drugi utjecaji, poput utjecaja politike i nekakvih osobnih stvari. Prečesto i previše, rekao bih. Ne isključivo, ali ipak previše. (iseljeni liječnik)*

Zanimljiv je sljedeći citat koji govori o već spominjanoj temi kompetitivnosti, kao i onemogućavanja napredovanja podređenima s pozicije moći, a kako ta pozicija moći ne bi bila ugrožena. U tom se slučaju radi o studiranju na doktorskom studiju, ali su se takvi primjeri mogli u našim intervjuima susresti i na drugom točkama liječničke karijere, a pogotovo u procesu specijalizacije.

*Što se tiče mogućnosti napredovanja, konkretno u mom slučaju je činjenica da idem na doktorski studij bio je problem, jer moj šef nije imao doktorat i to se gledalo kao „vi ćete biti profesori, znanstvenici, a mi drugi ćemo šljakati“ kako je to volio reći. To se gledalo kao mi se hoćemo maknuti i izdignuti, i to ga ljuti jer onda mi ćemo... naravno i spoznaja mlađi puno godina manje, mlađi od njega i kao ima neki veći stupanj više znanstvenog stupnja prvo... tako ti neki sebični razlozi su tu bili znači, a ne u smislu da se neko znanje prenese mlađima. (iseljeni liječnik)*

Kako su prethodni citati pokazali, odgovori u vezi te teme daju dojam većeg raspona varijacija, a važno je pritom istaknuti da su se pojavljivali i izrazito pozitivni komentari, te smatramo da su te varijacije bile povezane s kontekstom određene ustanove, pa ponekad čak i manje jedinice, kao što je odjel, odnosno s njihovim upravljanjem. Zanimljivo je u sljedećem citatu primijetiti da se uz pozitivan dojam o vladavini meritokratskih principa nalazi i komentar *ja sam imala čak sreću.*

Dakle, citat ilustrira prevladavajuću percepciju klime u kojoj se ne napreduje prema meritokratskim principima, odnosno u kojoj je potrebno „imati sreće“ da biste se zatekli u kolektivu u kojem je to ipak tako.

*Mislim da se cijeni stvarno. Evo, ja sam imala čak sreću biti u jednom kolektivu u [ime većeg grada u Hrvatskoj] u kirurgiji gdje se stvarno rad i trud cijene, di stvarno ako netko ništa ne uči za operacije, neće ići u salu. (iseljena liječnica)*

Odgovori neiseljenih zdravstvenih radnika/ca u suglasju su s prethodnima, a sljedeća dva iznose prepoznavanje da u slučaju onih kolega/ica koji su među najboljima u struci nepošteni principi napredovanja neće imati toliki utjecaj.

*Pa mislim da jedno i drugo... da ima sigurno netko tko se trudi, tko uspije... ali ima i onih koji će po nekim primarno političkim... Ali mislim da oni koji su stvarno dobri i koji se trude da za njih neće biti problema, da će uspjeti. Pitanje je koji je njihov krajnji cilj, ali ako je netko stvarno stručan i da je stvarno dobar, mislim da tu stvarno neće biti nikakvog problema. (neiseljeni liječnik – nije razmišljao o iseljenju)*

*Dosta je u Hrvatskoj specifična situacija što se tiče toga. Imamo osjećaj da su u tim određenim mjestima jedni te isti ljudi i da je zapravo jako teško na neki način napredovati. Imam osjećaj da se ne napreduje na temelju truda, zalaganja i takvih stvari, nego nečeg skroz drugog (...) definitivno, definitivno neki kriteriji koji s tim nemaju veze. Mislim, ne kažem da je svugdje tako ili da neke osobe koje su napredovale na neki drugi način nisu kvalitetne, mislim, jesu naravno, ne osporavam njihovu profesionalnost i tako to, ali smatram da ne dobiju svi dovoljno, ne dobiju svi istu mogućnost za napredovanje. (neiseljena medicinska sestra – nije razmišljala o iseljenju)*

#### **4.5. Kvaliteta života**

*Tako da vratila bih se ja čisto zbog kvalitete života, obitelji. Ja bih se vratila, ali vratila bih se da mogu adekvatno raditi. (iseljena medicinska sestra)*

Citat koji uvodno navodimo dobro prikazuje prevladavajući ton koji tema kvalitete života ima u našim intervjuima. Iseljeni/e zdravstveni/e radnici/e dominantno govore o zadovoljstvu raznim aspektima kvalitete života u Hrvatskoj uz izuzetak aspekta životnog standarda, a čiji je važan dio i rješavanje stambenog pitanja. Dakle, naši rezultati upućuju na zaključke da je kvaliteta života

češće razlogom donošenja odluke o ostanku negoli o iseljenu iz Hrvatske, osim u slučaju nemogućnosti adekvatnog rješavanja stambenog pitanja te općeg nezadovoljstva životnim standardom. Posljednja se stavka ne pojavljuje kao jedan od ključnih čimbenika iseljavanja, više kao čimbenik koji doprinosi odluci kad već postoje drugi ključni čimbenici (uz napomenu da je kod medicinskih tehničara/sestara u jednom dijelu životni standard ipak ključan čimbenik), ali se rješavanje stambenog pitanja u našim intervjuima pojavljuje i kao jedan od ključnih čimbenika iseljavanja.

Pitanja o kvaliteti života kao mogućem čimbeniku iseljavanja dijelom su protokola intervjua, stoga su i ovi rezultati djelomično proizašli deduktivnom analizom, ali su se jednim dijelom pojavili i neki induktivni zaključci, o čemu ćemo detaljnije u nastavku ovog potpoglavlja. Zanimljivo je ovdje navesti terensku bilješku o razumijevanju uvodnog pitanja za ovaj blok pitanja: *Što mislite o kvaliteti života u Hrvatskoj općenito? Uz potpitanja: Što smatrate prednostima, a što nedostacima? Čime ste osobno bili zadovoljni, odnosno, nezadovoljni? Što vam je od toga najvažnije?* Naime, to je pitanje najčešće nailazilo na nerazumijevanje naših sugovornika/ca te su za njega najčešće tražili pojašnjenje na što se ono odnosi. U slučajevima pak u kojima nisu tražili pojašnjenje, često se događalo da je njihova prva asocijacija životni standard koji su u Hrvatskoj imali. Premda je inicijalno bilo zamišljeno da o zadovoljstvu životnim standardom razgovaramo u kontekstu nekih drugih tema obuhvaćenih protokolom intervjua, budući da se u nekoliko prvih intervjua pokazalo da naši/e sugovornici/e životni standard doživljavaju dijelom teme kvalitete života, nakon toga smo uveli i to pojašnjenje/potpitanje u uvodna pitanja o kvaliteti života. U slučajevima u kojima su sugovornici/e tražili/e dodatno pojašnjenje, obično smo napominjali da se dosad pokazalo da su asocijacije na kvalitetu života različite te da slobodno govore o onome što kvaliteta života za njih predstavlja, a naknadno smo (ako su odgovori bili kratki i oskudni) u natuknicama navodili što bi sve moglo spadati pod tu temu, uključivši onda i zadovoljstvo životnim standardom.

Kao četiri glavne potkategorije teme kvalitete života izdvojili smo sljedeće: zadovoljstvo životnim standardom i mogućnost rješavanja stambenog pitanja, kvaliteta provođenja slobodnog vremena, vezanost uz mjesto/obitelj/prijatelje, „stranac“, te iskustvo života i rada ovisno o stupnju urbaniteta/ruraliteta.

#### **4.5.1. Zadovoljstvo životnim standardom i mogućnost rješavanja stambenog pitanja**

U prvim dvama citatima ilustrirano je nezadovoljstvo životnim standardom, ali i nesigurnost u vezi zadržavanja/pronalaženja radnog mjesta, kao važan čimbenik iseljavanja za medicinske sestre. Kako smo već napomenuli, to je jedna od razlika u čimbenicima iseljavanja između medicinskih tehničara/sestara i liječnika/ca. Naime, liječnici/e navode, među ostalim, (ne)zadovoljstvo životnim standardom kao jedan od razloga koji je utjecao na odluku o iseljavanju, ali ne i kao ključan. Baš naprotiv, neki od njih imali su potrebu posebno naglasiti da nikad ne bi otišli iz Hrvatske samo iz tog razloga, odnosno da to nije bio ključan razlog. Medicinski tehničari/medicinske sestre navodili/e su pak većinom i nezadovoljstvo životnim standardom kao jedan od ključnih razloga za iseljavanje.

*Ja mislim da je u njima [potencijalnim zemljama iseljenja] puno više mogućnosti i da život može biti puno kvalitetniji. Iz tog razloga što nema toliko stresa oko posla u smislu da ako ja sad ostanem bez posla, gdje ću naći drugi posao, ovdje se stvarno može naći puno posla u struci i izvan struke. (iseljena medicinska sestra)*

*U Hrvatskoj kad sam bila, ne znam, radila sam taj studentski posao pa sam zarađivala neke svoje novce pa si kupim šta mi treba, ali opet gledam, hoću neću, pa aj' tu je možda malo jeftinije, pa aj' ovako, onako, svaku kunu se prevrće u ruci, da. (iseljena medicinska sestra)*

Sljedeća dva citata iseljenih liječnika/ca ukazuju na manju važnost tog aspekta u smislu ključnih čimbenika odluke. Također, oba citata govore o kvaliteti života kao razlogu koji više donosi prevagu na strani ostanka negoli na strani iseljavanja iz Hrvatske.

*Hm, naravno, plaće, ako i to uzmemo pod kvalitetu života, plaće se ne daju usporedit'. Odnosno, jačina, hmmm... kako bih to rekla...*

Istraživačica: *Kupovna moć možda...?*

*Tako je! To je prava... kupovna moć je ovdje neusporedivo veća, neusporedivo. Da, plaća isto veća, ali ne u toj mjeri u kojoj je kupovna moć veća jer su cijene ovdje identične cijenama u Hrvatskoj. Znači, kvaliteta života, meni nije bilo loše u Hrvatskoj uopće, dapače, da je malo više novaca, i to je sve. Na drugo nisam imala apsolutno nikakve zamjerke. Osim već onih šta sam prije rekla – neuređenost sustava, jedan nered, jedan kaos, prestrašno. (iseljena liječnica)*



*Meni kvaliteta života nije bila toliko loša. Netko bi rekao 'ajd imao si sve. Ja sam čak radio i privatno nakon bolnice iako sam bio mlad, ali ovaj, ali... Ti zaradiš neki novac, ali ako tebi crkne mašina za robu, tebi je sad to neki ipak veliki izdatak. I onda, recimo, ako moraš mijenjati auto, opet ti tu moraš nešto razmišljati. I onda kažem tako da, recimo u ono doba da ste me pitali... dobro, vidio sam, imao sam ono... vidio sam da ima vjerojatno ima i bolje od toga, ali sad kad gledam, mislim ja kad gledam, moja sestra je doktorica, koliko ona radi, meni dođe ono plakati. Ja sam isto toliko radio koliko i ona, ali to je... kad ti gledaš kako ovdje ljudi malo rade i koliko puno zarade. (iseljeni liječnik)*

Preostali citati ukazuju na jedan važan aspekt ove potkategorije, a koji se pojavio induktivnim smjerom analize rezultata ovog istraživanja. Drugim riječima, tog aspekta inicijalno nismo bili svjesni kod izrade nacrtu istraživanja, već se počeo konzistentno pojavljivati u odgovorima naših sugovornika/ca kao novi aspekt. Naime, radi se o problematici rješavanja stambenog pitanja u Hrvatskoj, a za koju dio iseljenih zdravstvenih radnika/ca kaže da je jedan od čimbenika koji je donio prevagu u donošenju odluke o iseljavanju. Naročito je zanimljivo što smo učestalo nailazili na odgovor o važnosti obiteljske podrške/zaleđa u vezi te teme, odnosno na odgovor da se na iseljavanje ne bi bili odlučili da su naslijedili nekretninu ili dobili financijsku pomoć obitelji u svrhu kupnje vlastite nekretnine. Osim od iseljenih, takve smo odgovore mogli čuti i od neiseljenih zdravstvenih radnika/ca, pri čemu navode da bi se bili odlučili na iseljavanje iz Hrvatske da nisu dobili/naslijedili nekretninu od obitelji te izražavaju svjesnost i zahvalnost vezano uz tu okolnost.

*Pa, ovako, dakle, kao student mi je bilo, mogu reći možda bolje nego mnogima jer su mi roditelji mogli priuštiti tako jedan dvosoban stan blizu fakulteta, u kojem sam ja živjela. (iseljena liječnica)*

Sljedeći citat, osim o važnosti obiteljske podrške kod rješavanja stambenog pitanja, govori ponovno i o jednom općem osjećaju beznađa u slikovitoj sintagmi *pa to je Sizifov kamen*.

*Specijalizantica da zasnuje obitelj bez stana, nekoga da im obitelj pomogne, to je opet igra koju ne možeš pobijediti. Znači, i to je kredit do kraja života. Znači, to je iskreno društvo u kojem se ne može uspjeti. Što god čovjek napravi, bez nekog da ima neki obiteljski background, da ga obitelj jako gura ili da obitelj kaže evo to vam je stan, vi se uselite, znači od nule da u Hrvatskoj*

*ne može uspjet', nažalost. I to me jako demotiviralo jer doslovce, pa to je Sizifov kamen. Samo čovjek ne može zamisliti da je sretan dok ga gura. (iseljena liječnica)*

Kao zanimljivost idućeg citata izdvajamo percepciju rješavanja stambenog pitanja luksuzom.

*A moram reći, prije svega, da ja sam svjesna da je meni jako dobro u životu, bilo je, sada, oduvijek radi mojih roditelja, tako da ne mogu stvarno izdvojiti... nisam nikad imala financijske poteškoće. Ono, sva sreća, tako neke stvari, tako da sam rekla bih da sam živjela sigurno nekakav prirodni prosjek. Ne mislim tu sad na ne znam kakve luksuze. Ali ja smatram da je luksuz da čovjek ima krov nad glavom, da se... da nema... ne postoje nekakva dugovanja, da se bez problema otiđe u dućan, kupiš peglu, i takve stvari, auto i to, na to mislim. Nekakve stvari koje mislim da puno ljudi u Hrvatskoj ipak si jedva mogu priuštiti. Jedva. (iseljena liječnica)*

#### **4.5.2. Kvaliteta provođenja slobodnog vremena**

Kod kvalitete provođenja slobodnog vremena kao važan aspekt pokazala se mogućnost provođenja vremena u prirodi te dostupnost i blizina takvih sadržaja. Osim navođenja tog aspekta u skupini neiseljenih, zanimljivo je da je navođenje tog aspekta bilo učestalo prisutno i u skupini iseljenih zdravstvenih radnika/ca koji navode prirodne ljepote Hrvatske kao važnu prednost života u toj zemlji, a koje nisu nužno bili toliko svjesni prije iseljenja.

*Pa gledajte, činjenica je da mislim da je ovdje ipak život recimo, pogotovo sada izvan grada, što se tiče nekakve kvalitete zraka i svega, sigurno bolji od bilo kakvog velegrada i slično. I stvarno, ono, ima se i gdje otići sa djecom, obitelji na izlet, da ni ne moraš zapravo nužno, ne znam, koliko proći da vidiš nešto novo. Dovoljno nam pruža raznolikosti što se tiče nekakvog iskustva da možeš proći samu Hrvatsku. Dobro, mi dosta volimo planinariti, pa onda i dijete pokušavamo vući što više. (neiseljena liječnica – ne razmišlja o iseljenju)*

Nadalje, našim smo sugovornicima/ama upućivali pitanje o zadovoljstvu omjerom radnog i slobodnog vremena u Hrvatskoj. Smatramo da rezultati našeg istraživanja pokazuju da taj aspekt kvalitete života u Hrvatskoj nije jedan od onih koji donose prevagu u procesu donošenja odluke o iseljenju, ali je također važno spomenuti jedan dio odgovora koji se odnosio na preveliku opterećenost dežurstvima, zbog čega onda značajno pati slobodno vrijeme. O tom aspektu više govorimo u drugim temama pa ga ovdje nećemo detaljnije komentirati. Citat koji navodimo

ilustrira manju relevantnost omjera radnog i slobodnog vremena, ali i svjesnost o povezanosti tog aspekta s količinom dežurstava.

*A mislim što se tiče slobodnog vremena i preopterećenosti na radnom mjestu, nije to meni bilo nešto, meni je to bilo OK, ne kako bih ti to rekla, nije taj dio... Na svim poslovima sam dobivala godišnji kad sam htjela, nije me nitko baš tlačio. Sad ako pričamo o odnosu slobodnog vremena koje dobiješ, to je bilo ok, nisam imala dežurstava, bilo je to sve nekako pristojno posloženo.* (iseljena liječnica)

#### **4.5.3. Vežanost uz mjesto/obitelj/prijatelje**

Naši su rezultati pokazali da je aspekt vežanosti uz mjesto (bilo Hrvatsku generalno bilo grad/mjesto iz kojeg potječu ili u kojem žive), obitelj i prijatelje našim sugovornicima/ama važna tema kad se govori o iseljavanju. Kako pokazuju sljedeća dva citata, vežanost uz mjesto, obitelj i prijatelje, čimbenik je koji može doprinijeti odluci o ostanku u Hrvatskoj. Također, drugi citat ističe kontrast socijalnog aspekta života u Hrvatskoj s onime u zemlji iseljenja, a što nije bio usamljen odgovor u našim intervjuima.

*Moja obitelj i prijatelji, to su bile stvari koje su me podržavale da ostanem, ali ovo ostalo, znači ta bolnica i ta specijalizacija... nula. Glavni je razlog bio šta sam upoznala supruga i htjela živjeti negdje vani, a ovo ostalo, posao, nije mi bilo žao ostaviti.* (iseljena liječnica)

*Pa, evo ovako, znači u Hrvatskoj, mi ljudi, pogotovo u [ime grada u Hrvatskoj] se svi jako puno družimo, izlazimo vani, imamo svi puno prijatelja, kolega i to je jedna dobra stvar što se tiče Hrvatske, pretpostavljam da je tako svuda u Hrvatskoj, a i toga, recimo, ovdje na sjeveru [referira se na zemlju iseljenja] nema.* (iseljeni liječnik)

#### **4.5.4. „Stranac“**

Nadalje, kao svojevrsni kontrapunkt aspektu vežanosti uz mjesto, obitelj i prijatelje, postavljamo koncept, točnije osjećaj stranca u zemlji iseljenja, a koji se pojavljivao u dijelu naših intervjuja kao negativan aspekt iskustva iseljenja i kao potencijalni čimbenik kod odluke o povratku.

Prvi od citata koji izdvajamo, osim o osjećaju „stranca“ i poteškoćama integracije u zemlji iseljenja, govori i o generalno znatno višem stupnju zadovoljstva kvalitetom života u Hrvatskoj negoli u zemlji iseljenja.

*Pa ja stvarno mislim, moj život u Hrvatskoj je puno bolji nego moj život ovdje. Pod broj jedan, evo to sad mogu definitivno reći, zato jer to nakon ovog perioda mogu reći, užasno je teško sa migracijama. Užasno je teško migrirati negdje, ja mislim da je to užasno teško. Mislim ja sam Hrvat. Ja sam iz Hrvatske, evo prvo to ono, znači i jednostavnije je kada živiš u svojoj zemlji, sve je jednostavnije. Bez obzira na to kakva je, mislim krenimo od toga. Ovaj, mislim, što se tiče, tako da ja ne mogu, ne mogu reći da je tu bila, da sam ja otišla u potrazi za nečim puno boljim. Ne, to definitivno ne mogu reći. (iseljena liječnica)*

Slično prethodnom, sljedeći citat ističe zadovoljstvo kvalitetom života u Hrvatskoj, kao i poteškoće s integracijom u zemlji iseljenja, ali i jasno govori o tome koji su bili čimbenici prevage kod odluke o iseljenju: mogućnost izbora specijalizacije, kvalitetna edukacija i zadovoljavajuća primanja.

*E, to zapravo... moram reći iskreno da je kvaliteta života u Hrvatskoj najbolja. To je najljepši život koji čovjek može imati u Hrvatskoj. I da, da ja mogu dobiti, da sam ja mogla dobiti u Zagrebu, na primjer [naziv specijalizacije] za malo bolju plaću, ja nikad ne bih otišla iz Hrvatske. Nikada. I ja se stalno vraćam za vikend. Znači, ja čim imam dva dana, ja sam u Zagrebu jer ta kvaliteta života... moja integracija ide dosta teško. Jezik, koliko god ja znam dobro, ja mogu i prevoditi na njemački, opet ja ne znam dijalekt. Znači, što se tiče kvalitete života, da sam se ja mogla ostvariti profesionalno, znači da sam ja mogla imati dobru edukaciju, dobru plaću i odmah specijalizaciju, ja nikad ne bi otišla iz Hrvatske. Al' budući da sam imala lošu plaću, nikakvu edukaciju i nikad ne bih dobila specijalizaciju, nisam imala baš drugog izbora. (iseljena liječnica)*

Sljedeći citat obuhvaća više aspekata kvalitete života o kojima smo dosad pisali te donosi i pitanje *drugачijeg mentaliteta*, odnosno osjećaja nepripadanja.

*Uh, mislim, kompleksna tema. Doma je doma, i kvaliteta života zbog toga gdje si odrastao i zbog prijatelja i zbog porodice i zbog načina života koji ako ti paše, ti paše. Kvaliteta života je bolja doma nego u onom trenutku kad se iseliš, razumiješ? Bez obzira na to koliko zarađuješ. Po mom nekakvom dojmu, sveukupno, dugoročno možda kad se iseliš, recimo možeš priuštiti bolju kvalitetu života tamo i počneš graditi stvari, ali i dalje ja bih rekao da ako si možeš srediti životnu situaciju tako da si na nekom mjestu di ti možeš učiti, da imaš pristojnu plaću, je*

*kvaliteta života ovdje bolja. Zato što imaš i familiju i prijatelje i sunce i more i stotine stvari koje možeš raditi, što imaš i vani, ali je, mislim, i mentalitet drugačiji.* (iseljeni liječnik)

Jedna iseljena medicinska sestra govori i o osjećaju nostalgije za životom i ljudima u Hrvatskoj te svojevrsnom osjećaju nepripadanja, odnosno nedovoljne integracije u novu sredinu.

*Pa opuštenije je u Hrvatskoj, ipak možda je iz tog razloga što su mi tamo i moji prijatelji, moja obitelj i život općenito. Ovdje ipak ne poznajem toliko ljudi i još nisam, sad sam se već malo uhodala. Upoznala sam, znam dosta ljudi, ali opet nije to kao u Hrvatskoj. To moram reći.* (iseljena medicinska sestra)

#### **4.5.5. Iskustvo života i rada ovisno o stupnju urbaniteta/ruraliteta**

Kvaliteta života i iskustvo rada u Hrvatskoj, kako proizlazi iz naših intervjuua, ovisi i o stupnju urbaniteta/ruraliteta životne sredine, odnosno dio je naših sugovornika/ca taj aspekt istaknuo kao važan.

Sljedeći citat upućuje na to da perspektiva takve životne promjene preseljenja iz većeg u mali grad, a u slučaju nemogućnosti dobivanja željene specijalizacije u većem gradu (što je primjer koji je dio liječnika/ca navodio), može odigrati ulogu u donošenju odluke o iseljenju.

*Tako da, pa sam mislila čak ako... kvaliteta života mi je bila u drugom planu jer sam se razmišljala ako bih ja ostala u Hrvatskoj i radila neki posao gdje bih se morala dizati u 4 da stignem u Gospić u 7 ili se preseliti ne znam u Gospić ili tak nešto, u Bjelovar, meni će kvaliteta života i tako opasti.* (iseljena liječnica)

Jedna iseljena liječnica govori o prednostima života u Zagrebu i ističe kako je to u njezinu procesu donošenja odluke o iseljenju bio više razlog za ostajanje u Hrvatskoj/Zagrebu nego za odlazak.

*A gle, mislim meni u smislu neke osobne kvalitete života, socijalne mreže i tako svega ostalog i neke ugodnosti života u Zagrebu u smislu veličine grada, u smislu blizine mora i tako, ja to mogu sada super ocijeniti, znaš. Nemam tu ja neki, kako bih rekla, to je stvarno bilo vrlo, vrlo plus za mene, nisam imala tu nekih prigovora. Kad je ono dolazilo do nekih finansijskih aspekata, znači, imala sam osjećaj da ću uvijek nekako, da ne možeš do kraja ono, kak' bih rekla, da se neće do kraja valorizirat' ono što si uložio, to te ipak malo frustrira.* (iseljena liječnica)

Na sličnom je tragu i posljednji citat koji prenosimo, a koji također ističe i manjkavosti kvalitete života u manje urbanim sredinama u Hrvatskoj.

*Što se kvalitete života tiče, opet postoji velika razlika između Zagreba, rekao bih i ostatka Hrvatske... Odnosno, ajmo reći, veći centri tipa Rijeka, možda Split i Osijek. Međutim, što ide dalje od Zagreba, jednostavno, pogotovo manjim gradovima, mislim da je razlika značajna. Dok se Zagreb uklapa u nekakve standarde Europske unije, manja mjesta definitivno ne. I tu je, tu postoji značajna razlika. Što se tiče kvalitete života – moje osobne u Zagrebu ja se ne mogu požaliti da je moja kvaliteta života bila loša. Znači, Zagreb pruža zaista puno, i kvaliteta života u Zagrebu je zapravo dobra. (iseljena liječnica)*

#### **4.6. Sistemsko nasilje**

*I šćem do tog tramvaja svako popodne, i mislim si, ili ću se razboliti pa ću dočekat' penziju bolesna, ili neću niti dočekat' penziju jer ću umrijet' prije toga. Jer će me posao uništiti'. Evo, to je otprilike bilo to. (iseljena liječnica)*

Uvodni citat ilustrira odgovore kakve smo o dojmovima o radu u hrvatskom zdravstvenom sustavu kroz naše intervjuiranje imali prilike čuti od dijela iseljenih zdravstvenih radnika/ca, a odnose se na toliko teške i iscrpljujuće radne uvjete da navode zdravstvene radnike/ce i na zabrinutost za vlastito zdravlje. Kako navode naše terenske bilješke, jedan je od liječnika u sličnom tonu izjavio kako je iz sustava odlučio otići u trenutku kad je shvatio da je toliko pacijenata u danu pregledao i da je toliko umoran od toga da poslije posla više nije siguran je li za svakog pacijenta napravio sve po pravilima struke ili je nekome nesvjesno i nenamjerno od umora naštetio pa navečer ne može zaspati jer razmišlja o jednom po jednom pacijentu kojeg je taj dan primio. Navodimo terensku bilješku, a ne direktan citat, jer je izjava koju smo prenijeli nastala tijekom uvodnog dijela intervjua koji nije zabilježen audiozapisom i transkribiran (snimanje je započinjalo isključivo nakon najave našim sugovornicima/ama o početku snimanja i dodatne provjere slažu li se s time).

Kao još jednu od ilustracija za koju smatramo da je korisna u uvodnom prikazu teme sistemskog nasilja, navest ćemo još jednu od terenskih bilješki koje su nastale tijekom procesa intervjuiranja (također prije početka snimanja audiozapisa). Naime, jedna od mladih liječnica koja živi i radi u Hrvatskoj, a iseljenje ne razmatra kao ozbiljnu opciju, komentirala je uvodno kako ju je nekoliko

njezinih mladih kolegica i kolega začuđeno pitalo kako to da je pristala na intervju, usprkos informaciji da će biti anonimiziran te su izrazili svoj strah od mogućih posljedica kao jedini razlog zbog kojeg se oni neće odazvati i sudjelovati u našem istraživanju. Smatramo da ta terenska crtica govori o atmosferi straha koja vlada u hrvatskom zdravstvenom sustavu, a za koju smatramo da je jedan od aspekata sistemskog nasilja za koje ćemo u ovom radu nastojati argumentirati i pokazati da je prisutno u tom sustavu. Te izjave, uz brojne citate i naša pojašnjenja koja slijede u ovom potpoglavlju, upućuju na jednu vrstu sistemskog nasilja kakvoj su izloženi/e radnici/e u hrvatskom zdravstvenom sustavu. Naši rezultati svakako upućuju i na to da postoje razlike u klimi i uvjetima među ustanovama/odjelima, međutim smatramo da su to više iznimke nego pravilo (a često se to vidi i u citatima u kojima uz navođenje takvih primjera sugovornici/e dodaju da su *imali sreće*).

Ova se tema od svih preostalih razlikuje po svojem integrativnom, odnosno transverzalnom karakteru. Naime, ta tema i njezine potkategorije provlače se kroz većinu ili sve ostale teme te ih na neki način povezuju. Tema je iz transkripata identificirana induktivnim analitičkim postupkom, odnosno nije ni na koji način bila predviđena nacrtom istraživanja niti su pitanja koja bi se direktno na nju odnosila (kao niti na jednu od potkategorija koje navodimo) bila uključena u protokol intervjua.

Kao šest potkategorija unutar ove teme identificirali smo sljedeće: trpljenje kao norma (socijalizacija u profesiju)/požrtvovnost zdravstvenih radnika/ca, beznade, odgovornost pojedinac/sustav, rodno utemeljena diskriminacija, zlostavljanje na radnom mjestu (eng. *mobbing*), te, kao šesta, sindrom izgaranja na poslu (eng. *burnout*)/mentalne posljedice teških uvjeta rada/visoka razina stresa.

#### **4.6.1. Trpljenje kao norma (socijalizacija u profesiju)/požrtvovnost zdravstvenih radnika/ca**

Već smo tijekom intervjuiranja počeli primjećivati određenu razinu stoicizma, defetizma i fatalizma s kojima su mnogi/e zdravstveni radnici/e govorili/e o teškim iskustvima rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu, ponekad i o iskustvima zlostavljanja na radnom mjestu, te smo zbog tog dojma počeli u kasnijim intervjuima postavljati i pitanje koje je njihovo mišljenje o tom dojmu. Dojam koji smo stjecali jest da su naviknuti na trpljenje, da ga ne primjećuju kao takvo i da se radi o sustavnoj pojavi.

Sljedeća dva citata ilustriraju odgovore (od kojih su neki bili potaknuti prethodno navedenim pitanjem o našem dojmu trpljenja kao norme, a neki su od tih odgovora dobiveni spontano, bez poticaja od strane istraživačice) koji govore o svojevrsnoj socijalizaciji u liječničku profesiju koja počinje već tijekom studija medicine, a koja promovira upravo trpljenje kao normu, odnosno neku vrstu stalnog psihičkog pritiska, pa i zlostavljanja (vrijeđanje), od strane profesora/ica prema studentima/cama pod objašnjenjima da je to potrebno *da bi nas učvrstili za pritiske koji dolaze radi prirode posla te zbog građenja karaktera.*

*Još na faksu su nas dobro naučili da ne postavljamo glupa pitanja, da šutimo, glava dolje i tako dalje. (iseljena liječnica)*

*Na medicini, smatram, osobno nisam bila na drugim fakultetima pa ne znam, ali prema iskustvima drugih kolega imam dojam da se nas najmanje tretira kao ljude na faksu. Znači da je to puno gaženja, da je to puno vrijeđanja. Znam puno kolega koji su bili na rubu da odustanu. A nije u skladu, i to sve pod nekakvom izlikom, da bi nas učvrstili za pritiske koji dolaze radi prirode posla i tako što ja osobno smatram... puno sam o tome promišljala i mislim da je bitno i osobno subjektivna sam po tom pitanju. Mislim da... mislim da nije... nije neophodno. Mislim da bi trebali taj fokus i tu energiju koju prate na tako neke stvari, što oni osobno smatraju da su neko građenje karaktera i slično, usmjeriti na to da im razina predavanja bude na nekakvoj razini, da tu postoji nekakva kvaliteta. (iseljena liječnica)*

Slijede citati koji govore o maltretiranju od strane nadređenih, a pogotovo mladih liječnika/ca i specijalizanata/tica, i tome kako ih je sustav takav kakav jest „izobličio“, odnosno iseljeni liječnik čiju izjavu prvu citiramo pokazuje razumijevanje da nisu takvi bili od početka, kao i zanimljivu opasku da se radi o djelovanju sistema.

*Ali svim mojim šefovima se to dešavalo. I onda su i oni bili... jer taj... taj... taj... taj... taj naš, a mislim, nije to slučajno. Znači, taj naš sistem je jednostavno od normalnih ljudi... svi su oni jednom bili normalni. (iseljeni liječnik)*

Liječnik čiji citat slijedi govori o trenutku prepoznavanja da maltretiranje koje su kao specijalizanti doživljavali nije bilo usmjereno na efikasnije podučavanje (već i ideja da je potrebno maltretirati da bi s podučilo nadovezuje se na iznad navedena objašnjenja nastavnika/ca



na studiju medicine kako maltretiranje služi građenju karaktera i slično) jer je zajedno s kolegom shvatio da njihov mentor križa odgovore premda su točni.

*Ja se sjećam k'o jučer. Jedan je bio specijalizant stariji i već je bio pred ispit, i kaže: „Joj, zamisli, ja sam sve ono isto stavio kao i ti za nekog istog pacijenta, isti moždani udar. Ovako, onako, nema tu šta. I prekriži mi on odgovor. Ja kažem: „Aha, eto, prekrižili su i meni tako. Ispraviš kako je on napisao pa će opet drugi put i tako.“ Ali križali su mi bili, uf, sto puta neku riječ, što ja znam, ovo ono, bez veze. (iseljeni liječnik)*

Nadalje, ono što smo dodatno primijetili tijekom intervjuiranja bila je požrtvornost zdravstvenih radnika/ca koji/e rade u hrvatskom zdravstvenom sustavu kako bi se sustav (opterećen brojnim problemima) održao i kako bi napravili/e najbolje za pacijenta, a što često mora ići na štetu njihova tjelesnog i mentalnog zdravlja zbog previsokih zahtjeva koji se pred njih dnevno postavljaju, kao što su, primjerice, brojke od 40 ili 50 ili čak stotinu pregleda/pacijenata u jednom danu/dežurstvu.

*Ja sam imao tu neku metodu, mislim da to nema veze što sam mladi specijalist ili ne, to ima veze kakva ste osoba i kako želite pristupiti problemu. Ja sam htio da svaki pacijent, neovisno o tome s kojim problemima dolazi, osim što je čekao 3 mjeseca da dođe na red, ima pravo da ga se sasluša, da netko se izjada. Naravno, tu je bilo svakakvih priča, ali ja bih rekao da je to 50% izliječenja samo da ih neko sasluša. (iseljeni liječnik)*

Posljednji citat u ovoj potkategoriji navodimo kao dodatnu ilustraciju usvojene norme trpljenja. Naime, sljedeća je izjava uslijedila nakon opisa niza teških uvjeta rada u sustavu te smatramo znakovitim da se je ta neiseljena medicinska sestra imala potrebu „opravdati“ za to što se požalila na uvjete koji su objektivno teški.

*Samo se nadam da nisam zvučala previše frustrirano, hahaha. (neiseljena medicinska sestra – ne razmišlja o iseljenju)*

#### **4.6.2. Beznađe**

Kako smo u više navrata spominjali tijekom izlaganja rezultata, beznađe se kao tema pojavljivalo vezano uz različita područja o kojima smo razgovarali s našim sugovornicima/ama, a ovdje ju posebno želimo istaknuti kao potkategoriju jer se vrlo često pojavljivala vezana uz iskustva rada

u hrvatskom zdravstvenom sustavu te smatramo da je, mogli bismo reći, neizbježna posljedica sistemskog nasilja kojem su izloženi oni koji u tom sustavu rade. Također smatramo da upravo beznađe igra važnu ulogu u procesu donošenja odluke o iseljenju.

Sljedeći citat korištenjem sintagme *borba protiv vjetrenjača* slikovito ilustrira osjećaj beznađa.

*Ali mi smo se borili protiv vjetrenjača. Znači, od šefa [ime jednog odjela] za kojeg smo uvijek bili crne ovce, do šta mi uopće radimo na toj [ime drugog odjela], da ne kažem u ambulanti, i šta sve ne. Do toga da želiš pacijentu stvarno najbolje, a da se toliko mučiš da bi dobio to najbolje. (iseljena liječnica)*

Nadalje imamo izjave neiseljenih medicinskih sestara koje također govore o izostanku nade u promjene te ponovno adresiraju važan problem priznavanja visoke stručne spremne medicinskim tehničarima/sestrama, kako u formalnom smislu tako i kao vrednovanje uloženog truda i stečenog znanja.

*Mislim, i sestre su imale onaj prosvjed ispred ministarstva, zahtijevaju (...) Ne znam, imam osjećaj koji god ministar zdravstva da dođe na vlast, ne znam, ne znam da li je itko ikada napravio nešto korisno, i nonstop se zahtijeva to da nam se prizna taj diplomski studij, da ovo, da ono. Mislim, samo svi obećavaju: „bit' će, bit' će“, ali mislim da zadnjih deset godina nitko ništa nije napravio. (neiseljena medicinska sestra – ne razmišlja o iseljenju)*

*Ali ono, puno je tu nezadovoljstva i puno je tu stvari koje bih, da imam mogućnosti, ja definitivno promijenila, čak mogu reći da sam na neki način tu dosta entuzijastična ušla u ovu profesiju i zanimanje, ali sam se onda jako brzo razočarala. Općenito, tako odnosom pacijenata, odnosom drugih kolega prema medicinskim sestrama i tako nešto, mislim neću nikad zaboraviti kad sam dobila jednom reakciju jednog liječnika s kojim sam radila – kao, pet godina studirati da bi bila medicinska sestra, kao, meni je to besmisleno, ovaj, tako da mi je to bilo ono... mislim dosta loše s njene strane, ali na neki način smatram da tako ocrtava ne svačije, ali mislim da je generalno mišljenje nekako i društva i drugih zdravstvenih djelatnika prema medicinskim sestrama, tako da razumijem sve sestre koje se odluče iseliti van, promijeniti profesiju i sve, kažem nekako bi se neki takvi komentari mogli zanemariti kad bi mi znali da smo adekvatno plaćeni, da imamo ok uvjete za rad, i te sve neke druge popratne mogućnosti za napredovanje i*

*što se tiče plaće i toga svega, ali evo, mislim da stvarno generalno situacija uopće nije bajna. (neiseljena medicinska sestra – ne razmišlja o iseljenju)*

#### **4.6.3. Odgovornost pojedinac/sustav**

Zanimljiv aspekt koji smo također počeli primjećivati tijekom intervjuiranja bila je vrlo konzistentna pojava izostanka svjesnosti o tome što bi na radnom mjestu trebala biti odgovornost radnika/ce, a što poslodavca, odnosno zdravstvenog sustava i onih koji njime upravljaju. Naime, zdravstveni/e radnici/e s kojima smo razgovarali vrlo su dosljedno i učestalo o različitim aspektima uvjeta rada i mogućnosti usavršavanja govorili kao o vlastitoj odgovornosti.

Tako jedna liječnica govori upravo o tome koliko je odgovornosti na tek diplomiranom/j liječniku/ci kojeg/u sustav/studij nije opremio potrebnim praktičnim znanjima i vještinama, a vrlo ga/ju često stavlja u poziciju rada u hitnoj službi, u kojoj će se odmah susresti sa životno ugroženim pacijentima. U tom slučaju vidimo postojanje svjesnosti o tome da sustav propušta preuzeti odgovornost u tom smislu, a smatramo da je zanimljivo da se radi o mlađoj liječnici. Naime, i kod ove teme, kao i kod nekih drugih, primjećujemo generacijsku razliku, pa su tako mlađi/e zdravstveni/e radnici/e svjesniji/e tog aspekta prebacivanja odgovornosti sa sustava na pojedinca.

*Također, smatram da je nedopustivo za... ne bih nikoga uprla prstom, po meni je nedopustivo da osoba koja je 17.7 završila faks, 18.7 pa karikiram ili 20.7 treba par dana za one papire, radi na prvoj crti sa životno ugroženim pacijentima. Smatram da je to jednostavno nedopustivo zato što koliko god ta osoba učila i pripremala se, taj pacijent neće dobiti skrb kakvu on zaslužuje. To je jednostavno tako i mislim smeta mi. Mislim da puno mojih kolega nije realno oko toga. Ja ne smatram sebe lošom liječnicom zato što smatram da u tom trenutku ja za nekog pacijenta bit ću najbolji skrb. Mislim da to jednostavno znači biti realan, i to ne znači da ja nisam dala sve od sebe. Ali hoću reći, puno kolega, mislim misle da oni rade super posao, iako tu postoje kod svih nas, ja bih se usudila reći velike rupe u neznanju, odnosno u znanju. Velike rupe jednostavno, s onakvim sustavom koji smo prethodno komentirali, nije moguće popuniti, iako se određene kolege zaista trude maksimalno, sa anestezije, kolege koje imamo mi u [ime grada] konkretno. To je stvarno fantastično. Međutim, nedovoljno da bi ta skrb na nešto ličila. Evo, iskreno, stvarno sam se trudila i teorijski i praktično da to bude na što boljoj razini. Međutim, to je jednostavno*

*preko prekompleksno, tako jednog mladog liječnika koji direkt s faksa, bez staža, bez ičega. (iseljena liječnica)*

Također jedna od izjava koju smo više puta čuli, ali i dobili dojam kroz prepričane anegdote, jest da zdravstveni/e radnici/e relativno često moraju osobno od kolega/ica tražiti i moliti razne usluge ako žele pacijentu/ici omogućiti skrb kakvu smatraju da trebaju omogućiti, što opet govori o prebacivanju odgovornosti na pojedinca tamo gdje ju je trebao preuzeti sustav.

*Jer ovdje, kada se sjetim problema koje sam imao za svakog pacijenta, kada sam tražio da se nešto napravi, pa to je kao da molim za sebe osobno, to je neprofesionalno. (iseljeni liječnik)*

Posljednja dva citata u ovoj potkategoriji govore, osim o manjkavostima sustava koje onda „krpaju“ zdravstveni/e radnici/e (ponekad i doslovno, ako neki aparat ne radi), o jednoj zanimljivosti koju smo u većem broju navrata čuli od iseljenih zdravstvenih radnika/ca, a to je da su u stranim zdravstvenim sustavima redovito prepoznati/e kao vrlo snalažljivi/e. Naime, budući da se radi o uređenijim i funkcionalnijim zdravstvenim sustavima (prema iskazima iseljenih zdravstvenih radnika/ca), njihovi/e radnici/e nemaju potrebu učiti se snalaziti u raznim nepredviđenim situacijama jer imaju sve potrebne resurse na raspolaganju, a naviknuti su i na funkcioniranje prema protokolima te se izvan tih okvira slabo snalaze. Stoga se u takvim situacijama koje sustav i protokoli i dostupni resursi nisu predvidjeli i pokrili primijeti snalažljivost hrvatskih zdravstvenih radnika/ca. Taj aspekt također oslikava sistemsko nasilje nad svojim radnicima/ama jer zahtijeva preuzimanje odgovornosti koju bi trebao preuzeti sustav i njegovi upravljači/ce.

*To je strašno, ustvari da se onako baš ružno, to mi je bilo jako ružno, ovaj, i dosta, dosta stvari koje fale, ustvari mi smo stručnjaci za improvizacije. (iseljena liječnica)*

*Recimo, razlika između Hrvatske i nas [referira se na zemlju iseljenja], ovdje kad negdje krenete raditi, evo u nekoj bolnici, onda vam uvedu, odete jedan dan u školu i uvede vas u sav problem, znači za sve uređaje koje vi koristite, neko vam objasni, ne'ko 'ko je stručni voditelj za te uređaje, objašnjava vam funkcije tih uređaja, šta se sve sa tim uređajima može napraviti. (...) Kod nas u Hrvatskoj vas se ubaci, pokaže vam se jedan puta i onda sretno vam bilo. Da, ono, snađi se, pa onda se naše sestre bolje, to sam već čula od nekih, bolje snađu vani kao iznenade se ljudi. Zato što smo snalažljivije, tako je i realno to bi tako trebalo biti, jer ipak ne radimo sa nekim*

*uređajima nego radimo sa ljudima i usluga se sa uređajima može promijeniti, ubaciti novi, ali vi ako imate nekoga na dijalizi jetre i vi nešto krivo tamo zadate na uređaju, vi možete čovjeku jetru dokrajčiti i to njemu ne može više nitko popraviti, tako da. To je užasna odgovornost u stvari, velika. (iseljena medicinska sestra)*

#### **4.6.4. Rodno utemeljena diskriminacija**

Kroz intervju s liječnicama naišli smo na niz izjava o različitim slučajevima rodne diskriminacije, a o čemu nismo postavljali nikakvo pitanje, stoga iskazi koji slijede imaju i veću snagu, budući da su same liječnice (većinom iseljene) otvarale tu temu.

Sljedeća dva citata ukazuju na rodno utemeljenu diskriminaciju u kirurškim granama medicine, o čemu smo imali prilike slušati od još nekih liječnica. Prvi od citata ukazuje na to da se radi i o jednom od razloga za iseljenje.

*U principu, otorina mi je bila zanimljiva i u 5. godini smo imali to. Pitala sam da mi je to zanimljivo i da kakva je šansa da me uzmu kao ženu na specijalizaciju... I kaže tip, skoro nikakve. Ja govorim kao, pa kako to mislim, nije mi jasno, i lik mi kaže, pa ako se tebi razboli dijete, kao onda mi moramo parirati, intervenirati za tebe...kao ono, mi žene ostajemo češće doma...i ja govorim, nadam se da se i vi zabrinete jednako kao i vaša žena. I to ti je tako dolje... ti čim si kao žena, bit ćeš više odsutnija, i njima to nikako ne odgovara. I onda sam ja skužila da ja moram ići van odavde. Skužila sam odmah da ako želim neku kiruršku ili polukiruršku granu, da je neću nikada dobiti. (iseljena liječnica)*

*To ja dam jedan savjet malo tim svojim kolegicama koje žele u kirurgiju pa kažu, ali ja ću se žaliti. Ja kažem nemoj. Pa tek onda počinje pakao. Nemoj, i ne žele te. Zašto ulaziti negdje gdje te očito ne žele. (iseljena liječnica)*

Sljedeći citat izdvojili smo jer direktno imenuje *spolnu diskriminaciju* kao tadašnji razlog za davanje otkaza.

*Pošto sam specijalizirala za tada [ime bolnice], onda sam morala se vratiti natrag i odradila sam tamo, bio mi je uvjet 5 godina, a tada sam odlučila da ću živjeti i raditi u [ime grada u Hrvatskoj]. (...) Zbog mobbinga i zbog spolne diskriminacije na poslu sam dala otkaz. (iseljena liječnica)*

Jedna iseljena liječnica prepoznaje način na koji su joj se u Hrvatskoj obraćali kao ženi (*joj di si ti, pile moje*) kao ponašanje koje se u nekim drugim zemljama ne tolerira i bilo bi sankcionirano.

*Ali moj dolazak na specijalizaciju tu u [ime grada u Hrvatskoj] je bio, mislim to su vas onak'? tamo, k'o da sam onako nekakav, kao ne znam mislim, odnos, pogotovo i što sam bila i žensko... Mislim, bilo je tamo i drugih žena, da ne kažem da sam ja jedina, imala sam, bilo je tako par nekih izjava koje nisam nikad, nisam tome pridavala neku veću važnost, k'o ono u stilu, joj di si ti, pile moje, i takve stvari, znate kako je to u Hrvatskoj. To je kao nekakav... To recimo na zapadu da se tako šta kaže, to bi se moglo kao nekakav verbal abuse. (iseljena liječnica)*

Jedna neiseljena liječnica direktno je imenovala i opisala seksualno uznemiravanje dok je bila specijalizantica.

*Definitivno jesam doživjela na prvoj godini specijalizacije oblik seksualnog uznemiravanja. To jesam apsolutno. Od strane starijeg kolege koji mi je rekao da zašto nosim tako dugačke kute preko guzice, jer imam dobru guzicu i da nosim preširoke hlače. I probao mi je zadić' i kutu. (neiseljena liječnica – ne razmišlja o iseljenju)*

#### **4.6.5. Zlostavljanje na radnom mjestu (eng. *mobbing*)**

Izjave koje opisuju direktno osobno iskustvo ili općenito komentiraju pojavu zlostavljanja na radnom mjestu u hrvatskom zdravstvenom sustavu pojavile su se kod dijela intervjuiranih zdravstvenih radnika/ca, zbog čega smo ovu važnu temu izdvojili u odvojenu potkategoriju. Tijekom intervjua nije im bilo upućeno pitanje o toj temi, dakle naši/e su je sugovornici/e samoinicijativno uvodili.

Sljedeća dva citata govore o pojavi sustavnog *mobbing*-a kad je riječ o specijalizantima, kao i izostanku sankcija za navedeno zlostavljanje. Zanimljivo je primijetiti da prvi od citata govori istovremeno i o trpljenju kao normi, o čemu smo govorili u prvoj potkategoriji ove teme.

*Jer to je znači osoba koja vrši sustavni mobbing nad specijalizantima. Specijalizanti, neki koji su malo svjesniji sebe, to priznaju, a većina ma nije to ništa, ma tako je svima, ma to je... I onda smo mi kad smo bili na specijalizaciji, znači to su vam urlanja, to su vikanja, to su vrijeđanja. Znači, ali to je ljudima normalno. Znači, najveći problem je što je to ljudima normalno. (neiseljena liječnica – ne razmišlja o iseljenju)*

*I recimo, konkretno, kad ste specijalizant, to je najveći problem, zato što se mobbing ne kažnjava. Znači, ne postoje nikakve sankcije za nekoga tko maltretira ljude na poslu. Nikakve sankcije. ... Mislim da je to onako jako neprepoznato i da ljudi to banaliziraju. (neiseljena liječnica – ne razmišlja o iseljenju)*

Sljedeći citat stavlja u kontrast iskustvo sankcioniranja *mobbing*-a u zemlji iseljenja s iskustvom koje iseljena liječnica nosi iz Hrvatske.

*Ja još uvijek svaki dan se uštipnem da se uvjerim da je to stvarno istina, da se na poslu ne smijete svađati, da se ne smije podignuti ton, da ako netko prijavi mobbing, onda se vjeruje žrtvi, istražuje se i uzima se u obzir da može prijava biti lažna, ali se prvo zbrinjava žrtva i prvo se vjeruje žrtvi, i uopće se ne dovodi u pitanje da li je to istina ili ne. (iseljena liječnica)*

Isto tako jedan iseljeni liječnik uspoređuje na koji bi način *mobbing* kakav je viđao u svojoj radnoj okolini u hrvatskom zdravstvenom sustavu bio sankcioniran u zemlji iseljenja.

*Ja sam valjda imao neku sreću pa nisam dobio toliko po glavi, ali to su ljudi koji bi nešto napisali i bili su specijalizanti... Onda bi taj koji je iznad njih, ah, šta si ovo pisao. Mislim, pazite, to je bilo doba kad su se kidale te anamneze. Mislim da to netko napravi [ime nacionalnosti stanovnika u državi iseljenja], on bi ga optužio. Taj šef bi dobio otkaz isti moment. (...) Tako da, bili su ti nekakvi hororiji koji ti kao imaš nekoga pa da tučeš nekog i onda dobiješ taj, taj strah. (iseljeni liječnik)*

Jedna liječnica adresira i problem mentalnih posljedica za žrtve *mobbing*-a.

*Znači, to je specijalistica koja vrši sustavni mobbing nad specijalizantima. Ti specijalizanti hoće li to reći da je to mobbing... Ona je jedna od... Znači, ona je jedna od, ima ih više, ali ona je meni osobno najviše štete tijekom specijalizacije nanijela što se tiče... Ja sam jednom čak otišla na psihoterapiju zbog svega toga, zato što mi je to sve bilo... Mislim, u smislu, ja kad bih vam sad ispričala, netko tko sluša sa strane bi rekao da sam luda, da sam osjetljiva, ali vi izadete iz tog dežurstva i uvijek plačete. I to nisam samo ja rekla. Znači, to je bilo – dežurstva s njom su bila strašna, znači, strašna. Mene je hvatao grč u želucu kad sam bila. (neiseljena liječnica – ne razmišlja o iseljenju)*

#### **4.6.6. Sindrom izgaranja na poslu (eng. *burnout*)/mentalne posljedice teških uvjeta rada/visoka razina stresa**

Za kraj tematike o sistemskom nasilju izdvajamo niz citata koji adresiraju problem radne preopterećenosti u hrvatskom zdravstvenom sustavu, a koji za posljedicu može imati doživljaj visoke razine stresa pa onda i mentalne i tjelesne posljedice, odnosno sindrom izgaranja na poslu (eng. *burnout*).

*Dodeš kući umoran, ni privatnog ni poslovnog života kako spada.* (iseljeni liječnik)

Neki/e od zdravstvenih radnika/ca kao razlog te preopterećenosti navode manjkavosti sustava u smislu neuređenosti i loše organizacije, kao i manjak zdravstvenih radnika/ca.

*Mislim da, to je zato što u Hrvatskoj svi znamo da je manjak zdravstvenih radnika i tu dolazi još dosta toga. To vuče za sobom i stres.* (iseljena medicinska sestra)

*Da, u Hrvatskoj je znači preveliko opterećenje, prevelik stres i nema organizacije u sustavu, što je vrlo loše. Znači, čovjek ne može računati na nešto da će raditi nešto jedan dan, a da se nešto drugo neće dogoditi još dodatno.* (iseljeni liječnik)

Jedna mlada iseljena liječnica imenuje zabrinutost za eventualne posljedice po svoje mentalno zdravlje u slučaju da se bila odlučila na specijalizaciju u Hrvatskoj.

*Želim napraviti karijeru kako sam ja nekako zamislila, odnosno specijalizaciju pa ćemo dalje vidjeti, da onda imam neka znanja i vještine koje mi nitko ne može oduzeti, a nisam ih dobila nauštrb svog mentalnog zdravlja. Tako nekako.* (iseljena liječnica – iselila odmah nakon diplome)

Kao posljednja dva citata izdvajamo izjave dviju medicinskih sestara koje također govore o preopterećenosti poslom koja dovodi do *pucanja*, odnosno do sindroma izgaranja na poslu.

*Da, to je postalo normalno da su [oni koji upravljaju] svjesni zapravo situacije i tog opterećenja na poslu. Ne smiješ nigdje ići da se malo opustiš, da malo popričaš s nekim. I to sve što se dešava, zapravo čovjek drži u sebi, dok on u jednom trenu ne pukne. A to je najgore.* (iseljena medicinska sestra)



*Onda zapravo ispada da ja mlađa ne radim posao za jednu osobu, nego radim posao za pet osoba, i naravno, da onda nas to onda iscrpi i optereti, i onda mi ubrzo smo svi u tom nekom burnoutu. Jednostavno, to je tako. (neiseljena sestra – ne razmišlja o iseljenju)*

## 5. REZIME REZULTATA I RASPRAVA

### 5.1. Uvod

U ovom ćemo poglavlju rezultate našeg istraživanja iseljavanja zdravstvenih radnika/ca protumačiti i prodiskutirati u svjetlu teorijskih polazišta i kontekstualnog okvira koji su predstavljeni u drugom poglavlju, kao i teorijskih tumačenja koja pomažu razumijevanju onog dijela naših rezultata koji predstavljaju novost u odnosu na polazišni konceptualni okvir, odnosno koji su proizašli induktivnim pristupom analizi podataka. Rasprava je strukturirana na način da ćemo jednu po jednu temu identificiranu metodom tematske analize rezimirati u smislu dobivenih rezultata, sumarno, kao i po potkategorijama, a potom te rezultate i naše zaključke protumačiti u okviru postojećih teorijskih vizura, kao i rezultata prethodnih istraživanja (kako iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske tako i iseljavanja iz drugih, većinom europskih zemalja) na koja se naš konceptualni okvir u značajnoj mjeri oslanjao s obzirom na naglašenu kontekstualnost raznih aspekata tematike kojom se bavimo.

Nakon rasprave o rezultatima ovog istraživanja po ključnim temama, slijedi svojevrsno sumiranje svega izrečenog na način prikazivanja kako dobivena građa i zaključci odgovaraju na istraživačka pitanja kojima je ovo istraživanje inicijalno bilo motivirano.

Podsjetit ćemo ovdje na istraživačka pitanja:

1. Koji čimbenici utječu na odluku zdravstvenih radnika/ca o iseljenju iz Hrvatske?
2. Što objašnjava sličnosti i/ili razlike u hijerarhiji tih čimbenika sukladno odabranim sociodemografskim i socioprofesijskim obilježjima ispitanika te drugim kontekstualnim varijablama?
3. Kako nam u razumijevanju fenomena iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske pomažu sličnosti i/ili razlike u perspektivi onih koji o iseljenju ne razmišljaju, perspektivi onih koji su o iseljenju razmišljali, ali su ostali, te perspektivi onih koji su se iselili?

Također podsjećamo i na početni konceptualni okvir koji se sastojao od sljedećih polazišta utemeljenih na rezultatima domaćih i stranih istraživanja:

1. profesionalne aspiracije zdravstvenih radnika/ca;

2. organizacijski kontekst hrvatskog zdravstvenog sustava;

3. kvaliteta života i širi društveni kontekst.

Istraživanje je provedeno u jeku pandemije bolesti COVID-19 koja je utjecala na sve aspekte društvenog života i funkcioniranja, zbog čega smo kao razumnu početnu pretpostavku uzeli da je dio specifičnog (šireg društvenog) konteksta u kojem se pojava koju istražujemo odvija(la) također mogao odigrati neku ulogu u razini migracijskih aspiracija zdravstvenih radnika/ca u Hrvatskoj. Budući da rezultati našeg istraživanja ne upućuju na to da je tome tako i bilo te se taj kod koji se na ovu temu odnosio u obradi i analizi podataka nije pokazao jednim od značajnih, taj aspekt rezultata nije bio prikazan u poglavlju „Rezultati“, u kojem su prikazane ključne dobivene teme i njihove potkategorije.

Tematskom analizom kojom smo kao metodom pristupili obradi i analizi naših podataka, identificirali smo pet tema ključnih za fenomen iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske: organizacijski kontekst hrvatskog zdravstvenog sustava, društveno-politički kontekst hrvatskog društva, profesionalne aspiracije zdravstvenih radnika/ca, kvalitete života te sistemsko nasilje. Kao prominentne u traženju odgovora na naša istraživačka pitanja iskristalizirale su se teme organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava i društveno-političkog konteksta hrvatskog društva, a kao manje istaknute, ali također značajne u procesu donošenja odluke o iseljenju, teme profesionalnih aspiracija zdravstvenih radnika/ca i kvalitete života. Peta identificirana tema u analizi se pojavila kao transverzalna, odnosno integrativna. Radi se o temi sistemskog nasilja koja je novost u našem istraživanju u odnosu na teorijska polazišta i konceptualni okvir. Naime, prethodno pobrojane četiri teme dijelom su našeg polazišnog konceptualnog okvira te su stoga identificirane deduktivnim postupkom analize, dok je peta tema identificirana induktivnim postupkom analize.

Tema sistemskog nasilja se, uz temu organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava i temu društveno-političkog konteksta hrvatskog društva, nametnula kao jedna od dominantnih, no ovdje moramo napomenuti da je to dijelom i iz razloga što se po aspektima iskustva rada u zdravstvenom sustavu koje je obuhvatila tematski donekle preklapa s temom organizacijskog konteksta, stoga nije iznenađujuće da također dominira u potrazi za odgovorima na naša istraživačka pitanja o ključnim čimbenicima iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske. Može se u tom smislu staviti eventualni prigovor našem izboru da te dvije teme razdvajamo u

prikazu rezultata i raspravi, no smatramo važnim temu sistemskog nasilja prikazati kao zasebnu jer se iz specifično sociologijske vizure kroz koju se bavimo našom istraživačkom temom pokazala jednom od ključnih te ne bi na jednak način dobila na značaju u tumačenju naših rezultata da je ostala inkorporirana i „utopljena“ u temu organizacijskog konteksta, kao i temu profesionalnih aspiracija zdravstvenih radnika/ca s kojom se također donekle preklapa. Također se, u širem smislu, dio potkategorija teme sistemskog nasilja preklapa i s temama društveno-političkog konteksta i kvalitete života, no opet ih tema sistemskog nasilja promatra kroz drugačiju vizuru i daje im drugačija značenja negoli preostale teme, a koja smatramo važnima za sociologijsku perspektivu iz koje smo istraživanoj temi pristupili. Osim toga, stavljanjem naglaska na temu sistemskog nasilja izdvajanjem u zasebnu temu ova disertacija daje dodatni doprinos i primjeni u kreiranju javnih politika, u mjeri u kojoj za to postoji politička volja i institucionalni kapaciteti, jer smatramo da nije jednako glasna poruka da u zdravstvenom sustavu postoje brojni aspekti promjenom kojih bi se moglo intervenirati u pojavu iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, koliko je glasna poruka da je u zdravstvenom sustavu prisutna pojava sistemskog nasilja. Uvođenjem sintagme „sistemsko nasilje“ u diskurs rasprava o fenomenu iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, kao i u diskurs rasprava o brojnim problemima funkcioniranja hrvatskog zdravstvenog sustava, donosimo perspektivu iz koje je znatno teže relativizirati prethodno navedene pojave i probleme te perspektivu iz koje je znatno očiglednija potreba da se upravljačke strukture s tim pojavama i problemima uhvate ukoštac.

## **5.2. Organizacijski kontekst hrvatskog zdravstvenog sustava**

Kako smo najavili, prvo ćemo prikazati rezime rezultata unutar teme organizacijskog konteksta, i to u svrhu sumiranja svega izrečenog o toj temi u poglavlju „Rezultati“, ali i svrhu stavljanja naglaska na momente koje nalazimo ključnima za ovo poglavlje rasprave o rezultatima. Na taj rezime nastaviti će se dio u kojem ćemo najvažnije rezultate koje je donijela ta tema raspravno protumačiti u kontekstu teorijskih polazišta, kao što su model potisnih i privlačnih čimbenika prema pristupu koji je razvio Lee (1966) i drugi teorijski pristupi migracijskih studija koji adekvatno korespondiraju s našom temom i rezultatima te kroz komparaciju s prethodnim istraživanjima migracija zdravstvenih radnika/ca, primarno onima koja se odnose na kontekst Hrvatske, ali i druge zemlje.

Tema organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava kao tri glavne potkategorije u našoj analizi ima potkategorije međuljudskih odnosa, uvjeta rada te upravljanja zdravstvenim sustavom. Svaka od tih potkategorija diferencirana je i na određeni broj aspekata, koji je u ovom slučaju i najveći broj identificiranih posebnih aspekata potkategorija/tema od svih identificiranih tema, što govori o brojnosti i važnosti tema koje su naši/e sugovornici/e nalazili značajnima u okviru organizacijskog konteksta u procesu donošenja odluke o iseljavanju te potkrepljuje naš zaključak da se radi o temi koja nudi važne odgovore na naša istraživačka pitanja.

Potkategorija međuljudskih odnosa pokazala se, sa svojim izdvojenim aspektima radne atmosfere u kolektivu, hijerarhizacije i formaliziranosti uloga i odnosa, kršenja radno-pravnih i kolegijalnih odnosa te položaja medicinskog tehničara/medicinske sestre u sustavu, važnom u tumačenju čimbenika iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske. Aspekt radne atmosfere kao glavne zaključke nudi sljedeće:

- (ne)ugodnost radne atmosfere u zdravstvenom sustavu pokazuje veliki raspon varijacija, od neugodne, pa i hostile radne atmosfere u radnom kolektivu, što igra ulogu u donošenju odluke o iseljenju, preko neutralne, sve do pozitivne radne atmosfere međusobne podrške;
- neiseljeni/e zdravstveni/e radnici/e bolje su od iseljenih adaptirani u slučajevima neugodne radne atmosfere, što djelomično tumači razliku u odluci o iseljenju između populacija iseljenih i neiseljenih;
- postoji razlika u (ne)ugodnosti radne atmosfere između velikih bolnica (klinički bolnički centri, kliničke bolnice) i manjih bolnica/zdravstvenih ustanova – radna atmosfera neugodnija je u velikim bolnicama.

Napominjemo na ovom mjestu da su ti i svi ostali zaključci koje ćemo iznijeti i raspraviti u ovom poglavlju doneseni, dakako, kao zaključci kvalitativnog istraživanja, a ne kao potvrđene/odbačene hipoteze koje proizlaze kao rezultat kvantitativnog istraživanja, na što bi mogla asocirati struktura i stil kojim ih iznosimo. Dakle, riječ je o zaključcima na koje nas upućuje analiza provedenih intervjua te ih iznosimo ovakvim stilom bez namjere da impliciramo da se radi o činjenicama u pozitivističkoj maniri, već s namjerom da naša rasprava bude što je moguće više transparentna i jasna, stoga što nalazimo da je dio kvalitativnih istraživanja nedovoljno jasan i transparentan u tom smislu te im se, i to s razlogom, ponekad za to upućuje

kritika. S druge strane, naše zaključke vidimo kao neku vrstu teza koje bi bilo korisno istražiti i testirati nekim budućim kvantitativnim istraživanjem, a kojim će naši rezultati i iznesene teze poslužiti kao osnova za kreiranje hipoteza i istraživačkog instrumenta, odnosno smatramo takav korak smislenim i plodonosnim sljedećim korakom u istraživanju čimbenika iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske.

Aspekt hijerarhizacije i formaliziranosti uloga i odnosa, kao jedan od identificiranih aspekata potkategorije međuljudskih odnosa kroz analizu dobivenih odgovora, upućuje na sljedeće zaključke:

- uloge i odnosi u zdravstvenom sustavu visoko su hijerarhizirani i visoko formalizirani što zdravstveni/e radnici/e koje smo intervjuirali percipiraju kao negativan aspekt međuljudskih odnosa u sustavu te to kod dijela njih igra određenu ulogu u donošenju odluke o iseljenju;
- postoji generacijska razlika u spremnosti na toleriranje negativnih aspekata visokog stupnja hijerarhiziranosti i formaliziranosti uloga i odnosa: zdravstveni/e radnici/e mlađe generacije manje su spremni/e tolerirati te negativne aspekte od srednje i starije generacije.

Aspekt kršenja radno-pravnih i kolegijalnih odnosa u ovom se dijelu ne odnosi na zlostavljanje na radnom mjestu (eng. *mobbing*), kojim ćemo se vratiti u temi o sistemskom nasilju, a dobiveni rezultati upućuju na sljedeće pojave u zdravstvenom sustavu:

- nepoštivanje propisanog radnog vremena, aspekt koji se pokazao čimbenikom koji sudjeluje u donošenju odluke o iseljenju kod nekih zdravstvenih radnika/ca;
- manjak kolegijalnosti u aspektu prenošenja znanja i davanja prilika za razvijanje i učenje potrebnih vještina mlađim kolegama/icama, čemu su posebno izloženi specijalizanti/ce (pogotovo kirurških grana), ali i generalno mladi/e liječnici/e i mladi/e medicinskih tehničari/medicinske sestre, što se također pokazalo aspektom koji igra ulogu u donošenju odluke o iseljenju, i to ne samo kod srednje i starije generacije koja je to iskustvo proživjela, nego i kod mlađe, koja o tom iskustvu više zna posredno (kroz kontakt sa zdravstvenim sustavom kroz školovanje).

Položaj medicinskog tehničara/medicinske sestre u zdravstvenom sustavu izdvojio se tijekom analize dobivenih podataka kao zasebna značajna podtema, odnosno kao aspekt teme

međuljudskih odnosa jer su i medicinski tehničari/medicinske sestre i liječnici/e davali/e iskaze o podređenom položaju te profesije u odnosu na liječničku profesiju u zdravstvenom sustavu, pa i širem društvenom okruženju, kao one čija važnost i uloga nije dovoljno prepoznata te ju se doživljava kao onu/onog koji *pomaže liječniku*. Dakle, prema toj percepciji, a to je ujedno i zaključak ovog dijela rezultata:

- profesionalna uloga tehničarske/sestrinske profesije nedovoljno je prepoznata, vrednovana i cijenjena u sustavu, kako od strane liječnika/ca i upravljača/ica sustavom tako i od strane pacijenata/tica.

Zaključke na koje upućuju dva aspekta potkategorije uvjeta rada (tehnički uvjeti rada i dostupnost potrebnih resursa, razlika velikih bolnica i manjih bolnica/ustanova) prikazat ćemo objedinjeno:

- u zdravstvenom sustavu prisutna je izvjesna razina potkapacitiranosti u smislu neadekvatnih tehničkih uvjeta rada te nedostupnosti resursa potrebnih za rad, što ima negativne posljedice na radne uvjete u smislu nedovoljnog stupnja sigurnosti na radu, kao i nemogućnosti da se pacijentu pruži skrb prema pravilima koja propisuje struka, što ima posrednu ulogu u odluci o iseljenju za dio zdravstvenih radnika/ca (najviše na način da to doživljavaju dijelom šire slike koju najčešće nazivaju „nered“ ili „neuređenost“ sustava);

- postoji razlika u uvjetima rada u velikim bolnicama i manjim bolnicama/ustanovama u smislu bolje tehničke opremljenosti i veće dostupnosti potrebnih resursa u velikim bolnicama.

Kao posljednju potkategoriju organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava rezimirat ćemo upravljanje zdravstvenim sustavom, s aspektima brige za dobrobit radnika/ca i pacijenta/ice, vrednovanja učinka pozitivnim/negativnim sankcijama, politizacije struke i upravljačkih pozicija te aspektom korupcije i nepotizma. Zaključci na koje upućuju rezultati obuhvaćeni tom potkategorijom jesu sljedeći:

- adekvatna briga za razne aspekte dobrobiti radnika/ca i pacijenta/ica u zdravstvenom sustavu u upravljanju sustavom izostaje (preopterećenost brojem radnih zadataka u okvirima zakonom određenog radnog vremena, prisilne mjere štednje zbog nedostatnih resursa u sustavu, primoranost na prekovremeni, ponekad i neplaćeni, rad) što sudjeluje u donošenju odluke o iseljenju kod dijela zdravstvenih radnika/ca:

- meritokratski principi u vrednovanju radnog učinka u upravljanju sustavom izostaju (u sustav nisu ugrađeni mehanizmi koji bi to olakšali/omogućili), što sudjeluje u kreiranju atmosfere razočarenja i beznađa, a što je pak jedan od prominentnih čimbenika iseljavanja te je tema izostanka meritokratskih principa (kako u zdravstvenom sustavu tako i u širem društvenom okruženju) jedna od transverzalnih podtema čitavog korpusa naših intervjuja;

- u upravljanju zdravstvenim sustavom postoji visok stupanj politizacije, od najviših do najnižih razina, a time je posredno politizirana i sama struka. To je jedan od čimbenika nezadovoljstva funkcioniranjem zdravstvenog sustava te iseljavanja zdravstvenih radnika/ca;

- u zdravstvenom je sustavu, od upravljanja do drugih aspekata funkcioniranja, prisutan visok stupanj korupcije i nepotizma, što je jedan od ključnih čimbenika iseljavanja zdravstvenih radnika/ca te jedna od istaknutih transverzalnih podtema u korpusu naših intervjuja.

Iz svega navedenog vidljivo je da je naše istraživanje donijelo čitav niz rezultata koji upućuju na organizacijski kontekst hrvatskog zdravstvenog sustava kao jednu od ključnih tema koja nudi odgovore na pitanje čimbenika iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske. Brojni su aspekti i nijanse tog konteksta koje je naše kvalitativno istraživanje osvijetlilo u tom smislu, a kao sumarni zaključak te teme proizašle iz naše analize možemo reći da su loši međuljudski odnosi i neugodna radna atmosfera, visoki stupanj hijerarhiziranosti i formaliziranosti tih odnosa (sa svojim negativnim implikacijama u slučaju hrvatskog zdravstvenog sustava, što ne mora nužno uvijek biti slučaj s tim aspektima organizacijskog konteksta), nepoštivanje zakonom propisanog radnog vremena, potkapacitiranost zdravstvenog sustava u osiguravanju resursa neophodnih za rad te neadekvatno i visoko politizirano upravljanje zdravstvenim sustavom koje rezultira neadekvatnom brigom za dobrobit radnika/ca i pacijenata/tica, izostankom meritokratskih principa u vrednovanju radnog učinka, a kao jednim od ključnih aspekata i percipiranim visokim stupnjem korupcije i nepotizma. Napominjemo da visok stupanj korupcije i nepotizma ne mora nužno proizlaziti iz visokog stupnja politiziranosti zdravstvenog sustava, ali se u konkretnom kontekstu hrvatskog zdravstvenog sustava pokazuje da su te pojave prisutne u značajnoj mjeri te je razumno pretpostaviti (a iz poznavanja konteksta hrvatskog društva u kojem je relativno visok stupanj percepcije korupcije (Transparency International, (2024)) da su u određenoj mjeri međusobno povezane. Čak i bez čimbenika politizacije zdravstvenog sustava svakako bi, dakle, ostao problem prisutnosti korupcije i nepotizma u zdravstvenom sustavu, budući da reflektira



relativno visok stupanj prisustva pojava korupcije i nepotizma u širem društvenom kontekstu, ali valja naglasiti da smatramo da bi razdvajanje politike od zdravstvenog sustava donijelo barem nekakvu šansu tom sustavu za smanjenje raznih razarajućih efekata koje te pojave imaju po sustav i na iseljavanje zdravstvenih radnika/ca.

U sljedećem dijelu ovog potpoglavlja prelazimo na raspravu o izloženim sumiranim rezultatima teme organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava. U kontekstu modela potisnih i privlačnih čimbenika (Lee, 1966), izložena tema organizacijskog konteksta pokazuje da kao potisni čimbenik iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske djeluje prvenstveno stanje zdravstvenog sustava u Hrvatskoj koje su naši/e sugovornici/e često nazivali/e pojmovima *nered* ili *neuređenost* sustava, a koje možemo smatrati krovnama za čitav niz potisnih čimbenika koji proizlaze iz intervjua sa zdravstvenim radnicima/ama. Ovdje također valja napomenuti da ti krovni pojmovi dijelom obuhvaćaju i čimbenike iseljavanja koje ćemo izložiti u raspravi o temi profesionalnih aspiracija zdravstvenih radnika/ca, budući da je njihovo (ne)zadovoljstvo mogućnostima realizacije profesionalnih aspiracija jednim dijelom također povezano s *neredom* u sustavu i nekim njegovim aspektima koje smo izložili u okviru teme organizacijskog konteksta.

Neuređenost sustava, kao krovni i jedan od ključnih čimbenika iseljavanja zdravstvenih radnika/ca prema rezultatima našeg istraživanja, obuhvaća sljedeće potisne čimbenike: loši međuljudski odnosi i neugodna radna atmosfera (koja proizlazi iz loših međuljudskih odnosa), visok stupanj hijerarhizacije i formaliziranosti tih odnosa, manjak kolegijalnosti u smislu prenošenja znanja i vještina mlađim kolegama/icama, prekovremeni rad, potkapacitiranost sustava u osiguravanju resursa nužnih za rad, nedostatna briga upravljača/ica za dobrobit radnika/ca i pacijenata/tica, izostanak meritokratskih principa u vrednovanju radnog učinka i prilikom napredovanja, visok stupanj politizacije zdravstvenog sustava te percepcija visokog stupnja korupcije i nepotizma.

Kao privlačne čimbenike u destinacijama iseljenja identificirali smo sljedeće: bolja (i *naprednija*, riječju koju su naši/e sugovornici/e koristili/e) uređenost stranih zdravstvenih sustava, veća sloboda promjene radnog mjesta u stranom zdravstvenom sustavu, neovisnost zdravstvenog sustava o politici te sustavna briga upravljača/ica o dobrobiti i zadovoljstvu radnika/ce. Ovo je istraživanje kao intervenirajuće čimbenike u kontekstu teme organizacijskog konteksta zdravstvenog sustava prepoznalo sljedeće: stupanj adaptacije na neugodne aspekte rada u

hrvatskom zdravstvenom sustavu (stupanj konformizma pojedinca), varijacije u (ne)ugodnosti organizacijskog i radnog konteksta između velikih i manjih bolnica/ustanova, nedovoljno vrednovanje profesionalne uloge medicinskog tehničara/medicinske sestre u zdravstvenom sustavu te osobni čimbenik znatiželje o radu u stranim zdravstvenim sustavima. Za sve navedene intervenirajuće čimbenike možemo reći da igraju određenu ulogu u procesu donošenja (ili uopće uzimanja u obzir) odluke o iseljavanju. I to u smislu razlike između skupine iseljenih i skupine neiseljenih na način da će u situaciji u kojoj su kod pojedinca prisutni isti potisni i privlačni čimbenici kao relevantni (a naše istraživanje pokazuje da u tom smislu nema značajnijih razlika među našim poduzorcima), razlike u intervenirajućim čimbenicima odigrati ulogu. Drugim riječima, i iseljeni i neiseljeni (koji iseljenje uzimaju u obzir, kao i oni koji ne uzimaju) zdravstveni/e radnici/e nezadovoljni/e su iskustvom rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu na vrlo sličan način, odnosno adresiraju iste aspekte tog iskustva kao problematične, dakle to ne nalazimo dobrim tumačenjem razloga odluke o neiseljavanju. Razliku i objašnjenje razumno je potražiti upravo u intervenirajućim čimbenicima.

Budući da kvalitativnih istraživanja fenomena iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, prema svemu što je nama poznato (osim kvalitativne komponente koju je jedno od istraživanja zastupilo pored kvantitativne (Gruber i sur., 2020a)) zasad nema, naše rezultate i zaključke nismo u mogućnosti komparirati i staviti u kontekst postojećeg korpusa kvalitativnih istraživanja. Rezultati našeg istraživanja potvrđuju spoznaje do kojih su dolazila ranija, kvantitativna istraživanja (Kolčić i sur., 2005; Kolčić i sur., 2014; Bojanić i sur., 2015; Babacanli i sur., 2016; Stanić, 2022) te možemo zaključiti da su problemi, odnosno čimbenici iseljavanja koje smo identificirali pod temom organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava prisutni već desetljećima. Sva navedena kvantitativna istraživanja kao jedan od važnih čimbenika iseljavanja navode (ne)uređenost zdravstvenog sustava te u tom najširem smislu korespondiraju s našim rezultatima. Pogotovo je u tom smislu relevantna recentna disertacija autorice Stanić *Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu kao determinanta migracija liječnika* (2022) koja je anketnim istraživanjem obuhvatila i čimbenike iseljavanja liječnika/ca. Naši rezultati potvrđuju navedene u smislu prisutnosti visoke razine nezadovoljstva lošim međuljudskim odnosima, nedostatne komunikacije upravljača/ica s radnicima/ama o visini primanja te o drugim modelima nagrađivanja, uvjetima rada (tehnički uvjeti) te nepoštivanja radnog vremena. Također, sukladno zaključcima autorice Stanić (2022), naši rezultati upućuju na manju važnost visine primanja u

odluci o iseljenju od važnosti organizacijskog konteksta što se tiče liječnika/ca. Kod populacije medicinskih tehničara/medicinskih sestara financijski aspekt ipak izbija u prvi plan, čemu ćemo se vratiti u potpoglavlju o kvaliteti života. Svakako, s obzirom na to da Stanić adresira manjkavost aspekta upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu te potrebu znatno ozbiljnijeg i sustavnijeg bavljenja tom problematikom, smatramo da rezultati našeg istraživanja izvrsno nadopunjuju te naputke i prijedloge, budući da kvalitativno istraživanje nudi dubinske uvide u perspektivu zdravstvenih radnika/ca koji mogu biti važni kod kreiranja strategija upravljanja ljudskim resursima.

U smislu teorijskih pristupa organizacijskoj kulturi, za rezultate našeg istraživanja zanimljivim nalazimo jedno istraživanje organizacijske kulture u dvije hrvatske kliničke bolnice, a čiji zaključci pokazuju da u njima prevladava klanska, hijerarhijska i kompetitivna organizacijska kultura, dok je tzv. adhokratska najmanje zastupljena (Mrkonjić i sur., 2019). Četiri su to tipa organizacijske kulture prema teorijskom modelu *Competing Values Framework* koji su 1983. godine razvili Quinn i Rohrbaugh (prema Petr Balog, 2012), pri čemu klansku kulturu karakterizira toplo, obiteljsko okruženje i timski rad, hijerarhijsku kulturu struktura, nadzor i impersonalnost, kompetitivnu kulturu natjecanje, uspjeh i rezultati, a adhokratsku kulturu dinamičnost i poduzetništvo. Mrkonjić i suradnici (2019) zaključili su da u jednoj od dvije istraživane bolnice prevladava klanska organizacijska kultura, a u drugoj hijerarhijska, dok su se o poželjnosti tipa organizacijske kulture radnici/e većinom izjasnili/e za klansku kao najpoželjniju. Premda taj teorijski okvir nije bio jednom od polazišnih točaka našeg istraživanja, naši rezultati pokazuju da bi daljnje istraživanje u tom smjeru moglo biti plodonosno te obogatiti razumijevanje organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava, a kao nastavak našeg istraživanja i temeljem naših rezultata. Naime, naši su rezultati pokazali da su naši/e sugovornici/e uglavnom kao prevladavajuće prepoznavali hijerarhijsku i kompetitivnu organizacijsku kulturu, a klansku znatno manje, premda je bilo i takvih iskaza koji su govorili o toplom i podržavajućem radnom okruženju. Prema iskazima naših sugovornika/ca možemo spekulirati i o kombinaciji različitih vrsta organizacijske kulture čak i unutar jedne bolnice, koja varira od odjela do odjela, i sugovornici/e je povezuju sa stilom upravljanja. Svakako, u kontekstu teme koju istražujemo, radne sredine u kojima prevladavaju elementi hijerarhijske i kompetitivne kulture djeluju kao čimbenici koji više sudjeluju u odluci prema iseljenju, a one u kojima prevladavaju elementi klanske kulture više u odluci o ostanku.

Rezultati su ovog dijela našeg istraživanja u skladu i s istraživanjima medicinske emigracije iz drugih europskih zemalja, u kojima radni uvjeti uključuju sigurnije i bolje radno okruženje (Aluttis, 2014; Gouda i sur., 2015).

Nakon vrlo opširnog prikaza teme organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava, koja je brojem potkategorija i identificiranih aspekata, kao i značajem u traženju odgovora na naša istraživačka pitanja najopsežnija i u poglavlju „Rezultati“, nastaviti ćemo sa sažetijim prikazima preostalih tema i raspravom rezultata proizašlih njihovom analizom.

### **5.3. Društveno-politički kontekst**

Tema društveno-političkog konteksta, sa svojim potkategorijama osjećaja društvene (ne)pravde (korupcija, nepotizam i klijentelizam, poštivanje meritokratskih principa i ljudskih prava, povjerenje u državni aparat), beznađa i razočarenja stanjem u društvu, vrijednosne orijentacije te ugleda struke, također se iskristalizirala u prominentnu temu u traženju odgovora na naša istraživačka pitanja.

Kao glavne zaključke na koje rezultati našeg istraživanja upućuju izdvajamo sljedeće:

- percepcija visoke razine korupcije u hrvatskom društvu te njezine proliferacije u sve pore društvenog života, kao i izostanak vladavine meritokratskih principa (kod zapošljavanja i napredovanja, ali i u ostalim aspektima društvene stvarnosti) igra značajnu, kod nekih zdravstvenih radnika/ca i ključnu, ulogu u donošenju odluke o iseljenju;
- manjak povjerenja u funkcioniranje državnog aparata i institucija u raznim aspektima, a naročito sankcioniranju koruptivnih radnji i poštivanju ljudskih prava, za dio je zdravstvenih radnika/ca jedan od čimbenika iseljenja;
- opća društvena klima beznađa, razočarenja i apatije (a koja donekle proizlazi iz kombinacije prethodnih dvaju iznesenih zaključaka), koju naši/e sugovornici/e percipiraju kao prevladavajuću u hrvatskom društvu, igra jednu od ključnih uloga u odluci o iseljenju za jedan dio zdravstvenih radnika/ca;
- razlike u vrijednosnoj orijentaciji zdravstvenih radnika/ca igraju određenu ulogu u donošenju odluke o iseljenju: iseljenju su skloniji zdravstveni/e radnici/e lijeve političke orijentacije, većeg stupnja otvorenosti i želje prema upoznavanju drugih kultura te manjeg stupnja vezanosti uz

mjesto i obitelj, a manje skloni oni desne političke orijentacije, višeg stupnja konzervativizma, izraženijeg patriotizma te nižeg stupnja inklinacije izlaganju stranim i drugačijim kulturama;

- ugled tehničarske/sestrinske i liječničke profesije u širem društvu zdravstveni/e radnici/e prepoznaju kao relevantnu, ali taj aspekt ne igra značajnu, već moguće samo posrednu i pozadinsku ulogu u odluci o iseljenju, a više kao dio opće društvene klime negoli kao zaseban čimbenik.

U kontekstu modela potisnih i privlačnih čimbenika (Lee, 1966), kao potisne čimbenike u okviru teme društveno-političkog konteksta prepoznajemo sljedeće: percepciju visoke razine korupcije u društvu, nisko povjerenje u državni aparat i institucije te opću društvenu klimu beznađa i apatije. Kao privlačne čimbenike naši/e su sugovornici/e navodili život u boljem sustavu i društvu te poštivanje ljudskih prava. Intervenirajuće čimbenike u okviru ove teme prepoznajemo u aspektu razlika u vrijednosnoj orijentaciji koji čine razliku između skupina iseljenih i neiseljenih koji su razmišljali o iseljenju s jedne, te skupine neiseljenih koji o iseljenju nisu razmišljali s druge strane, što je dijelom odgovora na pitanje zašto neki/e zdravstveni/e radnici/e više, a neki/e manje inkliniraju iseljenju. Na tom bismo tragu mogli tražiti i još jedno objašnjenje, naime, smatramo da je razumno zaključivati da su ostanku skloniji oni koji su više konformirani s prevladavajućim političkim opcijama i vrijednostima u društvu. Kako su u Hrvatskoj u zadnjih nekoliko desetljeća na vlasti prevladavajuće desne političke opcije, a kako smo također već argumentirali da je zdravstveni sustav pod snažnim utjecajem (u ovom slučaju) desno pozicionirane vlasti, onda bi inklinacija ostanku u Hrvatskoj onih koji su bliži toj političkoj opciji bila za njih razuman izbor, budući da se može spekulirati da su (a zbog relativno visoke korumpiranosti i društva i zdravstvenog sustava) vjerojatno u poziciji boljih životnih šansi prilikom zaposlenja i napredovanja.

Naši rezultati i zaključci u okviru ove teme visoko korespondiraju s rezultatima brojnih drugih, što stranih, što domaćih istraživanja iseljavanja visokoobrazovanih (eng. *highly skilled*), a što se (kako smo već protumačili) ne mora odnositi samo na one s visokom stručnom spremom nego i na medicinske tehničare/sestre, budući da prolaze kroz petogodišnje srednjoškolsko školovanje te njihovo radno mjesto često traži višegodišnji razvoj uskospecijaliziranih znanja i vještina (npr. instrumentari/ke koji/e rade u kirurškim salama), a k tome sve više njih ima i visoku stručnu spremu. Naime, istraživanja iseljavanja visokoobrazovanih često upućuju na (negativnu) opću

društvenu klimu kao jedan od ključnih čimbenika iseljavanja visokoobrazovanih, odnosno odljev mozga (eng. *brain drain*), kako se taj fenomen u literaturi većinom naziva. Naročito zanimljivim u tom smislu nalazimo istraživanje iseljavanja visokoobrazovanih iz Španjolske koje je uslijedilo nakon globalne ekonomske krize 2008. godine i širih društvenih konzekvenci koje su uslijedile (Bygnes, 2017). Naime, rezultati tog istraživanja ukazuju na to da su visokoobrazovani primarno iseljavali zbog razloga kao što su korupcija, manjak povjerenja u političare, manjak meritokracije, a najviše od svega zbog izostanka nade u prosperitet zemlje iz koje iseljavaju, što su potvrdila i slična istraživanja iseljavanja visokoobrazovanih iz Italije i Grčke koje su također bile ozbiljnije pogođene tom krizom (Enriquez i Romera, 2014; Gropas i Triandafyllidou, 2014; Triandafyllidou i Gropas, 2014; prema Bygnes, 2017:259). Bygnes (2017) koristi Durkheimov koncept anomije kako bi konceptualno obuhvatila tu pojavu koju je njezino (i slična) istraživanje pokazalo, s tim da tumači kako taj termin koristi kao konceptualni alat kojim se može objediniti i protumačiti takva društvena klima neke zemlje koja postaje važan ne-ekonomski skup čimbenika iseljavanja. Izostanak nade u bilo kakvu promjenu nabolje u smislu društvene klime, povjerenja u političare i institucije, smanjenja korupcije i uopće povećanja stupnja osjećaja vladavine principa pravde i poštenja, često su iskazivali/e iseljeni/e zdravstveni/e radnici/e u našim intervjuima te taj razlog navodili kao jedan od ključnih kod donošenja odluke o iseljenju, ali i jedan od ključnih kod odluke o povratku, odnosno jedan dio njih povratak u Hrvatsku ne uzima u obzir upravo zbog izostanka nade u promjenu i neprihvatljivosti života u društvu kakvo je hrvatsko. U tom su smislu vrlo slični rezultati istraživanja iseljavanja iz Hrvatske u Njemačku, čiji zaključci govore da se je, prema percepciji iseljenika, hrvatsko društvo moralno slomilo te je kao glavni motiv iseljavanja percepcija da u Hrvatskoj nisu institucionalizirane vrijednosti radne etike i poštenja (Jurić, 2017). Rezultati našeg istraživanja sasvim su sukladni navedenim zaključcima, a pogotovo zanimljivim nalazimo sukladnost sintagme moralnog sloma hrvatskog društva sa shvaćanjem anomije autorice Bygnes (2017) kao konceptualnog alata za obuhvaćanje te vrste društvenih fenomena. Napominjemo da u ovom slučaju koncept anomije ne razumijevamo u sasvim doslovnom i klasičnom sociologijskom smislu potpunog društvenog rasapa, već u smislu rasapa nekih važnih društvenih vrijednosti koje na društva u kojima se manifestiraju djeluju demoralizirajuće na pojedinca.

I domaća istraživanja iseljavanja visokoobrazovanih, ali i ostalih, često ukazuju na aspekte negativne društvene klime u kojoj su relevantni politička podobnost i umreženost, a ne izvrsnost

i kompetentnost, te opće atmosfere beznađa i pesimizma, kao važne kod donošenja odluke o iseljenju (Potočnik i Adamović, 2018; Troskot, Prskalo i Šimić Banović, 2019; Galić, 2019). Naši rezultati potvrđuju te aspekte donošenja odluke o iseljenju kao važne, a za neke od naših sugovornika/ca i ključne. Dio njih je tu temu povezivao i s manjkom nade u bilo kakav boljitak u tom pogledu (politiziranost, korupcija, nepotizam) u zdravstvenom sustavu, budući da je, prema slici koju daje naše istraživanje, mnoštvo neuralgičnih točaka hrvatskog zdravstvenog sustava jednostavno preslika generalne društvene klime i vladajućih vrijednosti, zbog čega smatramo razumnim zaključiti kako će se sâm sustav vrlo teško pokrenuti u smislu pozitivnih promjena koje su mu potrebne (prema svemu što smo izložili u prethodnoj temi) sve dok se opća društvena klima ne počne mijenjati u smjeru smanjena pojava korupcije, nepotizma, klijentelizma i manjkavog funkcioniranja državnog aparata i institucija.

Percepcija budućnosti društva najkonzistentniji je prediktor migracijskih aspiracija mladih u Hrvatskoj, kako pokazuje najnovije istraživanje tog fenomena (Adamović i Potočnik, 2022). Na tom su tragu i iskazi mlađe generacije zdravstvenih radnika/ca koje smo intervjuirali, a koji/e su izražavali/e sumnju u boljitak, kako opće društvene klime tako i boljitak stanja zdravstvenog sustava, te se neki od njih na iseljavanje odlučuju prije negoli se uopće okušaju u radu i življenju u takvu sustavu i društvu.

Nakon te dvije dominirajuće teme u smislu tumačenja ključnih čimbenika iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, nastavljamo s temama profesionalnih aspiracija i kvalitete života, koje također igraju ulogu u procesu donošenja odluke o iseljenju, ali ne ključnu poput prethodnih dviju, već više posrednu i intervenirajuću (osim u neznatnoj mjeri kod nekih aspekata, što ćemo podrobnije pojasniti u potpoglavljima koja slijede).

#### **5.4. Profesionalne aspiracije**

Tema profesionalnih aspiracija, sa svojim sastavnim potkategorijama kvalitete obrazovanja, mogućnosti izbora karijere te meritokratskih principa u realizaciji profesionalnih aspiracija, pokazala se važnom u tumačenju jednog dijela razloga iseljavanja zdravstvenih radnika/ca, a može se smatrati i ključnom za jedan manji dio specifičnih slučajeva koje ćemo posebno pojasniti.

Zaključci na koje upućuju analiza i dobiveni rezultati ovog dijela iskaza naših sugovornika/ca sljedeći su:

- kvaliteta studija medicine posredno utječe na odluku o iseljenju mladih liječnika/ca odmah nakon diplome, dijelom zbog nezadovoljstva kvalitetom studija (previše teorije, premalo praktičnih vještina), a dijelom zbog percepcije uvjeta rada u zdravstvenom sustavu koju počnu stjecati tijekom studija kroz kliničke kolegije;
- kvaliteta edukacije na specijalizaciji utječe na odluku o iseljenju jednog dijela mladih liječnika/ca zbog percepcije stečene kroz iskustva starijih kolega/ica da ta razina kvalitete edukacije neće zadovoljiti njihove, često visoke, profesionalne aspiracije;
- visok je stupanj nezadovoljstva procesom specijalizacije, najviše izostankom adekvatnog mentoriranja, iskorištavanjem specijalizanata/ica kao pomoćne radne snage (zbog manjka ljudskih resursa u sustavu) te izostankom sustavnog plana i praćenja programa specijalizacije – taj je aspekt kod onih koji su specijalizaciju već završili samo jedan od posrednih čimbenika, koji doprinosi općem iskustvu nezadovoljstva;
- postoji razlika između kliničkih bolničkih centara i manjih bolnica kad se radi o iskustvu specijalizacije – u manjim se bolnicama specijalizantima/cama posvećuje više vremena, dok se u kliničkim bolničkim centrima, i to zbog velikog pritiska pacijenata i manjka ljudskih resursa, specijalizante/ice više koristi kao ispomoć, a manje ih se podučava;
- u zdravstvenom sustavu izostaje adekvatna briga za cjeloživotno usavršavanje zdravstvenih radnika/ca te ono u pravilu nije financirano niti uključeno u radnu normu, čime se odgovornost za taj dio edukacije (zdravstvenim radnicima/ama neophodne zbog prirode posla i stalnog napretka medicine i postupaka liječenja) prebacuje sa sustava na pojedinca – taj je aspekt jedan od razloga koji utječu na kreiranje cjelokupne klime nebrige za radnika/cu, kao i izrabljivanja, što je jedan od posrednih čimbenika iseljavanja;
- mogućnost izbora željene specijalizacije čimbenik je iseljavanja za dio liječnika/ca, pogotovo u kombinaciji s čimbenikom kvalitete života, odnosno željom za životom u većim gradovima (u kojima je pritisak na specijalizacije veći);
- nepriznavanje visoke stručne spreme medicinskim tehničarima/sestrama utječe na kreiranje klime u kojoj se ne poštuju i ne vrednuju uloženi trud i rad (tim više što se to školovanje odvija u privatnom vremenu i o vlastitom trošku), što posredno utječe na odluku o iseljavanju;



- profesionalne aspiracije koje idu u smjeru uskih subspecijalizacija dio su čimbenika iseljavanja za one liječnike/ce koji/e takve aspiracije ne mogu realizirati u Hrvatskoj zbog malog broja pacijenata/tica, budući da se radi o rjeđim bolestima;

- izostanak meritokratskih principa u zdravstvenom sustavu kad je riječ o realizaciji profesionalnih aspiracija, odnosno mogućnostima profesionalnog napredovanja i usavršavanja, za dio je zdravstvenih radnika/ca važan čimbenik iseljavanja.

Ako temu profesionalnih aspiracija sa svim njezinim aspektima promotrimo kroz vizuru modela potisnih i privlačnih čimbenika (Lee, 1966), možemo zaključiti da su potisni čimbenici sljedeći: kvaliteta edukacije (studij medicine, specijalizacija), loš položaj specijalizanta/ica u zdravstvenom sustavu (nebriga o sustavnoj edukaciji, izrabljivanje njihova rada kao pomoćne radne snage, neadekvatno mentoriranje), mogućnost izbora željene specijalizacije, usko profilirane specijalnosti, opća klima nebrige za radnika/cu u smislu osiguravanja resursa (novac i vrijeme) za cjeloživotno usavršavanje), izostanak prepoznavanja visoke stručne spreme medicinskim tehničarima/sestrama u sustavu te izostanak meritokratskih principa u realizaciji profesionalnih aspiracija. Kao privlačne čimbenike identificirali smo sljedeće: mogućnosti profesionalnog usavršavanja, učenja i napredovanja, veći potencijal za raznolikost u karijeri, kvalitetnija edukacija na specijalizaciji te veće mogućnosti za bavljenje znanostima. Intervenirajući čimbenik u tom dijelu čimbenika iseljavanja bio bi razina profesionalnih aspiracija. Razumno je očekivati da će zdravstveni/e radnici/e s visokom razinom profesionalnih aspiracija, a koja je često kombinirana (prema iskazima u našim intervjuima) s visokim očekivanjima od edukacije koju će imati priliku dobiti, kao i od mogućnosti koje sustav nudi u tom smislu, biti skloniji iseljavanju i potrazi za prilikama koje će biti usklađene s njihovim aspiracijama i željama.

Kao što je to bio slučaj u ranijim temama/potkategorijama, i kod ove se teme pojavljuje razlika u iskustvu rada u velikim bolnicama od onoga u malim bolnicama/ustanovama. Tu razliku najviše navodi skupina specijalizanata/tica, ali i završenih specijalista/ica, koji/e su prošli/e kroz iskustvo specijalizacije. Žale se na tretman koji doživljavaju u kliničkim bolničkim centrima, u kojima služe kao pomoćna radna snaga, zbog čega slabo napreduju u usvajanju znanja i vještina koje bi trebali usvajati kroz proces specijalizacije. Pojavljuju se i iskazi koji govore o suprotnom iskustvu, no u tim se slučajevima radilo o trpljenju zlostavljanja na radnom mjestu u matičnoj ustanovi (manjoj bolnici) u kojem im je bio uskraćivan pristup učenju neophodnih vještina

(primjerice, operacije kod kirurških grana) te su takvi/e specijalizanti/ce dolaskom u kliničke bolničke centre (što je obvezan dio programa specijalizacije) doživjeli promjenu nabolje. Valja napomenuti da se taj fenomen izrabljivanja specijalizanata/tica kao pomoćne radne snage u kliničkim bolničkim centrima događa zbog manjka ljudskih resursa koji se u sustavu sve teže uspijevaju „zakrpati“, a kako jedna od takvih „zakrpa“ služe i specijalizanti/ce. Kako navodimo na više mjesta, i taj primjer pokazuje prebacivanje odgovornosti s viših na niže razine, odnosno odgovornost za adekvatan broj radnika/ca u sustavu koju bi trebali preuzeti upravljači/ce, a ne preuzimaju ju, čime se odgovornost prelijeva na niže razine i najveću štetu čini onima koji u tom lancu raspolažu najmanjom količinom moći.

U teorijskom smislu, migracijski model aspiracija nasuprot mogućnosti ((eng. *aspiration vs ability*) adekvatno korespondira s našim rezultatima i zaključcima u ovom dijelu tumačenja čimbenika migracije zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske (Carling i Schewel, 2018). Naši rezultati, kako smo dosad argumentirali, upravo pokazuju kako su migracijske aspiracije u temi profesionalnih aspiracija zdravstvenih radnika/ca (ali ne samo toj temi) zapravo kontinuum. Migracijske aspiracije, kao i migracijske mogućnosti, u međusobnom su su-odnosu, te su određeni i odozgo (makrorazina – društveni, ekonomski i politički kontekst), kako tumače navedeni autori, i odozdo (osobine pojedinca). Makro- i mikrokontekst tako u mnoštvu međusobnih kombinacija stvaraju obrasce prema kojima neki odlučuju ostati, a neki otići. Iz naših je rezultata vidljivo da neki od intervjuiranih zdravstvenih radnika/ca iseljavaju zbog vlastitih visokih aspiracija, čak i u jednako (ne)povoljnom širem kontekstu u kojem se nalaze i njihovi/e kolege/ice, dok oni nižih aspiracija odlučuju ostati. To je svakako dijelom odgovora na naše pitanje o tome koje kontekstualne varijable djeluju u smjeru da neki odlaze, a neki ostaju.

Mikroteorijska razina neoklasične ekonomije, koja međunarodne migracije vidi kao oblik investiranja u ljudski kapital, a individuu kao racionalnog aktera koji će svoje obrazovanje upotrijebiti u svrhu veće zarade, također nudi relevantan okvir kroz koji možemo promatrati naše rezultate (Mesić, 2002:299-300). Naime, zdravstveni/e radnici/e, a pogotovo liječnici/e, nisu isticali/e preniska primanja u apsolutnom smislu ključnog čimbenika iseljavanja, odnosno napominjali su kako nisu siromašni i sa svojim primanjima mogu živjeti „relativno pristojno“ (o čemu ćemo detaljnije raspraviti u poglavlju o kvaliteti života), ali su isto tako svjesni da ne dobivaju ni približno dovoljno financijske naknade za uloženi trud, za veliki broj godina

napornog školovanja, često i za visoku razinu stresa na radnom mjestu, te smatraju da je omjer uložnog i dobivenog u tom smislu za liječnike/ce u Hrvatskoj vrlo loš.

### **5.5. Kvaliteta života**

Tema kvalitete života, sa svojim identificiranim potkategorijama zadovoljstva životnim standardom i mogućnošću rješavanja stambenog pitanja, kvalitete provođenja slobodnog vremena, vezanosti uz mjesto/obitelj/prijatelje, koncepta „stranca“ te iskustvom života i rada ovisno o stupnju urbaniteta/ruraliteta, upućuje nas na sljedeće zaključke:

- zadovoljstvo životnim standardom liječnika/ca razlogom je iseljenja najčešće u kombinaciji s (ne)mogućnošću rješavanja stambenog pitanja, no kad je stambeno pitanje riješeno, životni standard nije jedan od ključnih razloga iseljenja;
- zadovoljstvo životnim standardom medicinskih tehničara/sestara pojavljuje se kao jedan od ključnih čimbenika njihova iseljavanja;
- obiteljska podrška ključna je kod rješavanja stambenog pitanja, odnosno i iseljeni i neiseljeni navode da su naslijeđena nekretnina ili financijska podrška obitelji, odnosno izostanak/nemogućnost iste, presudni kod jednog dijela njih u donošenju odluke o iseljenju;
- kvaliteta provođenja slobodnog vremena čimbenik je koji djeluje u smjeru odluke o ostanku u Hrvatskoj;
- vezanost uz mjesto, obitelj i prijatelje čimbenik je koji može doprinijeti odluci o ostanku u Hrvatskoj;
- koncept, odnosno očekivanje iskustva „stranca“ u zemlji iseljenja čimbenikom je odluke o ostanku u Hrvatskoj za dio zdravstvenih radnika/ca;
- odluka o iseljenju kod dijela zdravstvenih radnika/ca povezana je i sa zadovoljstvom stupnja urbaniteta/ruraliteta životne sredine, na način da se kao čimbenik iseljenja pojavljivala želja za životom i radom u urbanijoj sredini, a u kojoj je istovremeno teže dobiti željenu specijalizaciju, te kombinacija tih dvaju čimbenika neke motivira na iseljenje.

Potisni su čimbenici u ovom slučaju sljedeći: nemogućnost rješavanja stambenog pitanja, nezadovoljstvo životnim standardom medicinskih tehničara/sestara, želja za životom u sredini

višeg stupnja urbaniteta. Kao privlačne čimbenike identificirali smo želju za omogućavanjem boljih životnih šansi svojoj djeci, od obrazovanja i zaposlenja do života u razvijenijem društvu. Intervenirajući čimbenici u tom su slučaju vezanost uz obitelj i prijatelje, za mentalitet i stil života i provođenja slobodnog vremena u Hrvatskoj te percepcija osjećaja „stranca“ u zemlji iseljništva.

Dosadašnja istraživanja iseljavanja zdravstvenih radnika/ca također su identificirala želju za boljom kvalitetom života kao jedan od čimbenika njihova iseljavanja (Kolčić i sur., 2014; Gruber i sur., 2020). Osim toga, obiteljski razlozi su, slično našim rezultatima, već prepoznati kao jedan od razloga ostanka u Hrvatskoj (Vučur, 2016). U kontekstu našeg nalaza da je percepcija potencijalnog iskustva „stranca“ u zemlji iseljništva intervenirajući čimbenik u odluci o iseljenju, zanimljivi su rezultati istraživanja koje je pokazalo da su razmišljanju o iseljenju skloniji ispitanici (u ovom slučaju studenti/ce medicine) koji na skali etnocentrizma imaju nižu razinu etnocentrizma (Milić i sur., 2023).

## **5.6. Sistemsko nasilje**

Kao posljednju koju smo tematskom analizom identificirali iz naših podataka, rezimirat ćemo i raspraviti temu sistemskog nasilja. Ta se je tema pojavila kao novost u odnosu na prethodne četiri teme, koje su bile predviđene konceptualnim okvirom i deducirane iz prethodnih istraživanja. Također, ta je tema integrativnog, odnosno transverzalnog karaktera te se isprepliće s ostalim identificiranim temama. Tema sistemskog nasilja obuhvaća sljedeće potkategorije: trpljenje kao norma (socijalizacija u profesiju)/požrtvovnost zdravstvenih radnika/ca, beznađe, odgovornost pojedinac/sustav, rodno utemeljena diskriminacija, zlostavljanje na radnom mjestu (eng. *mobbing*) te sindrom izgaranja na poslu (eng. *burnout*)/mentalne posljedice teških uvjeta rada/visoka razina stresa. Zaključci koje donosimo temeljem rezultata tog dijela analize jesu sljedeći:

- socijalizacija u medicinsku profesiju uključuje svojevrsni pritisak prema konformiranju s iskustvom trpljenja kao norme tih profesija, odnosno zdravstvenog sustava u kojem rade (za liječnike počinje već na studiju medicine, a za medicinske tehničare/sestre tijekom prvih godina rada u zdravstvenom sustavu – moguće i tijekom srednjoškolskog obrazovanja, no za to naše istraživanje ne nudi uporišta te ostaje istražiti u sljedećim istraživanjima);

- požrtvovnost zdravstvenih radnika/ca na štetu vlastitog tjelesnog i mentalnog zdravlja zdravstveni sustav iskorištava kao jedan od mehanizama za sprečavanje većih kriza u sustavu, a time se odgovornost upravljača/ica prelijeva na one koji u sustavu raspolažu najmanjom razinom moći;
- pojava sistemskog nasilja u zdravstvenom sustavu, sa svim svojim aspektima i efektima, rezultira osjećajima beznađa i defetizma kod jednog dijela zdravstvenih radnika/ca, što igra značajnu ulogu u donošenju odluke o iseljenju (pa i odluke o povratku: iseljeni daju iskaze o eventualnom povratku u Hrvatsku kad bi imali ikakvu nadu u pozitivne promjene u zdravstvenom sustavu, a ako razmišljaju o povratku, mnogi pritom odlučno isključuju bilo kakvu mogućnost ponovnog rada u zdravstvenom sustavu);
- u zdravstvenom je sustavu, kako smo na više mjesta pokazali, prisutno prebacivanje odgovornosti s upravljača/sustava na pojedinca, odnosno s onih koji imaju veću razinu moći na one koji imaju nižu razinu moći (pri čemu zdravstveni radnici/e nisu svjesni da odgovornost koju preuzimaju nije njihova);
- u zdravstvenom sustavu prisutna je rodno utemeljena diskriminacija (posebno naši iskazi upućuju na taj oblik diskriminacije kod provođenja natječaja za specijalizaciju kirurgije i drugih specijalizacija s kirurškom komponentom, potom prema mladim liječnicama i specijalizanticama), što je dio zdravstvenih radnica naveo kao razlog za iseljavanje;
- u zdravstvenom je sustavu također prisutna pojava zlostavljanja na radnom mjestu (eng. *mobbing*), pogotovo prema specijalizantima/cama, koje zdravstveni radnici/e ponekad nisu svjesni kao takve, a dio je njih naveo upravo *mobbing* kao razlog za iseljenje;
- postoji razlika između mlađe i srednje/starije generacije u prepoznavanju zlostavljanja na radnom mjestu: mlađa je generacija bolje u stanju prepoznati koji oblici ponašanja nadređenih spadaju u zlostavljanje;
- kao posljedica teških uvjeta rada i visoke razine stresa pri iskustvu rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu, kod dijela se zdravstvenih radnika/ca javlja sindrom izgaranja na poslu (eng. *burnout*).

U kontekstu modela potisnih i privlačnih čimbenika (Lee, 1966), ovu ćemo temu ponešto drugačije analizirati, budući da je razumljivo da čitava tema, sa svim svojim potkategorijama, igra ulogu potisnog čimbenika u iseljavanju zdravstvenih radnika/ca. Dakle, privlačni se čimbenici svakako odnose na one koje smo spominjali u ranijim potpoglavljima, a to je generalno rad u uređenom zdravstvenom sustavu te poštivanje ljudskih prava.

Sistemska ili strukturno nasilje odnosi se na štetu koju neka društvena institucija može nanositi ljudima, a na način da onemogućava ispunjavanje njihovih osnovnih potreba (Galtung, 1969). Galtung (1969:168) nasilje definira kao situaciju u kojoj na ljude djeluje takva vrsta utjecaja iz okoliša tako da je u smislu njihove mentalne i tjelesne dobrobiti realizirano manje od njihova potencijalnog maksimuma. Dakle, autor tumači da se taj njegov koncept ne odnosi na nasilje u užem smislu (u kojem bi to bilo tjelesno nasilje), u kojem postoji konkretan akter i situacija u kojoj je jasno da taj akter svjesno upravlja svojim djelovanjem na način da se kao posljedica događa tjelesno nasilje. Galtung (1969:168) kroz distinkciju između pojmova „stvarno“ (eng. *actual*) i „potencijalno“ (eng. *potential*) ukazuje na značenje pojma „nasilje“ u njegovoj konceptualizaciji, a koje je, dakle, definirano kao „razlika između potencijalnog i stvarnog, između onoga što je moglo biti i onoga što stvarno jest“.

Rezultati našeg istraživanja, pogotovo u temi sistemskog nasilja, ali i kroz čitav korpus provedenih intervjua, ukazuju na brojne aspekte i forme kroz koje u hrvatskom zdravstvenom sustavu postoji takva vrsta nasilja prema njegovim zaposlenicima/ama (ne samo njima, nego i pacijentima/cama, korisnicima/ama tog sustava), a koji onda pate od različitog (ponekad i visokog) stupnja razlike između onoga što su u tom sustavu realizirali kao profesionalne jedinice i onoga što su njihovi potencijali omogućavali. Naši/e sugovornici/e nisu, dakako, svjesni/e postojanja tog fenomena na način na koji ga iz sociologijske vizure prepoznajemo i nazivamo, ali su često i mnogo govorili o raznim aspektima deprivacije, nemogućnosti da ostvare željeno, ali i raznih oblika nasilja (ne i tjelesnog). Neki od njih prepoznaju i u svojim iskazima imenuju povezanost tih depriviranosti, odnosno diskrepancije između mogućeg i realiziranog, sa sustavom i s upravljanjem tim sustavom, a neki od njih nisu toliko svjesni te povezanosti.

Zanimljiv je aspekt konceptualizacije sistemskog nasilja i onaj u kojem se tumači utjecaj sistema na realizaciju nečijeg punog potencijala putem pozitivnih sankcija, odnosno nagrađivanja (Galtung, 1969:170). Kroz niz iskaza naših sugovornika/ca i kroz našu analizu dobivenog

materijala, pokazalo se da je taj aspekt u zdravstvenom sustavu vrlo problematičan, ne samo kroz izostanak nagrađivanja i prepoznavanja uloženog rada i truda (ne samo financijski) u pojedinačnim primjerima, nego i kroz izostanak mehanizama koji bi bili ugrađeni u sustav i uopće omogućavali takvu vrstu vrednovanja svojih radnika/ca. Dakle, čak i onda kad postoji prepoznavanje kvalitetnog rada radnika/ca od strane nadređenih, izostaju mehanizmi pomoću kojih bi to nadređeni/e mogli/e realizirati, osim „tapšanja po ramenu“, kako kažu neki/e od naših sugovornika/ca (a koje također, većinom izostaje).

Niz recentnih stranih istraživanja upućuje na prepoznavanje postojanja fenomena sistemskog nasilja u zdravstvenom sustavu, kako od strane kolega/ica i nadređenih tako i pacijenata/tica, što također smatramo simptomom sustava u kojem je sistemsko nasilje normalizirano te se u te obrasce ponašanja prema zdravstvenim radnicima/a upuštaju i pacijenti/ce, kao jedan od dijelova/korisnika tog sustava (Njaka i sur., 2020; Brophy i sur., 2018; Liu i sur., 2019; Chirico i sur., 2022). Naše istraživanje nije obuhvatilo pacijente/ice kao jedne od sudionika/ca i sukreatora/ica atmosfere koja u hrvatskom zdravstvenom sustavu prevladava, stoga taj aspekt ostaje istražiti u budućim istraživanjima, ali je razumno očekivati da će se, u sustavu u kojem ostali sudionici trpe sistemsko nasilje u brojnim formama, to nasilje i kreirana klima reflektirati i na pacijente/ice, i to dvostruko, kao one koji također to nasilje trpe (što je vidljivo iz nekih citata naših sugovornika/ca koji/e su o toj temi spontano progovarali/e), kao i one koji, kako pokazuju prethodno referirana istraživanja, sudjeluju u nasilju prema zdravstvenim radnicima/ama.

## **5.7. Zaključak poglavlja**

U zaključnom ćemo dijelu ovog poglavlja sumirati ključne zaključke našeg istraživanja i dati odgovore na istraživačka pitanja od kojih je ovo istraživanje započelo.

### **1. Koji čimbenici utječu na odluku zdravstvenih radnika/ca o iseljenju iz Hrvatske?**

Kroz okvir potisnih i privlačnih čimbenika, kako smo činili i tijekom čitave rasprave, sumirat ćemo koji su to ključni potisni, privlačni i intervenirajući čimbenici iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske. Sljedeći su potisni čimbenici ključni: neuređenost zdravstvenog sustava, loši međuljudski odnosi, loši radni uvjeti, izostanak meritokratskih principa, politizacija zdravstvenog sustava, korupcija i nepotizam u zdravstvenom sustavu, opća društvena klima beznađa i apatije, percepcija visoke razine korupcije u društvu, loš položaj specijalizanata/tica u

zdravstvenom sustavu, izostanak meritokratskih principa u upravljanju zdravstvenim sustavom, nemogućnost rješavanja stambenog pitanja, nezadovoljstvo životnim standardom medicinskih tehničara/sestara, zlostavljanje na radnom mjestu (eng. *mobbing*), rodno uvjetovana diskriminacija te preopterećenost radnim zadacima. Naše je istraživanje prepoznalo sljedeće privlačne čimbenike ključnima: bolja uređenost stranih zdravstvenog sustava, veće mogućnosti profesionalnog napretka i učenja, život u boljem sustavu i društvu u kojem se više poštuju ljudska prava te bolje životne šanse za svoju djecu. Kao ključne intervenirajuće čimbenike prepoznali smo stupanj konformizma pojedinca (u smislu stupnja adaptacije na neugodne aspekte rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu), varijacije u (ne)ugodnosti organizacijskog i radnog konteksta između velikih i manjih bolnica/ustanova, osobni čimbenik znatiželje o radu u stranim zdravstvenim sustavima, kao i znatiželje o životu u stranim kulturama, razlika u vrijednosnoj orijentaciji, razina profesionalnih aspiracija, vezanost uz obitelj i prijatelje te uz mentalitet i stil života i provođenja slobodnog vremena u Hrvatskoj.

Kako smo već ranije pokazali, neke od tema i aspekata naših rezultata pokazali su se kao transverzalne teme, odnosno potkategorije. Drugim riječima, pojavljivale su se kao one koje imaju posredan ili neposredan utjecaj na donošenje odluke o iseljenju, isprepletene s većim brojem tema i potkategorija. Kao jedna od njih pojavljuje se tema beznađa u vezi opće društvene klime, a koja se preslikava i na zdravstveni sustav, te igra značajnu ulogu u čimbenicima iseljavanja. Nadalje, kao transverzalna potkategorija i čimbenik iseljavanja pojavljuje se izostanak meritokracije, odnosno vladavine principa pravde i poštenja, kako u širem društvu tako i u zdravstvenom sustavu. Osim prethodnih dviju, tu je i transverzalna tema korupcije kao čimbenik iseljavanja koja se na isti način reflektira s opće društvene klime na klimu kakva vlada u zdravstvenom sustavu. Tema sistemskog nasilja u cijelosti je obilježena karakteristikama transverzalnosti jer sintetizira brojne druge čimbenike iseljavanja koji su identificirani u preostalim temama te ju naše istraživanje donosi kao novost u odnosu na prethodna istraživanja te teme u Hrvatskoj.

2. Što objašnjava sličnosti i/ili razlike u hijerarhiji tih čimbenika sukladno odabranim sociodemografskim i socioprofesijskim obilježjima ispitanika te drugim kontekstualnim varijablama?



Kako su razlike u našim rezultatima i analizi bile rjeđa pojava od sličnosti među istraživanim skupinama, a prema navedenim obilježjima, ovdje ćemo ukratko navesti razlike identificirane ovim istraživanjem:

- visina primanja pojavljuje se kao ključni čimbenik iseljavanja medicinskih tehničara/sestara, ali ne i kod liječnika/ca;
- razlike iskustva rada u velikim bolnicama i manjim bolnicama/ustanovama igraju ulogu u donošenju odluke o iseljenju na način da su razni aspekti radnog iskustva u velikim bolnicama za njihove radnike/ce neugodniji od iskustva rada u manjim bolnicama/ustanovama te taj čimbenik kod dijela radnika/ca djeluje kao čimbenik iseljavanja;
- (ne)ugodnost radne atmosfere u zdravstvenom sustavu pokazuje veliki raspon varijacija, od neugodne, pa i hostile radne atmosfere u radnom kolektivu, što igra ulogu u donošenju odluke o iseljenju, preko neutralne, sve do pozitivne radne atmosfere međusobne podrške;
- neiseljeni/e zdravstveni/e radnici/e pokazuju viši stupanj konformizma i adaptacije na negativne čimbenike, poput društvene klime i raznih negativnih aspekata radnog iskustva u zdravstvenom sustavu, kao i razlike u vrijednosnoj orijentaciji (viši stupanj konzervativizma, patriotizma, vezanosti uz mjesto i obitelj) i ti čimbenici mogu dijelom objašnjavati zašto se neki odlučuju na iseljenje, a drugi ne;
- postoji generacijska razlika u spremnosti toleriranja i konformiranja s negativnim aspektima života i rada u hrvatskom društvu i hrvatskom zdravstvenom sustavu, u smislu da je mlađa generacija zdravstvenih radnika/ca manje spremna na takvu toleranciju i konformizam te time i sklonija odluci o iseljenju;
- zdravstveni/e radnici/e s visokom razinom profesionalnih aspiracija, a često u kombinaciji i sa željom za kvalitetom života u visoko urbanim sredinama (u kojima je teže dobiti željenu specijalizaciju), skloniji su odluci o iseljenju;
- nemogućnost rješavanja stambenog pitanja u Hrvatskoj (uz zadržavanje životnog standarda kakvom zdravstveni/e radnici/e teže) čimbenikom je iseljavanja za dio zdravstvenih radnika/ca;
- želja i znatiželja za radom i životom u stranim/drugačijim kulturama i stranim zdravstvenim sustavima.

3. Kako nam u razumijevanju fenomena iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske pomažu sličnosti i/ili razlike u perspektivi onih koji o iseljenju ne razmišljaju, perspektivi onih koji su o iseljenju razmišljali, ali su ostali, te perspektivi onih koji su se iselili?

Kako smo već ranije argumentirali, razlike između navedenih triju populacija u percepciji ključnih tema vezanih uz fenomen iseljavanja zdravstvenih radnika/ca odnose se uglavnom na temu kvalitete života i njezine aspekte, kao i na aspekt određenog stupnja prilagođenosti negativnoj društvenoj klimi i lošim radnim uvjetima u sustavu. Drugim riječima, i iseljeni/e i neiseljeni/e zdravstveni/e radnici/e jednako neugodnima doživljavaju i iskustvo rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu i opću društveno-političku klimu u Hrvatskoj, te nam taj dio životnog i radnog iskustva ne daje odgovor na pitanje kako to da neki ostaju, a neki iseljavaju. Također, i iseljeni/e i neiseljeni/e zdravstveni/e radnici/e podjednako su (bili/e) zadovoljni/e kvalitetom života. Kod teme profesionalnih aspiracija možemo primijetiti razlike u smislu veće sklonosti odluci o iseljenju kod onih koji imaju visoke profesionalne aspiracije te uz to i percepciju/iskustvo da ih u Hrvatskoj neće moći realizirati. Kao jedna od važnih razlika koja može objasniti zašto neki ostaju, a drugi iseljavaju, stupanj je vezanosti uz obitelj, prijatelje i mjesto življenja, a iseljavanju su skloniji oni kod kojih je ta vezanost slabije izražena. Iseljavanju su također skloniji oni koji su u vrijednosnom smislu više orijentirani na želju za upoznavanjem drugih i drugačijih kultura, kako u smislu društvenog okruženja tako i u smislu drugih i drugačijih zdravstvenih sustava.

## 6. ZAKLJUČAK

U zaključnom ćemo poglavlju ove disertacije sumirati ključne zaključke i doprinos ovog istraživanja te iznijeti njegova ograničenja i preporuke za daljnja istraživanja.

Kako su, unatoč izraženoj pojavi iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, a pogotovo nakon pristupanja Hrvatske Europskoj uniji 2013. godine, znanstvena istraživanja tog fenomena malobrojna, ovo istraživanje daje važan doprinos spoznajama i uvidima, kako u znanstvenom smislu tako i u smislu primjene u kreiranju javnih politika koje mogu djelovati na spomenutu pojavu. Istraživanja koja su dosad provedena, koliko nam je poznato, gotovo su isključivo kvantitativna, osim jednog dijela jednog od tih istraživanja koje ima i kvalitativnu komponentu (Gruber i sur., 2020b). Stoga je naše istraživanje jedno od prvih kvalitativnih istraživanja fenomena iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, a pogotovo treba istaknuti širinu kojom je obuhvatilo tu pojavu te mnogobrojnost i dubinu stečenih uvida i zaključaka, po čemu je inovativno u znanstvenom korpusu istraživanja medicinskih migracija u Hrvatskoj, ali predstavlja i važan doprinos korpusu istraživanja europskih medicinskih migracija. Ističemo da je istraživanje obuhvatilo perspektivu liječnika/ca, kao i perspektivu medicinskih tehničara/sestara, te perspektive iseljenih i neiseljenih zdravstvenih radnika/ca (koje smo diferencirali u dva poduzorka prema kriteriju (ne)postojanja migracijskih aspiracija). Takva vrsta metodološke triangulacije donijela je uvide kakve ne može donijeti istraživanje usmjereno na samo jednu od navedenih populacija, bilo da je riječ o statusu (ne)iseljeništa kao kriteriju bilo o profesionalnoj pripadnosti sestrinskoj/liječničkoj profesiji. Osim toga, prethodna su istraživanja mahom provedena na studentima/cama medicine ili na liječnicima/ama, dok istraživanja koja bi obuhvatila čimbenike iseljavanja medicinskih tehničara/sestara nema. Stoga su doprinosi našeg istraživanja novost i u tom smislu.

Ograničenja našeg istraživanja odnose se dijelom na raspoloživost ljudskih i financijskih resursa, budući da je istraživanje provela jedna osoba, voditeljica istraživanja i autorica disertacije. Nadalje, kontekst pandemije u kojem je istraživanje provedeno uvjetovalo je provođenje intervjua na daljinu putem internetskih komunikacijskih platformi, a ne „licem u lice“, što bi bilo više u duhu kvalitativne metodologije. Svjesni smo da je format razgovora „na daljinu“ donekle ograničavajući te da su donekle izostali uobičajeni procesi promatranja reakcija sugovornika/ca, dio se prenošene poruke iskazom gubi. Budući da smo tog potencijalnog ograničenja bili svjesni

tijekom intervjuiranja, dodatno smo nastojali obratiti pažnju na praćenje govora tijela, a zato smo i postavljali veći broj potpitanja ne bismo li tako dobili dublji uvid u osobnu perspektivu sugovornika/ce, kao moguću kompenzaciju navedenog ograničenja.

Zaključci našeg istraživanja pokazuju da se ključni čimbenici iseljavanja zdravstvenih radnika/ca nalaze u okviru organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava te u okviru društveno-političkog konteksta suvremenog hrvatskog društva. I dosadašnja su istraživanja ukazivala na brojne probleme zdravstvenog sustava, odnosno na brojne negativne aspekte radnog iskustva radnika/ca zaposlenih u tom sustavu kao razloge za iseljavanje, no naše je istraživanje dalo daleko opsežnije i detaljnije uvide u brojnost tih aspekata radnog i profesionalnog iskustva, kao i uvide koji nude dublji pogled u iskustvo zdravstvenih radnika/ca, budući da to i jest jedna od prednosti kvalitativne metodologije.

U području organizacijskog konteksta hrvatskog zdravstvenog sustava kao ključne čimbenike iseljavanja, koji obuhvaćaju sve one koji su u ranijem poglavlju detaljno prezentirani, izdvajamo sljedeće: izostanak meritokratskih principa, loši međuljudski odnosi i *mobbing*, visoki stupanj politizacije struke i zdravstvenog sustava, percepcija visokog stupnja korupcije i nepotizma. Dobar dio tih čimbenika iseljavanja vezanih uz organizacijski kontekst zdravstvenog sustava, preslika je šireg konteksta hrvatskog društva te se vidi jasna poveznica između te dvije skupine čimbenika u tom smislu. Ključni čimbenici iseljavanja zdravstvenih radnika/ca vezani uz društveno-politički kontekst hrvatskog društva jesu sljedeći: percepcija visokog stupnja korupcije i nepotizma, opća društvena klima apatije i beznada, izostanak meritokratskih principa, odnosno osjećaj izostanka vladavine principa pravde i poštenja u društvu. Ta skupina čimbenika odnosi se i na druge skupine iseljenika, kako pokazuju druga konzultirana i navedena istraživanja iseljavanja visokoobrazovanih i stručnjačkih skupina iz Hrvatske, ali i drugih europskih zemalja.

Nadalje, nalazimo važnim izdvojiti i temu sistemskog nasilja koja kroz drugačiju i novu vizuru obuhvaća problematiku radnog iskustva radnika/ca u zdravstvenom sustavu. Kako smo ranije spomenuli, premda se ta tema donekle preklapa i zapravo isprepliće s drugim temama, budući da ima karakteristike transverzalnosti, važno ju je naglasiti kroz sintagmu „sistemsko nasilje“ stoga što ona u javnom diskursu ima sasvim različitu težinu i implikacije u usporedbi sa sintagmom „organizacijski kontekst“. Sintagma „sistemsko nasilje“ upućuje na težinu uvjeta rada i

funkcioniranja u sustavu u kojem je takav fenomen prisutan, i to za sve njegove dionike/ce, kako radnike/ce tako i pacijente/ice.

U smislu primjene rezultata našeg istraživanja kod kreiranja javnih politika koje bi mogle pozitivno djelovati na pojavu iseljavanja zdravstvenih radnika/ca iz Hrvatske, smatramo korisnim detaljne i dubinske uvide iznesene u prethodnom poglavlju, koji bi naročito plodonosnima mogli biti ako se koriste komplementarno s nalazima i uvidima recentne disertacije autorice Zrinke Stanić (2022), a koji i u našem slučaju potvrđuju kako su promjene u upravljanju ljudskim resursima u zdravstvenom sustavu nužne te imaju značajan potencijal utjecaja na iseljavanje zdravstvenih radnika/ca. Brojni razlozi koje je naše istraživanje prepoznalo kao relevantne, pa i ključne u procesu donošenja odluke o iseljenju, ukazuju upravo na (između ostaloga) potrebne promjene u upravljanju ljudskim resursima. Pritom govorimo o razlozima kao što su loši međuljudski odnosi, zlostavljanje na radnom mjestu (eng. *mobbing*), izostanak meritokratskih principa prilikom napredovanja i mogućnosti usavršavanja, loš položaj specijalizanta/ice u sustavu, rodno uvjetovana diskriminacija te preopterećenost radnim zadacima. Osim toga, u smislu intervencija na području ljudskih resursa posebnu pažnju treba dati velikim bolnicama, za koje se pokazalo da pate od više razine nekih (ili svih) od navedenih problema. Što se teme upravljanja ljudskim resursima u općenitom smislu tiče, našim sugovornicima/ama nedostaje opći osjećaj ugodne radne klime, osjećaj brige za radnika/cu i njegove/njezine mentalne i tjelesne kapacitete i zdravlje, koje često stradava pod prevelikim pritiskom stresa i količine radnih zadataka.

Hrvatski zdravstveni sustav, opterećen brojnim i dugotrajnim problemima, neće moći još dugo trpjeti iseljavanje zdravstvenih radnika/ca u tolikoj (a niti bilo kojoj) mjeri, bez stavljanja fokusa na tu neuralgičnu točku sustava. U tom je smislu jedino kratkoročno rješenje koje bi moglo smanjiti rizik od pojave većih kriza u zdravstvenom sustavu (a ovisno o definiciji i kriterijima procjene „krize“, na temelju iskaza naših sugovornika/ca može se spekulirati da je kriza već nastupila) useljavanje stranih zdravstvenih radnika/ca, s obzirom na vrlo dugotrajno školovanje koje iziskuju tehničarska/sestrinska, a pogotovo liječnička profesija. Malo je drugih rješenja koja bi manjak radnika/ca u zdravstvenom sustavu mogla kompenzirati, osim imigracije stranih radnika/ca. Zanimljivo je ovdje još napomenuti da rezultati našeg istraživanja upućuju na to da se trenutne „rupe u sustavu“ krpaju na način sve većeg stupnja izrabljivanja onih koji u sustavu

ostaju. Tako imamo iskaze radnika/ca koji/e govore o tome kako se na njihovim odjelima u kraćem vremenu iselio veći broj radnika/ca te se taj radni teret onda preraspodijelio na preostale radnike/ce jer se na natječaje za zapošljavanje novih radnika/ca nitko ne prijavljuje. Drugim riječima, možemo reći da požrtvovnost zdravstvenih radnika/ca zdravstveni sustav iskorištava kao jedan od mehanizama za sprečavanje većih kriza u sustavu, a sve to na štetu mentalnog i tjelesnog zdravlja svojih radnika/ca. Na tom, kao i na mnogim drugim primjerima koje smo kroz ovu disertaciju detaljno razložili, vidimo kako se u zdravstvenom sustavu odgovornost upravljača/ica, odnosno onih koji u sustavu raspolažu najvećom količinom moći, prelijeva na niže razine, sve do onih s najmanjom količinom moći, odnosno do najranjivijih radnika/ca sustava. U tom se smislu ta šteta zasigurno reflektira i na najranjivije radnike/ce tog sustava, odnosno na njegove korisnike/ce – pacijente/ice. Tim se aspektom naše istraživanje nije bavilo, ali su se među iskazima naših sugovornika/ca pojavljivali nalazi koji upućuju na to da oni sami primjećuju da zbog vlastite preopterećenosti, vremenski, mentalno i tjelesno, nemaju dovoljno resursa posvetiti se svakom/j pacijentu/ici koliko bi htjeli te koliko, u krajnjoj liniji, nalaže struka. To je ujedno i jedna od naših preporuka za daljnja istraživanja raznih aspekata funkcioniranja hrvatskog zdravstvenog sustava, a time posljedično i iseljavanja zdravstvenih radnika/ca. Dakle, ostaje istražiti i perspektivu pacijenta/ice, koja je u našem istraživanju ostala marginalno zastupljena, odnosno nije ni bila predviđena istraživačkim pitanjima i konceptualnim okvirom, ali se pojavila kroz iskaze naših sugovornika/ca koji/e su na tu perspektivu ukazali/e.

Ukazali bismo u zaključku na još jedan važan aspekt iseljavanja zdravstvenih radnika/ca na koji upućuje naše istraživanje. Izgledno je da postoji odljev upravo onog dijela radnika/ca koji/e imaju najviše motivacije i sposobnosti za eventualne promjene u upravljanju zdravstvenim sustavom, ali im sustav za to ne pruža mehanizme i podršku budući da nisu politički podobni, a sustav i njegovo upravljanje visoko su politizirani. Naime, osim kratkoročnog rješenja useljavanja stranih radnika, zasigurno je potrebno i srednjoročno raditi na istinskoj reformi zdravstvenog sustava, a takvu transformaciju i promjenu može iznijeti upravo onaj dio struke koji gubimo, a to su često mladi i najprogressivniji među njima.

Iseljeni zdravstveni/e radnici/e koje smo intervjuirali uglavnom ne uzimaju u obzir bilo kakvu mogućnost ponovnog rada u hrvatskom zdravstvenom sustavu, čak i ako u nekoj varijanti uzimaju u obzir povratak u Hrvatsku. Eventualno jedan mali dio rješenja i intervencija koje se u

upravljanju zdravstvenim sustavom mogu poduzeti bile bi intervencije koje idu u smjeru poticanja cirkulacije mozgova, odnosno iskorištavanja potencijala koji postoji u smislu socijalnog kapitala te profesionalnih znanja i vještina koje iseljeni/e zdravstveni/e radnici/e stječu u zemljama iseljenja. U tom smislu iskazi naših sugovornika/ca ukazuju da mlađa generacija iseljenih ima izvjesnu razinu motivacije i želje da u tom smislu bude na korist hrvatskom zdravstvenom sustavu.

Ovaj je doktorski rad otvorio brojna pitanja za daljnja istraživanja, ali i dao neke odgovore koji mogu poslužiti za kreiranje javnih politika u zdravstvu, u sustavu obrazovanja i usavršavanja znanstvenih radnika/ca, te eventualno i u razradi ciljanih mjera migracijske politike za zadržavanje i/ili poticanje povratka zdravstvenih radnika/ca. Sve navedeno utemeljeno je na istraživačkim rezultatima kao dokazima za koje se može očekivati da bi pridonijeli daljnjoj javnoj raspravi o potrebi i načinima reforme zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj.

## LITERATURA

- Adamović, M., i Potočnik, D. (2022). Zabrinjava me budućnost i razmišljam o odlasku: Usporedba migracijskih aspiracija mladih iz Hrvatske i jugoistočne Europe. *Sociologija i prostor: časopis za istraživanje prostornoga i sociokulturnog razvoja*, 60(2 (224)), 403-430.
- Adovor, E., Czaika, M., Docquier, F., i Moullan, Y. (2021). Medical brain drain: how many, where and why?. *Journal of Health Economics*, 76, 102409.
- Ackroyd, S. (2016). Sociological and organisational theories of professions and professionalism. In *The Routledge Companion to the Professions and Professionalism* (pp. 15-30). Routledge.
- Aliyu, A. A., Singhry, I. M., Adamu, H. i Abubakar, M. M. (2015). Ontology, epistemology and axiology in quantitative and qualitative research: Elucidation of the research philosophical misconception. In *Proceedings of the Academic Conference: Mediterranean Publications & Research International on New Direction and Uncommon* (Vol. 2, No. 1, pp. 1054-1068).
- Allwood, C. M. (2012). The distinction between qualitative and quantitative research methods is problematic. *Quality & Quantity*, 46(5), 1417-1429.
- Aluttis, C., Bishaw, T., i Frank, M. W. (2014). The workforce for health in a globalized context—global shortages and international migration. *Global health action*, 7(1), 23611.
- Babacanli, A., Balen, I., Brechelmacher, A., Dodig, D., Đula, K., Gulić, S., i Goluža, T. (2016). Zadovoljstvo mladih liječnika u Republici Hrvatskoj: idemo li u pravom smjeru? *Liječnički vjesnik*, 138(7-8).
- Bach, S. (2008). International mobility of health professionals: brain drain or brain exchange. Andrés Solimano (ed.), *The International Mobility of Talent: Types, Causes, and Development Impact* (pp. 202-235), WIDER Studies in Development Economics.
- Babić, Z. i Račić, D., 2018. Croatia: Labour Market Policy Thematic Review 2018: An in-depth analysis of the emigration of skilled labour. European Commission, Directorate DG Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels.



- Barić, V., i Smolić, Š. (2012). Strategija ljudskih resursa u hrvatskom zdravstvu–izazovi ulaska u Europsku uniju. *Razvojna strategija malog nacionalnog gospodarstva u globaliziranom svijetu*. Zagreb: HAZU, 209-226.
- Beine, M., Docquier, F., i Rapoport, H. (2008). Brain drain and human capital formation in developing countries: winners and losers. *The Economic Journal*, 118(528), 631-652.
- Bojanic, A., Bojanic, K., i Likic, R. (2015). Brain drain: final year medical students' intentions of training abroad. *Postgraduate medical journal*, 91(1076), 315-321.
- Braun, V., i Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Brophy, J. T., Keith, M. M., i Hurley, M. (2018). Assaulted and unheard: violence against healthcare staff. *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy*, 27(4), 581-606.
- Buchan, J., 2007. Health worker migration in Europe: assessing the policy options. *EUROHEALTH-LONDON-*, 13(1).
- Buchan, J., Glinos, I. A., i Wismar, M. (2014). Introduction to health professional mobility in a changing Europe. *Health professional mobility in a changing Europe*.
- Bygnes, S. (2017). Are they leaving because of the crisis? The sociological significance of anomie as a motivation for migration. *Sociology*, 51(2), 258-273.
- Carling, J., i Collins, F. (2018). Aspiration, desire and drivers of migration. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44(6), 909-926.
- Carling, J. i Schewel, K. (2018). Revisiting aspiration and ability in international migration, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 44(6), 945-963.
- Chirico, F., Afolabi, A. A., Ilesanmi, O. S., Nucera, G., Ferrari, G., Szarpak, L., Yildirim, M. i Magnavita, N. (2022). Workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Journal of Health and Social Sciences*, 7(1), 14-35.
- Connell, J. (2010). *Migration and the globalisation of health care: The health worker exodus?*. Edward Elgar Publishing.

Connell, J. (2014). The two cultures of health worker migration: a Pacific perspective. *Social Science & Medicine*, 116, 73-81.

Crettenden, I., Poz, M. D., & Buchan, J. (2013). Right time, right place: improving access to health service through effective retention and distribution of health workers. *Human resources for health*, 11, 1-2.

Digitalni atlas hrvatskog liječništva (2023). Hrvatska liječnička komora. Dostupno na: <https://www.hlk.hr/digitalni-atlas-hrvatskog-lijecnistva.aspx> (pristupljeno 17. 6. 2023.)

DIRECTIVE 2013/55/EU OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 20 November 2013 amending Directive 2005/36/EC on the recognition of professional qualifications and Regulation (EU) No 1024/2012 on administrative cooperation through the Internal Market Information System ('the IMI Regulation'). Official Journal of the European Union. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0055&rid=1> (pristupljeno 15. 8. 2023.).

De Haas, H., Castles, S., i Miller, M. J. (2019). The age of migration: International population movements in the modern world. Bloomsbury Publishing.

Docquier, F., i Marfouk, A. (2006). International migration by education attainment, 1990–2000. *International migration, remittances and the brain drain*, 151-199.

Docquier, F., i Rapoport, H. (2012). Globalization, brain drain, and development. *Journal of economic literature*, 50(3), 681-730.

Draženović, I., Kunovac, M., i Pripužić, D. (2018). Dynamics and determinants of emigration: the case of Croatia and the experience of new EU member states. *Public Sector Economics*, 42(4), 415-447.

Dussault, G., Fronteira, I., & Cabral, J. (2009). *Migration of health personnel in the WHO European Region* (No. WHO/EURO: 2009-4045-43804-61667). World Health Organization. Regional Office for Europe.

Flick, U. (2004). Triangulation in qualitative research. *A companion to qualitative research*, 3, 178-183.

Galić, Z., (2019). Iseljavanje visokoobrazovanih: prihodi, ali i korupcija, opći osjećaj netrpeljivosti u društvu. <https://ideje.hr/iseljavanje-visokoobrazovanih-prihodi-ali-i-korupcija-i-opci-osjecaj-netrpeljivosti-u-drustvu/> (pristupljeno 10. 1. 2024.)

Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of peace research*, 6(3), 167-191.

Giannoccolo, P. (2009). The brain drain: A survey of the literature. *Università degli Studi di Milano-Bicocca, Department of Statistics, Working Paper*, (2006-03), 02.

Glinos, I. A., Buchan, J., i Wismar, M. (2014). Health professional mobility in a changing Europe: lessons and findings. *Health professional mobility in a changing Europe*, 17.

Gouda, P., Kitt, K., Evans, D. S., Goggin, D., McGrath, D., Last, J., J., Hennessy, M., Arnett, R., O'Flynn, S., Dunne, F., i O'Donovan, (2015). Ireland's medical brain drain: migration intentions of Irish medical students. *Human resources for health*, 13(1), 1-9.

Gruber, E., Sarajlic Vukovic, I., Musovic, M., Moravek, D., Starcevic, B., Martic Biocina, S., i Knez, R. (2020a). Migration of Croatian physicians in the global context. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 56(2), 88-96.

Gruber, E., Sarajlic Vukovic, I., Musovic, M., Moravek, D., Starcevic, B., Martic-Biocina, S., i Knez, R. (2020b). Personal wellbeing, work ability, satisfaction with life and work in psychiatrists who emigrated from Croatia. *Psychiatria Danubina*, 32(suppl. 4), 449-462.

Habti, D., i Elo, M. (2019). Rethinking self-initiated expatriation in international highly skilled migration. *Global Mobility of Highly Skilled People: Multidisciplinary Perspectives on Self-Initiated Expatriation*, 1-37.

Hagen-Zanker, J. (2008). Why do people migrate? A review of the theoretical literature. *A Review of the Theoretical Literature (January 2008). Maastricht Graduate School of Governance Working Paper No.*

Humphries, N., Crowe, S., McDermott, C., McAleese, S., i Brugha, R. (2017). The consequences of Ireland's culture of medical migration. *Human resources for health*, 15, 1-9.

Hrvatska liječnička komora, 2016. Anketa HLK-a: Čak 60% mladih liječnika aktivno razmišlja o odlasku iz Hrvatske. *Priopćenje za medije*, Hrvatska liječnička komora.

Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2021. godinu. Uredili: Stevanović, R., Capak, K. i Benjak, T., Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/odjel-za-ljudske-i-materijalne-resurse-u-zdravstvu/> (pristupljeno 17. 6. 2023.)

Iveta, M. R., i Horvatin, T. (2017). Suvremeno iseljavanje iz Hrvatske u Irsku s posebnim osvrtom na mlade iz Slavonije. *Migracijske i etničke teme/Migration and Ethnic Themes*, 33(3), 247-274.

Jauhar, J. B., Ghani, A. B. A., i Islam, R. (2016). *Brain drain: Propensity for Malaysian professionals to leave for Singapore*. Springer.

Joffe, H. (2012). Thematic analysis. *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy*, 1.

Jurić, T. (2017). Suvremeno iseljavanje Hrvata u Njemačku: karakteristike i motivi. *Migracijske i etničke teme*, (3), 337-371.

Jurić, T. (2021). Medical brain drain from southeastern Europe: using digital demography to forecast health worker emigration. *JMIRx Med*, 2(4), e30831.

King, N. (2004). Using templates in the thematic analysis. *Essential guide to qualitative methods in organizational research*, 256.

Kolčić, I., Čikeš, M., Boban, K., Bućan, J., Likić, R., Ćurić, G., Đogaš, Z., i Polašek, O. (2014). Emigration-related attitudes of the final year medical students in Croatia: a cross-sectional study at the dawn of the EU accession. *Croatian medical journal*, 55(5), 452-458.

Kolčić, I., Polašek, O., Mihalj, H., Gombaš, E., Kraljević, V., Kraljević, I., i Krakar, G. (2005). Research involvement, specialty choice, and emigration preferences of final year medical students in Croatia. *Croat Med J*, 46(1), 88-95.

Koser, K. (2007). *International migration: A very short introduction*. Oxford University Press.

Laslavić, Ž. 19. 4. 2023. Ivan Blažević: Ukrajinski liječnici čekaju dvije godine na nostrifikaciju diplome pa rade kao konobari. Lidermedia. <https://lidermedia.hr/biznis-i-politika/ivan-blazevic-ukrajinski-lijecnici-cekaju-dvije-godine-na-nostrifikaciju-diplome-pa-rade-kao-konobari-150117>, (pristupljeno 8. 9. 2023.)

Lee, E. S. (1966). A theory of migration. *Demography*, 3, 47-57.

Lune, H. i Berg, B. L. (2017). *Qualitative research methods for the social sciences*. Pearson.

Massey, D. S., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A. i Taylor, J. (1998). *Worlds in motion: understanding international migration at the end of the millennium*. Clarendon Press.

McAuliffe, M. et al. (2020a). Migration and migrants: A global overview. *World migration report, 2020(2)*.

McAuliffe, M. et al. (2020b). Migration and migrants: Regional dimensions and developments. *World migration report, 2020(3)*.

McAuliffe, M. i Khadria, B. (2020). Report overview: Providing perspective on migration and mobility in increasingly uncertain times. *World migration report, 2020(1)*, e00011.

Mesić, M. (2002). *Međunarodne migracije: tokovi i teorije*. Filozofski fakultet, Zavod za sociologiju.

Migration Data Portal (2021). Total number of international migrants at mid-year 2020. Source: UN DESA, 2020. (Latest data upload on 20 January 2021) [https://www.migrationdataportal.org/international-data?i=stock\\_abs\\_&t=2020](https://www.migrationdataportal.org/international-data?i=stock_abs_&t=2020); (pristupljeno 14. 8. 2023.)

Milić, J., Vuksan-Ćusa, Z., Jakab, J., Ćurčić, M., Puljak, L., Vranješ, I. M., i Miškulin, M. (2023). Tendencies towards emigration and their association with introversion and ethnocentrism among final-year medical students from Osijek, Croatia: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*, 23(1), 632.

Morokvašić, M. (2014). Gendering migration. *Migracijske i etničke teme*, (3), 355-378.

Mrkonjić, R., Ristić, J., Jambrović, I., Rukavina, M., i Rašić, I. (2019). Analysis of the organisational culture in two Croatian hospitals. *British Journal of Nursing*, 28(10), 647-651.

- Njaka, S., Edeogu, O. C., Oko, C. C., Goni, M. D., i Nkadi, N. (2020). Work place violence (WPV) against healthcare workers in Africa: A systematic review. *Heliyon*, 6(9).
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., i Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International journal of qualitative methods*, 16(1), 1609406917733847.
- Onwuegbuzie, A. J., i Leech, N. L. (2005). Taking the “Q” out of research: Teaching research methodology courses without the divide between quantitative and qualitative paradigms. *Quality and Quantity*, 39(3), 267-295.
- Padaiga, Ž., Pukas, M. i Starkienė, L., 2014. Health professional migration in Lithuania: why they leave and what makes them stay. *Health professional mobility in a changing Europe*, 2, 155-176.
- Peračković, K., i Rihtar, S. (2016). Materijalizam kao društvena vrijednost i poticaj namjerama iseljavanja iz Hrvatske. *Migracijske i etničke teme*, 32(3), 295-317.
- Petr Balog, K. (2012). Kultura vrednovanja kao dio organizacijske kulture hrvatskih knjižnica. *Vjesnik bibliotekara Hrvatske*, 55(1), 1-28.
- Pintarić, Lj. (2018). Globalizacijski “odljev mozgova”. Migracije liječnika iz Hrvatske”. U Sudbina otvorenih granica. *Zbornik radova sa znanstvenog skupa Globalizacija i regionalni identitet 2018*, 279-291.
- Podemski, K. (2010). Migration of highly skilled workers at the turn of the 21st century: Literature review. *International Skill Flows: Academic Mobility and Brain Gain, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM*.
- Potočnik, D., i Adamović, M. (2018). Iskustvo migracije i planirani odlasci mladih iz Hrvatske.
- P. N. (7. 9. 2023). Petsto talijanskih medicinara “bježi” u arapske zemlje: Tamo ih čeka do 20 tisuća eura mjesečno. Novi list. Poveznica: [https://www.novilist.hr/novosti/svijet/petsto-talijanskih-medicinara-bjezi-u-arapske-zemlje-tamo-ih-ceka-do-20-tisuca-eura-mjesecno/?meta\\_refresh=true](https://www.novilist.hr/novosti/svijet/petsto-talijanskih-medicinara-bjezi-u-arapske-zemlje-tamo-ih-ceka-do-20-tisuca-eura-mjesecno/?meta_refresh=true) (pristupljeno 10. 9. 2023.)

- Portes, A. (1976). Determinants of the brain drain. *International Migration Review*, 10(4), 489-508.
- Ravenstein, E. G. (1889). The laws of migration. *Journal of the royal statistical society*, 52(2), 241-305.
- Saxenian, A. (2005). From brain drain to brain circulation: Transnational communities and regional upgrading in India and China. *Studies in comparative international development*, 40, 35-61.
- Schiff, M. (2005). *Brain gain: claims about its size and impact on welfare and growth are greatly exaggerated* (Vol. 1599). World Bank Publications.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative content analysis in practice*. Sage publications.
- Soini, H., Kronqvist, E. L., Huber, G. L., Maxwell, J., Kiegelmann, M., Gento, S., Medina, A., Pina, J., Dominguez, M. C., Schweizer, K. i Korte, P. (2011). Epistemologies for Qualitative Research. *Qualitative Psychology Nexus Vol. 8*.
- Stanić, Z. (2022). *Upravljanje ljudskim resursima u zdravstvu kao determinanta migracija liječnika*. Doktorski rad. Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku, Doktorska škola društveno-humanističkih znanosti.
- Stubbs, P., Zrinščak S. (2017). *European Social Policy Network. ESPN – Flash Report. 2017/50. Policy vacuum in the face of a new wave of emigration from Croatia*. European Commission – Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Taylor, A. L., i Dhillon, I. S. (2011). The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: the evolution of global health diplomacy. *Global health governance*, 5(1), 11-140.
- Transparency International (2023). Corruption perceptions index. [https://www.transparency.org/en/cpi/2022?gclid=CjwKCAiA44OtBhAOEiwAj4gpOOQc0MGSnyJqBt8a7LjWC4fxqa4v7\\_xkWOSmhwodwP2N8\\_VCrc8FO3RoCxcgUQAvD\\_BwE&gad\\_source=1](https://www.transparency.org/en/cpi/2022?gclid=CjwKCAiA44OtBhAOEiwAj4gpOOQc0MGSnyJqBt8a7LjWC4fxqa4v7_xkWOSmhwodwP2N8_VCrc8FO3RoCxcgUQAvD_BwE&gad_source=1) (pristupljeno 5. 12. 2023.)

Troskot, Z., Prskalo, M. E., i Šimić Banović, R. (2019). Ključne odrednice iseljavanja visokokvalificiranog stanovništva: slučaj Hrvatske s komparativnim osvrtom na nove članice EU-a. *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 56(4), 877-904.

Truth, A.U., 2013. No health without a workforce. *World Health Organisation (WHO) Report*, 1-104.

Tuli, F. (2010). The basis of distinction between qualitative and quantitative research in social science: Reflection on ontological, epistemological and methodological perspectives. *Ethiopian Journal of Education and Sciences*, 6(1).

Vasilj, I. (1. 5. 2023.) Doktorice iz Ukrajine žele raditi u Hrvatskoj. Ispričale su nam koliko je procedura duga, mučna i skupa. [https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/doktorice-iz-ukrajine-zele-raditi-u-hrvatskoj-ispricale-su-nam-koliko-je-procedura-duga-mucna-i-skupa-foto-20230501?meta\\_refresh=1](https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/doktorice-iz-ukrajine-zele-raditi-u-hrvatskoj-ispricale-su-nam-koliko-je-procedura-duga-mucna-i-skupa-foto-20230501?meta_refresh=1), (pristupljeno 8. 9. 2023.)

Vučur, K. (2016). Egzodus mladih liječnika. *Liječničke novine* br. 148. Hrvatska liječnička komora, Zagreb.

Yilmaz, K. (2013). Comparison of quantitative and qualitative research traditions: Epistemological, theoretical, and methodological differences. *European Journal of Education*, 48(2), 311-325.

Zapata-Barrero, R. i Yalaz, E., 2018. *Qualitative Research in European Migration Studies*. Springer Nature.

Župarić-Iljić, D., 2016. Iseljavanje iz Republike Hrvatske nakon ulaska u Europsku uniju. *Friedrich Ebert Stiftung-Zagreb*.

Wiskow, C. (2006). *Health worker migration flows in Europe: overview and case studies in selected CEE countries-Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. ILO.



## **PRILOZI**

Prilog 1. Informacije o istraživanju.

### **Informacije o istraživanju**

Istraživanje provodim u okviru izrade doktorskog rada pod naslovom Ključni čimbenici iseljavanja zdravstvenih radnika iz Republike Hrvatske, na Poslijediplomskom doktorskome studiju sociologije Filozofskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Mentor doktorskog rada je doc. dr. sc. Drago Župarić-Iljić. Podaci dobiveni ovim istraživanjem koristit će se, osim za izradu doktorskog rada, i u svrhu objave znanstvenih i stručnih radova. Istraživanje je dobilo dopusnicu Povjerenstva Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja pri Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu (šaljem u privitku).

Svrha je ovog istraživanja proširivanje znanstvenih spoznaja o navedenoj temi jer su, unatoč pojavi iseljavanja značajnog broja zdravstvenih radnika, znanstvene spoznaje o ovoj temi u Hrvatskoj oskudne. Pritom mi je važna perspektiva zdravstvenih radnika koji su iselili iz Hrvatske, kao i zdravstvenih radnika koji žive i rade u Hrvatskoj. Istraživanjem ću obuhvatiti i članove upravljačkih tijela u zdravstvenom sustavu te predsjednike strukovnih udruga i sindikata.

Istraživanje ću provesti metodom polustrukturiranog intervjua. Intervju ću bilježiti audiozapisom koji ću potom transkribirati. Audiozapis je značajan radi kvalitete dobivenih podataka te kako za vrijeme razgovora s Vama ne bih morala raditi bilješke nego se u potpunosti mogu posvetiti razgovoru. Prilikom transkripcije audiozapisa provest ću postupak anonimizacije radi poštivanja principa zaštite povjerljivosti i anonimnosti. Drugim riječima, sve ću podatke koji bi na bilo koji način mogli povezati Vas osobno s tekstom intervjua ukloniti. Audiozapise i dokument s podacima o identitetu sugovornika, te korištenim šiframa i pseudonimima, čuvat ću pet godina od dana provedbe intervjua, i to na vanjskoj USB memoriji, zaključanoj u ladicu radnog stola u mom stanu, te ću im stoga isključivo ja imati pristup. Nakon isteka tog roka podatke ću uništiti. Anonimizirane transkripte čuvat ću odvojeno od audiozapisa i podataka o identitetu, na svome privatnom osobnom računalu, što znači da ću im isključivo ja imati direktni pristup. Postupak anonimizacije iznimno neću provoditi u slučaju intervjua s članovima upravljačkih struktura u zdravstvenom sustavu, čiji identitet, s obzirom na funkciju koju obavljaju, može biti poznat široj javnosti. Pristup anonimiziranim transkriptima imat će i mentor disertacije, doc. dr. sc. Drago

Župarić-Iljić. Podaci će na zahtjev biti dostupni drugim znanstvenicima i stručnjacima, na način da su pročišćeni od svih identificirajućih informacija, kako je već opisano.

Nadalje, ukoliko se s time slažete, anonimizirani transkript ovog intervjua bit će pohranjen u Hrvatskom arhivu podataka za društvene znanosti (CROSSDA), te će drugi istraživači imati pristup ovim podacima samo ako se obavežu da će čuvati povjerljivost informacija sadržanih u podacima.

Sudjelovanje u ovom istraživanju dobrovoljno je te se u bilo kojem trenutku možete odlučiti prekinuti daljnje sudjelovanje kao i odbiti odgovoriti na bilo koje pitanje. Očekivano je trajanje intervjua oko sat vremena.

Za sva pitanja i dodatna pojašnjenja slobodno me kontaktirajte na e-mail adresu [ljpintaric@gmail.com](mailto:ljpintaric@gmail.com) ili telefonom na 0038591/1813-823.

Prilog 2. Odluka Povjerenstva Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja.



**Sveučilište u Zagrebu**  
**Filozofski fakultet**

**University of Zagreb**  
**Faculty of Humanities and Social Sciences**

**Odsjek za sociologiju**

**Department of Sociology**

Ivana Lučića 3

Ivana Lučića 3

10000 Zagreb

10000 Zagreb, Croatia

Tel./Phone: +385 (0)1 4092007; Fax: +385 (0)1 4092007; 4092879; URL: <http://www.ffzg.unizg.hr/socio>



Datum: **1. lipnja 2021.**

Broj odluke: **24-2020/21**

## ***ODLUKA***

### ***Povjerenstva Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja***

Naziv istraživanja: **Ključni čimbenici iseljavanja zdravstvenih radnika iz Republike Hrvatske (doktorska disertacija)**

Autorica istraživanja: **Ljiljana Pintarić**

Odluka: **Povjerenstvo smatra da je predloženo istraživanje u skladu s važećim etičkim normama.**

**Za Povjerenstvo**

A handwritten signature in blue ink, reading "K. Klasnić", is written above a horizontal line.

**Doc. dr. sc. Ksenija Klasnić**  
**Predsjednica Povjerenstva**

Prilog 3. Pozivni tekst.

### **Pozivni tekst**

Poštovani,

zovem se Ljiljana Pintarić, doktorandica sam Poslijediplomskog doktorskog studija sociologije na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Zaposlena sam na Filozofskom fakultetu u Osijeku na radnom mjestu asistentice na Katedri za sociologiju.

U okviru izrade doktorskog rada provodim znanstveno istraživanje na temu iseljavanja zdravstvenih radnika iz Republike Hrvatske. Pozivam Vas i molim za sudjelovanje u istraživanju čime biste dali vrijedan i nezamjenjiv doprinos novim znanstvenim spoznajama o ovoj temi. Naime, potrebne podatke prikupljat ću putem intervjuiranja zdravstvenih radnika te mi je stoga od izrazite važnosti čuti Vaše mišljenje i iskustva vezana uz ovu temu.

U pravitku ove poruke prilažem dokument s informacijama o istraživanju. Ako ste zainteresirani za sudjelovanje, molim Vas, pročitajte taj dokument kako biste saznali sve važne informacije o istraživanju te na temelju tih informacija mogli donijeti odluku o sudjelovanju u istraživanju. Očekivano okvirno vrijeme trajanja intervjua je oko sat vremena.

Lijepo Vas molim, javite mi Vašu odluku putem odgovora na ovu e-mail poruku ili pozivom na 0038591/1813-823. Ako je Vaš odgovor pozitivan, dogovorit ćemo termin koji Vam odgovara, kao i način na koji ćemo intervju organizirati. Naime, zbog konteksta pandemije COVID-19 većinu ću intervjua realizirati putem neke od internetskih komunikacijskih platformi (Skype i slično).

Stojim na raspolaganju za sva Vaša pitanja te ću rado pojasniti ako Vas zanima i nešto što dosad nisam navela.

Unaprijed zahvaljujem na izdvojenom vremenu.

S poštovanjem,

Ljiljana Pintarić

## **Ključni čimbenici iseljavanja zdravstvenih radnika iz Republike Hrvatske: protokol intervjua**

### **Uvodni dio intervjua**

#### **1. predstavljanje:**

Dobar dan. Doktorandica sam sociologije, a područje mojeg interesa je iseljavanje zdravstvenih radnika iz Hrvatske. Hvala Vam što ste pristali na sudjelovanje u mom doktorskom istraživanju, ovaj je intervju vrijedan doprinos bez kojeg istraživanje ne bi bilo moguće provesti. Ovo je istraživanje odobreno od strane Povjerenstva Odsjeka za sociologiju za prosudbu etičnosti istraživanja pri Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu.

Cilj je ovog intervjua saznati koje je Vaše mišljenje o iseljavanju zdravstvenih radnika u novije vrijeme. Zanima me što mislite koji su uzroci, razlozi i motivi koji su povezani s ovom pojavom. Važan mi je Vaš doživljaj ove pojave te tokom intervjua ne morate brinuti o objektivnosti i točnosti onoga što navodite jer mi je važna upravo Vaša perspektiva. U ovom slučaju nema točnih i netočnih odgovora, kao ni poželjnih ili nepoželjnih odgovora. Očekivano je trajanje intervjua oko sat vremena. Intervju ste slobodni u bilo kojem trenutku prekinuti, ukoliko osjetite potrebu, kao i odbiti odgovoriti na bilo koje od pitanja.

#### **2. informacije o anonimnosti i povjerljivosti:**

Podaci dobiveni ovim intervjuom čuvat će se odvojeno od Vaših osobnih podataka, a samo ću ja imati pristup Vašim osobnim podacima. Nadalje, podaci će se koristiti isključivo u znanstveno-istraživačke svrhe, za izradu doktorskog rada i publiciranje znanstvenih i stručnih radova. Posebnu ću pažnju posvetiti i tome da se ostali podaci (osim osobnih) koje ću navoditi u tim radovima ni na koji način ne mogu povezati s Vama osobno niti bilo kojom od osoba koju ćete eventualno spomenuti.

Molim Vas za pristanak na snimanje audiozapisa, ako ste s time suglasni. Audiozapis mi je kao istraživačici potreban kako bih kasnije mogla transkribirati dobivene podatke i pristupiti obradi i analizi podataka. Eventualno zapisivanje Vaših odgovora za vrijeme samog intervjua, a umjesto snimanja, omelo bi tijekom samog razgovora te ću se na ovaj način moći u potpunosti posvetiti našem razgovoru. Audiozapise i dokument s podacima o Vašem identitetu čuvat ću maksimalno pet godina od dana provedbe intervjua, i to na vanjskoj USB memoriji, zaključanoj u ladici radnog stola u mom stanu. Anonimizirane transkripte čuvat ću odvojeno od audiozapisa i podataka o identitetu, na privatnom osobnom računalu.

#### **3. informirani pristanak**

Prije negoli započnemo intervju, molim Vas još za usmenu potvrdu pristanka na sudjelovanje u ovom istraživanju, a na temelju informacija o istraživanju koje sam poslala u privitku inicijalnog e-maila. Ako osjećate potrebu da bilo što od tih informacija ponovim i dopunim, slobodno pitajte.

#### **Polustrukturirani intervju s članovima upravljačkih struktura u zdravstvu**

<p><b>Uvodna pitanja</b></p>	<p>1. Molim Vas, recite mi nešto o sebi, neke osnovne podatke vezane za Vaš radni staž i <b>profesionalni put</b> (godine staža u struci, zanimanje (specijalizacija), stručnu spremu, poslijediplomska edukacija, znanost, u kojoj ste vrsti zdravstvene ustanove radili (KB, KBC, OB...); također i o sadašnjem radnom mjestu i ustanovi u kojoj radite.</p> <p>2. Koliko ste dugo na <b>upravljačkim</b> pozicijama? Na kojima ste sve bili (ako ih je više)? Koliko ste dugo na trenutnoj?</p>
<p><b>Percepcija pojave i značaja pojave iseljavanja zdravstvenih radnika; percepcija čimbenika iseljavanja</b></p>	<p>1. Što mislite <b>zašto zdravstveni radnici iseljavaju</b> iz RH? Koji su sve razlozi?</p> <p>Koje razloge smatrate <b>ključnima</b>?</p> <p>Mislite li da ima neke razlike između liječnika i medicinskih sestara što se tiče razloga za iseljavanje? A među različitim specijalistima?</p> <p>Smatrate li da će se obim povećavati, ostati isti ili smanjivati?</p> <p>2. Kakve sve <b>posljedice</b> ova pojava ima <b>po zdravstveni sustav RH</b>?</p>
<p><b>Osobno iskustvo rada u zdravstvenom sustavu</b></p>	<p>1. Kakvo je Vaše <b>osobno iskustvo rada</b> u zdravstvenom sustavu? Čime ste zadovoljni? Čime niste?</p> <p>Kako biste opisali <b>uvjete rada</b> u ustanovama u kojima ste radili (ako ih ima više)? Ima li nekih razlika? Sličnosti?</p> <p>Što mislite o <b>organizaciji zdravstvenog sustava</b> u RH? Prednosti/nedostaci</p> <p>2. Što mislite o mogućnostima koje zdravstveni radnici imaju za <b>usavršavanje i napredovanje</b>? Smatrate li da su u zdravstvenom sustavu <b>šanse za napredovanje</b> u skladu sa stečenim kompetencijama te uložnim radom i trudom?</p> <p>3. Kako biste opisali ugodnost radnog okruženja i <b>radnu atmosferu</b> u ustanovama u kojima ste radili u RH? Kako ste doživljavali <b>međuljudske odnose</b>? Je li općenito vladala više pozitivna ili više negativna atmosfera?</p> <p>Kakav je, općenito govoreći, <b>odnos nadređenih</b> prema zaposlenima?</p> <p>4. Smatrate li da su zdravstveni radnici primjereno <b>radno opterećeni</b> (norme)? A plaćeni?</p> <p>Što mislite o <b>listama čekanja</b> na preglede i zahvate?</p> <p>5. Kakav je Vaš dojam, koliko su ove profesije društveno <b>cijenjene</b> i prepoznate u RH</p>
<p><b>Mogućnosti i potreba za intervencijama</b></p>	<p>1. Možete li na svojoj poziciji na neki način <b>utjecati</b> na pojavu iseljavanja? Kako?</p>

	2. Smatrate li da je <b>potrebno</b> nešto aktivno činiti po tom pitanju? Što?
<b>Zakonske regulative; javne politike</b>	1. Što mislite o kvaliteti <b>javnih politika</b> koje utječu na ovaj fenomen – migracijskoj, zdravstvenoj, obrazovnoj? 2. Ima li potrebe za nekim <b>promjenama</b> u tom smislu? 3. Ima li prostora za promjene u <b>zakonskim regulativama zdravstvenog sustava</b> ? Ako ima, kakve promjene predlažete?
<b>Kontekst pandemije</b>	1. Prema Vašem mišljenju, <b>kako je aktualna pandemija općenito utjecala na pojavu iseljavanja</b> zdravstvenih radnika iz RH? Mislite li da će pandemija na bilo koji način utjecati na eventualni povratak dijela radnika u RH?
<b>Zaključna pitanja</b>	1. Ima li nešto o čemu danas nismo razgovarali, a željeli biste <b>reći za kraj</b> ?

### Polustrukturirani intervju s iseljenim zdravstvenim radnicima

<b>Uvodna pitanja; čimbenici u odluci o iseljenju; točka prevage</b>	1. Molim Vas, recite mi nešto o sebi, neke osnovne podatke vezane za Vaš radni staž i <b>profesionalni put</b> (godine staža u struci, zanimanje (specijalizacija), stručnu spremu, poslijediplomska edukacija, znanost, u kojoj ste vrsti zdravstvene ustanove radili u RH (KB, KBC, OB...); također i o sadašnjem radnom mjestu i ustanovi u kojoj radite (u zemlji useljenja). 2. Kad se prisjetite perioda prije iseljenja i procesa donošenja odluke o iseljenju, što biste rekli o tom <b>procesu</b> , kako je teкао, koliko je trajao...? Možete li se prisjetiti kad ste (i što je bio povod) prvi put počeli razmišljati o iseljenju? Koje biste sve <b>razloge</b> nabrojali kao one koji su utjecali na proces donošenja odluke o iseljenju? 3. Što smatrate <b>ključnim</b> razlozima u Vašoj odluci? 4. Za koji biste od tih razloga rekli da je <b>donio prevagu</b> u konačnom donošenju odluke? Kako ste donijeli konačnu odluku? 5. Koje biste razloge naveli kao one koji <b>nisu bili presudni, ali su također utjecali</b> ? Recite mi nešto više o tome...
<b>Kvaliteta života; odabir destinacije useljenja; mreže</b>	1. Što mislite o <b>kvaliteti života u Hrvatskoj</b> općenito? (Što smatrate prednostima, a što nedostacima? Čime ste osobno bili zadovoljni, odnosno, nezadovoljni? Što Vam je od toga najvažnije?) (Kvaliteta života u zemlji useljenja?) 2. Kako ste <b>izabrali zemlju/grad useljenja</b> ? (kvaliteta života, ekonomski prosperitet, jezik, kultura, obrazovne mogućnosti...nešto drugo? Što?) (Kako doživljavate kvalitetu života u RH u <b>usporedbi</b> s ovima u



	<p>zemlji/gradu u kojem sad živite? Što čini najveću razliku?)</p> <p>4. Je li kvaliteta života <b>utjecala na odluku</b> o iseljenju? Ako da – koliko?</p> <p>5. Je li na odluku o iseljavanju (i izbor zemlje/grada useljenja) utjecalo postojanje <b>kontakata (profesionalnih, privatnih...?)</b>? (<b>mreže</b>)</p> <p>U kojoj mjeri?</p>
<b>Opća društveno-politička klima; ekonomija</b>	<p>1. Kako doživljavate <b>opću društveno-političku klimu</b> u RH? (korupcija, nepotizam, klijentelizam; pravna ne/sigurnost, vladavina prava; opći osjećaj poštenja i pravde u društvu?) Kakva su Vaša očekivanja za budućnost, što se ovih pojava u RH tiče? U kojoj je mjeri <b>ovaj aspekt utjecao na Vašu odluku</b> o iseljenju?</p> <p>2. Što mislite o <b>ekonomskoj</b> situaciji u RH? (i njenom utjecaju na Vaš život?) Kako percipirate razvojni potencijal u RH u tom smislu, kakva su Vaša očekivanja za budućnost? U kojoj je mjeri <b>ovaj aspekt utjecao na Vašu odluku</b> o iseljenju?</p>
<b>Profesionalne aspiracije; mogućnosti za napredovanje i usavršavanje</b>	<p>1. Možete li mi nešto reći o Vašim <b>profesionalnim aspiracijama</b> tijekom Vaše karijere u RH? Jeste li bili zadovoljni mogućnostima da se u karijeri ostvarite? Jeste li imali priliku učiti i napredovati u profesionalnom smislu onoliko koliko ste željeli? Ako ne – čime ste bili nezadovoljni?</p> <p>2. <b>Za liječnike specijaliste:</b> Jeste li imali mogućnost <b>odabira</b> željene specijalizacije?</p> <p>Jeste li bili <b>zadovoljni procesom Vaše specijalizacije</b>? Kakva je bila <b>uloga mentora</b>? Jeste li njome bili zadovoljni? Od koga ste najviše naučili tijekom specijalizacije?</p> <p>Jeste li zadovoljni <b>dokumentom knjižice</b> o specijalističkom usavršavanju? Je li on bio adekvatan u smislu <b>prepoznavanja Vaših kvalifikacija i kompetencija u zemlji useljenja</b></p> <p>3. <b>Za medicinske sestre:</b> Jeste li zadovoljni <b>priznavanjem stupnja Vaše stručne spreme</b> i stečenih znanja i vještina dok ste radili u zdravstvenom sustavu u RH? A u procesu useljenja? (ako ne spomenu sami – Jeste li imali kakvih problema?)</p> <p>4. Jesu li ovi aspekti (i ako jesu - koliko) <b>utjecali</b> na odluku o iseljenju? Koji biste izdvojili kao najvažniji?</p>
<b>Uvjeti rada i radno okruženje; društveno prepoznavanje i uvažavanje zdravstvene</b>	<p>1. Možete li mi reći nešto više o zdravstvenim ustanovama u kojima ste radili u RH? Koji <b>tip ustanove</b> je sve bio u pitanju?</p> <p>2. Što mislite o <b>organizaciji zdravstvenog sustava</b> u RH? Prednosti/nedostaci? Koji su najznačajniji? Je li to utjecalo na Vaše ne/zadovoljstvo radnim uvjetima?</p> <p>Kako biste opisali <b>uvjete rada</b> u svakoj od tih ustanova? Ima li nekih</p>

<p><b>struke; vrednovanje rada i truda (opći osjećaj pravde i poštenja, meritokratski principi)</b></p>	<p>razlika? Sličnosti</p> <p>3. Jeste li bili primjereno <b>radno opterećeni</b>, u smislu broja pacijenata, pregleda, zahvata i sličnoga? Što mislite o <b>listama čekanja</b> na preglede i zahvate? Smatrate li da je Vaš rad bio adekvatno normiran? A adekvatno plaćen?</p> <p>4. Kako biste opisali ugodnost radnog okruženja i <b>radnu atmosferu</b> u ustanovama u kojima ste radili u RH? Kako ste doživljavali <b>međuljudske odnose</b>? Kako biste opisali odnos <b>nadređenih</b>? Je li općenito vladala više pozitivna ili više negativna atmosfera?</p> <p>5. Je li Vaš <b>rad i trud</b>, općenito uzevši, u Vašoj radnoj sredini bio <b>prepoznat</b>? A nagrađen?</p> <p>Smatrate li da ste imali dovoljno prilike za <b>napredovanje</b> u karijeri? A usavršavanje? Je li to bilo dovoljno, u skladu s Vašim željama i ambicijama?</p> <p>Čini li Vam se da u ovom smislu generalno (u zdr. sustavu) vladaju principi <b>pravde i poštenja</b>? Imate li osjećaj da se napreduje u skladu s uložnim radom i stečenim kompetencijama i kvalifikacijama? Jeste li imali dojam da su na napredovanje u karijeri utjecali kriteriji koji nisu imali veze sa strukom i kompetencijama</p> <p>6. Koliko ste se osjećali <b>cijenjenim</b> kao liječnik/medicinska sestra u širem društvenom okruženju? Kakav je Vaš dojam, koliko su ove profesije društveno cijenjene i prepoznate u RH?</p> <p>7. Koliko su ovi aspekti <b>utjecali</b> na Vašu odluku o iseljavanju? <b>Koje</b> biste izdvojili kao one koji su (od ovih) najviše utjecali? <b>Koliki</b> je njihov <b>značaj</b> među svim razlozima za Vaše iseljenje?</p>
<p><b>Zakonske regulative; agencije za regrutiranje</b></p>	<p>1. Što mislite o <b>zakonskim i ostalim regulativama</b> vezanim za zdravstveni sustav?</p> <p>Jesu li ovi aspekti utjecali na odluku o iseljavanju? Ako da – u kojoj mjeri?</p> <p>2. Je li Vas kontaktirao netko iz <b>agencija za regrutiranje</b> zdravstvenih radnika? Je li to utjecalo na odluku o iseljavanju? U kojoj mjeri?</p>
<p><b>Kontekst pandemije</b></p>	<p>1. (ako je primjenjivo) Koliko je <b>pandemija COVID-19 utjecala</b> na proces odluke o iseljavanju?</p> <p>Mislite li da će pandemija na bilo koji način utjecati na mogućnost Vašeg <b>povratka u RH</b>?</p> <p>2. Koji je Vaše mišljenje, <b>kako je aktualna pandemija općenito utjecala na iseljavanje</b> zdravstvenih radnika iz RH?</p>
<p><b>Zaključna pitanja</b></p>	<p>1. Dosad sam Vas pitala o Vama osobno. Što mislite, je li Vaše iskustvo <b>tipično</b>? Zašto <b>zdravstveni radnici generalno</b> odlaze iz RH? Smatrate li</p>

	<p>da će se obim iseljavanja povećavati, ostati isti ili smanjivati?</p> <p>2. Kakva su Vaša razmišljanja o <b>možnosti povratka</b> u RH? (ako da, kad otprilike...kroz nekoliko godina...kasnije...u mirovini?) Što bi najviše moglo utjecati na to da se odlučite vratiti?</p> <p>2. Ima li nešto dosad <b>niste rekli</b>, a <b>važno Vam je reći za kraj</b>?</p>
--	--

## **Životopis autorice**

Ljiljana Pintarić diplomirala je na jednopredmetnom studiju sociologije na Filozofskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Poslijediplomski doktorski studij sociologije na istom je fakultetu upisala 2018. godine, te se u okviru tog studija bavi istraživanjem migracija zdravstvenih radnika/ca. Od 2018. godine zaposlena je na Filozofskom fakultetu Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, na Katedri za sociologiju, na suradničkom radnom mjestu asistentice. Sudjeluje u izvođenju nastave iz kolegija Klasične sociološke teorije, Sociologija hrvatskog društva, Sociologija roda te Sociologija ruralnog razvoja. Područja znanstvenog interesa: sociologija zdravlja i bolesti, medicinska sociologija i sociologija migracija. Članica je Hrvatskog sociološkog društva od 2019. godine.

## **Objavljeni radovi**

Mandić, M., Novak, S., & Pintarić, L. (2023). The Centre-Periphery Dichotomy in Davor Špišić's *Vuk na snijegu* and Karin Peschka's *Autolyse Wien*. *Erzählungen vom Ende and its Turns in Times of Crisis. Litera: Journal of Language, Literature and Culture Studies*, 33(2), 457-476.

Dremel, A., Pintarić, L., & Kovačević, E. (2023). Gender Mainstreaming at the University as a Development Policy: Document Analysis. In *12 International Scientific Symposium-REGION ENTREPRENEURSHIP DEVELOPMENT* (pp. 497-509).

Pavić, Ž., Dremel, A., Pintarić, L., Kovačević, E., & Lesinger, G. (2022). Vaccine hesitancy amidst COVID-19 pandemic: Insights from a focus group study in Croatia. *Italian sociological review*, 12(2), 523-523.

Miskulin, M., Mujkic, A., Miskulin, I., Makaric, Z. L., Kovacevic, E., Pintaric, L., & Pavic, Z. (2022). Vaccination attitudes and experiences of medical doctors in Croatia amid the COVID-19 pandemic: A social roles conflict?. *Vaccines*, 10(3), 399.

Pavić, Ž., Jurlina, J. i Pintarić, Lj. (2021). The Impact of Educational and Media Cultural Capital on Ethnocentrism. *European Realities. New Developing Trends*. Oraić Tolić, Dubravka i sur. (ur.). Osijek: Akademija za umjetnost i kulturu Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, (2021, pp. 241-254).

Pintarić, L. (2019). Medijski prikaz migranata: percepcija zdravstvene prijetnje. U: *Zbornik radova 3. međunarodnog interdisciplinarnog znanstvenog skupa Mediji i medijska kultura – europski realiteti*. Ur: Piližota, V. i sur. Osijek: Akademija za umjetnost i kulturu Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, 2019. (pp. 195-206).

Lenard, D. B., & Pintarić, L. (2018a). Comparison of Employers' and Students' Perceptions Regarding Communication Skills. *Journal of Teaching English for Specific and Academic Purposes*, 6(1), 063-082.

Božić Lenard, D. & Pintarić, Lj. (2018b). Communication skills as a prerequisite for the 21st century engineer. *ELT Vibes: International E-Journal for Research in ELT*, 4(2018), 2; 11-45.

Pintarić, Lj. (2018c). Globalizacijski „odljev mozgovā“: migracije liječnika iz Hrvatske. U: *Sudbina otvorenih granica: zbornik radova sa znanstvenog skupa Globalizacija i regionalni identitet 2018*. Ur: Šundalić, A i sur. Osijek, Hrvatska: Filozofski fakultet u Osijeku, Poljoprivredni fakultet u Osijeku, Poljoprivredni fakultet u Novom Sadu, Filozofski fakultet Univerziteta Crne Gore, 2018. str. 279-291.

Božić Lenard, D. i Pintarić, Lj. (2018). Zahtjevi poslodavaca o komunikacijskim vještinama iz perspektive studenata. *Život i škola: časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja*, 58(2018), 1; 73-86.